



LEGE ARTIS MEDICINAE

ORVOSTUDOMÁNYI FOLYÓIRAT

Emlékezés Kiss Istvánra
(1952–2018)

Konzerválószer-mentes
kezelés glaucomában

A zene gyógyászati
alkalmazása

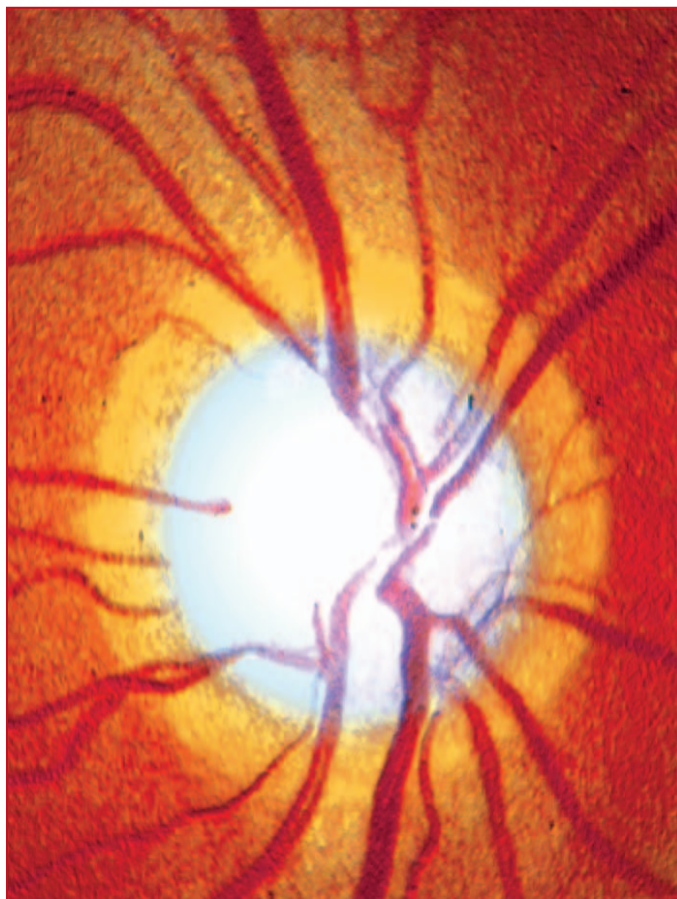
Onkofilozófia

A szorongó beteg
gyógykezelése

Az idiopathiás
tüdőfibrosis

A haldoklás mint szerep

Boncolás ceruzával



A LÁTÓIDEGFŐ GLAUCOMÁS ELVÁLTOZÁSA

Vokó Zoltán

A betegágy melletti döntéselemzés kiskátéja

Avagy, hogyan
hasznosítsuk
a klinikai kutatási
eredményeket
az egyéni
döntés-
hozatalban



D: Kockázzunk!

E: OK. A vakbélgyulladás általad becsült valószínűsége 0,5–0,67 közé esik.

D: Remek, de mi értelme van ennek?

E: Az általad említett „elbeszélés” egyik oka, hogy a megítélés bizonytalanságára használt szavaink mást-mást jelentenek a különböző emberek számára. Ráadásul, ugyanahhoz a becsült valószínűséghez más-más szavakat rendeltek különböző helyzetekben. Ha azt mondom, hogy annak a valószínűsége, hogy nyersz a lottón a jövő héten 0,1, azt nagy valószínűségnek fogod tartani. Ha a gyerek vakbélgyulladása lett volna ennyire valószínű, akkor vélhetően azt mondtad volna, hogy „felmerült a vakbélgyulladás gyanúja”. Nem mellékesen, a betegség fennállásának a becsült valószínűsége olyan szám, amire szükségünk lesz később.

...

A dialógus két résztvevője Epidész klinikai kutatásokat végző epidemiológus, illetve Doktorász gyakorló belgyógyász. E rendhagyó kötetben párbeszédes formában követhetjük végig a két jó barát párbeszédét, akik együtt jártak valaha az orvosi egyetemre, nem mellesleg Doktorász tartja karban Epidész vérnyomását, szénhidrát-anyagcseréjét és stabil angináját. A szaklapok olvasása, különösen a módszertanfejezetek, illetve a számszerű eredmények nagymértékben frusztrálják Doktorászt, aki úgy érezte, itt az ideje, hogy most ő kapjon egy kis baráti segítséget.

Kedves Olvasó!

Ha kíváncsi a folytatásra, olvassa el a könyvet!

Ha a kiadónál rendeli meg, 20% kedvezményt biztosítunk!
A kedvezményes ár: 2000 Ft.

Megrendelhető telefonon (06-1-316-4556), e-mailben (litmed@lam.hu) vagy online (www.elitmed.hu).
Személyes átvétel esetén nincsen további költség, postai úton, utánvétellel történő küldés esetén a mindenkori postai díjszabás szerinti költséget számítjuk fel.



SZERKESZTŐBIZOTTSÁG:

BALÁZS PÉTER	KOMOLY SÁMUEL
BALOGH SÁNDOR	KOVÁCS TIBOR
BALOGH ZOLTÁN	LAKATOS GERGELY
BÁNFALVI ATTILA	LUKOVICH PÉTER
BLASKÓ GYÖRGY	MAGYAR ANNA
CSEH KÁROLY	NÉMETH ISTVÁN
CSERNI GÁBOR	PINCZÉS ISTVÁN
DANK MAGDOLNA	RÁCZ ISTVÁN
DEMETER PÁL	ROMICS IMRE
FALUS ANDRÁS	SALAMON DÁNIEL
FRECSKA EDE	SÁNDOR JUDIT
FUSZEK PÉTER	SCHAFF ZSUZSA
GÉHER PÁL	SINGER JÚLIA
HAJNAL FERENC	SOMLAI ZSUZSANNA
HARKÁNYI ZOLTÁN	SZILASI MÁRIA
HEGEDŰS KATALIN	TORNAI ISTVÁN
HÓDI GABRIELLA	TÓTH EDIT ÁGNES
HOLLÓ GÁBOR	TÚRY FERENC
KALÓ ZOLTÁN	VARGA FATIMA
KERPEL-FRONIUS SÁNDOR	VOKÓ ZOLTÁN
KIS ADRIÁN	WINKLER GÁBOR

FŐSZERKESZTŐ:

KISS ISTVÁN, KAPOCS GÁBOR

EMERITUS FŐSZERKESZTŐ:

FARSANG CSABA, NEMESÁNSZKY ELEMÉR

FELELŐS SZERKESZTŐ:

KAPITÁNY KATALIN

SZERKESZTŐK:

AMBRUS CSABA, BRYZ ZOLTÁN,
TORZSA PÉTER, VÁLYI PÉTER

KULTURÁLIS SZERKESZTŐ:

RÉVÉSZI VALÉRIA

TUDOMÁNYOS

TANÁCSADÓ TESTÜLET:

BEDROS J. RÓBERT, BERECKZI DÁNIEL,
CSIBA LÁSZLÓ, FÜLESDI BÉLA,
JERMENDY GYÖRGY, KOVÁCS JÓZSEF,
OLÁH EDIT, PARAGH GYÖRGY,
ZÁMOLYI KÁROLY, ZEHER MARGIT

NEMZETKÖZI TANÁCSADÓ TESTÜLET

(INTERNATIONAL ADVISORY BOARD):

ANTONIO COCA (BARCELONA)
SERAP ERDINE (ISZTAMBUL)
PETER GLOVICZKI (ROCHESTER)
STEPHANE LAURENT (PÁRIZS)
GIUSEPPE MANCIA (MILÁNÓ)
LUIS MARTINS (PORTO)
PETER METZGER (BÉCS)
PETER NILSSON (MALMÖ)
TIHAMER ORBAN (BOSTON)

TUDOMÁNYOS FŐMUNKATÁRS:

KOLIN PÉTER

SZERKESZTŐSÉGI TITKÁR:

PALLANG GABRIELLA

LAM (LEGE ARTIS MEDICINÆ)

Orvostudományi folyóirat

ALAPÍTVÁ 1990-BEN A MAGYAR ORVOSLÁS
TUDOMÁNYOS ÉS MŰVÉSZI SZÍNVONALÁNAK
EMELÉSÉRE, A NEMZET EGÉSZSÉGI
ÁLLAPOTÁNAK JOBBÍTÁSÁRA.

Alapítók: dr. Bula Zoltán, dr. Frenkl Róbert,
dr. Kapócs Gábor

Felelős kiadó: Cserni Tímea
(cserni.timea@lam.hu)

Borítótér és tipográfia: Sándor Zsolt

Tördelőszerkesztő: Kellermann József

Korrekter: Kulcsár Gabriella

Hirdetésfelvevő: Pallang Gabriella

(pallang.gabriella@lam.hu)

Pénzügyi vezető: Gál Csongor

(gal.csongor@lam.hu)

Vevőszolgálat: vevoszolgalat@lam.hu

A szerkesztőség és a kiadó címe:
1021 Budapest, Hűvösvölgyi út 75/A.

Postacím: 1539 Budapest, Pf. 603

Telefon: 316-4556, 316-4598, fax: 316-9600

E-mail: lam@lam.hu

Megjelenik évente tízszer. A pontos kézbesítés
érdekében a laccím-változást, kérjük, posta-
címünkön jelentsék be, a régi és az új laccím
feltüntetésével.

A szerzőinknek szóló útmutató elérhető a www.elit-med.hu honlapon. A tudományos közlemények kéz-
irataira vonatkozóan az Orvosi Folyóiratok Szerkesz-
tőinek Nemzetközi Bizottsága által elfogadott köve-
telményeket tartjuk irányadónak (Uniform Require-
ments for Manuscripts Submitted to Biomedical
Journals). A folyóiratban megjelent közlemények a
szerzők véleményét tükrözik, amellyel a szerkesztő-
ség nem feltétlenül ért egyet. A hozzászólásokat,
leveleket rövidítve, szerkesztve közöljük.

© LITERATURA MEDICA 2018,
ANNO 1990

a LifeTime Media Kft. egészségügyi divíziója
Minden jog fenntartva.

A folyóiratban megjelent valamennyi eredeti írásos
és képi anyag közlési joga a kiadót illeti. A megje-
lent anyagnak – vagy egy részének – bármely for-
mában való másolásához, felhasználásához, ismé-
telt megjelentetéséhez a kiadó előzetes írásbeli
hozzájárulása szükséges. A kiadó a LAM-ban
közölt hirdetések tartalmáért – sem a kereskedelmi,
sem a magánjellegű hirdetések esetében – nem
vállal felelősséget.

A „Lege Artis Medicinæ”, „LAM”,
„Literatura Medica” nevek, valamint az újság
címlapján látható szoboremléme védett.

ISSN 2063-4161 (elektronikus változat)

ISSN 0866-4811 (nyomtatott változat)

Nyomdai munkálatok: Palatia Nyomda és Kiadó Kft.

Felelős vezető: Radek József ügyvezető igazgató

Terjeszti: Magyar Posta Zrt.

1138 Budapest, Dunavirág utca 2–6.



A kiadvány a
Magyar Tudományos Akadémia
támogatásával készült.

TABLE OF CONTENTS

LAM 2018;28(4–5):173–264.

MEDITATION

- In memoriam Prof. Dr. István Kiss (1952–2018) 179
DR. CSABA FARSANG, DR. GÁBOR KAPÓCS,
DR. PÉTER VÁLYI, KATA HOLLÓS

LAM-SCIENCE

REVIEW ARTICLES

- The “room” for death in the family – dying as a role 187
FERENC MÚJDRICZA
- Applying musical tools in healing children 197
DR. JÁNOS KOLLÁR
- Chronic preservative-free treatment in glaucoma: 203
avoiding the eye drop induced ocular surface disease
DR. GÁBOR HOLLÓ
- Why is it important and ethical to treat anxiety patients? 207
DR. JUDIT RADICS
- Diagnosis of interstitial lung diseases 215
DR. VERONIKA MÜLLER

ORIGINAL ARTICLE

- The psychological preparation of Zala Special Rescue Team 221
for operating during crises
DR. JÓZSEF SZABÓ, PÉTER HORVÁTH

CASE STUDY

- Treatment of EGFR mutant lung adenocarcinoma 227
after progression
DR. KRISZTINA BOGOS

REVIEW

- Tiotropium and olodaterol in the prevention 233
of chronic obstructive pulmonary disease
exacerbations (DYNAGITO):
a double-blind, randomised, parallel-group,
active-controlled trial (Review)
DR. JÁNOS TAMÁS VARGA

MEDICINE AND SOCIETY

- Oncophilosophy 235
DR. DÁNIEL SINKÓ
- “Vires unitae agunt” – way of the unification: 240
medical professionalization in 18–19. centuries Hungary
DR. KATALIN SIMON

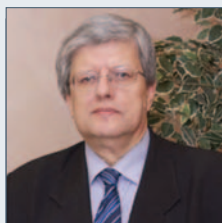
ASCLEPION

ART

- Autopsy with a pencil 252
BOGLÁRKA CZIGLÉNYI

BOOKS

- Cultural history of madness 261
DR. ÁGOSTON GAJDOS



Kezdeményezője, szervezője, később elnöke volt a 2006-ban elkészült Szív és Értrendszeri Betegségek Megelőzése és Gyógyítása Nemzeti Programnak.



A zeneterápia kétségtelen előnye, hogy nem szükséges feltétlenül intézményi körülmények között gyakorolni.

TÖPRENGŐ

- 179 Prof. dr. Kiss István (1952–2018)
– Nem búcsúzunk, hanem emlékezünk
dr. Farsang Csaba

- 180 Prof dr. Kiss Istvánra emlékezünk
dr. Kapócs Gábor

- 181 Emlékmozaik Istvánról
dr. Vályi Péter

- 184 Öt gondolat, öt emlék
Hollós Kata

LAM-TUDOMÁNY

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNYEK

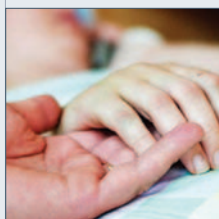
- 187 A halál „helye” a családban
– A haldoklás mint szerep
Mújdricza Ferenc

- 197 A zene gyógyászati célú alkalmazása
gyermekek kezelése során
dr. Kollár János

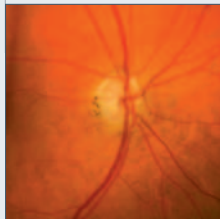
- 203 Konzerválószer-mentes krónikus
kezelés glaucomában:
a cseppkezelés okozta
szemfelszín-betegség elkerülése
dr. Holló Gábor

- 207 Miért fontos és etikus
a szorongó beteg
gyógykezelése?
dr. Radics Judit

- 215 Az idiopathiás tüdőfibrosis
(IPF) korszerű diagnosztikája.
1. rész
dr. Müller Veronika



A haldoklás nem csupán felszámolja a haldokló szerepeit, hanem progresszívan megfosztja tőlük.



Minden gyakorló orvosnak érdemes tisztában lennie azzal, hogy a glaucoma kezelése által kiváltott szemfelszínbetegség nem ritkaság.



A katasztrófaesemények túlélői gyakran az akut stressz időszakának lezajlása után szembesülnek veszteségeikkel.



Az 1720-as országos összeírás idején például mindössze 37 orvosdoktort és 105 borbély-sebészt jegyeztek fel Magyarország területén.

EREDETI KÖZLEMÉNY

- 221 A Zala Különleges Mentők mentális felkészítése krízishelyzetekben történő beavatkozásokhoz
dr. Szabó József, Horváth Péter

ESETISMERTETÉS

- 227 EGFR-mutáns tüdődaganatos beteg kezelése progressziót követően
dr. Bogos Krisztina

SZEMLÉZÉS

- 233 Tiotropium és olodaterol a krónikus obstruktív tüdőbetegség exacerbációi megelőzésében (DYNAGITO): kettős vak, randomizált, párhuzamos, aktív kontrollált vizsgálat (Összefoglaló)
dr. Varga János Tamás

ORVOSLÁS ÉS TÁRSADALOM

- 235 Onkofilozófia
dr. Sinkó Dániel
- 240 „Vires unitae agunt”
– Az egységesedés útján:
orvosi professzionalizáció Magyarországon a 18–19. században
dr. Simon Katalin

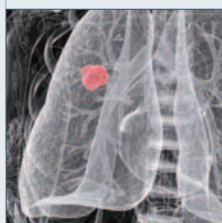
ASZKLEPION

KÉPZŐMŰVÉSZET

- 252 Boncolás ceruzával
– Az anatómia és a képzőművészet találkozása
Cziglényi Boglárka

RECENZÍÓ

- 261 Az örületről örülteknek és másoknak
dr. Gajdos Ágoston



A precíziós medicina az egészségügyi szolgáltatások személyre szabását javasolja a beteg számára, hogy a beavatkozásokat és a kezeléseket illetően a legjobb egyéni döntéseket hozzuk meg.



A szerző kaleidoszkópszerű bemutatással érzékelteti, mennyi rejtélye van még természetünknek.



TÁJÉKOZÓDJON NÁLUNK!

Olvassa hiteles szakfolyóiratainkat online az eLitMed.hu-n!



- **Ingyenesen** hozzáférhető szakmai felület • **7200 lektorált** közlemény
- **15 500 cikk** teljes terjedelemben
 - Mérvadó, **naprakész**, naponta frissülő tartalom **21. századi** online formában
 - Heti hírlevél és rendszeresen frissülő **Facebook**-oldal • Az orvosi és ápolói szakma **tanácsadója**

➤ LAM

Tudományos cikkek

Aszklepion – orvoslás a társtudományok és művészetek tükrében

➤ Ideggyógyászati Szemle

– impakt faktorral rendelkező

magyar nyelvű folyóirat IF: 0,322 (2016)

➤ Korszerű Kaleidoszkóp

➤ Magyar Fogorvos (csak print)

➤ Klinikai Onkológia

➤ Hypertonia és Nephrologia

➤ Nővér

➤ Hivatásunk

A hatékony orvoslásért és ápolásért



Prof. dr. Kiss István (1952–2018)

Nem búcsúzunk, hanem emlékezünk

„Egy ember addig él, amíg emlékeznek rá.”
(Fekete István)

Ezért mi nem búcsúzunk Istvántól, közvetlen kedves barátunktól, munkatársunktól, hanem emlékezünk rá.

1977 őszén egy magas, fekete hajú, vastag fekete keretes szemüvegű fiatalember kopogtatott a SOTE II. Sz. Belklinikán dolgozósobám ajtaján. Bemutatkozott: „dr. Kiss István vagyok, most végeztem az egyetemen, és szeretnék csatlakozni a munkacsoportodhoz” – mondta. Leültünk, megbeszéltük a lehetőségeket. Úgy döntöttünk, hogy az új, terjedőben levő vérnyomáscsökkentő-csoporttal, a kalciumantagonistákkal fog foglalkozni. Azt, hogy ez jó döntés volt, az igazolja, hogy 1991-ben ebben a témában írt közleményei alapján védte meg kandidátusi értekezését.

A munkakapcsolatból fokozatosan szoros barátság alakult ki. István részt vett a Magyar Hypertonia Társaság (MHT) megalakításában, kezdettől fogva tagja volt a társaság vezetőségének, s a későbbiek folyamán az MHT főtítkára, majd elnöke lett, s az elnöki periódus letelte után társaságunk tiszteletbeli elnökévé választottuk meg. Az MHT és a Magyar Nephrologiai Társaság közös tudományos folyóiratának munkájában is mint a szerkesztőbizottság tagja, illetve elnöke vett részt. Az MHT rendkívül sokat köszönhet neki. Számos országos jelentőségű program – *Effective control of hypertension, Éljen 140/90 alatt, Magyar Hypertonia Regiszter, Magyarország átfogó egészségvédelmi szűrőprogramja (MÁESZ)* – szervezésében és irányításában vett részt. Túlnyomóan neki köszönhető, hogy a hipertonológia állami hivatalos elismerést nyert, s a hipertonológus szakképesítés az MHT által adományozott címből vizsgához kötött licenccé vált.

Kiváló oktató volt, előadásait a precizitás és a kiváló rendszerezettség jellemezte. Különösen figyelt a fiatalok képzésére is.

A LAM szerkesztőbizottságának hosszú éveken át volt tagja, 2016 óta társfőszerkesztője. 128 cikket írt a *Literatura Medica* Kiadó lapjaiba és 24-et a *LAM*-ba.

Az MHT külföldi kapcsolatainak létrehozásában is fontos szerepe volt. Az MHT és a Portugál Hypertonia Társaság (PSH) közötti, már több

mint 10 éve folyó rendszeres munkában is alkotómódon vett részt. Együtt voltunk 2008-ban és 2009-ben a PSH kongresszusán, azóta évente két alkalommal szervezünk közös szimpóziumot.

István nemcsak az orvostudomány, hanem az informatika, az irodalom és a festészet iránt is érdeklődött. Ezt jelzi a több mint 40 ezer könyvből álló gyűjteménye is. Otthonában már korán számítógépekből (Commodore 64) álló hálózatot hozott létre.

Halálhíre mindenkit magdöbbsített, s végtelen szomorúsággal töltött el. Számos, az interneten érkezett írásból idézek néhányat:

– *I want to express my enormous sadness. During the last 10 years, I had the privilege of knowing Prof. István Kiss. I've learned a lot with his great work, but the most important thing that I'll never forget is the warm friendship that he always put in our relationship* (Fernando Pinto, a PSH előző elnöke).

– *...on my own name and on behalf of PSH, I give you my deepest condolences ...the lost of the Man, the Scientist, the Investigator and, first of all, of the FRIEND. God keep his soul in peace* (Manuel de Carvalho Rodrigues, a PSH jelenlegi elnöke).

– *Minden szó erőtlén azon érzések kifejezésére, amelyek bennünk kavarnak. Az ő végtelen türelme, embersége, támogató szeretete segített mindnyájunkat... Lélekben itt maradt és itt is lesz velünk.*

– *Kalapemelő élmény volt látni és hallani, ahogy súlyos betegsége tüneteinek közepette tartotta meg utolsó előadását, megküzdve minden szóért, minden diáért. Azokban a percekben olyan belső erőről tett tanúbizonyságot, amely például szolgálhat mindannyiunk számára.*

– *Legkisebb unokájának születése után mondta, hogy most is kevés az ideje, mert nagyon fontos munkája van. ...a szavaiból szokatlan melegség áradt. „Most nagypapai munkámat kell végeznem.” Az élet kegyetlen. Ennek a Nagyszerű Embernek még évekig kellett volna a „nagypapai” munkáját végeznie...*

Az MHT vezetősége a legutóbbi ülésén úgy döntött, hogy a társaság ifjúsági díját Kiss Istvánról nevezi el.

Farsang Csaba

Prof. dr. Kiss Istvánra emlékezünk

„...minden halállal én leszek kevesebb,
... ezért hát sose kérdezd, kiért szól a harang: érted szól.”
(Ernest Hemingway: Akiért a harang szól)

Sokat töprengtem azon, hogyan tudjuk méltóképpen felidézni főszerkesztőtársam lényét, most már emlékét. Bár az 1980-as évek vége óta ismertük egymást, igazán csak 2005–2006-ban kezdtünk együtt dolgozni, és 2015 óta ismertem meg közelebbről, a LAM-ban folytatott intenzív közös munka kapcsán. Akárhányszor futottam neki, mindig két dolog: a közösen megalkotott nemzeti program és az utolsó közös szerkesztőségi ülésünk köré rendeződtek gondolataim.

A fenti Hemingway-idézzel a címlapján hozta nyilvánosságra 2006 márciusában az akkori kormány a Szív és Érrendszeri Nemzeti Programját (1. ábra).



1. ábra. A Szív és Érrendszeri Betegségek Megelőzésének és Gyógyításának Nemzeti Programja logója

2004–2006 között az Egészségügyi Minisztérium legalább fél tucat, minimum 10 évre előre tekintő és egyben a következő EU tervezési

ciklust szakmailag megalapozó, az egészségügyi ellátórendszer és népegészségügy stratégiai fejlesztését egyaránt meghatározó nemzeti programot hozott létre széles körű szakmai és társadalmi egyeztetések után. Ezek között harmadik volt a sorban a *Szív és Érrendszeri Betegségek Megelőzésének és Gyógyításának Nemzeti Programja* (a *Legfőbb kincsünk: a gyermek – Nemzeti Csecsemő- és Gyermekegészségügyi Program* és a *Nemzeti Rákellenes Program* után).

Kiss István ekkor jelentkezett azzal az ajánlattal, hogy a MOTESZ keretei között az összes érintett szakterületet reprezentáló tudományos társaság és egyesület bevonásával elkészíti a programot annak érdekében, hogy az uniós források felhasználásával érdemi javulást érjünk el az egyik legfontosabb betegségcsoportban, ezzel (is) döntő hatást gyakorolva a hazai lakosság életminőségére, halálozási viszonyaira és az egész egészségügyre, valamint a nemzetgazdaságra is.

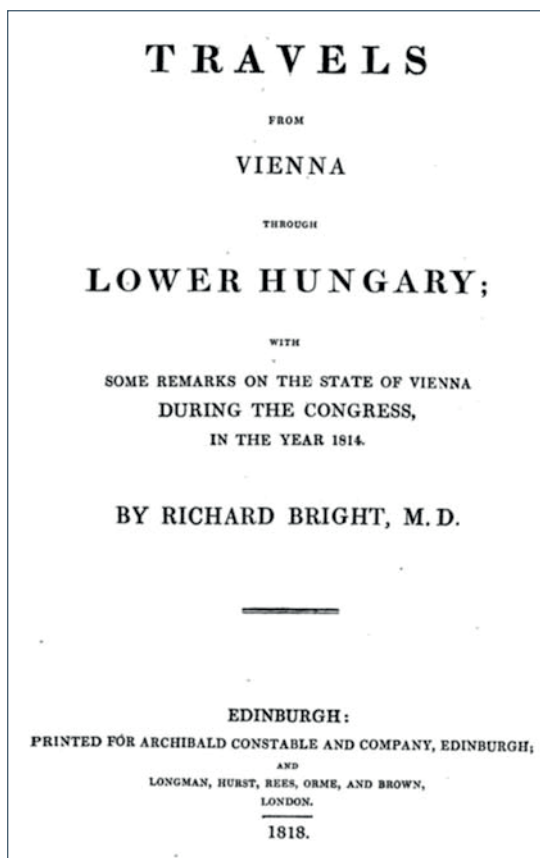
És elkészítette. Sok hónapjába, sok egyeztetésbe és nagyon sok éjszakai munkába, írásba, no meg beszélgetésbe került, de készen lett. Bár sokan vettek részt az előkészítésében, mégis az egész anyag, a címlapjától a végéig lényegében az ő keze nyomát tükrözi, a szerepe végig meghatározó volt. Kormányzati elfogadása után szívéen viselte a program végrehajtását, és egyáltalán nem rajta múlt, hogy a következő évek némelyek szerint kaotikusnak tűnő folyamataiban a program előbb csak elsikkadt, majd teljesen elfelejtődni látszott. Vissza-visszatérően sokat beszélgettünk arról, hogy mit tehetnénk a program végrehajtása, illetve évekkel később már a felújítása érdekében, de sajnos nem találtuk meg a csodafegyvert...

Amikor felkértem őt a LAM társfőszerkesztőjének, nagyon izgultam, hogy számos elfoglaltsága mellé még ezt is fel tudja vállalni. Mert ugyan ez egy édes teher, de mégiscsak teher: sok idő és komoly munka. A korábbi együttműködésünk alapján biztos voltam abban, hogy ha elvállalja a feladatot, akkor a hihetetlenül széles körű szakmai és kulturális, történelmi, irodalmi

tudásával és ismeretségeivel nagyot lendíthet a LAM szekerén. Így is lett, és minden szerkesztőségi ülésünkre alaposan fel kellett készülni, mert ő már jó előre mindent végigolvasott és utána is nézett a kérdéses pontoknak. Kiváló humora sokat segített a szerkesztőségnek abban, hogy jó érzéssel zárhassuk le a vitatott témákat. Sajnos, az elmúlt évben, de különösen az utóbbi időben, az egészségi állapotában bekövetkezett hirtelen hullámzások megtörték ezt a kezdeti lendületet, és jó pár alkalommal nélküle kellett munkadöntéseket hoznunk, izgatottan reménykedve, hogy majd egyetért velünk. Nem volt könnyű nélküle, de neki sokkal nehezebb volt. Hihetetlen belső erőről tett tanúbizonyságot, amikor súlyos betegségéből felépülve visszatért közénk és ismét részt vett a szerkesztőségi munkában, jelen volt az üléseinken.

Az utolsó ilyen szerkesztőségi ülésünk pár nappal a hirtelen távozása előtt volt. Nyugodt volt, jókedvű, talán még soha nem volt ennyire humoros, folyton viccelődött. Amikor végimentünk a kéziratokon és a lektori véleményeken, állítottuk össze a következő számok tartalmát, az egyes cikkek mentén több alkalommal is egyház- és kultúrtörténeti fejtegetésekbe kezdtünk, gyakran a saját könyvtárában is meglévő könyvritkaságokból vett idézetekkel tarkítva. Egyszerűen brillírozott. Egyszer csak felállt, kiment, és a szobájából behozott kellő példányszámban egy kis kötetet, amit ajándékképpen szétosztott közöttünk. Közben színesen elmesélte a könyv szerzőjének, Richard Bright angol orvosnak az élettörténetét és orvostörténeti jelentőségét, valamint azt, hogyan jutott hozzá egy aukción az 1818-ban megjelent könyv egy példányához (*Travels in Lower Hungary*) és hogyan készítette el a kezünkben tartott fakszimile kiadást (2. ábra).

Miközben az egyes kéziratok között váltottunk, rendszeresen oda-oda fordult hozzám, és büszkeségtől ragyogva mutatta a mobiltelefonján az unokáiról készített legújabb képeit, elérzékenyülten, suttogva dicsérte őket. Mikor mondtam, hogy milyen jó lenne megnézni a könyvtá-



2. ábra. Richard Bright: *Travels in Lower Hungary* eredeti kiadásának címlapja

(Forrás: Bajor Állami Könyvtár)

rát, nevetve jegyezte meg, hogy jó, de onnan csak motozás után lehet kijönni...

A szerkesztőségi ülés után az én könyvembe még beleírt egy kedves mondatot. Azóta is az íróasztalomon tartom és ott is fog maradni...

Hálás vagyok, ha csak néhány dolgon és pár éven keresztül is, de együtt dolgozhattam vele. Köszönöm neki, hogy megadta ennek a lehetőségét. Remélem, ő is hasonlóan élvezte...

Lénye és emléke bennem, bennünk, az alkotásaiban és a LAM-ban is tovább él.

Kapócs Gábor

Emlékmozaik Istvánról

Sajnos, 2018. május 11-én prof. dr. Kiss István váratlanul eltávozott közülünk.

Tudtam, tudtuk, hogy súlyos beteg, de István-tól ez mégis szokatlan, mert nem szokott olyat tenni, aminek az okáról – legalábbis utólag – ne tájékoztatott volna bennünket.

Hozzászoktam, István hozzászoktatott ahhoz, hogy bármikor írtam neki e-mailt, akár az éjszaka közepén vagy hajnalban, rövid idő múlva minden alkalommal érdemben, részletesen válaszolt. Betegségének kezdetét és súlyosságának a változását is onnan tudtam, hogy mennyi idő múlva válaszolt egy elektronikus levélre vagy egy már türelmetlen telefonhívásomra. Megszokásból, de a személyes emlékek miatt is, még sokáig várni fogom az utoljára elküldött elektronikus levélre a választ...

Istvánt a Magyar Hypertonia Társaság alakuló közgyűlésén 1993-ban ismertem meg. Feltűnt egy fiatal, magas, szemüveges kolléga, aki igen határozott volt a vitás kérdések megválaszolásában, állásfoglalásai rövidek, szabatosak voltak.

Azonos tudományos érdeklődésünk, a kalciumcsatorna-gátlók farmakológiája, cardiovascularis hatása miatt már az 1990-es évek eleje óta gyakran vettünk részt azonos tudományos fórumokon. István szakértő volt ezen a területen is. Gyakran tartott előadásokat, sokszor volt üléelnök. Mindig feltűnt, hogy nagyon pontosan tartja, és határozottan, de udvariasan be is tartatja az időkeretet.

Az 1990-es évek közepén ötnapos továbbképzésen vettünk részt a franciaországi Heart House-ban. Az út során alkalmam volt megismerni István emberi tulajdonságait is. A korábban távolságtartónak tűnő kollégában egy rendkívül barátságos, közvetlen embert ismertem meg.

Közismert volt István fanyar humora. A franciaországi útról az új ismeretek mellett a nevetős hasizmaimban izomlással tértem vissza. Rengeteg viccet tudott, amelyeket nem elmondott, hanem előadott – ezt nem lehetett könnyezés és nevetés nélkül „megúszni”. A későbbi találkozásainkkor is mindig volt friss, még soha

nem hallott vicce, mindenhez fűzött az angol humort megcsillogtató megjegyzést.

A közös út során sokat beszélgettünk. Rákérdeztem, hogy honnan meríti az erőt a tudományos naprakészséghez, a fegyelmezettséghez, a határozott, de a másik embert tisztelő magatartáshoz. Ekkor mesélt családjáról, feleségéről, két fiáról, akik biztos háttérrel adtak a szakmai, tudományos munkájához. Elmondta azt is, hogy korábban két sportágat űzött versenyszerűen: a vívást, ami a pontosságra tanította meg (hiszen a leejtett pénzdarabot kellett a levegőben „megszúrnia”) és az ezzel a mozdulatokban, a felállásban is rokon szemikontakt kick-boxot. Az utóbbiban szinte vívni a küzdő felek, rendkívül határozottan kell bevinni a találatokat, de nem szabad megütni, csak érinteni az ellenfelet. Ekkor értettem meg a korábbi személyes tapasztalataim háttérét.

Istvánt többször kértem fel a 10 alkalommal megrendezett Csomai Hypertonia Napon előadás tartására, mindig emlékeztetések voltak az előadásai.

Rengeteg előadást tartott a gyógyszergyártó cégek felkérésére, de más vezető szakemberektől eltérően, soha nem volt elfogult az adott céggel, készítménnyel szemben, mindig objektív tájékoztatást adott, ami ma ritkaságszámba megy.

A Magyar Hypertonia Társaság terápiai irányelveinek elkészítésében István mindig vezető szerepet játszott, az irányelvek vázlatát előkészítette, a vita során már ezeket a vezérfonalakat követhettük, igen hatékonyan, célirányosan dolgozhattunk.

Sokat dolgoztunk együtt a népegészségügyi programokban is.

2005–2006-ban az akkori Egészségügyi Minisztériumban dolgoztam. István keresett meg, hogy segítsék az induló, a Novartis cég kezdeményezte és támogatta *Éljen 140/90 alatt* program minisztériumi támogatásának az elnyerésében. A minisztérium vezetése nagyon együttműködő volt. Ezt követően számos népegészségügyi alprogramot a gyógyszergyárak „fogadtak örökre”, segítették a népszerűsítésüket.

István a 2006-ban 40 tudományos társaság, szervezet, egyesület közös munkájaként elkészült *Szív és Érendszeri Betegségek Megelőzése és Gyógyítása Nemzeti Program* kezdeményezője, szervezője, későbbi elnöke volt. Jómagam a program titkáráként segíthettem, csodálhattam István szervezőkészségét, felkészültségét, határozott, de tiszteletudó tárgyalási stílusát (hiszen nemzeti programként az Egészségügyi Minisztérium volt a megbíró, ezért sok egyeztetést kellett folytatnia).

István a Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége (MOTESZ) elnökségi tagjaként, elnökeként nagyon sokat tett a magyar orvostársadalom tudományos tevékenységének a szervezéséért, nagyon sokat küzdött az aktuális politikai vezetéssel az egészségügyben folyó munka megbecsüléséért, támogatásáért, elismeréséért.

István igen széles körű műveltsége mindenki számára példa volt. A számítástechnika egészségügyi alkalmazásának az egyik élharcosa volt. Nagyon szerette a modern festészetet. Gyűjtötte a régi könyveket.

2015-ben megüresedett a LAM társfőszerkesztői pozíciója. Kapócs Gábor főszerkesztő úrnak prof. dr. Kiss Istvánt ajánlottam a figyelmébe. István elfogadta a főszerkesztői megbízatást, nagyon agilisán, hozzáértően, kritikusan, de kollegiálisan vezette a szerkesztőségi üléseket. Számos közleményével segítette korábban is, főszerkesztőként is a lap tudományos színvonalának a megőrzését.

2018. áprilisban a LAM szerkesztőségi ülése után maradt időnk beszélgetni. Betegségének rosszabbodásából felépülőben fáradt volt, csak röviden tájékoztattott az egészségi állapotáról. Fáradtsága azonnal elmúlt, amikor nagypapátársként az unokáiról kérdeztem. Lelkesen mutatta az unokák legújabb fényképeit, izgalommal, boldogan várta harmadik unokájának a megszületését.

2018. május 8-án a LAM szerkesztőségi ülése előtt Istvánnal a vallás sokszínűségéről beszélgettünk, hiszen ehhez is értett. Azután a régi tudományos könyvekre terelődött a szó. István mindenkinek meglepetést ígért. Nemrégiben gyarapította híres könyvgyűjteményét Richard Bright, az ismert nefrológus „Travels in Lower Hungary” című, 1818-ban írt könyvével. István a könyvet digitalizáltatta, lekicsinyíttette. Ennek a példányát kaptuk meg. Ugyancsak ekkor adta át István az általa alapított *Időügyi Szemle* első számát.

2018. május 11-én reggel kaptam a megdöbbenő e-mailt: Prof. dr. Kiss István hajnalban váratlanul elhunyt.

István annyi munkát végzett, annyi tudományos és emberi örökséget hagyott, hogy elhatároztam, nem búcsúzni fogok Istvántól, hanem emlékét megőrizve azon dolgozni, hogy folytassuk mindazt, aminek a befejezésére prof. dr. Kiss Istvánnak már nem volt ideje, lehetősége...

Vályi Péter

Öt gondolat, öt emlék

Tizenhárom éven át voltam Kiss István betege. Öt gondolatot, öt emléket jegyeztem le egy kicsit kuszán, kicsit sután a vele töltött időszakról, nagy tisztelettel és szeretettel.

1.

Ami rögtön eszembe jut róla, hogy egy napon születünk. Ez úgy derült ki, hogy az egyik reggeli találkozásunk alkalmával a szokásos, szigorú stílusában elemezte a leleteimet – azaz letolt. Nem szeretek korán kelni, pláne ha a hajnali vérvételt még egy alapos „elbeszélgetés” is követi, úgyhogy kibukott belőlem: „Professzor úr, pont a születnapomon?”. Mire rám nézett, és azt mondta: „Magának nem lehet ma a születésnapja, mert az ma nekem van.” Adataim ott szerepeltek előtte a papíron, de mivel nem akartam elhinni az egyezést, megkértem, vegye elő a személyi igazolványát. És tényleg! Ezután mindig igyekeztem megköszöntenem azon a bizonyos napon.

Mivel az ő hatására kezdtem követni a paleoétrendet, általában valami finomságot vittem neki a születésnapján, saját készítésűt, így el is fogadta! A tavalyi születésnapunkon kivételesen ő hívott be és lepett meg: három filmet, három DVD-t kaptam tőle, amelyeket az általa javasolt sorrendben kellett megnézni. És egy kézzel írt, személyes hangvételű levelet. Amikor átadta, gyanúsán csillogó szememmel nagyokat pislogtam, amit az éles fényre fogtam. Ezekről a filmekről már mindig ő fog az eszembe jutni.

2.

2005 óta járok hozzá. Azaz jártam, de nem tudok róla még múlt időben beszélni. Azt, hogy ma itt vagyok, neki köszönhetem. Amikor beléptem a rendelőjébe, már az első pillantásra látta, a veséimmel lesz a baj. Akkor másfél éven át havonta visszatérő negyven-negyvenegy fokos lázam volt, hozzá jött egy alapbetegségem, az egyes típusú diabétesz. Egy barátom ajánlására kerültem hozzá a Szent Imre Kórházba. Nemrég akadt a kezembe az első leletem tőle, döbbenetesen rossz értékekkel. Harmincöt évesen produkáltam olyan állapotú veséket, mint egy idős,



nagyon elhanyagolt cukros. És igazából sosem derült ki, mi volt az oka. De a professzor öt évig gyógyszerekkel karban tudta tartani a veséimet. 2010 végén azonban, egy vesebiopszia után viszont egyértelművé vált: dialízis vagy veseátültetés kell.

3.

Az első időszakban rettenetesen félttem tőle, mert nagyon szigorú ember volt, nagyon nagy koponya. Sokat követelt a betegétől, de önmagától még többet. Tőle tanultam meg, hogy értem, elemezni tudjam a leleteimet, hogy bizonyos fokig tudnom kell menedzselni a betegségeimet. Egészében nézte az embert, minden körülményével együtt, nem csak egy betegséget gyógyított. Már az első találkozásunkkor lenyűgözött az a komplexitás, amellyel az adatok közti összefüggéseket meglátta. Nem volt kérdés, hogy követem az utasításait. Ahogy letolta a szemüvegét, és rám nézett, összeugrott a gyomrom, de tudtam, hogy a legjobb kezekben vagyok.

Egy rosszullétem után egyszer arra ébredtem, hogy az intenzíven fekszem, ő ül az ágyam mellett, és fogja a kezem. Húha, gondoltam, most biztos nagyon nagy a baj... Volt is: összeomlott a keringésem, de ő átsegített rajta. Elfogadta, hogy nem akarom a dialízist, támogatta, hogy az édes-

anyámtól kapott vesével vágjunk bele az élődonoros transzplantációba. És ma itt vagyunk a Mamával, mindketten egészségesen, boldogan.

Az Újraszervezés Alapítványt, amit azért hoztunk létre, hogy az élődonoros transzplantáció lehetőségét minél több vesebeteg megismerhesse, szorgalmazta és folyamatosan segítette, ő lektorálta az anyagainkat, sőt szívesen vitte, amerre járt. Fontos küldetésnek érezte.

4.

Amikor májusban utoljára találkoztunk, készítettem kettőnkéről egy fotót. Nem tudom, miért, korábban sosem tettem ilyet. Akkor már túl volt számos, egészségét érintő bajon. Lehet, hogy ő is érzett valamit, mert olyat tett, amit addig soha, azt mondta: „Jöjjön ide, öleljen meg!” Kérte ezt az a rettenthetetlen Professzor, akit tizenhárom év alatt csak akkor láttam ellágyulni, amikor az unokáiról, fiairól beszélt, vagy a felesége hívta telefonon.

A halálhírét attól a barátomtól tudtam meg, aki 2005-ben hozzá irányított. Az első gondolatom az volt: „A Professzor úr nem halhat meg, olyan nincs.” A második, hogy „Mi lesz velem, és mi lesz a betegeivel?”, hiszen a legtöbben ugyanúgy kötődtek hozzá, mint én.

Az igazi beteg-orvos viszonyt ő mutatta meg nekem (szerencsémre azóta több orvosommal is kiváló a kapcsolatom). Az orvost, aki akár a sza-

badságáról is hazajön, ha a beteg olyan rossz állapotba került, és a beteget, aki tisztelettel és hittel az utolsó apróságig betartja azt, amit az orvosa kér tőle.

5.

Tavaly nyáron küldtem neki e-mailben egy videót. (Gyakran e-maileztünk, sokszor mérges is voltam rá, mert mindig hajnali három-négy körül válaszolt, nem kímélte magát.) Az egyik fesztiválon öt-hat méter magasságból le lehetett ugrani egy nagy párnára. Levideóztam neki, ahogy ugrálnak a fiatalok. Megkérdeztem tőle, leugorhatok-e én is? Igazából nem magam miattam akartam. Arra gondoltam, az Újraszervezés Alapítványnak jó reklám lenne, ha megmutathatnánk: tessék, ilyet is megtehet egy vesetranszplantált! Nagy betűs NEM volt a válasza, és hívott, menjek be beszélgetni, ha ilyesmi jutnak az eszembe. De talán elmosolyodott az ötleten... Persze, betartottam, amit kért, nem ugrottam. És be is fogom tartani mindazt, amit eddig kért. Mert tudom, hogy különben a napfényes tiszta égen túlról üzeni fog egy mennydörgéssel. Mint a búcsúztatóján, ahol egyszer csak a semmiből egy hatalmasat dörrent az ég, és talán arra figyelmeztetett, menjünk, tegyük a dolgunkat, ahogy ő tette élete végéig. Hiánya pótolhatatlan.

Hollós Kata

M E G J E L E N T

a Literatura Medica Kiadó gondozásában
Debreczeni Lóránd és Kovács L. Gábor
szerkesztésében a

Gyakorlati Laboratóriumi Medicina

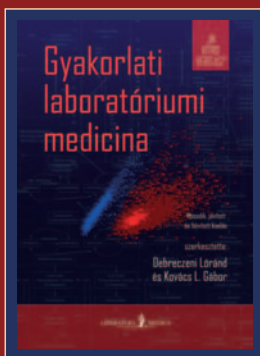
című kötet második, javított és bővített kiadása.

A könyv a labor diagnosztika területén tevékenykedő szakemberek mértékadó forrása, a gyakorlati evidenciák kizárólagos, egyedülálló és hiteles kézikönyve, melynek garanciája a neves szerkesztők személyén túl a szakmailag kiemelkedő, az egész szakmát reprezentáló szerzőgárda.

Terjedelem: 544 oldal (B5 méret, 163×227 mm), 140 ábra (47 színes) és 96 táblázat.

Ajánló: Ahogy szerte a világban, hazánkban is növekszik a laboratóriumi vizsgálatok jelentősége a gyógyítási folyamatban. A könyv tájékoztat a XXI. században várható hazai „rutin” vizsgálatokról, például a molekuláris biológiai módszerekről is, mégsem receptgyűjtemény, nem is enciklopédia. Bár kétségkívül a téma alapműve, nem tankönyvnek készült; elsősorban klinikus, családorvos kollégák asztalára szánták, akik útmutatást kaphatnak dilemmájukban éppúgy, mint a kezdő gyakorló orvosok, rezidensek.

Ajánljuk mindazoknak, akik – a laboratóriumi dolgozókkal együttműködve – a vizsgálatok tervezéséhez eredményesen akarják használni a laboratóriumi medicina eszköztárát, hogy a szakszerűen interpretált eredményeket sikeresen alkalmazzák betegek érdekében.



A kötet bolti ára: 9849 Ft.

A kiadótól az interneten 10% kedvezménnyel rendelhető meg: 8864 Ft.

Oktatóknak és hallgatóknak 30% kedvezményt biztosítunk: 6894 Ft.

(Az oktatói és hallgatói kedvezmény a jogviszony aktuális fennállása esetén vehető igénybe. A fenti árak a csomagolási és postaköltséget nem tartalmazzák, amely 3 kötetig 1200 Ft. Amennyiben a megrendelés postai utánnvétellel teljesül, a csomagolás és posta díja 3 kötetig 2250 Ft.)

Nagyobb példányszám rendelése esetén kérje kiadónk egyedi ajánlatát!

A KIADVÁNY MEGRENDELHETŐ VEVŐSZOLGÁLATUNKON:

Literatura Medica Kiadó, 1024 Budapest, Margit krt. 31–33.;

telefonon: 316-4556; faxon: 316-9600;

e-mailben: radics.katalin@lam.hu

és a www.elitmed.hu vagy a www.lam.hu weboldalainkon.

A halál „helye” a családban – A haldoklás mint szerep

MÚJDRICZA Ferenc

Sz. I. emlékének ajánlom.

THE ROOM' FOR DEATH IN THE FAMILY – DYING AS A ROLE

A haldoklás Noyes és Clancy-féle szerepelméleti megközelítésére a hazai szakirodalom csekély figyelmet fordít. Tanulmányomban bemutatom e felfogást, kifejtem kritikáját, majd felvázolom egy megreformált haldoklószerep-konceptió alapjait. Az optimális és kívánatos haldoklószerep ugyanis nem periferizálja és tárgyiasítja, de az e szerep vonzásában radikálisan átstrukturálódó családi viszony- és szereprendszer központjába helyezi a haldoklót. E centrális pozíció révén a haldokló személye valódi érték marad. Normálszerepeinek progresszív elvesztésével végbemenő kiilleszkedésével („a haldoklók elmagányosodása”) párhuzamosan megindulhat a haldokló reintegráció. A halál így *társas jelenség*-gé válhat.

A centrális haldoklószereppel kapcsolatos fejtegetéseket heterofenomenológiai jellegű, második személyű pozícióból történő esetismertetéssel illusztrálok.

A szükséges társadalmi szerepkompetenciák fejlesztése, de legalábbis a tanatológiai ismeretek köztudatba emelése: a centrális és autonóm haldoklószerep promotálása révén a halál elkerülendő, társadalmilag dezintegráló tabuból a közösséget a haldokló elhunytával is erősítő jelenséggé válhat.

**haldoklószerep, öngyász, periferizálás,
centralitás, a halál közössége**

The Hungarian literature has quite ignored so far Noyes & Clancy's Role Theory approach of dying. I present the outline and a critique of this conception, then lay the foundations of a reformed concept of the dying role. For the optimal and desired dying role is not one of peripherising and objectifying, rather one of placing the dying in the centre of the system of relations and roles radically restructuring under the influence of such role. The personality of the dying remains a true value in this central position. The reintegration of the dying can begin parallel to her disintegration by the progressive loss of her normal social roles ('the loneliness of the dying'). Death can thus transform into a *social phenomenon*.

I illustrate the argumentation on the central dying role with a case study using the method of a heterophenomenological, second-person character.

By promoting the central and autonomous dying role, i.e. by the development of the necessary social role competences, or at least by publicising the thanatological knowledge, death can turn from an avoided, socially disintegrative taboo into a phenomenon that can strengthen the community even after the dying departed.

**dying role, self-grief, peripherisation,
centrality, the community of death**

MÚJDRICZA Ferenc (levelezési cím/correspondence): Központi Statisztikai Hivatal, Módszertani főosztály, Adatfelvétel- és adatelőkészítés-módszertani osztály/Hungarian Central Statistical Office, Methodology Department, Data Collection and Data Preparation Methodology Section; H-1024 Budapest, Keleti Károly u. 5–7. E-mail: ferenc.mujdricza@ksh.hu

Érkezett: 2017. október 13.

Elfogadva: 2017. november 13.

Minden család, mikroközösségként és a családtagok egyéni szintjén is, kénytelen szembenézni azzal a kihívással, melyet az egyes családtagok halála jelent. Tanulmányomban a halál és egyes járulékos jelenségeinek a családdal kapcsolatos vonatkozásait mutatom be, különös tekintettel a családon

belüli szerepviszonyokra. Minthogy a haldoklás szerepelméleti megközelítése a hazai szakirodalomban jóformán ismeretlen, a Noyes- és Clancy-féle (1), úttörő hatású munka bemutatása után e koncepció lehetséges kritikáit és továbbgondolását vázolom fel, szem előtt tartva a téma itthon újszerű voltát. Megállapításaimat egy hozzátar-

tozóm haldoklása és halála során szerzett személyes tapasztalataim retrospektív, reflektív interpretációján keresztül támasztom alá.

A haldoklószerep

A haldoklószerep fogalmát Russel Noyes Jr. és John Clancy (1) alkották meg. A téma aktualitását azonban mi sem jelzi jobban, minthogy eredeti, 1977-ben írott cikküket a közelmúltban változtatlan formában újra közreadta a *Psychiatry* folyóirat (2). Elsősorban a *Talcott Parsons* (3) által leírt betegszereptől igyekeztek elkülöníteni a haldoklószerepet. Noha Parsons alaposan tárgyalja a betegszerepet, az azzal szerinte is szorosan összefüggő halálról és haldoklásról e kontextusban csupán „néhány szót” (3) szól, elsősorban az orvosszereppel kapcsolatosan. A haldoklás és halál csupán a betegszerepet lezáró, „bevégző” momentum Parsons rövidke fejtegetésében, ami elsősorban az orvosi szerep szemszögéből releváns. Ez az objektívizáló, kényszeresen harmadik szempontú, a haldoklót ignoráló megközelítés hatással volt Noyes és Clancy nézőpontjára, és ezzel előrevetíti annak jellegét, még ha ők nem is említik Parsons vonatkozó sorait.

Megjegyzendő, hogy *Parker-Oliver* (4), valamint a rá is hivatkozó *Emanuel* és munkatársai (5) ugyancsak a haldoklószerepet kívánták körülírni. E tanulmányok azonban kudarcot vallanak a haldoklószerep jogainak és kötelezettségeinek megragadásában és leírásában. Emanuel és munkatársai (5) meghatároznak ugyan a haldoklószerephez fűződő praktikus, viszonylagos és személyes feladatcsoportokat, ezek azonban inkább egyedi esetek tipizálásának, mintsem általánosítható kötelezettségek rendszerének tekinthetők. A szerepjogok leírásával ráadásul adósak maradnak. Ez utóbbi tény meglepőnek tűnhet, hiszen – *Parker-Oliverrel* (4) ellentétben – *Emanuel* és munkatársai ismerik Noyes és Clancy (1) munkáját. Azonban hibái ellenére is kétségtelen jelentőségét nem ismerik fel, csupán futólag említik azt. Így e szövegek, számos erényük elismerése mellett sem lehetnek a jelen tanulmány elsődleges forrásai.

Mielőtt azonban a haldoklószerep eredeti koncepcióját felvázolnánk, röviden ismertetnünk érdemes a parsonsi (3) betegszerepet, amihez képest a haldoklószerepet Noyes és Clancy (1) meghatározták. A betegszerep, akárcsak minden társadalmi szerep, bizonyos, a társadalom, közösség által biztosított jogokkal és elvárt kötelezettségekkel jár. Ezen „intézményesült elvárásrendszer” (3) első aspektusa a beteg állapotának

jellegétől és súlyosságától függő (átmeneti) felmentése normális társadalmi felelősségei, szerepkötelezettségei alól. Állapotától függő mértékben tehát joga van normális kötelezettségei alól kitérni. E jog azonban egyben, mint azt Parsons megjegyzi, kötelezettség is: el kell fogadnia a beteg állapotát, és az ezzel járó jellegzetes szerepelvárást, tudniillik, hogy maradjon ágyban. A betegszereppel járó második jog az ápoláshoz való jog, ami ugyancsak egyfajta felmentettség is: a beteg nem tehető felelőssé beteg állapota miatt, így a közösség nem várhatja el, hogy akár döntés, akár akaraterő révén „összeszedje magát”. E két jog nagymértékben feltételes, mégpedig két kötelezettségnek való megfeleléstől függ. A harmadik aspektus ugyanis már egyértelmű szerepkötelezettségként nehezedik a betegre: vágyania *kell* a gyógyulásra, remélnie, hogy mihamarabb kikerül beteg állapotából. Itt megjegyzendő, hogy e reményt Parsons szerint a beteg környezetének is táplálnia kell, ami a betegszerep komplementer szerepeihez tartozó meghatározó szerepelvárásnak tekinthető. Az utolsó aspektus, egyben a második betegszerep-kötelezettség lényege, hogy a beteg köteles megfelelő (orvosi) segítséget keresni, és együttműködni a kezeléssel.

A betegszereppel szemben a haldoklószerep Noyes és Clancy (1) szerint alapvető különbségeket hordoz. A haldoklószerephez köthető sajátos jogokat és kötelezettségeket – a parsonsi nézőpont érzékelhető hatása alatt ugyan, de – meglehetősen alapossággal tárják elénk. Összesen hat kötelezettséget [*Noyes és Clancy* (1) eredeti közös cikke ötöt említ, *Noyes* (6) „önálló” tanulmányában találhatjuk meg a hatodikot] és négy (valójában három plusz egy) jogot vázolnak fel. A jogok egyike azonban bizonyos további háttér-kötelezettségeket is magában foglal. A haldoklót csupán az utóbbiak teljesülése esetén illeti meg e jog.

A haldoklószereppel járó első kötelezettség az elvárás, hogy a haldokló *vágyjon az életben maradásra*. Ezzel biztosítja környezetét, hogy nem felelős közlegő haláláért, sem annak időpontjáért. Még ha maga fel is adja a gyógyulás iránti irreális vágyat, addig köteles fenntartani az életvágyat, amíg a környezete megőrzi értelemtelet kötődését hozzá. Itt vegyük észre a parsonsi betegszerep második jogában hordozott, a beteg állapotért való felelősség alóli szociális felmentettséggel való hasonlóságot, ami azonban alapvető változáson megy át. Míg a betegnek joga, hogy ne tekintsék felelősnek betegségéért, addig a haldokló esetében, paradox módon, neki kell biztosítania környezetét afelől, hogy nem felelős haldokló állapotáért. Az életvágy hiánya, sor-

sának túlzottan „könnyű” elfogadása ugyanis szeretteinek és társadalmi kötelezettségeinek elutasítását közvetítené. Noyes (6) „szatellitcikke” itt említ egy további kitélt is, miszerint az életvággyal párhuzamosan saját életét megfelelően mélyen köteles meggyászolni, aminek hiánya érzéketlenségről, mi több, akár halálvágyról is tanúskodhat. Ezt nevezhetjük „öngyásznak” is. E gyász mindazonáltal idővel helyet adhat a halál elfogadásának (1, 6).

Az „öngyászfolyamat” jellegéről Noyes (6) nem bocsátkozik bővebb kifejtésbe, így röviden szükséges körüljárni. A gyázmunka nem csupán a halál bekövetkeztével, de már a haldoklás ideje alatt megkezdődhet. Ezt nevezzük anticipátoros (7, 8) vagy anticipációs gyásznak, ami egyfajta megelőlegezett gyásként (9), bár nem helyettesíti a tényleges halál bekövetkeztével megjelenő gyászt, de enyhítheti a fájdalmat (10), noha az anticipátoros gyász pozitív hatásainak általánosíthatósága megkérdőjelezhető (7). Az anticipátoros gyász azonban nem csupán a család, a haldoklóhoz közel állók, barátok gyászát jelentheti, de a haldokló gyászát is saját életére vonatkozólag. A haldokló is gyászolhat, hiszen ő maga éppúgy veszteséget él meg: számára a halál, önmaga halála azt jelenti, hogy elveszíti mindazt, ami az életében értékes számára. Önnön evilági létén túl nem csupán *egyetlen*, fontos szeretett, de az összeset (11), és a mindezekhez fűződő értékeket és célokat. Gyásza tehát mélyebb és megrázóbb is lehet, mint szeretteinek az ő halála felett érzett gyásza. Felvetődik a kérdés: mikor kezdődhet meg a gyázmunka a haldoklás alatt? Ennek legalább egy alapvető kritériuma lehet, mégpedig a haldoklás tényének (tudatos vagy kevésbé tudatos) felismerése. A gyász folyamata tehát a halál bekövetkezése előtt megkezdődhet. A haldokló „öngyásza” sajátos anticipátoros gyász: a közelgő saját halál tényének felismerése egyben a saját élet elgyászolásának kezdetét is jelentheti. Noyes (6) ezt az öngyászt írja le haldokló szerepkötelezettségként. Az életvággy és öngyász elvárása a haldoklóban súlyos diszkrpanciát okozhat.

A haldokló szerep (1) második kötelezettsége a haldoklóhoz kötődő *felelőségek és tulajdonok rendezett átruházása*, vagyis egyfajta kiterjesztett végrendelkezés. A beteg átmenetileg elhagyott, nyitott normál társadalmi szerepeivel szemben a haldokló végleg elhagyja, ezért köteles másokra átruházni azokat. E kötelezettség célja minimalizálni a társadalmi közegben a haldokló halálával keletkező szakadás mértékét. A harmadik kötelezettség az *életfenntartó kezelések kooperatív igénybevétele*. Minthogy a haldokló a beteg szerepéből a haldokló szerepébe került át, az orvosi

gyógyító funkció ellátása lehetetlenné válik, a társadalmi elvárások mentén idejét és energiáját a szerzők szerint nem „pazarolhatja” a haldoklóra. A haldokló szereppel járó negyedik társadalmi kötelezettség *szabadsága és privilégiumai csökkenésének*, gondozói által történő megnyirbálásának *elfogadása*. Így az intézményi ápolásban haldokló el kell, hogy viselje az adott intézmény szabályait és rutinjait. E személytelen, rigid szabályok és rutinok azonban, mint azt Noyes (6) megjegyzi, gyakran vezetnek a haldokló szükségtelen izolációjához és autonómiájának csökkenéséhez. Az ötödik kötelezettség (1) az ápolóktól való *függetlenség* és a velük való *kooperáció* az ápolókra és a gondozórendszerre háruló terhek minimalizálása érdekében. A beteg szerep függő viszonyával szemben tehát a haldokló szerepben elvárás a minél nagyobb függetlenség; bizonyos panaszokat a haldokló nem verbalizálhat, igényeljen minimális gyógyszerkezelt, maradjon aktív, és lehetőségeihez mérten gondoskodjon magáról. Az utolsó, hatodik haldokló szerepkötelezettséget Noyes (6) közli „önálló” munkájában. Ez a haldokló helyzetével való *bátor szembenézés* elvárása azért, hogy reménytelen attitűdje megerősítse családtagjai hitét (különösen vallásos családtagok esetében).

E hat kötelezettség megkövetelése mellett a haldoklóknak négy jogot is biztosít a társadalom (1). A haldoklót egyrészt végleg *felmenti* egyéb társadalmi felelősségei és kötelezettségei alól. Minthogy nem tehető felelőssé közeledő haláláért, környezete nem róhatja fel neki, ha érdeklődése és kötődése lecsökken a körülötte lévő világ és személyek irányába, például akár szabadon vissza is utasíthat látogatókat. A haldokló második joga, mivel betegségéért nem felelős, a *gondozáshoz, ápoláshoz való jog*. Ez elsősorban a család kötelessége, de ha szükséges, a tágabb közösségnek is készen kell állnia a segítségnyújtásra. A harmadik a *tisztelethez és méltósághoz való jog*: a közösség számára, noha korábbi társadalmi szerepeit már nem tölti be, a haldokló értékelése változatlan marad. Egészen addig van joga a méltóságteljes gondozáshoz, míg a haldokló szerep révén ráért kötelezettségeit teljesíti. E jogban azonban rejtett kötelezettségek is meghúzódnak. Minthogy a szerzők szerint halálával a haldokló helyet csinál a társadalmi rendben másoknak, e folyamatban köteles *biztosítani* a „sima” átmenetet, és a lehető *legkevesebb terhet róni* másokra. Csak ekkor jogosult családja és tágabb közössége gondozására. A haldokló utolsó, negyedik jogát sem Noyes és Clancy (1) közös, sem Noyes (6) „önálló” cikke nem említi külön, de mindkét szöveg tartalmazza. Eszerint a haldokló *joga van tudni, hogy haldoklik*: a betegsze-

rephez ragaszkodó haldokló hamis reményei, a gyógyító eljárásokhoz való ragaszkodása és függő viselkedése Noyes és Clancy (1) szerint túlzott terhet rónának a családra és a gondozókra.

Kiilleszkedés és reintegráció a haldoklószerepben

A haldokló és gondozói jogait és elvárásait tisztázni szándékozó haldoklószerep-konceptió mindazonáltal hiányosságokkal és hibákkal is terhelt. A közösség-, azon belül is kiemelten orvosszemponthú megközelítés okán nehezen szolgálhatja a haldokló közösségének javulását, amint Noyes és Clancy azt tanulmányuk (1) zárásaként vizionálják.

A szerzők egyrészt kizárólag a haldokló kiilleszkedésére fókuszálnak, másrészt a kötelezettségek és jogok közötti egyensúlyhiány is árulkodó. Míg a koncepcióban a kiszolgáltatottság eleme dominál, korlátozott jogai mellett a haldokló kötelezettségek és kényszerek sorát kénytelen elviselni. Az egyén megszűnik individuumnak lenni, elhagyott társadalmi szerepeivel elveszíti személyiségét, személyes fontosságát is a környezet számára. A haldokló átmenetileg kezelendő tehertétellé, „dologgá”, az egészségügyi pénzügyi befektetés *tárgyává* válik, akinek nincs hatalma a vele történő események felett (11). E kezelés „ellentételezéseként” családja, gondozói és orvosai kiszolgálójává degradálódik szerepében, melynek sokkal inkább elszenvedője, mint méltó alanya. A haldokló családja és közössége páriájává válva radikálisan periferezálódik. A halál és a haldokló „helye” tehát Noyes és Clancy (1) haldoklószerep-komplexumában a közösség perifériája. Noyes és Clancy azonban a *számukra aktuális* haldoklószerep jogainak és kötelezettségeinek leírására vállalkoztak, és ezt mutatták fel kíváncsként [e megállapítás igaz Parker-Oliver (4), valamint Emanuel és munkatársai (5) kevésbé kidolgozott munkájára is]. A társadalmi szerepek és a hozzájuk kötődő jogok és elvárások viszont koronként, kultúránként, társadalmanként különbözőek lehetnek. Amit leírnak, az ugyan egy, a modern nyugati civilizációban jellegzetes, és ma is igen gyakori haldokló szerep(t)rend, de korántsem tekinthető a jelenség általános leírásának. Felmerül a kérdés, vajon valóban az általuk leírt szerepforma a haldokló, családja, gondozói, és általában a társadalom számára a leginkább kíváncsi?

Ha Philippe Ariès – mára a tanatológiai irodalom egyik klasszikusává vált – szövegét (13) is tekintetbe vesszük, látható, hogy az úgynevezett

A kiilleszkedés fogalmát Robert Castel munkája (12) alapján a társadalmi-családi kötelékekből való kiszakadás, kizáródás, kitaszítódás, kivetődés, valamint az ezekkel együtt járó szociális elszigetelődés és peremhelyzetbe sodródás folyamatával azonosíthatjuk.

„jó halál” fogalma alapvető változáson ment át a középkortól napjainkig. Ariès szerint a jó halál a nyilvánosság előtt ment végbe, ceremóniáját a családtagok, barátok, ismerősök, egyháziak (esetleg orvosok) körében maga a haldokló irányította. Levonható a következtetés, hogy a haldoklószerep a jó halálra vágyók elkerülhetetlen, szükséges és – bármily furcsa – *kíváncsi* szerepeként az emberi élet szerves és legitim része volt, szemben napjainkkal. A halál és a haldokló helye *centrális* volt. A jelen haldoklószerepébe foglalt periferezálódás oka, hogy a halál nemkíváncsósá vált korunkban, melyet nem véletlenül nevez Ariès (13) a *tiltott halál* korszakának. Nem csupán a róla való beszéd vált ugyanis általánosságban illetlenné, és így modern tabutémává a hétköznapi diskurzusokban, de a gyász megélése, a fájdalom kimutatása is bizonyos értelemben tilossá vált a hozzátartozók számára [a haláltabu témájában bővebben lásd például Dank Magdolna és Martényi Ferenc tanulmányát (14), vagy éppen Csejtei Dezső munkáját (15)]. Mindeközben a haldokló nem „ura” már saját halálának: kiemelik megszokott környezetéből, és specialisták gondjaira bízják. Kiszakítva családjából, jellemzően kórházban, mély magányban lehel ki lelkét, részben azért is, hogy a családtagoknak ne kelljen szembesülniük a halál indukálta érzelmi teherrel. E modern társadalmi halálattitűd szerepvonatközösait írja le Noyes és Clancy (1).

Amint a haldoklás folyamata is egy dinamikus, a családi élet alakulását meghatározó társadalmi és kulturális közegben zajlik (16), a haldokló és a család is sokrétű, dinamikus viszonyban állnak, szemben Noyes és Clancy (1) egyszerű, statikus képével. E viszony kulcseleme a haldokló megváltozott, és folyamatosan változásban lévő státusza. Általános értelemben is egyetérthetünk Noyes és Clancy (1) a haldokló hétköznapi, normális szerepeinek végleges elhagyására vonatkozó megállapításával, de a haldokló nem csupán *felmentetik* e szerepek alól: a haldoklás nem pusztán felszámolja e szerepeit (4), hanem *progresszívan megfosztja* tőlük. A szerepteljesítések korlátozottá vagy lehetetlenné válnak, a család és a haldokló ezt csak nyugtázza az e szerepek alól való felmentéssel. E folyamatban kulcsfontosság-

gú a haldokló és a családtagok megfelelő szerep-interiorizációja. A mindent felülíró haldokló szerep vonzásában létrejövő új szerepek átalakuló családi viszonyrendszert is eredményeznek. A haldoklót korábban érvényes szerepeihez kötő *identitása* ezzel együtt intakt maradhat, és így személyében továbbra is hordozhatja az e szerepekhez fűződő jelentéseket úgy maga, mint családja, környezete számára. A haldokló tehát nem csupán kiszolgáltató, szerepei tekintetében (is) deprivált „dolog” lehet, de korábbi szerepei szerepteljesítése hiányában is e szerepek tudatát és jelentéseit megőrző, a *haldoklószereppel „gazdagított” személy*. A haldokló tisztelethez és méltósághoz, változatlan értékeléshez való jogának kitétele Noyes és Clancy (1) koncepciójában hasonlónak tűnhet ugyan, de ez a jog további kifejtés hiányában üres, tartalom nélküli jog, amire a haldokló csak akkor jogosult, ha haldokló kötelezettségeit teljesíti.

A haldokló valóban kiilleszkedik a családból – hétköznapi szerepeit tekintve. E kiilleszkedéssel párhuzamosan azonban egy új beilleszkedési folyamat indulhat meg, amennyiben a haldokló és a család felveszi és elfogadja a haldoklószerepet és annak komplementer szerepét. E folyamat hiányos megvalósulása lehet a haldoklók elmagányosodásának nevezett jelenség (17) egyik oka is. A haldoklónak mint haldoklónak sikeres beilleszkedése – vagy inkább reintegrálódása – alapjaiban határozza meg tehát a család (a haldoklót is beleértve) egésze számára a lezajló folyamatokat, azok jellegét, milyenségét. A haldoklás, a halál és a gyász családra való hatása tekintetében meghatározó a haldoklószerep és komplementer szerepeinek dinamikája. A szerep elutasítása bármely családtag – legyen az akár maga a haldokló – részéről nagy valószínűséggel megnehezíti a haldoklás, a halál pillanata és a(z ön)gyász megélését. A halál közeledte egy család minden, magát a haldoklóhoz érzelmileg közel állónak tekintő tagját elkerülhetetlenül új, ismeretlen szituációba, ezáltal átalakult viszonyrendszerbe helyezi. Ezen új viszonyrendszer szervezője a haldokló visszafordíthatatlan állapota: az egész családi szerepkomplexum-átalakulás origója a haldoklás tényének megjelenése. Ilyeténképpen a halált elutasító, tabuvá tévő modern társadalmak e jellegzetessége ellenére a haldoklás központi szerepe a haldoklószerep és komplementer szerepei tekintetében elvitathatatlan. A haldoklót periferizáló szerepkoncepció a haldoklást száműzni igyekvő kultúra terméke, és mint ilyen, a halálhoz való viszonyában patológias társadalmi állapot pillanatképe. Ezért nem e patológikus szerepállapot, illetve jogainak és kötelezettségeinek promotálása, hanem a pato-

lógias állapot megszüntetése a megfelelő cél. Az pedig megköveteli a haldoklás és maga a haldokló visszahelyezését az őt is befoglaló szerepeggyüttes centrumába. A periferizált haldoklószerep helyett centrális haldoklószerep tekinthető kívánatosnak, ahol újra a haldokló lehet a determinatív alany. Az őt körülvevő családi-társadalmi közeg elégtelen (és bizonyos esetekben üres és hamis) jogokkal „megkínált” *kiszolgálója* helyett az egészséges haldoklószerep a család és a tágabb közösség *(re)integrált*, központi elemévé emeli. Amennyiben a haldokló *személye* – Noyes és Clancy (1) második haldoklószerepjogának értelmében – valóban érték marad családja és közössége számára, a halál a végleges távozás elkerülhetetlensége és relatív közelsége okán is a centrális pozíciót indokolja a periferizálás ellenében. E centrális pozíció nyilvánvalóan nem jelentheti annak kötelezettségét, hogy a haldokló maga „vezényelje” környezetét. A centrális pozíció lehetőséget, de nem köteleességet jelent, és leginkább a szerepkomplexumban betöltött helyre vonatkozik, mintsem aktív vezetőszerp kényszerét implikálja. Az egészséges haldoklószerepben *Tony Walter* (18) posztmodern haláltípusának megfelelően nem a tradíció vagy az orvosi szaktudás, de az egyén saját választása a legfőbb autoritás, ami legfeljebb környezetét súlyosan veszélyeztető viselkedés esetén korlátozandó, de nem a család, gondozó vagy orvos kényelme, könnyebbisége érdekében. A centrális haldoklószerepben a környezet (a veszélyeztetés korlátozását kivéve) nem vár el, de a centralitásból fakadóan felhatalmazza a haldoklót a haldoklási folyamat vezérlésére. E felhatalmazás folyamatos és különleges empátikus figyelmet igényel, hiszen a haldokló nem feltétlenül képes aktívan irányítani környezetét. A család, a gondozók, az egészségügyi személyzet köteles lehetőségeihez képest mindent megtenni, hogy biztosítsa a haldokló centralitását akkor is, amikor az már nem, vagy csak korlátozottan képes az aktív önkifejezésre.

A családtagok nem csupán a haldoklóval, de egymással is egészen új viszonyba kerülhetnek, átalakult szereppárok jöhetnek létre. Társadalmi szempontból az elhunytal vagy haldoklóval legközelebbi, kölcsönösen vagy egyoldalúan függő viszonyban lévő személyek nagyobb támogatásra tünhetnek „jogosultnak” úgy a haldoklót hordozó közösség, mint a haldokló részéről (amennyiben az utóbbi ereje és szándéka engedi). A valóság azonban eltérhet ettől, hiszen a centrális haldoklószerep megjelenésével e hétköznapi szereprendből levezetett statikus társas támogatási norma is inadekvátnak bizonyulhat. Amennyiben a haldokló számára releváns legszorosabb

emberi kapcsolatok a tradicionális értelemben vett (családi) távolságukhoz képest „szokatlan” szubjektív erősséggel bírnak (például barátok, távolabbi rokonok stb. esetében), a centrális pozíciójú haldokló e kapcsolaterősség mentén tüntetheti ki a környezetében lévőket figyelmével, jelenlétükre való igényével, támogatásával stb. A halál mint *végző deszocializáló* ugyanis a szubjektív viszonyulást a társadalmi elvárás fölé emelheti. A halál torkában az addig esetleg hűen követett normarendszer egyén feletti hatalma fellazulhat, és a haldokló, centrális szereppozíció esetén, elsősorban a kapcsolat szubjektívan megélt erőssége mentén, szabadon rendezzi a környezetében lévőket. Így egyeseket társadalmilag magától értetődőnek tekintett súlyukhoz képest ignorálhat, míg másokat kívülről indokolhatatlan mértékben kitüntethet figyelmével. A haldokló családja és barátai, gondozói, orvosai stb. „szerepkötelessége” tiszteletben tartani és elfogadni a haldoklószerep megjelenésével a meglévő családi, baráti stb. viszonyrendszerek radikális át- vagy újrastrukturálódásának lehetőségét, ahol a létrejövő új viszonyrendszer központja és szerkezetének meghatározója optimális esetben a haldokló. A haldokló ilyen centrális pozícióba történő reintegrációja esetén nem csupán az mondható el, hogy a halál a lét legmagányosabb aktusából (19) újra családi, társas jelenséggé válhat. A családi-közösségi szerepkomplexum centrumába emelt haldoklás és haldoklószerep révén, annak eltagadása és periferizálása helyett, e reintegráció éppenséggel a haldokló eltávolozásával való családi-közösségi megküzdést, a veszteség feldolgozását és a haldokló elhunytát követő integrált tovább létezést is nagyobb eséllyel segíti elő, mint a haldoklót kiszolgálószerepbe erőltető modern szerepkényszerek.

Az orvos e folyamatban a gyógyító központi, kiemelt szerepéből (ami a betegszerep párjaként a haldoklással érvénytelenné válik) maga is át kell lépjen a haldoklót gondozó szerepbe (20). Ezzel annak a csoportnak az akár továbbra is fontos, de fontosságában és csoporton belüli elhelyezkedésében kizárólag a haldokló által meghatározott tagjává válik, melyet az egészségügyi ápolószemélyzet és a haldokló családja, barátai stb. alkothatnak. Ehhez az orvos fel kell adja érzelmi semlegességét, hiszen szerepe (a palliatív ellátás biztosításán túl) technikai készségei helyett elsősorban szociális készségeket (20), empátiát (21), érzelmi bevonódást és őszinte, érzékeny kommunikációt igényel (22). Az orvos – szerepzavarában gyakran tapasztalható – eltávolodása, elfordulása a haldoklótól nem megoldás. A haldokló ugyanis továbbra is igényelheti orvosa jelenlétét, támogatását, az általa nyújtható (pal-

liatív) ellátást a haldoklás során megélt életminősége maximalizálása érdekében (22).

Esetismertetés – egy magány nélküli halál

A továbbiakban egy hozzátartozóm súlyos betegsége, majd haldoklása és halála teljes folyamatának végigkísérése során szerzett tapasztalataim retrospektív, (részben) reflektív interpretációján keresztül illusztrálom a fent leírtakat. A bemutatandó egyedi eset éppen egyediségéből fakadóan szolgáltató értékes anyagot e speciális területet vizsgáló kutatók számára. Habár a tárgyalandó szituációban nyilvánvaló okokból nem kutatóként és nem reflektáltan vettem részt, ez nem zárja ki az élmény utólagos reflektív-interpretatív rekonstrukcióját. *Donald Schön* (23) ismert munkája alapján e reflexió tehát nem „történes közbeni” (*reflection-in-action*), hanem „történes utáni” (*reflection-on-action*) reflexiónak tekinthető. E reflexió hovatovább nem is első vagy harmadik személyű reflexió, hiszen az első személyű reflexióra itt kizárólag a haldoklónak volna lehetősége, ami azonban történés utáni reflexióként nyilvánvalóan hozzáférhetetlen, harmadik személyű reflexiót pedig csupán a teljes kívülállóság biztosíthatna. Ez jelen esetben nem csupán a haldoklóhoz fűződő személyes viszony okán lehetetlen, de *Woodthorpe* (24) szerint még a személyében független kutató számára sem lehetséges olyan témában, mint a halál. *Woodthorpe* kifejti, hogy a személyes tapasztalatok beemelése az elemzésbe nem is volna elvetendő, de a kutatás integratív elemeként módszertanilag kifejezetten szükséges tényező. Az esetleges „tárgyilagos” elemzés ugyanis az emberi halandóság realitásáról leválva legalább részben invaliddá válna. A megfelelő megközelítést a denneti *heterofenomenológia* (25), illetve a *Varela* és *Shear* (26) által leírt *második személyű pozíció* jelentheti.

Dennett (25) definíciójában a heterofenomenológia az „a semleges ösvény, mely az objektív fizikai tudományoktól és azoknak a harmadik személyű nézőponthoz való ragaszkodásától egy olyan fenomenológiai leíráshoz vezet, mely (elvben) képes kezelni a leginkább privát és kimondhatatlan szubjektív élményeket is”. A haldoklás éppen ilyen szubjektív tapasztalat, mely nem csupán a haldoklónak mint első személyű „megtapasztalónak”, de a hozzátartozónak is legprivátabb élményei közé tartozik. A heterofenomenológiánál „gazdagabb”, empatikus, második személyű pozícióból fakadó leírásban (26) a kutató ugyancsak nem csupán adatgyűjtő és -elemző

szerepet tölt be, de egy együtt érző, „együtt rezgő”, érintetté váló „mediátorként” (is) funkcionál. E módszer minden korlátjával együtt a halál és a haldoklás jelenségeivel kapcsolatosan más módon nem hozzáférhető kvalitatív többletinformációkhoz és következtetésekhez juttathat. E kutatói pozíció helyességét támasztja alá a fent említett Woodthorpe (24) is, aki tanulmányában éppenséggel a halál témájától való megfigyelő kutatói távolságtartás megvalósíthatatlanságát ecseteli meggyőzően. Az e témával foglalkozó kutató számára tehát elkerülhetetlen a bizonyos mértékű bevonódás.

A társadalomtudományokban jellemző empirikus módszertani elvárások merev, az instrumentális problémamegoldást előnyben részesítő „technikai racionalitása” (23) biztosíthatja ugyan a tudományosság kritériumait a kutatás bizonyos területein, azonban a vizsgálandó valóság olyan jelenségeinek esetében, melyek a megszokott tudományos módszerekkel nem, vagy csak nehezen megközelíthetőek, a technikai racionalitás magabiztossága szertefoszlik. „Eredményei” legjobb esetben is látszólagossá, de mindenképpen bizonytalanná, érvényesség és megbízhatóság tekintetében is erősen megkérdőjelezhetővé válnak. Schön (23) szerint a komplexitást, instabilitást és bizonytalanságot nem lehet megszüntetni vagy megoldani jól definiált feladatok alkalmazott specializált tudás révén. Ilyen kutatói szituációkban felértékelődik az egyedi, az egyes esetek fontossága, melyek megközelítésmódja művészi készségeket is igényel. A halál, mint azt korábban bemutattam (27), nem tartozik a tudományosan vizsgálható jelenségek körébe. A haldoklás ugyan külső szemszögből megfigyelhető folyamat, azonban – a haldoklók különleges, a megfigyelhető, vizsgálható és analizálható létből *kifelé tartó állapota* okán – ahogy közeledik a halál beállta, úgy csökken lehetőségünk a haldoklás szubjektív élményének objektív adatok, és az azokból nyerhető információk formájában történő leképezésére. A haldoklás bizonyos szemszögből a stabil, biztos lét instabillá, bizonytalanná válása. Ezen instabilitás és bizonytalanság kiteljesedése a halál maga. Ha tehát Schön (23) fenti megközelítése alapján a bizonytalan, instabil szituációkban az egyedire való művészi reflexió válik az elsődleges vizsgálati módszerre, akkor a haldoklás folyamatának megismerésekor is a hagyományos értelemben vett empirikus módszertan fokozatos elhagyására, és az egyes, a különös reflektív megfigyelésére (is) kell hagyatkoznia a kutatónak.

Minthogy aligha létezik tisztán instabilitás- és bizonytalanságmentes vizsgálati szituáció még a természettudományokban is, helytállónak tűnik

Alvesson és Skoldberg (28) megállapítása, miszerint az önelemzés és önreflexió bizonyos mértékig minden kutatás alkotóeleme. A terminális állapot és a halál szélsőségesen bizonytalan helyzete azonban kifejezetten a reflektív-interpretatív munkamódszert igényli, noha az így nyert reflektív interpretációk nem általánosíthatóak. Céljuk azonban nem is az általánosíthatóság, hanem egy jelenség hiteles leírása. A Schön (23) által leírt művészi megközelítésmód egyrészt a témában járatos szakértő intuitív megértését, másrészt az erre az intuitív megértésre való történés közbeni – vagy utáni – reflexiót jelöli (noha ez az intuitív megértésre alapuló tudás mindig gazdagabb, mint annak bármilyen leírása). Az olvasónak tehát tudomásul kell vennie, hogy a következő leírás a reflektív munkamódszer okán legalább részben a szakember intuíciónak bevonásával íródott.

Haldokló hozzátartozómnál (a továbbiakban: I.) a lehető legplasztikusabban volt tapasztalható az a belső változás, személyes növekedés, értékrend-átalakulás, melyet *Irvin D. Yalom* (29) is leír a betegség formájában az elkerülhetetlen halállal való szembesülés következményeként. I., betegsége révén olyan, akár évtizedes múltra visszatekintő problémákat, sérelmeket, indulatokat tudott feldolgozni, megromlott, de számára valaha fontos kapcsolatokat újraélesztteni, melyek szükségességének addig is tudatában volt, mégsem találta rájuk a megoldást. A haldoklás *Kübler-Ross* (11) által leírt – noha minden kétséget kizáróan soha nem igazolt és egyesek, például *Kastenbaum* (7) által megkérdőjelezett általánosíthatóságú – fázisainak (elutasítás és izoláció, düh, alkudozás, depresszió, belenyugvás) utolsó stádiumába kerülve, az elkerülhetetlen haldoklás tudatosodása után lezajlottak azok a folyamatok, melyeket fent leírni igyekeztem. Az öngyász mindenképpen megelőzi a belenyugvás ötödik fázisát. A kübler-rossi felosztásban talán a preparációs depresszió fázisában leírtak feleltethetőek meg neki részben. Indokolt lehet egy, a depresszió fázisát követő, de a belenyugvást megelőző lehetséges plusz fázisként beilleszteni a haldoklás folyamatának modelljébe.

I. a szó szoros értelmében elgyászolta saját életét, meg nem valósult lehetőségeit, szeretteit, majd e viharos érzelmekkel tarkított gyászmunka lezárultával tiszta, nyugodt és derűs tudattal várta a halált. Szeretteinek, barátainak többsége elfogadta a kényszerű szerepet, ami nem jelentett mást, mint a lehetőségekhez mérten megkönnyíteni a szenvedéseket, és szeretettel, őszintén jelen lenni. Ahogy *Kübler-Ross* (11) említi, a haldokló számára fontos lehet, hogy élete utolsó szakaszát ismerős, szeretett környezetben tölt-

hesse el. Mivel „[l]egyen (...) bármilyen korszerű az ápolási osztály vagy hospice részleg, a betegnek legjobb otthon” (30), *I.* is az otthonában halt meg. Családtagjainak túlnyomó része számára nem okozott nehézséget megérteni, hogy „éppen a kiszolgáltatott beteg az, akinek nem mindegy, hogy egy idegen, vagy egy közeli hozzátartozó lesz-e az ápolója” (30), így haldoklásának tudatosodását követően a kórházi ellátás, terápiák terheit már nem kellett viselnie, ágyhoz kötötten minden idejét a halálra való készülődésre fordíthatta.

Mint azt Kübler-Ross (11) is leírja a belenyugvás fázisának ismertetésekor, a haldokló e végső stádiumban gyakran nem, vagy csak korlátozott számban, korlátozott időtartamra és korlátozott mértékű kommunikációval fogad látogatókat. Tudatosodott haldoklása során *I.* is már csak azokat a személyeket engedte közel magához, akikkel a legközvetlenebb és legmélyebb érzelmi viszonyulás fűzte – e személyek egyes esetekben nem a társadalmilag magától értetődőnek tekintett családtagok voltak. Az őt meglátogatni, tőle búcsúzni vágyók jó részét visszautasította, azok akár közelebbi, akár távolabbi családtagok, barátok voltak, és csupán egy jól meghatározott, szűk kört tűrt meg maga körül. Ez egyebek mellett nyilván a végstádiumú rák állapotából is fakadt, amit nem kívánt megosztani, láttatni azokkal, akikkel kapcsolatának mélysége kisebb volt.

A szimpla elkülönülésen (11) túl talán az emberi méltóság megőrzésének igénye is megnyilvánul ebben a(z akár progresszív) *szelektív kirekesztésben*: a centrális pozíciójú haldokló csak azok számára enged betekintést akár méltatlannak megélt állapotának mélységeibe, akikről meg van győződve, hogy egészében azonosulni képesek vele, és akikkel ő maga testileg-lelkileg a szó szoros értelmében *mindent* meg tud osztani. A szelektív kirekesztés előre haladása egy akár idővel egyre szűkülő kört is jelenthet. Amint azt *Buda Béla* (31) is megjegyzi, „leginkább az az ember tudna ilyenkor segíteni, akivel a haldokló szoros kapcsolatban élt”. A nem saját döntésből fakadó intézményi (kórházi, vagy éppen hospice-házban történő) haldoklás – egyebek mellett – a szelektív kirekesztésben rejlő kontroll és szabadság lehetőségét is elrabolja a haldoklótól. A teljesség igénye nélkül: nem az egyén, hanem a munkabeosztás határozza meg ugyanis, ki tartózkodik a közvetlen közelében, ki ér hozzá, végzi a szükséges és elkerülhetetlen, de sokszor végtelen megaláztatást jelentő ápolási feladatokat stb. Az eldologiasodásban rejlő kiszolgáltatottságérzést egy haldoklócentrikus, empatikus betegársi, ápolói és orvosi komplementer sze-

repteljesítés bizonyos mértékig csökkentheti, de teljesen megszüntetni még az átlagos kórházi ápolásnál nagyságrendekkel humánusabb, békésebb, értékelibb és „méltóbb” haldoklást és halált lehetővé tévő hospice-közegeben sem tűnik lehetségesnek. A haldokló nem szabhatja meg például az intézményi működés őt is érintő szabályait, így megfosztatik attól a szabadságától, hogy utolsó, akár rendkívüli módon felértékelődő heteit, napjait, óráit a számára méltó módon és személyek körében tölthesse.

I. egyes közeli hozzátartozói nem voltak képesek teljesíteni azon igényét, hogy elfogadják haldoklásának tényét. A haldoklószerep komplementer szerepét magukra vállalni nem tudók tagadó, vagy éppen biztatónak szánt megnyilvánulásai hatalmas feszültségeket generáltak a haldoklóban: nehezen meglelt békéjét felborították, Kübler-Ross-szal (11) szólva többet ártottak neki, mint használtak, „akadályozták emocionális felkészülését”. Meggyőződésem, amint azt Kübler-Ross (11) is leírja egy esetismertetésében, hogy az elfogadás hiányának érzete minimum napokkal tolta ki halála bekövetkeztének dátumát, ezzel szükségtelenül meghosszabbítva fizikai és lelki szenvedéseit. A haldoklószerep külső (f)elismerése tehát e szempontból is kritikus fontosságú. Továbbá azok a személyek, akik a haldoklás felismeréséből fakadó „határátlépést” nem teszik meg a haldoklóval, kizárják magukat azok köréből, akikre a haldokló haldoklása és halála „útján” társként esetleg számíthatna, ezzel növelve az elmagányosodás érzetét és esélyét. A haldoklót segítő komplementer szerep szórványos elutasítása tehát még a túlnyomórészt támogatónak tekinthető közegeben lehetségessé váló békés haldoklást is megnehezítheti, ha pedig a környezet nagyrészt elutasító, az radikális magányt és elkeseredettséget indukálhat. Ezért jelölöm meg a békés, jó halál egyik kulcsaként e szerepek megfelelő, harmonikus megélését, ami lehetővé teheti azt is, hogy a haldoklás, öngyász és a meghalás, a halál egész jelenségköre a haldokló számára ne váljon – Buda Béla (19) szavaival élve – „a lét legmagányosabb aktusává”. Megjegyzendő, hogy a haldokló autonóm módon választott esetleges *egyedülléte* nem azonosítható az elhagyatottsággal/magánnyal, amennyiben ez az egyedüllétre való, akár csupán átmeneti igénye nem vezet a környezet elfordulásához, ezzel pedig a centrális pozíció elvesztéséhez.

Noha Elisabeth Kübler-Ross (11) jellemzően egy szinte érzelmeiktől mentes állapotként írja le a belenyugvás végső fázisát, ez esetben a belenyugvás kiteljesedése után igenis eljött egyfajta sajátos értelemben vett *örömteli várakozás* álla-

pota. A halál, ha nem is vágyott, de szívesen fogadott, békében várt „vendégge” transzformálódott, amihez a segítő környezet mellett nyilvánvalóan hozzájárult *I.* erős, mélyen megélt túlvilághite és az ezzel összefüggő, a lehetőségekhez képest aktív felkészülése is a halálra.

A halál pillanata, az utolsó napok és a haldoklási folyamat egésze illusztrálták, hogy a centrális haldoklószerep és kiegészítő szerepe(i) sem egyoldalúak: korántsem csupán a környezet ad, és a haldokló elfogad. Azáltal, hogy kit tűr meg és milyen mértékig, a haldokló családtagjai, esetleg barátai felé a lehető legteljesebb elfogadást nyilvánítja ki, amit ember adhat. Egy szeretünk utolsó napjaiban, óráiban, pillanataiban az ő akaratával jelen lenni – nehéz ennél értékesebb „ajándékot” elképzelni, amint Buda Béla (31) is hangsúlyozza a haldoklás végigkísérésének felszabadító, gazdagító erejét. Ez ugyancsak kiemeli annak fontosságát, hogy a kórházi haldoklás helyett az otthoni, megfelelően felkészült és felkészített szerettek körében lenne kívánatos lehetőséget biztosítani az elmúlásra.

Talán a Kübler-Ross (11) által is leírt békés elkülönülés igénye okán, *I.* számára életének utolsó heteiben terhes volt minden közelség. Halála pillanatában jómagam, valamint gyermekkor óta legmélyebben szeretett családtagja voltunk jelen. Noha ekkorra már eszméletlen állapotban volt, mégis e szerette érkezése után közvetlenül halt meg, abban a percben, amikor az megfogta a kezét. Halála pillanatával kvázi megvárta őt – amit Pilling János (32) is gyakori jellegzetességként ír le. *I.* így a számára talán legfontosabb két személyt vonhatta be legmélyebben haldoklása és halála folyamatába. Az elkülönülés kübler-rossi állapotát tehát követte egy rövid, de annál intenzívebb reintegrációs szakasz. Ez azonban már nem is annyira reintegráció (visszailleszkedés), sokkal inkább a haldokló által a halál torkában újonnan komponált, (szűk) közösségben való lét, melynek kiválasztott tagjai a haldoklót annak akaratával kísérik a halálba: a *halál közössége*. Amennyiben a haldoklónak módjában áll megalkotni ezt a közösséget, az szocializálja, társiassá emelheti a halál jelenségét és élményét is, és szertefoszthatja annak magányos jellegét.

Összefoglaló

Centrális haldoklószerep és szupportív komplementer szerepteljesítések esetén tehát a haldoklás és a halál magányos jellege eloszlatható. Amint Buda Béla (31) is leírja a tanatológiai is-

meretek köztudatba emelésének szükségességét, társadalmpolitikai szempontból szükséges volna a halállal és haldoklással kapcsolatos ismeretek széles körű terjesztése, akár kötelező közoktatásba – és nem csupán az egészségügyi (felső-) oktatásba (20, 21) – való beemelése, mint e megfelelő szerepteljesítésekhez elengedhetetlenül szükséges készségek és tudás tömeges elsajátításának kézenfekvő módja. Ahogy Hegedűs Katalin (9) írja: „fontos újra tanulni a haldokló ellátását, a gyász feldolgozását”. A haldokló autonómia és centrális szereppozíció, az otthoni vagy más, a haldokló által választott közegben történő haldoklás és meghalás a megfelelő kompetenciák nélkül ugyanis csupán illúzió és kivétel marad, mintsem szabállyá nemesedik. Amennyiben azonban lehetőségeinkhez és képességeinkhez mérten „jól” tudunk jelen lenni, helyesen tudjuk betölteni haldoklót segítő szerepünket, nem csupán a gyász és a fájdalom, veszteség és értelmetlenség, szorongás, önvád vagy éppen önsajnálát az, amit egy szeretünk halála jelenthet nekünk. A haldoklásba való bevonódás értékének felismerésével – legyen ez a bevonódás bármilyen mértékű – eltölthet bennünket a *bála* és a köszönet érzete, ami, ha nem is enyhíti a negatív érzéseket, de olyan adomány, mely az egyén és a család vesztesége mellett hatalmas többletjelentőséggel bírhat. A család, közösség szempontjából segítheti az elhunyt távozásával a belső viszonyrendszer újrastukturálódásának a lehetőségekhez mérten leginkább harmonikus lezajlását. Az egyén pedig átértékel(het)i az egész életét, céljait, értékprioritásait. A halál így rettegett, elkerülendő tabuból olyan jelenséggé transzformálódik a minél teljesebb, harmonikusabb haldokló- és komplementer segítőszerepeknek köszönhetően, ami nem csupán dezintegrálhatja, de egyben meg is erősítheti az elhunytat hordozó közösséget, családot [ez alátámasztja a halál társadalmi szempontból általánosabban véve is egyszerre integratív és dezintegratív hatását (27)]. Zárásképpen csupán egyetlen példát említenék: a fent említett, *I.* halálakor rajtam kívül jelen lévő családtagjával olyan mélységű kapcsolat alakult ki annak révén, hogy *együtt* voltunk jelen a halálánál, amire már meglévő barátságunk ellenére sem számítottam. Nem véletlen, hogy a gyász fájdalmas pillanataiban sok esetben ő volt az egyetlen, akinek jelenléte tényleges enyhülést adhatott – mert *jelen volt*, nem csupán – bizonyos szempontból – kívülállóként próbálkozik az együttérzéssel, de valóban tudja, érti és érzi mindazt, amit *I.* halála mint egyszerre lehengerlően nyomasztó és felemelő jelenség jelent.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönettel tartozom doktori témavezetőmnek, prof. dr. Nagy J. Endrének, valamint doktoranduszársamnak, Gubányi Mónikának, akik értékes javaslataikkal és a szöveg közzétételére való bátorításukkal nagymértékben hozzájárultak a jelen tanulmány megszületéséhez. A stilisztikai és egyéb korrekciókért Nagy Bernadettnek, a tanulmány közzétételére való felkérésért pedig a Lege Artis Medicinae szerkesztőségének kívánok továbbá ezúton köszönetet mondani.

Irodalom

1. Noyes R Jr, Clancy J. The dying role: Its relevance to improved patient care. *Psychiatry* 1977;40(1):41-7.
2. Noyes R Jr, Clancy J. The dying role: Its relevance to improved patient care. *Psychiatry* 2016;79(3):199-205.
3. Parsons T. The Social System. London: The Free Press of Glencoe; 1951.
4. Parker-Oliver D. The Social Construction of the "Dying Role" and the Hospice Drama. *OMEGA* 1999-2000;40(4): 493-512.
5. Emanuel L, Bennett K, Richardson VE. The Dying Role. *Journal of Palliative Medicine* 2007;10(1):159-68.
6. Noyes R Jr. The dying patient: Establish his role to improve care. *Psychosomatics* 1977;18(3):42-6.
7. Kastenbaum RJ. Death, society and human experience. Harlow: Pearson; 2014.
8. Pilling J. A gyász lélektana és a gyászolók segítése. In: Pilling J (editor). A halál, a haldoklás és a gyász kultúrantropológiája és pszichológiája. Budapest: Semmelweis Kiadó; 2010. p. 177-87.
9. Hegedűs K. Létezik-e jó halál? Budapest: Oriold és Társai Kiadó; 2017.
10. Kárpát Á. A gyász szociológiája. Budapest: MTA PTI Etnoregionális Kutatóközpont Munkafüzetek 91.; 2002.
11. Kübler-Ross E. A halál és a hozzá vezető út. Budapest: Gondolat; 1988.
12. Castel R. A nélkülözéstől a kivetettségig – a „kiilleszkedés” pokoljárása. *Esély* 1993;5(3):3-23.
13. Ariès P. A halál iránti attitűdjeink. A fejlődés főbb állomásai és értelmezése. In: Pilling J (editor). A halál, a haldoklás és a gyász kultúrantropológiája és pszichológiája. Budapest: Semmelweis Kiadó; 2010. p. 25-36.
14. Dank M, Martényi F. A daganatos betegek végigkövetése. In: Hegedűs K (editor). Halálközelben II. A haldokló és a halál méltóságáért. Budapest: Magyar Hospice Alapítvány; 1995. p. 83-96.
15. Csejtei D. A halál pestisizálódása. In: Nyíri K (editor). Filozófia az ezredfordulón. Budapest: Áron Kiadó; 2000. p. 97-106.
16. Broom A. Dying: A social perspective on the end of life. Farnham: Ashgate; 2015.
17. Elias N. A haldoklók magányossága. Budapest: Helikon Kiadó; 2000.
18. Walter T. Facing death without tradition. In: Howarth G, Jupp P (editors): Contemporary issues in the sociology of death, dying and disposal. Basingstoke: Macmillan; 1995. p. 193-204.
19. Buda B. A halál és haldoklás szociálpszichológiai tényezői és folyamatai. Kharón [Internetes kiadás] 1997;1(1) [Idézve 2017. okt. 12.]. Elérhető: http://www.kharon.hu/docu/1997-tel_buda-halal.pdf
20. Still AW, Todd CJ. Role ambiguity in general practice: The care of patients dying at home. *Social Science & Medicine* 1986;23(5):519-25.
21. MacLeod RD. On Reflection: Doctors learning to care for people who are dying. *Social Science & Medicine* 2001;52(11):1919-27.
22. Wenrich MD, Curtis JR, Shannon SE, Carline JD, Ambrozy DM, Ramsey PG. Communicating with dying patients within the spectrum of medical care from terminal diagnosis to death. *Archives of Internal Medicine* 2001;161(6):868-74.
23. Schön DA. The reflective practitioner. How professionals think in action. New York: Basic Books; 1983.
24. Woodthorpe K. Researching Death: Methodological reflections on the management of critical distance. *International Journal of Social Research Methodology* 2011;14 (2):99-109.
25. Dennett DC. Consciousness explained. New York: Back Bay Books / Little, Brown and Company; 1991.
26. Varela FJ, Shear J. First-person Methodologies: What, why, how? *Journal of Consciousness Studies* 1999;6(2-3):1-14.
27. Mújdricza F. The Wearing of death: Fear of death and social deviance. In: Colmenero-Chilberg L, Mújdricza F (editors). Facing Our darkness: Manifestations of fear, horror and terror. Oxford: Inter-Disciplinary Press; 2015. p. 183-91.
28. Alvesson M, Skoldberg K. Reflexive methodology. New vistas for qualitative research. Thousand Oaks, CA: SAGE; 2000.
29. Yalom ID. Egzisztenciális pszichoterápia. Budapest: Anima Kiadó; 2003.
30. Simkó Cs. Súlyos beteg a családban. Kharón [Internetes kiadás] 2004;8(4). [Idézve 2017. okt. 12.]. Elérhető: http://kharon.hu/docu/2004-4_simko-sulyos.pdf
31. Buda B. A halál különös pszichológiája. In: Kübler-Ross E. A halál és a hozzá vezető út. Budapest: Gondolat; 1988. p. 7-18.
32. Pilling J. A haldokló pszichés gondozása a haldoklás különböző stádiumaiban. In: Pilling J (editor). A halál, a haldoklás és a gyász kultúrantropológiája és pszichológiája. Budapest: Semmelweis Kiadó; 2010. p. 133-45.

A zene gyógyászati célú alkalmazása gyermekek kezelése során

KOLLÁR János

APPLYING MUSICAL TOOLS IN HEALING CHILDREN

A tanulmány felhívja a figyelmet a zenei eszközök gyermekek gyógyítása során történő, különböző alkalmazási lehetőségeire. Főbb orvosi adatbázisokban (PubMed, Web of Science, Medline) végzett kereséseket követően olyan szakirodalmakat sikerült felfedezni és harmonizálni, melyek szerint a megfelelő szakember által, terápiás körülmények között alkalmazott, alapvetően zenei eszközökkel végzett terápia alkalmazható számos gyógyászati területen. Ezek között szerepel a gyógykezelésekkel, illetve hospitalizációs körülményekkel kapcsolatos stresszcsökkentés, beszédzavarok kezelése, autista gyermekek kommunikációs és szociális képességeinek előmozdítása, látássérültek és hallássérültek képességjavítása, műtéti anesztézia segítése, agysérültek képesség-visszanyerésének serkentése, fogyatékossgal élő gyermekek képességfejlesztése egyaránt, csakúgy, mint a beteg gyermekek, szüleik, valamint gyógyító személyzet között harmonikusabb kapcsolat kialakításának elősegítése.

The aim of the study is drawing the attention to the possibilities of applying musical tools in healing children. After doing research in main medical databases (PubMed, Web of Science, Medline) some research works were discovered and harmonized in which the researchers give proof of the effectiveness of music therapies implemented in therapeutic circumstances and by proper experts on medical fields. The study focuses on the following topics: applying music for reducing stress caused by medical interventions and hospitalization, treating speech disturbances, improving communication and social abilities of autistic children, improving capabilities of people suffering from visual and hearing impairment, providing help during anaesthesia, stimulating different parts of the brain in children suffering from PDOC (Prolonged Disorder of Consciousness), improving capabilities of children living with disabilities and helping creating harmonic relationship between children, their parents and the healing staff.

zeneterápia, hospitalizáció, gyerekek, fogyatékossg, stressz, autizmus

music therapy, hospitalization, children, disabilities, stress, autism

dr. KOLLÁR János (levelezési cím/correspondence): Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet/Semmelweis University, Institut of Behavioural Sciences; H-1089 Budapest, Nagyvárad tér 4. XX. emelet. E-mail: janoskollar@gmail.com

Érkezett: 2017. augusztus 17.

Elfogadva: 2017. november 3.

A jelen tanulmány alapvető célja, hogy felhívja a figyelmet arra, milyen területeken alkalmazhatóak zenei eszközök gyermekek kezelése során. A feldolgozott szakirodalmak átolvasása remélhetőleg segíti az adott területeken dolgozó gyógyítókat abban, hogy munkájuk eredményesebbé váljék a nem túl költségigényes, noninvazív zeneterápiás beavatkozások alkalmazása révén. A közlemény célja a figyelemfelkeltés, és szerzője bízik abban, hogy sikerül felébresztenie a téma iránt érdeklődők

kíváncsiságát a tanulmányban – a keretek által megszabott korlátok miatt – nem említett alkalmazások iránt is.

A zene gyógyászati célú alkalmazása egyáltalán nem új keletű. Kínában már 4000 évvel ezelőtt zenei beavatkozást javasoltak arra az esetre, ha a születendő magzat a szokásosnál izgatottabb volt, és rugdalózásával veszélyeztette az anya egészségét. Ilyenkor egy fuvolajátékos az anya hasához hajolva játszott megnyugtató zenét (1).

Természetesen a zenének önmagában is lehet terápiás hatása. Zeneterápiáról azonban csak akkor beszélhetünk, ha a zenét, zenei eszközöket klinikai tapasztalatokra építve, terápiás körülmények között, megfelelő szakember alkalmazza, személyre szabott célok elérése érdekében. Napjainkban a tudományosan megalapozott és bizonyítékokon alapuló zeneterápia alapvetően háromféle módon alkalmazható. Az aktív forma esetén a terápiában részt vevő személyek maguk is zenélnek. Ehhez nem szükséges zenei képzettség, hiszen a terapia hangszerei többnyire egyszerű, többnyire ritmusképzés céljaira szolgáló, úgynevezett Orff-hangszerek (*Carl Orff* német zeneszerző és zenetanár kezdeményezése alapján). A receptív forma bizonyos zeneszámok által keltett érzelmekkel, hangulatokkal, indulatokkal dolgozik. Az aktív és/vagy receptív formát más tevékenységek (tánc, képzőművészeti alkotások létrehozása stb.) is kísérhetik. Ebben az esetben komplex terápiáról beszélünk.

A zeneterápia nem egyszerűen zenehallgatást vagy zenélést jelent. Sokkal több annál: agyi folyamatok módosulásáról van szó, a figyelem felkeltéséről valamely, zene által indukált téma iránt, valamint az ez által létrejövő reakciókkal kapcsolatos visszajelzéseket is magában foglalja (2). *Habibi* és munkatársainak (3) öt éves, 37 általános iskoláskorú gyermek részvételével végzett, longitudinális kutatása igazolta, hogy a zenetanulás a tonális környezet változásai iránti érzékenységeért, valamint az auditív ingerek feldolgozásáért felelős agyterületek fejlődését segíti. E változás pedig független a gyermekek örökletes tulajdonságaitól vagy szociális kapcsolataitól.

Írásomban két fő terület fókuszáltam: egyrészt a kórházi körülmények között végzett gyógyító munkára (a gyógykezelésekkel, illetve hospitalizációs körülményekkel kapcsolatos stresszcsökkentés, műtėti anesztézia segítése, a beteg gyermekek, szüleik, valamint a gyógyító személyzet között harmonikusabb kapcsolat kialakításának elősegítése), másrészt a különböző képesség- és készségfejlesztő beavatkozásokra (beszédzavarok kezelése, autista gyermekek kommunikációs és szociális képességeinek előmozdítása, látássérültek és hallássérültek képességjavítása, fogyatékossággal élő gyermekek képességfejlesztése).

Anyagok és módszerek

A rendelkezésemre álló orvosi kutatásokkal foglalkozó adatbázisokban (PubMed, Web of Science, Medline) kereséseket végeztem. A

következő kulcsszavakat használtam: Music AND Child, Music AND Children, Music therapy AND Child, Music Therapy AND Children. A duplumok kiszűrését követően 258 olyan publikációt találtam, amelyek címében a fenti kifejezések valamilyen kombinációkban előfordultak. Ezek közül szubjektív szempontok (érdekesség, eredetiség, friss információk, megvalósíthatóság stb.) alapján válogattam olyan cikkeket, amelyek véleményem szerint felkelthetik a téma iránt érdeklődők és az érintettek figyelmét.

Eredmények

A zene gyógyító funkciói közül talán legismertebb a stressz kezelésében játszott szerepe (4). Ezenkívül azonban a jól megválasztott zenével, megfelelő szakember által végzett terápiás célú beavatkozás számos olyan területen alkalmazható sikerrel, amelyek méltán kelthetik fel a téma iránt érdeklődők figyelmét.

Theorell (5) összefoglaló tanulmánya szerint a zene számos területen hat kedvező módon a gyermekek egészségére. Szerepet játszhat a műtétek után jelentkező PTSD (poszttraumatisz stressz betegség) megelőzésében, kedvezően hat az endokrin működésekre (emeli a vérplazma oxitocinszintjét, ezáltal csökkenti a szorongás- és fájdalomérzést) és javítja az orvosok, nővérek, betegek és a betegek szülei közötti kapcsolatokat.

A beszédtanulás és a ritmusérzékelés szorosan összefüggenek egymással. A gyermekkorban tanult versek, mondókák ritmusa nagymértékben meghatározza a későbbiek során a nyelvi funkciók fejlődését. A zene- és nyelvtanulás közötti pozitív korrelációra hívja fel a figyelmet *Cobrdes* és munkatársainak tanulmánya (6). A beszédzavarokkal és speciális nyelvi problémákkal (például dyslexia) küzdő gyermekek fejlesztése során szintén jelentős terápiás szereppel bír a zenei eszközök használata (7).

Autista gyermekek zeneterápiás kezeléséről már számos tudományos igényű publikáció készült (8). *Brown* (9) ezek sorát értékes tanulmányával egészíti ki, melyben beszámol arról, hogy az érzelmek azonosításának fejlesztését sikerrel gyakorolták, amikor szomorú arckifejezést ábrázoló képek mutatása során szomorú zeneszámokat, illetve vidám arckifejezéseket mutató ábrák mellett vidám zeneszámokat játszottak a gyerekeknek. *Kern* és *Aldridge* (10) vizsgálatai szerint autista gyerekek csoportos játékát zenei gyakorlatok segítségével lehetett segíteni. Hasonló eredményekről számol be *Spiro* és *Himberg* (11). Ők zeneterápiás eszkö-

zökkel segítettek autista gyermekeket kommunikációs nehézségeik leküzdésében. Ez utóbbi terület különösen fontos, hiszen az autizmus nem fogyatékoság, hanem gyakorlatilag kommunikációs zavar. Az autisztikus zavarban, illetve Asperger-szindrómában szenvedő emberek képességei széles spektrumon mozognak, közös vonásuk azonban, hogy kommunikációjukban korlátozottak, illetve nehezebben különböztetik meg a releváns és irreleváns ingereket. Spiro és Himberg említett kutatása során improvizációra épülő zeneterápiás ülések videofelvételeinek elemzése segítségével vizsgálták a terapeuták és klienseik közötti kommunikációs interakciók alakulását, fejlődését.

Shetty és munkatársai (12) olyan zenei programot dolgoztak ki, amely segítségével látássérült vagy vak gyermekek fogmosási tevékenységét tudták segíteni. A vizsgálatban 98 gyermek vett részt, akik 6 és 14 év közötti korúak voltak. A fogmosással kapcsolatos instrukciókat dalba foglalva kapták. A két hónapig tartó vizsgálat során a résztvevők szájában talált *Streptococcus*-mutáns törzsek száma szignifikánsan csökkent a kontrollcsoportéhoz képest, és a zenei segítséggel végzett fogmosást alkalmazó gyermekek általános szájhigiénés állapota is jelentős mértékben javult.

A hanglejtés jelentős mértékben befolyásolja a verbális információk jelentését. Cochleaimplantátummal rendelkező gyermekek ezt a hanglejtest nem tudják tökéletesen feldolgozni, emiatt beszédértésük is korlátozott. *Good* és munkatársai (13) azt vizsgálták, milyen pozitív hatásokat sikerülhet elérni abban az esetben, ha ilyen esetekben zenével segítik a fejlődést. Vizsgálatuk során hat hónapig tartó, hetente egy alkalommal megtartott, alkalmanként félórás vizuális művészeti gyakorlatokon (festés), valamint zenei gyakorlatokon (éneklés kísért zongoratanulás) részt vett, cochleaimplantátummal rendelkező gyermekeket vizsgáltak. Eredményeik azt igazolták, hogy a zenei órákon részt vett gyermekek azon képessége, hogy pontosabban azonosítsák az érzelmeket, szignifikánsan javult.

Zene alkalmazható anesztéziát igénylő orvosi beavatkozások során is. Bizonyos esetekben az anesztetikumok alkalmazása – például gyógyszerérzékenység miatt – kivételes kockázattal jár. Ilyenkor a figyelmet megragadó zene segítségével csökkenthető a beavatkozással járó szenvedés mértéke. Ezt igazolta *Adler* és munkatársainak vizsgálata (14). A kutatás alapjául az az elmélet szolgál, miszerint az agy kapacitása korlátozott, és nem tud egyszerre feldolgozni fájdalmas élményeket, és figyelemelterelő ingereket. A megfelelő zene kiválasztásához természetesen ismerni

kell a beteg zenei preferenciáit. Emellett az eredmények azt mutatják, hogy a lassú, 60–80 ütem/perces ritmusú, szöveg nélküli, főként mély hangokat tartalmazó, vonósokra épülő és 60 dB körüli hangerejű zene bizonyul a leginkább hatékonynak.

A zene fizikailag, mentálisan és érzelmileg egyaránt hatást gyakorol a hallgatóra, többek között emiatt is alkalmazható cerebrális paresistől (CP) szenvedő gyermekek esetében. *Alvin* kutatásai (15) már 1961-ben felhívták a figyelmet arra, hogy zene használható az alábbi területeken: fizikoterápia (a zene lüktetésére a gyermekek testükkel reagálnak), beszédfejlesztés (ritmusszabályozás és szövegismétlés révén), mentális fejlesztés (a zene által kínált nonverbális kommunikációs eszközök segítségével), társadalmi beilleszkedés (közös zenei játékok), érzelmszabályozás (érzelmek kifejezése, felidézése) egyaránt.

Ugla és munkatársai (16) szívűtéten átesett gyermekek szívritmusát befolyásolták kedvezően zeneterápia segítségével. A 13 résztvevőt számláló zeneterápiás csoport tagjai kórházi tartózkodásuk alatt, azaz 4–6 héten át, hetente kétszer vettek részt egyenként 45 perces, éneklést, hangszerező játékot és zenehallgatást egyaránt tartalmazó zenei foglalkozásokon. Az esti órákban a zeneterápiás beavatkozásban részt vett gyermekek szívritmusa 4–8 órán át szignifikánsan alacsonyabb volt, mint a kontrollcsoportban szereplő gyerekéké. Az alacsonyabb szívritmus jelentős stressz-szint-csökkenéssel járt együtt.

Olyan gyermekekkel, akik esetében több, mint négy héten keresztül, éber állapotban nem tapasztalhatóak a tudatosság jelei, azaz PDOC-ben (Prolonged Disorder of Consciousness) szenvednek, nagyon nehéz eredményes terápiás munkát folytatni. *Pool* és *Magee* kutatásai (17) szerint azonban a zene az agy különböző területeit aktiválja, mi által ideális stimulánsnak bizonyul a PDOC-ben szenvedő kis betegek felépüléséhez vezető úton.

A szülő-gyermek kapcsolat a gyermek betegsége esetén általában megváltozik. A szülőknél indokolatlan féltelmek, bűntudat, egyéb negatív érzelmek keletkezhetnek, amelyek óhatatlanul is befolyásolják a gyermekekkel való kommunikációt, érzelmi és kognitív viszonyulásait. Ezen változásokra a gyerekek különösen érzékenyek még akkor is, ha az ezzel kapcsolatos érzéseiket, gondolataikat nem tudják szavakba önteni. *Jacobsen* és munkatársainak (18) önkéntes kérdőívek segítségével végzett vizsgálata igazolja, hogy azon családokon belül, ahol a szülők és gyermekek közös zeneterápiás órákon vesznek részt, a szülők stressz-szintje csökken, a gyer-

mek-szülő kapcsolat szignifikánsan javul, a gyermekek hangulata pozitív irányban változik, a résztvevők közötti érzelmi kommunikáció jelentős mértékben megnő, és a szülők képesekké válnak a gyermekek érzelmeinek és gondolatainak mélyebb szintű megértésére.

A családközpontú gyógyítás felhívja a figyelmet arra, hogy a család a gyógyító stáb integrált része. A módszer számos szempontot vesz figyelembe a kezelés minőségének javítása érdekében. Ilyenkor a család, a gyógyítók, a betegek, valamint a gyógykezelés helyszínéként szolgáló intézmény érdekeit egyaránt figyelembe kell venni. Emiatt a beteg gyermekek szüleinek érzelmi, véleményei, gondolatai igen fontosak és figyelembe veendő a hatékony gyógyítás gyakorlatának megvalósítása érdekében. Immunkezelésen áteső gyermekeket és azok szüleit egyaránt fókuszba állító vizsgálatot végzett *Yinger* (19), aki 58, négy és hat év közötti gyermek és szülei magatartását kísérte figyelemmel. Huszonkilenc gyermek-szülő páros részt vett zenei foglalkozásokon, 29 páros pedig a kontrollcsoportot alkotta. A gyermekek megküzdési mechanizmusa, valamint a szülő-gyermek párosok distresszkezelése lényegesen jobbnak bizonyult a zeneterápiás csoportban.

A gyermekek gyógyítása során a szülők komoly distresszállapotokat élhetnek meg. Ezek csökkenthetőek megfelelően alkalmazott zeneterápiás beavatkozások segítségével. *Ortiz* és munkatársai (20) gyerekek intravénás kezelése során azt találták, hogy a kezelés mellett alkalmazott zeneterápiás beavatkozások segítették a gyermekeket egészséges megküzdési módszerek kialakításában, és minimalizálták a kezelés során bekövetkező distresszt.

Fogyatékossgal élő gyermekek szülei a fent említettek szerint igen gyakran élnek folyamatos distressz állapotban, és ez rányomja a bélyegét az egész család működésére, ezen belül a szülő-gyermek kapcsolatra is (21). *Williams* és munkatársai (22) halmozottan sérült gyermekek és szülei viszonyát igyekeztek javítani zeneterápia segítségével. Vizsgálatukban 201 anya-gyermek páros szerepelt. A heti egyórás, 10 héten át tartó program gyermekdalokkal, zenei kompozíciókkal és improvizációkkal egyaránt dolgozott. Tartalmazott üdvözlő és elköszönő dalokat, a motoros funkciókat serkentő zenéket, és a fizikai kontaktusteremtést serkentő csendes, nyugodt kompozíciókat is. Kérdőíves módszerrel, zeneterápiás beavatkozás előtt és után kértek véleményt a szülőktől jóllétükről, magatartásukról és a gyermekek fejlődését illetően. A válaszok szerint a beavatkozást követően szignifikánsan javult a szülők mentális egészsége, a gyermekek

szociális és kommunikációs képessége, a szülők gyermekek iránti érzékenysége. A zenes foglalkozások után a szülők gyermekeiket jobban el tudták fogadni, és szívesebben vettek részt közös programokban is.

A zeneterápia kétségtelen előnye, hogy nem szükséges feltétlenül intézményi körülmények között gyakorolni, otthoni alkalmazása is megoldható. *Williams* és munkatársai eredményeihez hasonló sikereket ért el *Yang* (23), aki 26, fogyatékossgal élő gyermek, valamint szülei kapcsolatát javította hathetes, heti egy alkalmas, egyenként 40 perces, aktív és receptív zeneterápiát egyaránt tartalmazó ülésekből álló, a családok otthonában végzett programja segítségével. A szülők és gyermekek közötti harmónia (a gyermekek kommunikációs kezdeményezése és szülők gyermekek reakciójára adott válaszok aránya), a szülők és gyerekek egymás iránti érzékenysége, nyitottsága jelentős mértékben javult a terápia végére.

Valószínűleg nincs nagyobb fájdalom a világon annál, mint amikor a szülő ápolja halálos beteg gyermekét. E folyamat lehetőségek szerinti megkönnyítésében szintén fontos szerepet játszhat a zenei eszközök alkalmazása. A zeneterápia célja ebben a helyzetben többféle lehet: az adott helyzet feldolgozásához nyújtott segítség, az emlékek felidézése és közös újraélése, a családi kapcsolatok erősítése, a családon belüli kommunikáció megkönnyítése és az érzelmek kifejezése. *Lindenfelser* és munkatársai (24) hét gyászoló szülő bevonásával végezték vizsgálatukat. A legfiatalabb elhunyt gyermek öt hónapos, a legidősebb 12 éves volt. A zeneterápiás ülések a kórházban és a család otthonában egyaránt folytak. Az eredmények szerint a zeneterápia komoly szerepet játszhat a haldoklás folyamatának elvi-elése, valamint a gyász feldolgozása során.

Robb és munkatársai (25) azt vizsgálták, miként alakul 3–8 éves, daganatos betegségben szenvedő gyermekek és szülei érzelmi distresszállapota zeneterápiás beavatkozások hatására. A kutatók olyan speciális, zenei játékszereket (activity kártyákat, zenei játékokat, CD-ket) alkalmaztak a vizsgálat során, amelyek a fiatalabb és idősebb gyermekek számára egyaránt megfelelőek. Kérdőíveik kvalitatív elemzése után arra a megállapításra jutottak, hogy a zenei játékokat mind a szülők, mind a gyerekek kedvezően fogadták. A terápia során alkalmazott zenék – a szülők beszámolóik szerint – serkentették a gyermekek fejlődését, relaxáló hatásúak voltak, segítették a gyerekek fizikai aktivitását, javították a hangulatukat, elvonták a figyelmet a kezelés nehézségeitől és jelentős mértékben segítették a család és a gyógyítók kapcsolatát. A közös zenei

játékok a szülők és gyermekek közötti interakciók számát és minőségét is javították, miáltal a játékokban részt vevők hangulata is javult.

Következtetések

A megfelelő szakember által, terápiás körülmények között, a terápiában érintettek zenei preferenciáit figyelembe vevő zeneterápiás beavatkozások segítségével különböző területeken sikerülhet a betegek és hozzátartozóik szenvedésszintjének csökkentése. Ezek között a gyógykezelésekkel, illetve hospitalizációs körülményekkel kapcsolatos stresszcsökkentés, a beszédzavarok kezelése, autista gyermekek kommunikációs és szociális képességeinek előmozdítása,

látássérültek és hallássérültek képességjavítása, műtéti anesztézia segítése, agysérültek képesség-visszanyerésének serkentése, fogyatékkal élő gyermekek képességfejlesztése ugyanúgy szerepel, mint a beteg gyermekek, szüleik, valamint a gyógyító személyzet között harmonikusabb kapcsolat kialakításának elősegítése. Jóllehet, a jelen tanulmány a zeneterápia gyermekek esetében történő alkalmazására fókuszál, természetesen felnőtt populáció esetén is eredménnyel alkalmazható. Számos előnye között szerepel, hogy egyrészt noninvazív, másrészt alkalmazása nem feltétlenül igényel intézményi környezetet. A fentiek figyelembevételével érdemes volna a zeneterápiás beavatkozások hazai, a gyógyászatban történő, szélesebb körű igénybevételére fókuszálni.

Irodalom

- Brettingham-Smith J. The sick child and music. *Childs Nerv Syst* 1993;9(4):193-6.
- Bringas ML, Zaldivar M, Rojas PA, Martinez-Montes K, Chongo DM, Ortega MA, et al. Effectiveness of music therapy as an aid to neurorestoration of children with severe neurological disorders. *Front Neurosci* 2015;9:427. <http://dx.doi.org/10.3389/fnins.2015.00427>
- Habibi A, Cahn BR, Damasio A, Damasio H. Neural correlates of accelerated auditory processing in children engaged in music training. *Dev Cogn Neurosci* 2016;21:1-14. <http://dx.doi.org/10.1016/j.dcn.2016.04.003>
- Sena Moore K, Hanson-Abromeit D. Theory-guided therapeutic function of music to facilitate emotion regulation development in preschool-aged children. *Front Hum Neurosci* 2015;9:572. <http://dx.doi.org/10.3389/fnhum.2015.00572>
- Theorell T. Growing evidence supports the positive impact of music on child health. *Acta Paediatr* 2016;105(10):1119-20. <http://dx.doi.org/10.1111/apa.13518>
- Cohrdes C, Grolig L, Schroeder S. Relating Language and music skills in young children: a first approach to systemize and compare distinct competencies on different levels. *Front Psychol* 2016;7:1616. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01616>
- Cumming R, Wilson A, Leong V, Colling LJ, Goswami U. Awareness of rhythm patterns in speech and music in children with specific language impairments. *Front Hum Neurosci* 2015;9:672. <http://dx.doi.org/10.3389/fnhum.2015.00672>
- Kollár J. Zeneterápia és autizmus. *Lege Artis Medicinae* 2012;22(8-9):544-9.
- Brown LS. The influence of music on facial emotion recognition in children with autism spectrum disorder and neurotypical children. *J Music Ther* 2017;54(1):55-79. <http://dx.doi.org/10.1093/jmt/thw017>
- Kern P, Aldridge D. Using embedded music therapy interventions to support outdoor play of young children with autism in an inclusive community-based child care program. *J Music Ther* 2006;43(4):270-94.
- Spiro N, Himberg T. Analysing change in music therapy interactions of children with communication difficulties. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2016;371:1693. <http://dx.doi.org/10.1098/rstb.2015.0374>
- Shetty V, Hegde AM, Varghese E, Shetty V. A novel music based tooth brushing system for blind children. *J Clin Pediatr Dent* 2013;37(3):251-5.
- Good A, Gordon KA, Papsin BC, Nespoli G, Hopyan T, Peretz I, et al. Benefits of music training for perception of emotional speech prosody in deaf children with cochlear implants. *Ear Hear* 2017;38(4):455-64. <http://dx.doi.org/10.1097/AUD.0000000000000402>
- Adler AC, Schwartz ER, Waters JM, Stricker PA. Anesthetizing a child for a large compressive mediastinal mass with distraction techniques and music therapies as the sole agents. *J Clin Anesth* 2016;35:392-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinane.2016.09.021>
- Alvin J. Music therapy and the cerebral palsied child. *Cereb Palsy Bull* 1961;3:255-62.
- Uggla L, Bonde LO, Svahn BM, Remberger M, Wrangsjö B, Gustafsson B. Music therapy can lower the heart rates of severely sick children. *Acta Paediatr* 2016;105(10):1225-30. <http://dx.doi.org/10.1111/apa.13452>
- Pool J, Magee WL. Music in the treatment of children and youth with prolonged disorders of consciousness. *Front Psychol* 2016;7:202. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00202>
- Jacobsen SL, McKinney CH, Holck U. Effects of a dyadic music therapy intervention on parent-child interaction, parent stress, and parent-child relationship in families with emotionally neglected children: a randomized controlled trial. *J Music Ther* 2014;51(4):310-32. <http://dx.doi.org/10.1093/jmt/thu028>
- Yinger OS. Music therapy as procedural support for young children undergoing immunizations: A randomized controlled study. *J Music Ther* 2016;53(4):336-63. <http://dx.doi.org/10.1093/jmt/thw010>
- Ortiz GS, O'Connor T, Carey J, Vella A, Paul A, Rode D, et al. Impact of a child life and music therapy procedural support intervention on parental perception of their child's distress during intravenous placement. *Pediatr Emerg Care* 2017. <http://dx.doi.org/10.1097/PEC.0000000000001065>
- Kollár J. Világunk (h)arca: Beszélgetések fogyatékkal élő emberek életéről. *Debrecen: Play Kft.*; 2013. ISBN: 978-963-08-8074-9.
- Williams KE, Berthelsen D, Nicholson JM, Walker S, Abad V. The effectiveness of a short-term group music therapy intervention for parents who have a child with a disability. *J Music Ther* 2012;49(1):23-44.
- Yang YH. Parents and Young Children with Disabilities: The effects of a home-based music therapy program on parent-child interactions. *J Music Ther* 2016;53(1):27-54. <http://dx.doi.org/10.1093/jmt/thv018>
- Lindenfelser KJ, Grocke D, McFerran K. Bereaved parents' experiences of music therapy with their terminally ill child. *J Music Ther* 2008;45(3):330-48.
- Robb SL, Haase JE, Perkins SM, Haut PR, Henley AK, Knaf KA, et al. Pilot Randomized Trial of Active Music Engagement Intervention Parent Delivery for Young Children With Cancer. *J Pediatr Psychol* 2017;42(2):208-19. <http://dx.doi.org/10.1093/jpepsy/jsw050>

Konzerválószer-mentes krónikus kezelés glaucomában: a cseppkezelés okozta szemfelszínbetegség elkerülése

HOLLÓ Gábor

CHRONIC PRESERVATIVE-FREE TREATMENT IN GLAUCOMA: AVOIDING THE EYE DROP INDUCED OCULAR SURFACE DISEASE

A teljes népességet tekintve a szemfelszínbetegség (ocular surface disease) nem ritka probléma idősebb személyeken. A glaucoma más népességen belül a cseppkezelés által kiváltott szemfelszínbetegség különösen gyakori, súlyos és komplex patogenezisű. Ennek oka az, hogy a szemnyomás csökkentésére használt szemcseppek konzerválószerai, főként a benzalkónium-klorid, gyakran váltják ki vagy súlyosbítják a szemfelszínbetegséget. A betegek szemtünetei jelentősen csökkentik mind a kezeléshez mutatott adherenciát, mind a látással kapcsolatos életminőséget. Éppen ezért a glaucoma cseppkezelése által kiváltott szemfelszínbetegség rontja a glaucoma hosszú távú kezelési eredményét. A jelen közlemény összefoglalja a glaucomakezelés kiváltotta szemfelszínbetegség patogenetikai vonatkozásait, valamint bemutatja, hogyan lehet a fő patogenetikai tényezőt kiküszöbölni, és a szemfelszín állapotát normalizálni teljesen konzerválószer-mentes szemnyomáscsökkentő szemcseppek alkalmazásával.

Ocular surface disease is a frequently seen condition in the elderly in the general population. In glaucoma patients the glaucoma-therapy related ocular surface disease is a particularly serious and common condition with complex pathogenesis. Preservatives, most commonly benzalkonium chloride, employed in intraocular pressure lowering eye drops frequently cause or worsen ocular surface disease in glaucoma. The symptoms frequently undermine both the adherence to the prescribed intraocular pressure lowering drops and the vision related quality of life. Therefore the success of long-term glaucoma care in glaucoma-therapy related ocular surface disease is reduced. The current article summarizes the main pathogenetic aspects of glaucoma-therapy related ocular surface disease, and presents how to eliminate the main causative factor and normalize the ocular surface by using completely preservative free topical medication in glaucoma.

glaucoma, szemfelszínbetegség, konzerválószer, konzerválószer-mentes szemcseppkezelés

glaucoma, ocular surface disease, preservatives, preservative-free topical medication

prof. dr. HOLLÓ Gábor (levelezési cím/correspondence): Semmelweis Egyetem, Szemészeti Klinika/Semmelweis University, Department of Ophthalmology, H-1085 Budapest, Mária u. 39. E-mail: hollo.gabor@med.semmelweis-univ.hu

Érkezett: 2018. június 5.

Elfogadva: 2018. június 18.

Glaucoma és a tartós szemcseppkezelés

A glaucoma az egyik leggyakoribb időskori szembetegség, és a vakság egyik vezető oka világszerte (1). A legtöbb esetben krónikus, éveken, évtizedeken keresztül folytatott szemnyomáscsökkentő cseppkezelést igényel ahhoz, hogy a

betegség progressziója a kielégítő életminőséget ne veszélyeztesse (2). Mivel egyetlen hatóanyag gyakran nem képes a kívánt szemnyomáscsökkentést tartósan biztosítani, a legtöbb beteg több szemcseppet kénytelen használni, és azokból naponta egy vagy több alkalommal cseppenteni. A hagyományos szemcseppeket a tárolóedény megnyitása után négy hétig lehet felhasználni,

ám ezalatt a bakteriális és gombás fertőződéstől óvni kell. Az oldatok tartósítása éppen ezért nagy jelentőségű. A tartósítószer, különösen a szemészeti készítményekben leginkább alkalmazott benzalkónium-klorid (BAK), toxikus anyagok (3). A BAK toxicitása a szemcseppekben alkalmazott koncentrációban is jelentős (3, 4). Mivel a glaucomás betegek sok éven át juttatják szemükbe a cseppek tartósítószerként, a BAK toxikus hatása kumulálódik. A toxikus hatás különösen jelentős akkor, ha a beteg több készítményt használ, és naponta többször cseppent (5).

A szemfelszínbetegség

A szemfelszínbetegség (ocular surface disease, OSD) önálló entitás (4). Nem azonos a száraz-szem-betegséggel (dry eye disease, DED), melyben a könny mennyisége csökken és minősége romlik. A szemfelszínbetegség jelentős gyulladásos komponenst tartalmaz. A folyamat komplex: kiváltják és súlyosbítják a szemfelszín károsodásai, a toxikus szemcsepphatóanyagok, stabilizátorok és konzerválószer, a gyulladásos folyamat pedig tovább károsítja a conjunctiva mucintermelő sejtjeit, Meibom-mirigyeit, és a cornea hámrétegét (circulus vitiosus) (3). Klinikailag a vörös kötőhártya, a sűrű pislogás, a szem nyitva tartásának nehézsége, a könny hiperozmolaritása és a szem súlyos diszkomfortérzése jellemzi (3, 4). Mivel a szemfelszínbetegség spontán gyógyulására nem számíthatunk, a toxikus hatások kiküszöbölése, a könnypótlás és a gyulladásos folyamat gátlása szemcseppben alkalmazott ciklosporinnal jelenti a korszerű kezelést (4, 6).

A benzalkónium-klorid kitüntetett szerepe a glaucomakezelés kiváltotta szemfelszínbetegségben

Mivel a BAK a leginkább használt és egyben leginkább toxikus szemcsepp konzerválószer, jelentősége a glaucomás betegek szemfelszínbetegségének kialakulásában és súlyosbodásában kitüntetett (7). A BAK detergens, emiatt károsítja a könnyfilmet, és szabaddá teszi a conjunctiva és a cornea hámrétegét. Emellett dóziszfüggő toxikus hatása van a szemfelszín valamennyi alkotójára, ami apoptózisban nyilvánul meg (3, 7). A BAK kis molekula, mely penetrál a szem elülső csarnokába, és a trabecularis hálózatot is károsítja. Emiatt a szemnyomás emelkedhet, és nehezebben kontrollálhatóvá válhat. Ilyenkor

gyakran még több szemnyomáscsökkentő cseppet írnak elő a betegnek, amitől a szemfelszínbetegség látványosan rosszabbodik. A BAK-ot a sejtek felveszik, majd a sejtek pusztulása után a BAK változatlan formában ismét a könnyfilmben jut, ahol tartósan, mintegy egy héten át megmarad, és más sejtekbe bekerülve azokat is elpusztítja. A toxikus hatás következtében a subconjunctivában krónikus steril gyulladás alakul ki, ami a későbbiben esetlegesen szükségessé váló glaucomaellenes filtrációs műtét sikertelenségét okozhatja a fokozott subconjunctivalis hegesezés révén (5). Korábban úgy vélték, hogy a BAK corneahámra gyakorolt toxikus hatása elősegíti a szemcseppek aktív hatóanyagainak intraocularis penetrációját, emiatt egyes készítményekben relatíve magas BAK-koncentrációt alkalmaztak. Az utóbbi évtizedben azonban egyértelművé vált, hogy BAK nélkül is megfelelő a szemnyomáscsökkentő hatóanyagok cornealis penetrációja, és intraocularis nyomáscsökkentő hatásuk nem csökken (4).

Konzerválószer-mentes szemnyomáscsökkentő szemcseppek

A fentiek alapján nyilvánvalónak tűnik, hogy a glaucoma tartós kezelésére a konzerválószer-mentes szemcseppek használata előnyös (7). Mégis, a konzerválószer-mentes cseppek széles körű használata csupán az elmúlt évtizedben jelent meg a gyakorlatban. Ennek az oka, hogy a hagyományos szemcseppkiszерelés a nem konzervált oldatokhoz nem felel meg, azaz a konzerválószer-mentes szemcseppek speciális kiszérelést igényelnek. A kiszérelések egyik típusa az egyszer használatos pipetta (egyhavi mennyiség dobozban kiszérelve), melyből egyetlen alkalommal szabad csak cseppenteni (4, 7). A másik kiszérelés sokadagos tároló, ami alapvetően eltér a hagyományos szemcseppentő tárolóedénytől, mivel sterilítást biztosító szelepes műszaki megoldást tartalmaz. Az edény megnyomására a csepp lassan jelenik meg, ami elősegíti az optimális gyógyszerfelhasználást. A cseppentés után az edényben a nyomáskiegyenlítődés egy sterilítást biztosító szelepen keresztül történik meg. A tartályt elhagyó folyadék nem képes a tartályba visszakerülni.

Jelenleg Magyarországon háromféle konzerválószer-mentes hatóanyag, illetve kombináció áll rendelkezésre (1. táblázat). A proszttaglandinanalóg tafluprost az uveosclerális csarnokvízelvezetést fokozza; egyadagos kiszérelésű. A proszttaglandinanalóg/ β -receptor-blokkoló taf-

1. táblázat. A Magyarországon jelenleg forgalomban lévő konzerválszer-mentes intarocularis nyomáscsökkentő cseppek

Gyógyszercsoport	Hatóanyag	Napi cseppentésszám	Kiszerezés
Prostaglandinanalóg	tafluprost	1	egyadagos
Prostaglandin/ β -receptor-blokkoló fix kombináció	tafluprost/timolol	1	egyadagos
Karboanhidrázgátló/ β -receptor-blokkoló fix kombináció	dorzolamid/timolol	2	egyadagos speciális sokadagos

luprost/timolol fix kombináció szintén egyadagos kiszerezésű. Mind az uveosclerális csarnokvíz-elvezetést fokozza (prostaglandin analóg komponens), mind a csarnokvíz termelését csökkenti (β -receptor-blokkoló komponens). A β -receptor-blokkoló/karboanhidrázgátló timolol/dorzolamid fix kombináció pedig a csarnokvíz termelését csökkenti mindkét komponense által. Ez a kombináció mind egyadagos, mind speciális sokadagos kiszerezésben elérhető. A fenti cseppek közül a prostaglandin analóg tafluprost és a dorzolamid/timolol fix kombináció kombinálható, mivel a hatóanyagok különböző csoportba tartoznak, és szemnyomáscsökkentő hatásuk konzerválszer-mentes formában is additív (8). Ez azért jelentős, mert e három hatóanyag kombinálásával maximális, illetve közel maximális kezelést építhetünk fel úgy, hogy a napi cseppentésszám nem haladja meg a hármat, ami a nemzetközi ajánlások alapján még tartósan jól tolerálható, és az adherenciát nem rontja (2).

A konzerválszer-mentes szemnyomáscsökkentő szemcseppek gyakorlati alkalmazása

A konzerválszer-mentes cseppek jelentősége elsősorban krónikus kezelés, sűrű cseppentés, szárazszem-betegség és szemfelszínbetegség esetén nagy, hiszen a konzerválszer káros hatása ilyen esetekben a legjelentősebb. Fontos szem előtt tartani, hogy a fenti szempontok a könnypótlásra is vonatkoznak: konzerválszer-mentes műkönnykészítmények használata a fenti állapotokban elengedhetetlen. Hosszú távon a konzerválszer-mentes krónikus kezelés valószínűleg a fiatal, egészséges szemfelszínű glaucomások számára is előnyös (4, 7).

A gyakorlatban az egyik legfontosabb célcsoport a fel nem ismert szemfelszínbetegségben szenvedő, számos konzervált szemcseppet használó glaucomás betegek köre. Az ilyen betegek súlyosan megromlott életminősége és szemészeti állapota a konzerválszer-mentes cseppekkeze-

lésre történő átállítás során már néhány hét alatt drámai javulást mutat, noha a véglegesnek tekinthető állapot csak hónapok múlva alakul ki.

Konzervált cseppekkezeléssel kiváltott és konzerválszer-mentes cseppekkezeléssel megszüntetett szemfelszínbetegség típusos esete

A nyitott zugú glaucoma férfi beteget a területi rendelőintézet kezelte éveken át konzervált prostaglandinanalóg/ β -receptor-blokkoló, illetve α -receptor-agonista/ β -receptor-blokkoló szemcseppel. Idővel mindkét szemén jelentős diszkomfortérzés és hypaeremia alakult ki, és a corneában subepithelialis beszűrődések mutatkoztak. A tüneteket előbb szemcseppben alkalmazott, majd szemcseppben és orálisan adott kortikoszteroiddal próbálták kezelni a szemnyomáscsökkentő terápia változtatlanul hagyása mellett. A szemnyomás nem volt kompenzált, sőt egyre tovább emelkedett (45–50 Hgmm-re mindkét szemén), emiatt előbb konzervált karboanhidrázbénító cseppet, majd emellett orális karboanhidrázgátló tablettát adtak a meglévő komplex kezeléshez, később a kezelést konzervált nemszteroid gyulladásgátló cseppel is kiegészítették. Mivel a szemnyomás továbbra is uralhatatlanul magas volt és a szemfelszín állapota sem javult, a beteget glaucomaellenes filtrációs műtétre küldték (1a. ábra). Ekkor intraocularis nyomása a jobb szemén 50 Hgmm, a bal szemén 55 Hgmm volt, és mindkét szembe naponta hét alkalommal cseppentett tartósított cseppet.

A beteg korrekt diagnózisa mindkét szemén elsődleges nyitott zugú glaucoma, konzerválszer okozta toxikus szemfelszínbetegség és kortikoszteroid okozta másodlagos nyitott zugú glaucoma volt. A fentiek alapján a kortikoszteroid és nemszteroid gyulladásgátló kezelést megszüntettük, minden szemcseppjét elhagytuk, és egy hónapig kizárólag orális acetazolamidot adtunk a szemnyomás átmeneti csökkentésére. Ezzel a kezeléssel szemnyomása 24 és 25



1a. ábra. A kötőhártya a konzervált szemcseppekkel történő túlzott kezelés következtében mindkét szemén vörbő, a beteg szeméit nehezen nyitja. A szemnyomás 50 és 55 Hgmm

1b. ábra. Két hónappal a konzervált kezelés elhagyása után, konzerválószer-mentes dorzolamid/timolol kombinált szemcsepp használata mellett a kötőhártya halvány, a beteg szeméit jól nyitja, és szemnyomása 17 és 18 Hgmm

Hgmm-re csökkent. Ekkor mindkét szemén napi két alkalommal (12 óránként) cseppentett, konzerválószer-mentes dorzolamid/timolol fix

kombinációra tértünk át, így a szemnyomás 18 és 17 Hgmm lett, miközben a szubjektív panaszok megszűntek, a conjunctiva halvánnyá vált, és a cornealis infiltrációk lassú gyógyulása is megindult (*1b. ábra*). Később, az alacsonyabb szemnyomás elérésére cseppkezelését konzerválószer-mentes tafluprost cseppel egészítettük ki. A cornealis infiltrátumok megszűntek, a szemek halványak maradtak, és a beteg a konzerválószer-mentes komplex kezeléssel kompenzált szemnyomású és stabil látóterű maradt mindkét szemén a jelenleg is tartó, immár négyéves kezelési időszakban.

Összefoglalás

A fenti eset különlegesnek és egyedinek tűnhet, ám a valóságban a hasonló esetek meglepően gyakoriak, és sokszor felderítetlenek maradnak. Éppen ezért minden gyakorló orvosnak érdemes tisztában lennie azzal, hogy a glaucoma kezelése által kiváltott szemfelszínbetegség nem ritkaság. Az érágas kötőhártyájú, szemét nehezen nyitó, erősen hunyorgó, gyakran pislogó, jellemzően idősebb beteget célszerű megkérdezni arról, hogy kap-e glaucoma elleni szemcseppkezelést. Amennyiben pozitív a válasz, érdemes a kezelő szemorvosnál kezdeményezni a szemfelszínbetegség-irányú vizsgálatot, illetve a konzervált szemcseppek konzerválószer-mentes cseppekkel történő helyettesítését.

Irodalom

1. Quigley HA, Broman AT. The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020. *Br J Ophthalmol* 2006;90:262-7.
2. European Glaucoma Society. Terminology and guidelines for glaucoma. 4th ed. Savona, Italy: PubliComm; 2014.
3. Baudouin C, Labbé A, Liang H, Pauly A, Brignole-Baudouin F. Preservatives in eye drops: the good, the bad and the ugly. *Prog Retin Eye Res* 2010;29:312-34.
4. Holló G, Katsanos K, Boboridis KG, Irkeç M, Konstas AGP. Preservative-free prostaglandin analogs and prostaglandin/timolol fixed combinations in the treatment of glaucoma: efficacy, safety and potential advantages. *Drugs* 2018;78:39-64.
5. Boimer C, Birt CM. Preservative exposure and surgical outcomes in glaucoma patients: The PESO study. *J Glaucoma* 2013;22:730-5.
6. Boboridis KG, Konstas AGP. Evaluating the novel application of cyclosporine 0.1% in ocular surface disease. *Exp Opin Pharmacother* 2018; published online first, doi: 10.1080/14656566.2018.1479742
7. Holló G. Konzerválószer-mentes, egyadagos, fix kombinációs cseppkezelés a szemnyomás csökkentésére: összefoglalás és újdonságok. *Szemészet* 2015;152:27-32.
8. Konstas A-G, Boboridis KG, Kapis P, Marinopoulos K, Voudouragaki IC, Panayiotou D, et al. 24-hour efficacy and ocular surface health with preservative-free tafluprost alone and in conjunction with preservative-free dorzolamid/timolol fixed combination in open-angle glaucoma patients insufficiently controlled with preserved latanoprost monotherapy. *Adv Ther* 2017;34:221-35.

Miért fontos és etikus a szorongó beteg gyógykezelése?

RADICS Judit

WHY IS IT IMPORTANT AND ETHICAL TO TREAT ANXIETY PATIENTS?

A szorongó beteg azonosítása nem mindig könnyű feladat. Diagnosztizálása csupán azon esetben egyszerű, amennyiben a szorongásnak markáns külső (szomatikus és pszichés) jelei vannak jelen, avagy a beteg maga panaszkodik rá. A szorongás önmagában nem patológias tünet, amennyiben erőssége vagy időtartama nem túlzott. A szorongásos reakció nagy egyéni változatosságot mutat, patológiasnak akkor tekinthető, ha inadekvát, irreleváns, és nincs összhangban az aktuális szituációval. Epidemiológiai adatok szerint a családorvosi praxis betegeinek egyharmada szenved szorongásos megbetegedésben, azonban mivel gyakorta a testi tünetek állnak előtérben, a betegek nagyszámú orvosi vizsgálaton esnek át. Fontos hangsúlyozni az orvosi kivizsgálás fontosságát egy esetlegesen fennálló testi betegség kizárása érdekében. A DSM-5 diagnosztikus kategóriáinak használata kiváló segítség a helyes diagnózis felállítására. A szorongás kardiológiai megbetegedések és a diabetes mellitus rizikófaktora is. A szorongásos megbetegedések prevalenciája 12,6–17,2%. A szorongásos megbetegedések jól kezelhetők, ám komplex terápiát igénylő kórképek: benzodiazepinek, antidepresszívumok, hipnotikumok, valamint pszichoterápia alkalmazása jön szóba. Mivel depresszió és alvászavar gyakran együtt jár vele, így ezek együttes gyógykezelése a helyénvaló.

The identification of anxious patients is not always an easy task. The diagnosis is clear in that case, when the symptoms (psychic or somatic) are evident or/and patients complain about anxiety. Anxiety itself is not a pathological symptom if it is adequate in strength and duration. Anxiety reactions have large individual variety -, they are pathological if inadequate and irrelevant and don't match with the actual situation. According to epidemiological data one third of patients of family doctors suffer from anxiety but somatic symptoms come to the front, so the patients participate in a great number of medical examinations. It is important to emphasise that medical examinations are necessary to preclude the possibility of any somatic disease. The diagnostic criteria of DSM-5. are an excellent assistance for a good diagnosis. Anxiety is a risk factor for cardiological diseases and diabetes mellitus. The prevalence of anxiety disorders are 12.6-17.2%. Anxiety disorders are well-manageable, they need complex therapy: benzodiazepines, antidepressants, hypnotics and psychotherapy. They frequently co-exist with depression and insomnia so they have to be treated together.

**szorongás, pszichiátria,
pszichoterápia, háziorvos**

**anxiety, psychiatry,
psychotherapy, general practitioner**

dr. RADICS Judit (levelezési cím/correspondence): Petz Aladár Megyei Oktató Kórház,
Pszichiátriai Mentálhigiénés és Addiktológiai Osztály/Petz Aladár County Educational Hospital,
Department of Psychiatric Mental Hygiene and Addiction;
H-9023 Győr, Vasvári Pál u. 2-4. judith.radics@gmail.com

Érkezett: 2018. február 24.

Elfogadva: 2018. április 3.

A szorongásról – általában

A szorongás önmagában nem kóros jelenség: a mindennapi alkalmazkodás, az adaptáció fontos, sőt nélkülözhetetlen eleme, melynek az emberi

faj túlélésében is döntő szerepe volt, van (1). Ezen esetben kerülhet megemlíetésre az ismert Selye-féle stresszreakció, mely stresszhelyzetben biztosítja a kellő adaptabilitást. Ha azonban a szorongás önállósul, akár a helyzettől teljesen

függetlenné válva, akár az adott szituációhoz intenzitásában és időtartamában nem illeszkedve, úgy mind szubjektíve, az érintett egyén számára, mind pedig a környezet számára nemkívánatos-ság, kínzóvá válik, fontos felismerése, kivizsgálása és gyógykezelése. Ha a szorongásos tünetek intenzitása felerősödik, akkor az egyébként jelentős egyéni különbséget mutató reakciómódok egyre egyöntetűbb szimptomák formájában jelentkeznek, a szorongás általános tünettanát képezve. Ekkor beszélhetünk szorongásos betegségről, betegségekről: a szorongásos tünetcsoport részjelenségei önállósulnak, megfelelő kiváltó ok vagy a kiváltó okhoz nem illeszkedő intenzitás és időtartam formájában.

A szorongásos kórképek diagnózisának felállításában két tényező jut döntő szerephez: az egyik – és legfontosabb – maga az egyén, illetőleg a szenvedő személy által szubjektíve kényszerűen megélt szorongásos állapot, melyről a beteg maga panaszkodik, a másik a környezet számára is nyilvánvaló, jól megfigyelhető és akár az adaptációt is rontó objektív korlátozottság (2).

Fontos, hogy a családorvos felismerje, hogy a nála jelentkező betegnek szorongásos tünetei vagy manifeszt szorongásos megbetegedése van. A szorongásos tünetek önmagukban is jelentős fenntartói a pszichoszomatikus kórképeknek, az egyértelműen szorongásos betegség diagnosztikus kritériumait kimerítő szorongásos zavarok pedig adekvát pszichiátriai gyógykezelésben részesítendőek. Ez utóbbi nem csupán a beteg érdekét – pszichés és szomatikus alapteregségének alakulását – képviseli, de a kezelőorvos által nyújtott effektív gyógykezelés magára a kezelőorvosra, az általa alkalmazott terápia sikerességére és ezáltal a személyes jó közérzetre is kedvező hatással bírhat.

Fontos hangsúlyozni, hogy a szorongás jelentős cardiovascularis rizikófaktor. Az érzelmi/indulati élet és a coronariabetegség között egyértelműen igazolt kapcsolat áll fenn. Szoros az összefüggés a coronariabetegség és a cardiovascularis mortalitás között is. Az epidemiológiai adatok egyértelműen alátámasztották, hogy a szorongás a pszichés zavarok közül a legerősebb potenciális rizikófaktor a coronariabetegség esetében (3).

Ugyancsak kiemelendő a családorvosi praxisban betöltött kiemelt szerepére tekintettel a szorongás diabetes mellitusban megmutatkozó következménye. Az epidemiológiai adatok azt igazolták, hogy amíg a depresszió előfordulása a diabetes mellitusban szenvedőknél lényegesen gyakoribb, mint az átlagpopulációban – úgy a szorongásra ez nem jellemző. A szorongás nem gyakoribb cukorbeteg körében, mint az átlag-

1. táblázat. A szorongásos kórképek felosztása a DSM-5 diagnosztikus kritériumrendszere szerint (5)

1. Pánikzavar agorafóbia nélkül
2. Pánikzavar agorafóbiával
3. Agorafóbia pánikzavar nélkül
4. Specifikus (korábban szimplex) fóbia
5. Szociális fóbia
6. Kényszeres zavar
7. Poszttraumás stressz zavar
8. Akut stressz zavar
9. Generalizált szorongásos zavar
10. Pszichoaktív szer okozta szorongásos zavar
11. Szorongásos zavar (általános egészségi állapot megjelölése miatt)
12. Szorongásos zavar MNO

populációban. Ugyanakkor a cukorbetegség szövdményeitől és a hypoglykaemiától való félelem jelen lévő provokáló faktor, melynek szerepe van pánikbetegség, agora- és szociális fóbia fenntartásában. Igen fontos tudni, hogy ezen betegek – éppen szorongásaik okán – vércukorszintjüket is rendszeresen magasabbra állítják be (4).

A szorongásos betegségek felosztása történhet a Betegségek Nemzetközi Osztályozása (BNO-10) diagnosztikus kategóriái alapján, hazánkban azonban – különösen a pszichiátria szakterületén – az Amerikai Pszichiátriai Társaság által kidolgozott DSM-5 osztályozási rendszertana van használatban (1. táblázat).

A szorongó beteg magatartása – szorongás jelenlétére utaló jelzések, tünetek

A családorvosi praxisban viszonylag ritkán találkozhatunk a kifejezett szorongás tüneteivel, és maguk a betegek is ritkán számolnak be arról, hogy szorongás kínozná őket. A gyakorlatban a betegek részéről elsősorban a szorongás testi panaszokban és tünetekben történő megfogalmazása áll az előtérben – mely mögött jól képzett családorvos viszonylag könnyen és gyorsan feltárhatja a szorongás kórnemző szerepét –, másodsorban pedig a hozzá forduló beteg viselkedéséből, magatartásából – a szorongás direkt és indirekt jegyeinek megnyilvánulásából – következtethet a szorongás jelenlétére. Direkt jelzésként értékelhetőek a vegetatív idegrendszer által beidegzett szervek működésbeli, funkcionális megnyilvánulásai (szimpa-

2. táblázat. A szorongás direkt tünetei

1. Heves szívdobogás, palpítáció, tachycardia
2. Izzadás, verejtékezés
3. Remegés
4. Fulladás, légszomj
5. Gombócérzés a torokban, torokszorítás
6. Mellkasi fájdalom, illetve diszkomfort
7. Hányinger, émelygés, hasi diszkomfort
8. Szédülés, bizonytalanság, ájulásérzés
9. Derealizáció/deperszonalizáció
10. Halálfélelem
11. Megőrléstől való félelem
12. Paraesthesiák (zsibbadás, bizsergés)
13. Hidegrázás, kipirulás

tikus tónuseltolódás). Az indirekt jelzések között a perzisztáló, még inkább a változatosságot mutató szomatikus panaszok, ezen szomatikus betegségekre nyújtott testi terápiák sikeretelensége utalhat, mint például az úgynevezett terápiarezisztens hypertonia, mely utóbbi gyakran gyökerezik pszichés alapokon, és azok felszámolása (a szorongás megszüntetése) javulást eredményezhet.

A szorongás direkt tünetei, kiemelt fontossággal a pánikrohamra

A pánikroham tünetei, a szorongásos szimptomák legintenzívebb megnyilvánulási formái – így fennállásuk – csupán relatíve rövid idejűek lehetnek. Szorongás, különösen krónikus szorongás fennállása idején is a 2. táblázatban látható panaszok jellemzik a beteget, azonban jelentős intenzitásbeli különbséggel, lényegesen gyengébben, elhúzódó időintervallumban.

Pszichoszomatikus problémák esetén gyakori, hogy a panaszok csupán egy-egy szervrendszerre lokalizálódnak, azonban bizonyított tény, hogy ezek tartós fennállás esetén kimutatható organikus elváltozásokat generálnak, illetőleg a meglévő szomatikus elváltozásokat súlyosbíthatják, a javulást gátolják.

A szorongás fennállására utaló további indirekt jelzések között szerepel, ha a rendelőbe belépő beteg kipirult, esetleg éppen ellenkezőleg, sápadt arcborrel érkezik, illetőleg az arc és a nyak bőrének vascularizációja gyors és ellentétes változásokat mutat. A kézfogás is sokat elárul: a hi-

deg, nyirkos, verejtékes kezek szorongásra utalhatnak. A csökkent nyáltermelés nyomán a száj gyakran kiszárad, a nyelv a szájpadráshoz tapadhat, nehezítve, illetőleg elakasztva a beszédet, vagy foetor ex orét eredményezve. A szorongó ember gyakran erősen izzad, sőt, a verejték megváltozott összetételénél fogva erős testszagot lehet érezni. Erős illatszerhasználat indirekt jelzés lehet arra, hogy a beteg tisztában van fokozott izzadékonyságával, és palástolni igyekszik azt. A szorongás önkéntelen oldására utalhat, ha a beteg sóhajtó, mély lélegzeteket vesz, vagy nem találva helyét, vizsgálat közben fészkelődik, nyugtalan, izeg-mozog, ezen pluszmozgások ugyanis feszültségcsökkentő hatással bírnak. A szorongó betegek gyakran nem tartják a szemkontaktust sem (6).

Amennyiben a beteg szorongásos tünetei valamely szervre, szervrendszerre lokalizálódnak, úgy várható a panaszok igen részletes és terjedős elemzése, melyre a beteg figyelme beszűkül, monoideisztikus irányvonalat tart, ettől nem, vagy csupán nehezen téríthető el. Gyakori, hogy a vizsgálati eredményekkel nem elégedett, az esetleges negatív vizsgálati leletek nem nyugtatják meg, valamint újabb és újabb panaszokat említ, újabb szervrendszerekre terjesztve ki panaszait. Ők az úgynevezett „hipochondriára” hajló betegek. Fontos azonban hangsúlyozni, hogy amennyiben a betegnek bármilyen szomatikus panasa van, úgy minden esetben kötelező az ez irányú kivizsgálás, mert a probléma egyértelműen pszichés eredete csupán organikus elváltozás hiányában mondható ki. Ugyanakkor azt is meg kell említeni, hogy a pszichoszomatikus megbetegedések esetén a szorongás és a testi elváltozás együttesen van jelen, és párhuzamosan is gyógykezelendő!

A szorongó beteg tájékoztatása – Share Decision Making (SDM)

A kifejezett szorongás tüneteivel küszködő betegek számára panaszaik szubjektíve kínzó megélése megkönnyíti a kezelésbevételt, sőt, ezen betegek maguk kéri a segítséget gyógyulásuk érdekében. Azonban kevésbé lehet problémamentes a pszichoszomatikus kórképekben szenvedők szorongásának gyógykezelése, mivel itt a beteg részéről nemritkán nehezen fogadtatható el a betegség komplexitása, pszichés és szomatikus gyógykezelésének egyaránt való szükségessége. Nagy segítséget nyújthat benne a családorvos és a beteg, illetve a beteg családja közti személyes jó viszony, mely az effektív szorongásoldó terápiát a közös döntéshozatal (Share

Decision Making) elve alapján kiválóan megalkalmazható.

A szituációt megkönnyítheti, ha a betegnek alvászavara is van, mivel elsőként az alvászavar megszüntetése a reális célkitűzés – mind a beteg, mind betegségének gyógykezelése érdekében a kívánatos lépés (7). Helyes lehet a „stressz”, „krónikus stressz” kifejezés használata, valamint „az idegrendszer egyensúlyi állapotának visszaállítása” kifejezések alkalmazása, melyek kézzelfoghatóbbá, megérthetőbbé és ezáltal elfogadhatóvá teszik a problémát. Az adekvát szorongásoldó terápia nyomán a betegek maguk is észlelik általános közérzetük – ezáltal testi panaszuk – javulását, mely a jövőben biztosítja a megfelelő compliance-t.

A szorongásos kórképek típusosan az ambuláns ellátás körébe tartoznak. Az adekvát terápia alkalmazása az esetek nagy részében gyors és teljes tünetredukcióhoz vezet. A háziorvosnak lehetősége nyílik pszichiátriai szakkonzíliumot is igénybe venni, ezt követően a szakorvosi ajánlást követni. Szakorvosi konzílium igénybevétele különösen abban az esetben indokolt, ha differenciáldiagnosztikai probléma vetődik fel – vajon csakugyan szorongásos kórkép áll-e a tünetek hátterében.

Hospitalizáció indikációját az esetlegesen fennálló suicid veszély képezheti, ekkor azonban a kórházi beutalás feltétlenül indokolt.

A szorongás gyógyszeres kezelési lehetőségei

A szorongásoldó pszichiátriai készítményeket korábban a nyugtatókkal azonosították. Mára azonban korszerű, hatékony, valóban szorongásoldó, és a szorongás fellépését, kialakulását megakadályozó készítményeket alkalmazhatunk, melyek évtizedek óta elérhetőek, hiszen az alább említett úgynevezett nagypotenciálú benzodiazepinek 1981-ben kerültek forgalomba.

A szorongásos zavarok gyógykezelésére a Magyar Pszichiátriai Társaság Szakmai Kollégiuma szakmai útmutatót, általános irányelveket dolgozott ki, ezek alkalmazása a mindennapi orvosi praxisban ajánlott (8–10). A szorongásos zavarok első vonalbeli terápiáját az SSRI (szelektív szerotonin visszavétel gátlók) szerek képezik, benzodiazepinek csupán második vonalban vagy akut esetben, rövid ideig adhatóak, elsősorban amíg az antidepresszívum kifejti hatását.

Fontos kiemelni, hogy a szorongásban szenvedő betegek különösen hajlamosak öngyógyító módszerek alkalmazására, mely egyrészt alko-

holabúzusokhoz, alkoholdependenciához, másrészt pedig gyógyszerfüggőséghez vezethet! Szakember által történő adekvát gyógykezelésük, és követésük, kontrollálásuk ennél fogva elengedhetetlen.

A szorongásos zavarokban az alábbi készítmények kerülhetnek alkalmazásra (11, 12):

Benzodiazepinkészítmények

- Nem benzodiazepin típusú anxiolyticumok
- Antidepresszánsok
- Hipnotikumok

Benzodiazepin típusú anxiolyticumok

– Nagypotenciálú benzodiazepinek: clonazepam, alprazolam.

– Kispotenciálú benzodiazepinek diazepam, clobazam, medazepam, lorazepam.

Tekintettel arra, hogy a szorongásos betegségek kúraszerűen kezelendők, fontos olyan készítmények alkalmazása, melyeknek alacsony a függőségi potenciálja, így a szorongás gyógykezelésében elsősorban a nagypotenciálú benzodiazepinek kapnak helyet. Kispotenciálú készítmények elsősorban az akut szorongásoldásban használatosak.

A szakmai ajánlás szerint a nagypotenciálú készítmények alkalmazása 3 hónapig javasolható, ezt követően háromhavonta a terápia újraértékelése szükséges. A javasolt terápiás adag 0,5 mg és 6–8 mg között van, azonban ezen utóbbi magas dózisok alkalmazása lehetőség szerint minél rövidebb idejű legyen.

A kispotenciálú készítmények megfelelő helye az akut szorongásoldás. Ezek közül a leggyakrabban alkalmazott készítmény a diazepam, melynek adagja ez esetben 5–20 mg.

Nem benzodiazepin típusú anxiolyticumok

Itt a buspiron emelendő ki. Hangsúlyozni kell, hogy kizárólag kúraszerűen alkalmazható, mivel hatását két hét eltelte után fejt ki. Hatásosság esetén szedése tartósan javasolható. Előnyös készítmény, mivel szedatív hatása gyakorlatilag nincs, azonban korábban benzodiazepinterápiában részesült betegnél hatékonysága elmaradhat a várakozástól.

Antidepresszánsok

Az úgynevezett tri- és tetraciklusos antidepresszánsok használata – mellékhatásprofiljuk következtében – mára visszaszorult.

A korszerű szereket, az SSRI-, SSNRI-,

3. táblázat. Szorongásos zavar esetén alkalmazásra kerülő antidepresszánsok típusai, dozírozása

Paroxetin	20–60 mg/nap
Sertralin	50–150 mg/nap
Venlafaxin	75–225 mg/nap
Duloxetin	30–90 mg/nap
Escitalopram	10–20 mg/nap

SNRI-, NaSSA-, valamint a RIMA-készítményeket a 3. táblázat mutatja.

A szorongásos zavarok gyógykezelésének időtartama általában 12 és 24 hónap között van, mindig kúraszerű.

Fontos megemlíteni a benzodiazepinek lehetséges mellékhatásait is. Közvetlen, korai mellékhatás lehet a fáradékonyság, aluszékonyság, passzivitás illetőleg a finom mozgások zavara, koordinációs problémák, a reakcióidő megnyúlása és a figyelmetlenség illetőleg a retro- vagy anterográd amnézia. A benzodiazepinek tartós alkalmazása során tolerancia alakulhat ki a készítménnyel szemben, mely gyógyszerdependenciához, függőséghez vezethet. Alkalmazásuk tehát komoly körülmények között, és állandó orvosi kontrollt igényel, hangsúlyozva, hogy a lehető legalacsonyabb hatásos dózis kerüljön a legrövidebb ideig alkalmazásra.

Hipnotikumok alkalmazása

Amennyiben a szorongásos zavarokhoz alvászavar is társul – és ez nagyon gyakran észlelhető, ezért feltétlenül rá kell kérdezni –, úgy ezen alvászavarok (inszomnia) megszüntetése látványos javulást eredményez: részint közvetlenül javítva az alvásminőséget, melynek másnap kedvező következményei is vannak, részint növelve a beteg gyógyulásba vetett hitét. A korszerű ajánlás szerint az úgynevezett Z-altatók a korszerű, alkalmazandó készítmények: zolpidem, zopiclon, zaleplon. Adásuk általában négy és nyolc hét között ajánlott. Altatóként az ultrarövid és hosszú hatástartamú altatók kerülendők.

Az utóbbi évek kutatásai nyomán került a középpontba a cirkadián ritmus, illetőleg ennek zavarai. Az alvás-ébrenlét cirkadián ritmusában a melatonin játszik kiemelkedő szerepet. A melatonin szintje az életkor előrehaladtával csökken, jelenleg – amennyiben felvetődik az alvászavar hátterében ennek fennállásnak lehetősége, úgy – mód nyílik melatoninpótlásra is (7).

A gyógyszeres kezelés minden esetben pszichoterápiás intervencióval kombinálandó. Ez a családorvosi praxis keretében megvalósítható szupportív, támogató pszichoterápián (megnyugtató, bátorító szavak) keresztül a sok családorvos által elsajátított relaxációs technikákon keresztül valósulhat meg. Ennek keretében van mód megemlíteni az életmódváltás szükségességét, mely magában foglalja a helyes táplálkozási szokásokon át a rendszeres testmozgásig és a lehetőség szerinti rendszeres életvitelre és az elegendő mennyiségű alvásra fordítandó idő nélkülözhetetlenségét (13).

A szorongásos betegségek esetében is legfontosabb a korai diagnózis. A tünetek felismerése egyrésztől megakadályozza a folyamat krónikussá válását, másrésztől szomatikus tünetekben történő fordulását, nehezen kezelhető pszichoszomatikus kórképekké merevedését, harmad-sorban elejét veszi a szenvedő betegek öngyógyító kísérleteként esetlegesen bekövetkező szer-függőségeknek (14).

Pszichoterápiás lehetőségek

A szorongásos kórképek és tünetek gyógykezelése csupán részben nyugodhat a gyógyszeres terápián, gyakorta pszichoterápiás intervenciókkal történő kombinálás is szükséges lehet, hiszen a pszichológiai, környezeti tényezők sokszor nem mellékesek a szorongás keletkezésében és fenntartásában (15). Ennek során fontos figyelembe venni úgy a beteg igényeit, mind a szorongás típusát, mind pedig a háziorvos kolléga személyes lehetőségeit. Míg egyes betegek ragaszkodhatnak a csupán gyógyszeres terápiához, úgy vannak, akik kizárólag pszichoterápiára tartanak igényt, bár leggyakrabban, a szakmai megközelítés szerint a két módszer kellő arányú kombinációja a megfelelő. Tágítja a terápiás lehetőségeket az utóbbi években elérhető olyan információk megjelenése, mely a beteg öngyógyító részvételére épül. Ilyen terápiás módszer a KKV: a Komputerezált Kognitív Terápia. A relaxációs módszerek közül az autogén tréning vagy a progresszív relaxáció régmúlta visszanyúló, sokak által jól ismert, alkalmazott, egyben a betegek igényeihez is illeszkedő terápiás választás (16). A kognitív és magatartás-terápiás technikák vagy azok egyes elemeinek a terápiás repertoárba történő beemelése a gyógyszeres szorongásoldás kiegészítő kezelése lehet (17). A háziorvos mint a család személyes ismerője különösen alkalmas családterápiás intervenciót alkalmazni a szorongásos zavarok felszámolása érde-

kében. Az utóbbi években pedig a figyelem az állatasszisztált terápiák irányába is fordult (18), melyek esetében megvalósul a (beteg) ember biopszichoökológiai természetes közegébe történő integrálás, amely jelentős szorongáscsökkentő hatású. Önmagában pedig a „jó szó” mint

szupportív pszichoterápia olyan kompetens személytől, mint a beteg háziorvosa, jelentős terápiás értékkel bír.

A közlemény megjelentetését a Richter Gedeon Nyrt. támogatta.

Irodalom

1. Sagan C. Az Éden sárkányai – az emberi intelligencia evolúciója. Budapest: Európa Kiadó; 1992.
2. Füredi J, Németh A. A pszichiátria magyar kézikönyve 2015. pp. 276-287, 748-758.
3. Kelemen A. A cardiovascularis betegségek psychosomatica. Budapest: A MAOTE és az MPT pszichoszomatikus szekciójának közleménye; 1989.
4. Radics J. Szorongásoldás mint a gyógyítás nélkülözhetetlen kelléke. *Orv Hetil* 2014;155(22):859-64.
5. American Psychiatric Association: DSM 5. *Diagnosztikai Zsebkönyv, Animula*, 2015.
6. Purebl Gy. Szorongás és depresszió a klinikai gyakorlatban, Hippocrates 2003/V. 128-132. <http://hippocrateslap.hu/uploads/ujsag/2003-2/szorongas-es-depresszio-a-haziorvosi-gyakorlatban.pdf> (Letöltés ideje: 2018. április 4.)
7. A felnőttkori inszomnia kezelési lehetőségei – módszertani levél 2005. <http://www.gekszu.hu/dokumentumok/protokoll/tartalom/PSZI-Insomnia%20P.doc> (Letöltés ideje: 2018. április 4.)
8. Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a pánikbetegségről (2017. EüK. 15. szám EMMI szakmai irányelv http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2580/fajlok/EEMI_szakmai_iranyelve_panikbetegseg.pdf (Letöltés ideje: 2018. április 4.)
9. NICE Irányelvek a mentális betegségek korszerű ellátásához http://semmelweis.hu/klinikai-pszichologia/files/2012/05/generalizltszorongs_okt20.pdf (Letöltés ideje: 2018. április 4.)
10. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve Szorongásos zavarok (A szakmai irányelv érvényessége: 2008. december 31.) https://old-kollegium.aek.hu/conf/upload/oldiranyelvek/PSZICH_Szorong%C3%A1sos%20zavarok_mod0_v0.pdf (Letöltés ideje: 2018. április 4.)
11. Stein DJ. Algorithm for the pharmacotherapy of anxiety disorders. *Current psychiatry reports*, 2003.
12. Koen N, Stein DJ. Pharmacotherapy of anxiety disorders: a critical review. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2011;13(4):423.
13. Radics J. Nutritional Medicine a modern pszichiátriában. *Pszichiátriai Hirmondó, Magyar Pszichiátriai Társaság IX. Nemzeti Kongresszusa*, 2018. január 25.
14. Torzsa P, Becze Á, Eöry A, Gonda X, Szabó J, Kalabay L, et al. A pszichiátriai szorongásos zavarok felismerése a háziorvosi gyakorlatban. *Háziorvos Továbbképző Szemle* 2012;17(9):531-5.
15. Unoka Zs, Purebl Gy, Türy F, Bitter I. A pszichoterápia alapjai. Budapest: Semmelweis Kiadó; 2012.
16. Bagdy E, Koronkai B. Relaxációs módszerek. Budapest: Medicina; 1978.
17. Füredi J, Németh A. A pszichiátria magyar kézikönyve. 5. átdolgozott kiadás, Budapest, 2015.
18. Kardos E, Jakabos H, Purebl Gy. Állat-asszisztált terápiák a klinikai gyakorlatban, https://www.doki.net/tarsasag/pszichiatria/upload/pszichiatria/document/aat_szatellit_mpt_kongresszus_2018_20171203.pdf?web_id= (Letöltés ideje: 2018. április 4.)

Az idiopathiás tüdőfibrosis (IPF) korszerű diagnosztikája. 1. rész

MÜLLER Veronika

DIAGNOSIS OF INTERSTITIAL LUNG DISEASES

Az interstitialis tüdőbetegségek (ILD) felismerése és diagnosztikája a pulmonológia egyik legtöbb kihívással járó és egyben az egyik legszebb területe. Az ILD-n belül az egyik leggyakoribb kórkép az idiopathiás pulmonalis fibrosis (IPF), melynek diagnosztikája sokat fejlődött az utóbbi években. Jellemző klinikai kép mellett a nagy felbontású (HR) CT-n leírt UIP- (szokványos interstitialis pneumonia) mintázat és egyéb okok kizárása után a diagnózis az ILD-team keretein belül felállítható. Nagy előrelépést jelent az IPF diagnosztikájában a kriobiopszia, melynek kapcsán megfelelő méretű parenchymás tüdőminta vételére van lehetőség, így sebészi mintavételre már csak az esetek nagyon kis hányadában lehet szükség.

Az IPF korai felismerése fontos, hiszen a kórkép nem gyógyítható. A néhány éve rendelkezésre álló célzott kezelésekkel a folyamat lassítható, így a jó állapotú betegeknél lehet a legnagyobb terápiás sikerre számítani. Az IPF-betegek szoros követése komplex légzésfunkciós vizsgálattal kijelölt centrumokban történik. Az eddigi tanulmányok szerint a felszírozott vitálkapacitás (FVC) éves csökkenésének az üteme a mortalitás fontos előrejelzője. Az IPF kezelésében használt célzott kezelések jelentősen csökkentik az FVC-vesztés ütemét és csökkentik az általában fatális kimenetelű IPF akut exacerbációkat. Az IPF célzott kezelése mellett továbbra is javasolt a megfelelő palliatív kiegészítő kezelés, úgymint a megfelelően beállított oxigénterápia és a kritériumoknak megfelelő alkalmas betegeknél a tüdőtranszplantáció.

A jelen kézirat az IPF-ről szóló háromrészes sorozat első eleme.

Recognition and diagnosis of interstitial lung diseases (ILD) is one of the most challenging tasks of respiratory medicine. In the wide range of different ILD-s idiopathic pulmonary fibrosis (IPF) is one of the most common. Improvements in the diagnosis made the recognition of IPF easier. Typical clinical features and usual interstitial pneumonia pattern on high resolution CT are now enough for the confident diagnosis of IPF in the multidisciplinary ILD-team discussions. Bronchoscopic cryobiopsy is a great achievement of histological sampling as this can give appropriate size tissue for histological analysis making surgical intervention rare.

As IPF cannot be cured early diagnosis is crucial. Today available treatments can only slow down progression of the disease, so early stages and better clinical condition of the patients are essential for therapeutic success. Follow-up of IPF patients includes complex lung functional measurements in dedicated centers in Hungary. Former studies confirmed forced vital capacity (FVC) decline as an important measure of disease progression and mortality. Available IPF treatments decrease FVC decline and can prevent the mostly deadly acute exacerbations of the disease. Additionally palliative treatments including supplementary oxygen and in selected patients lung transplantation can be offered.

This is the first of a series of three articles about IPF.

IPF, ILD, diagnosztika

IPF, ILD, diagnostics

prof. dr. MÜLLER Veronika (levelezési cím/correspondence): Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika/Department of Pulmonology, Semmelweis University, H-1125 Budapest, Diós árok 1/c. E-mail: muller.veronika@med.semmelweis-univ.hu

Érkezett: 2018. május 8.

Elfogadva: 2018. június 8.

Epidemiológia

Az interstitialis tüdőbetegségek (ILD) közé több mint 200 kórképet sorolhatunk. Az ILD-k közül az egyik leggyakoribb kórkép az idiopathiás pulmonalis fibrosis (IPF), ami progresszív, jelen tudásunk szerint gyógyíthatatlan betegség. Az IPF a krónikus, fibrotizáló tüdőbetegségek ismeretlen etiológiájú formája (1). Elsődlegesen az idősebb felnőttek érintettek, az átlagéletkor ~65 év. Európai szinten 80–111 000 embert érint, évente pedig 30–35 000 új beteget ismernek fel. Mivel a betegségre a mai napig nem rendelkezünk végleges gyógymóddal, a diagnózis felállítása után a változó gyorsaságú progresszió miatt az átlagos túlélés nem több, mint 2–5 év. A terápia végső elemét a tüdőtranszplantáció jelenti, mely az olyan kizáró tényezők, mint a betegek idős kora miatt, kevesebb mint 5%-uk esetén végezhető el. Az IPF prevalenciájára és incidenciájára vonatkozó adatok elsődlegesen a legfejlettebb egészségügyi rendszerrel rendelkező országokból származnak (USA, Nyugat-Európa), a kelet-közép-európai régióból jelentős adattal nem rendelkezünk (2).

A 2014-ben indult EMPIRE (European Multipartner IPF Registry) regiszter kezdeményezése alapján folyamatban van a kelet-közép-európai térség IPF-betegek adatainak összegyűjtése, így élesebb képet kaphatunk a jövőben az IPF előfordulásának gyakoriságáról, incidenciájáról és mortalitásáról ebből a térségből. Az EMPIRE aktuálisan kilenc országban működik, és a több mint 2300 bevont beteggel jelenleg a világ legnagyobb IPF-regisztere. Magyarországi centrumokból eddig több mint 200 beteg adatait összegeztük, az eredmények kiértékelése óriási előrelépés lesz az IPF területi eloszlását, viselkedését illetően hazánkban és a régióban (3).

Patofiziológia

Definíció szerint az IPF ismeretlen eredetű tüdőbetegség, mely a terminalis bronchiolusoktól a distalis tüdőterületeket érinti (alveolusok és interalveolaris septumok; kapillárisok; perivascularis, perilymphaticus és peribronchialis szövetek). A betegség kialakulásában számos rizikótényező ismert (környezeti porártalmak, dohányzás, légúti infekciók), melyek triggerként működnek. A familiáris formákban számos gén, főleg a sejtek regenerációjában szerepet játszókat fontosságát is igazolták. A ma rendelkezésre álló kutatási eredmények szerint a különböző behatások mellett kialakuló gyulladást követő szöveti regenerációs deficitről van szó. A normál tüdő-

RÖVIDÍTÉSEK

BAL: bronchioalveolaris lavage (tüdőöblítés)
COPD: krónikus obstruktív tüdőbetegség
DLco: CO-diffúzió
EMPIRE: European Multipartner IPF Registry
FEV₁: 1 másodperc alatt maximálisan kilélegezhető volumen
FVC: forszírozott vitálkapacitás
HRCT: nagy felbontású komputertomográfia
ILD: interstitialis tüdőbetegségek
IPF: idiopathiás pulmonalis fibrosis
TLC: teljes tüdőkapacitás
UIP: interstitialis pneumonia

szövet helyreállítása elmarad, fibroticus kötőszövet és kollagénfelszaporodás rontja a tüdő gázcseréjét, az elaszticitás csökkenése nagyobb terhet jelent a légzőpumpa számára (4, 5).

Klinikai kép és diagnosztika

Az ILD-ket, ezen belül az IPF-et sok esetben későn ismerik fel (6). A panaszok hosszan fennállnak, sok esetben a betegek számos kardiológiai és/vagy pulmonológiai vizsgálaton megjelennek, mielőtt megszületik a valós diagnózis. Az ILD-k közös, legfontosabb tünete a terhelésre jelentkező dyspnoe. A dyspnoéval leginkább jellemzett kórképek kizárása nagyon fontos a diagnózis megfelelő felállításához. Ki kell zárni számos cardialis eltérést (például coronariabetegség, bal kamrai funkciózavar, pulmonalis nyomásemelkedés), valamint a krónikus obstruktív tüdőbetegségeket (COPD, asthma).

Az *anamnézisnek* ki kell terjedni a család és az egyén korábbi megbetegedéseire, nagyon részletesen a környezeti és munkahelyi expozícióra, gyógyszerekre, esetleges autoimmun kórkép jellemzőire (7).

A tüdő *fizikális vizsgálata* során általában csak a folyamat előrehaladottabb stádiumában észlelhető a jellegzetes tépőzárszerű „fibroticus crepitation” két oldalon, a tüdők bázisában.

Az IPF-ben szenvedő betegek közel 50%-ánál figyelhetünk meg dobverőujjat és óraüvegkör-möket.

A *mellkasi röntgenfelvétel* általában csak későn mutat elváltozást.

Klinikailag a kórképet a tüdőfunkció progresszív romlása jellemzi, így a komplex *légzés-funkciós vizsgálat* az egyik legfontosabb diagnosztikus modalitás. IPF-ben folyamatosan csökkennek a pulmonalis funkciót mérő tüdőtér-

1. táblázat. A Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika ILD-team ajánlása az IPF kivizsgálásához (check lista)

Vizsgálat típusa			Igen	Nem
Anamnézis	Tüdőfibrosis a családban?		☐	☐
	Tüdőfibrosist indukáló gyógyszer?	Cordaron Bleomicin Methotrexat Egyéb	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐
	Porexpozíció?	Azbeszt Fapor Fémpor	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
	Szervesanyag-expozíció?	Gomba/penész Föld Madár/toll Egyéb szerves anyag	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐
Aktuális dohányzás	Napi szál.....db	Csomagév.....	☐	☐
Korábbi dohányzás	Csomagév.....		☐	☐
Fizikális vizsgálat	Tépőzárszerű crepitatio kétoldalon basalisan		☐	☐
	Autoimmun betegségre utaló jelek	Ízületi panaszok	☐	☐
		Raynaud	☐	☐
		Bőreltérések	☐	☐
		Fényérzékenység	☐	☐
Légzésfunkció	FEV ₁ /FVC >80%		☐	☐
	FVC szerinti súlyosság?	>80%	☐	☐
		50–80%	☐	☐
		<50%	☐	☐
Szaturáció	>92%		☐	☐
Szaturáció változása terhelésre	Csökkenés		☐	☐

fogatok (FVC: forszírozott vitálkapacitás) és a CO-diffúzió (DLco). Ezzel párhuzamosan folyamatosan csökken a beteg terhelhetősége, krónikus fáradtság, gyengeség folyamatos progressziója jellemző. Leggyakrabban restriktív ventilációs zavart lehet kimutatni, de vannak olyan kórformák, melyeknél obstruktív, vagy kevert jellegű ventilációs zavar figyelhető meg. A betegségek többségénél az FVC, a TLC (teljes tüdőkapacitás) és a FEV₁ (1 másodperc alatt maximálisan kilélegezhető volumen) is csökken; míg a FEV₁/FVC arány a normál tartományban marad. Fontos kiemelni, hogy korai vagy emphysemával szövődő esetekben az FVC és sokszor a FEV₁ még élettani értéket mutat (>80%). A DLco mérése jelenti a legnagyobb segítséget a diagnosztikában, ha ILD (IPF) felmerül. Ezért lenne kiemelt jelentőségű, hogy valamennyi tüdőgyó-

gyászati szakrendelés rendelkezzen diffúzió mérésre alkalmas készülékkel.

A *vérgázvizsgálat* nyugalomban általában élettani értéket mutat. Terheléses vérgázvizsgálat során csökken a pO₂, mely a folyamat progressziója során később már nyugalomban is mérhető. Csökkent pO₂ okozta hiperventiláció miatt csökkent pCO₂ respiratoricus alkalosissal jár. Egyszerűen kivitelezhető vizsgálat, mely a klinikai állapotot jól tükrözi, a *6 perces sétateszt*, melynél a terhelés végén észlelt deszaturáció mértéke jól korrelál a diffúzió csökkenésével.

A rutinszerűen végzett laboratóriumi vizsgálatok általában nem specifikusak IPF-ben. Az ismert etiológiájú ILD-k igazolásához sok esetben speciális vizsgálatokra van szükség (például immunszelológia autoimmun kórképek igazolásához).

A diagnózis felállítása a jellemző klinikai kép

2. táblázat. Az IPF diagnosztikáját segítő további pulmonológiai vizsgálatok (szakrendelő/kórházi szakambulancia/kórházi osztály)

Vizsgálat típusa		Igen	Nem
Diffúziómérés	DLCO < 80% KLCO < 80%	☐ ☐	☐ ☐
Vérgáz	Hypoxaemia	☐	☐
Ki- és belégzési HRCT	UIP-mintázat (definitív vagy lehetséges)	☐	☐
6 MWT	Távolság.....m BORG Szaturáció Pulzus	Előtte	Utána
Immunpanel-pozitivitás	ANA ENA RF aCCP (ANCA)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Echokardiográfia	Pulmonalis nyomás (becsült szisztolés pulmonalis artériás nyomás >35 Hgmm)	☐	☐
Bronchoszkópia	Kórokozó (aerob, anaerob, gomba, Mycobacterium) Citológia (daganat) BAL-sejtösszetétel	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐



1. ábra. IPF-ben jellegzetes UIP-mintázatot mutató HRCT-kép. A hason fekvő helyzetben készült képen kétoldali basalis dominanciájú retikuláció, subpleurális lépesmészrajzolat, bronchiectasia látható

mellett alapvetően a HRCT-n észlelt mintázaton alapul. Jellegzetes klinikai kép mellett fennálló szokványos interstitialis pneumonia (UIP: usual interstitial pneumonia) (1. ábra). HRCT-mintázat esetén az ILT-team döntése alapján az IPF diagnózisa felállítható (8). Mivel más kórképek

is járhatnak UIP-mintázattal a HRCT-n, így önmagában a radiológiai jellemzők nem elegendők, továbbra is elsődlegesen a klinikai jellemzők alapján kell a diagnózist az ILT-teamen felállítani.

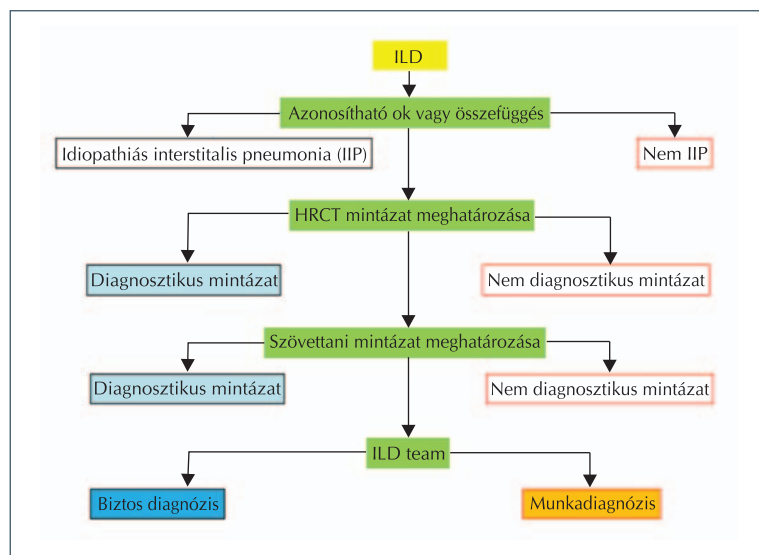
Bizonyos esetekben, ha a beteg állapota lehetővé teszi, szövettani mintavételre van szükség, mely lehet bronchoszkópos kriobiopszia (9), vagy esetleg sebészi biopszia. A bronchoszkópos vizsgálat során végzett bronchioalveolaris lavage (BAL) sejtösszetétele segítheti az elkülönítő kórismét és a prognózis megítélését. Előrehaladott folyamatoknál a nyugalmi hypoxia és a tüdőszövet merevsége miatt a beavatkozás nagy kockázatú, ezért IPF gyanúja esetén, lehetőleg még a kezdeti stádiumban szükséges a bronchoszkópos vizsgálat.

Az IPF diagnózist a klinikai-radiológiai és esetenként patológiai jellemzők alapján az ILT-team állítja fel (10). A Magyarországon a Semmelweis Egyetemen elsőként megalakult ILT-team 2014 óta végez rendszeres megbeszéléseket. A team tagjai – pulmonológusok, radiológusok, patológus, immunológus, onkológus – végzik a nehezebb esetek végleges diagnosztizálását, mely sok esetben nem egyszerű (11). Az összes IPF-betegünk diagnózisa az ILT-team keretei között történik. Az ILT-k, ezen belül az IPF diagnosztikai algoritmusát a 2. ábra összegzi.

Összefoglalás

Az IPF felismerése valamennyi orvos számára nagy kihívás, hiszen a tünetek lassan és lappangva jelentkeznek és nehezen elkülöníthetők több szív- és tüdőbetegségtől. A terhelésre jelentkező nehézlégzés, később irritáló köhögés, gyengeség és fáradtság hátterében érdemes IPF-re is gondolni. Minden olyan esetben fel kell, hogy merüljön ILD és ezen belül IPF lehetősége, ahol kétoldali tüdőbázison tépőzárszerű crepitatio hallható. Ez sokszor nehezen elkülöníthető cardialis dekompenciától, kétoldali tüdőgyulladástól. Minden ilyen betegnél a nem múló tünetek esetén komplex légzésfunkciós vizsgálat javasolt (FVC-, FEV₁-, TLC- és DLCo-méréssel). A napi gyakorlatban a legjobban használható gyors és olcsó teszt a terhelés elején és 6 perc séta után mért oxigénszaturáció mérése, mely kiválóan korrelál a DLco értékével. Terhelés során csökkenő szaturáció esetén mindenképpen érdemes pulmonológiai szakvizsgálatra küldeni a beteget.

Az IPF aktuális célzott kezelésére ma két készítmény áll rendelkezésre (nintedanib és pirfenidon), melyek a betegség progresszióját képesek csökkenteni (12). Ezért fontos a korai és jó minőségű diagnosztika, hiszen az időben megkezdett kezelés mellett lehet hosszabb távon jó



2. ábra. IPF diagnosztikai algoritmusjavaslat

tüdőfunkciót a kezeléssel biztosítani. Előrehaladott esetek palliatív kiegészítő kezelésében a megfelelően beállított oxigénterápia, cardialis támogatás, fizoterápia javasolt. A betegszervezetekkel a szoros együttműködés a záloga annak, hogy ebben a gyógyíthatatlan betegségben életminőség-javulást érhessünk el a betegek számára (13, 14).

Irodalom

1. American Thoracic Society; European Respiratory Society. American Thoracic Society/European Respiratory Society International Multidisciplinary Consensus Classification of the Idiopathic Interstitial Pneumonias. This joint statement of the American Thoracic Society (ATS), and the European Respiratory Society (ERS) was adopted by the ATS board of directors, June 2001 and by the ERS Executive Committee, June 2001. *Am J Respir Crit Care Med* 2002;165(2):277-304.
2. Nalysnyk L, Cid-Ruzafa J, Rotella P, Esser D. Incidence and prevalence of idiopathic pulmonary fibrosis: review of the literature. *Eur Respir Rev* 2012;21(126):355-61.
3. <http://empire.registry.cz/index-en.php>
4. Sgalla G, Iovene B, Calvello M, Ori M, Varone F, Richeldi L. Idiopathic pulmonary fibrosis: pathogenesis and management. *Respir Res* 2018;19(1):32. doi: 10.1186/s12931-018-0730-2.
5. Travis WD, Costabel U, Hansell DM, King TE Jr, Lynch DA, Nicholson AG, et al; ATS/ERS Committee on Idiopathic Interstitial Pneumonias. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: Update of the international multidisciplinary classification of the idiopathic interstitial pneumonias. *Am J Respir Crit Care Med* 2013;188(6):733-48.
6. Lynch JP, Huynh RH, Fishbein MC, Saggar R, Belperio JA, Weigt SS. Idiopathic pulmonary fibrosis: epidemiology, clinical features, prognosis, and management. *Semin Respir Crit Care Med* 2016;37(3):331-57.
7. Oldham JM, Adegunsoto A, Valenzi E, Lee C, Witt L, Chen L, et al. Characterisation of patients with interstitial pneumonia with autoimmune features. *Eur Respir J* 2016;47(6):1767-75.
8. Lynch DA, Sverzellati N, Travis WD, Brown KK, Colby TV, Galvin JR, et al. Diagnostic criteria for idiopathic pulmonary fibrosis: a fleischner society white paper. *Lancet Respir Med* 2018;6(2):138-53.
9. Ganganah O, Guo SL, Chiniah M, Li YS. Efficacy and safety of cryobiopsy versus forceps biopsy for interstitial lung diseases and lung tumours: A systematic review and meta-analysis. *Respirology* 2016;21(5):834-41.
10. Raghu G, Rochwerf B, Zhang Y, Garcia CA, Azuma A, Behr J, et al; ATS, ERS, JRS, and ALAT. An Official ATS/ERS/JRS/ALAT Clinical Practice Guideline: Treatment of idiopathic pulmonary fibrosis. An update of the 2011 Clinical Practice Guideline. *Am J Respir Crit Care Med* 2015;192(2):e3-e19.
11. Walsh SLF, Maher TM, Kolb M, Poletti V, Nusser R, Richeldi L, et al; IPF Project Consortium. Diagnostic accuracy of a clinical diagnosis of idiopathic pulmonary fibrosis: an international case-cohort study. *Eur Respir J* 2017;50(2). pii: 1700936. doi: 10.1183/13993003.00936-2017.
12. Bonella F, Stowasser S, Wollin L. Idiopathic pulmonary fibrosis: current treatment options and critical appraisal of nintedanib. *Drug Des Devel Ther* 2015;9:6407-19.
13. Gentile E, Kovatchev A, Nart J, Fitto R, De Monte I, Morgano L, et al. Written declaration under the Rule 136 of Parliament's Rules of Procedure, on idiopathic pulmonary fibrosis. <http://www.europarl.europa.eu>, 2016. Hozzáférés dátuma: 2017.01.15.
14. <http://tudofibrozis-ipf.hu>

Párbeszéd a halálról

Eutanázia a jogrend peremén

Szerkesztette: **Filó Mihály**

Literatura Medica Kiadó, 2011

A hiánypótló mű az eutanázia kérdéskörét hazánkban eddig egyedülálló szakmai összefogás, az ELTE Állam- és Jogtudományi Karán 2010-ben megrendezett „Az emberhez méltó halál” című nemzetközi konferencia alapján tárgyalja, több tudományágat is felölelve. A két kötet az előadások alapján született magyar és német nyelvű tanulmányokat tartalmazza.

Ajánlható e mű a jog- és az orvostudomány, a bioetika, a filozófia, a morálteológia művelői és hallgatói számára. De a kötet kiemelkedő információt nyújt azoknak a szakembereknek és a szélesebb laikus közönség számára is, akik az élet és halál küszöbén felmerülő kérdésekkel a mindennapok valóságában találkozhatnak.

Rendelje meg most

a Literatura Medica Kiadótól on-line: www.elitmed.hu/eutanazia

vagy postai úton: 1539 Budapest, Pf. 603 vagy e-mailen: lam@lam.hu



Párbeszéd a halálról – Eutanázia a jogrend peremén

*Terjedeleme: 272 oldal
Ára: 3900 Ft*

A tartalomból:

Baka András: Ajánlás

Kapócs Gábor: A Kiadó előszava

Filó Mihály: Szerkesztői előszó

– Út a tiszta beszédhez

SORSOK

Antal Zsuzsa: Mikor döntök jól?

– Életre ítélve

JOGI TANULMÁNYOK

Busch Béla: Eutanázia és büntetőjog

Halmai Gábor: Alkotmányos jog az élethez és a halálhoz

Jobbágyi Gábor: Eutanázia – kívánatra ölés

Sándor Judit: Az eutanázia mint politikai kérdés

Dósa Ágnes: Az életvégi döntések jogi szabályozásának dilemmái

Jakab Tibor: Az eutanázia, és amit annak hisznek

Hámori Antal: Az „eutanázia” problémája kánonjogi nézőpontból – Világi jogi kitekintéssel

Filó Mihály: Ölni vagy halni hagyni?

– A dogmatika, a valóság és a józan ész

ORVOS ÉS ETIKA

Hegedűs Katalin: A hospice és palliatív ellátás mint az eutanázia alternatívája

Élő Gábor: Életvégi döntések az intenzív terápiában

Vadász Gábor: Mit nevezünk eutanáziának, és mit nem

– Az életvégi döntésekről

Blaskovich Erzsébet: Az eutanázia és a keresztény bioetika

Matkó Ida: Szemet hunyni?

– Retorika és realitás

Szebik Imre: Életvégi döntések: gondolatok a hasztalan kezelésről

TÖRTÉNELMI EGYHÁZAK

Bíró László: Az eutanázia az Evangelium Vitae fényében

Oláh János: „Mindennek rendelt ideje van...” – Egy zsidó vélekedés az eutanáziáról

Szűcs Ferenc: Eutanázia protestáns teológiai etikai szempontból

Orosz Gábor Viktor: Ha meg kell halni...

Aktív és passzív halálba segítés dilemmái a teológia és az egyházi állásfoglalások tükrében

Kapócs Gábor: „Mindenekfelett szeretet. Ez a legfőbb üzenet.” – Frenkl Róbert professzor emlékezete



Menschenwürdiges Sterben

*– Zur Rechtslage der
Sterbehilfe in Europa*

*Terjedelme: 120 oldal
Ára: 3200 Ft*

A tartalomból:

Kálmán Györgyi: Einführung

Mihály Filó: Kampf um die Objektivität Die Sterbehilfe als wissenschaftliches Problem

Ferenc Nagy: Landesbericht Ungarn Aktive und passive Sterbehilfe im ungarischen Strafrecht

Manfred Burgstaller: Sterbehilfe und Strafrecht in Österreich

Gunnar Duttge – Johanna Erler: Sterben zwischen Patientenautonomie, ärztlichem Selbstverständnis und Kommerzialisierung

Christopher Geth: Die passive Sterbehilfe in der Schweiz unter Einbezug des neuen Erwachsenenschutzrechts

Péter Csingár: Das hermeneutische Verbrechen der Interdisziplinarität: Heidegger in der Strafrechtsdogmatik der Sterbehilfe? – ein methodischer Versuch

Richard Ehmann: Prozeduralisierung (auch) der indirekten Sterbehilfe?

Mihály Filó: Suizid und Strafrecht in Europa

A két kötet együttes vásárlása esetén: 6400 Ft.

Megrendelési információk:

A fentiekben feltüntetett árak postaköltség nélkül értendők.

A postaköltség egy példány megrendelésekor: – csekkben való fizetés vagy banki utalás esetén 900 Ft,
– utánvétellel történő küldés esetén 1200 Ft.

Az árak Magyarország területén belüli postázásra vonatkoznak.

A kötetek a kiadóban postaköltség nélkül átvehetők.

A Zala Különleges Mentők mentális felkészítése krízishelyzetekben történő beavatkozásokhoz

SZABÓ József, HORVÁTH Péter

THE PSYCHOLOGICAL PREPARATION OF ZALA SPECIAL RESCUE TEAM FOR OPERATING DURING CRISES

Az elmúlt évtized katasztrófái, krízishelyzetei során történt beavatkozások tapasztalatai azt bizonyították, hogy a hivatásos állami erők mellett szükség van a speciálisan felszerelt és mentálisan is felkészített önkéntes és hivatásos mentőcsoportokra. A jelen cikk célja, hogy bemutassa, milyen fontossággal bír a segítő személyek pszichés felkészítése és milyen veszélyekkel jár ennek elmaradása egy beavatkozás során. A cikkben feldolgozásra kerül a Zala Különleges Mentők ilyen irányú felkészítése és az eredmények is ismertetésre kerülnek. A szerzők az adott témákban felhalmozódott sok éves tapasztalatukat és releváns szakirodalmi adatokat felhasználva készítették el a vizsgálataikat a mentőcsapat tagjainak stresszterhelésével és a lehetséges felkészítő stratégiával kapcsolatban.

The experiences of interventions in disasters and crises of the last decade evidenced that in addition to the professional state forces specially equipped and mentally prepared volunteer and professional rescue groups were necessary operated. The goal of this article is to demonstrate the importance of psychological preparation for helpers and the risks of its hiatus during an intervention. The preparation of Zala Special Rescue Team is presented in our article along with its results. Authors' review in connection with the rescue team members, their stress pressure, and the possible strategies was based on their long-term experience and relevant literature.

**katasztrófa, mentális felkészítés,
Zala Különleges Mentők,
stresszkezelés, pszichotrauma**

**disaster, mental preparation,
Zala Special Rescue Team,
stress management, psychotrauma**

dr. SZABÓ József (levelező szerző/correspondent): Zalaegerszeg, Zala Megyei Szent Rafael Kórház/
Zala County Hospital Szent Rafael; H-8900 Zalaegerszeg, Zrínyi Miklós u. 1. E-mail: testudo7115@gmail.com
HORVÁTH Péter: Zala Megyei Katasztrófavédelmi Igazgatóság, Zalaegerszeg; Nemzeti Közszolgálati Egyetem,
Katonai Műszaki Doktori Iskola, Budapest

Érkezett: 2017. június 20.

Elfogadva: 2017. szeptember 20.

Háttér, előzmények

Napjaink társadalmait a természeti katasztrófák mellett egyre nagyobb mértékben veszélyeztetik a technológiai és ipari fejlődés következtében megjelenő civilizációs katasztrófák és ezzel egyre komplexebb feladatok elé állítják az emberek védelmét biztosító hivatásos katasztrófavédelmi szervezeteket. Egy bekövetkezett veszélyhelyzet során a károsodások felszámolásában és a sérült személyek mentésében nagy segítséget nyújtanak a különböző szakmailag és lelkiileg is felké-

szített mentőegységek (1). A más, állandó készenléti szolgálatot folytató, veszélyhelyzetekben bevetésre kerülő szervezetekhez (2) hasonlóan a katasztrófavédelemben szerepet játszó hivatásos testületek és önkéntes szervezetek tagjainak stresszterhelése az ilyen típusú szolgáltatelljesítés miatt jelentős, a stressz iránti ellenálló képesség fejlesztése, vagy az annak talaján kialakuló ártalmak kezelése nélkülözhetetlennek tűnik esetünkben is. Az elmúlt évek eredményeként a Belügyminisztérium Országos Katasztrófavédelmi Főigazgatósága (BM OKF) égisze

alatt létrejöttek hazánk nemzetközileg is beavatkozni képes mentőegységei, a HUNOR nehéz és HUSZÁR közepes nemzetközi minősítéssel rendelkező speciális végzettségű embereket magukba tömörítő mentőcsoportok. A Zala Különleges Mentők a HUSZÁR mentőegység alegységeként és önállóan is bevezethető egyesület.

A Zala Különleges Mentők Egyesület 2003-ban alakult, elsősorban Zala megye és Magyarország biztonságának fenntartása, növelése érdekében. Az egyesület az elmúlt több mint tíz éve alatt folyamatosan vett részt speciális helyzetekben történő segítségnyújtásokban, itthon és külföldön egyaránt. Az egyesület 2005-től az ENSZ OCHA INSARAG (Egyesült Nemzetek, Humanitárius Ügyek Koordinációs Hivatalának, Nemzetközi Kutatási és Mentési Tanácsadó Csoportja) minősítését birtokolja. Beavatkozási lehetőségeink alapvetően három területre terjednek ki, személyi állományunk és technikai feltételeink víz alatti keresésre, eltűnt, vagy meghalt személyek felkutatására, mélyből és magasból történő mentésre adnak lehetőséget. A mentés során szükségszerűen kialakuló testi és lelki megterhelés észlelése, kezelése a közelmúltban létrehozott pszichológiai alegység feladata, amelyet a túlélők, az áldozatok hozzátartozói, vagy a szemanuk számára biztosított lelki elsősegélynyújtás mellett látnak el.

A mentális stabilitás és az arra történő felkészítés alapjai

Magyarországon 2008. január 1-jétől kötelező a munkavédelmi törvény 54. §-ában foglaltak alapján a munkáltatóknak a kockázatértékelés elkészítésekor a pszichoszociális kóroki tényezők munkavállalókra gyakorolt hatását értékelni és kidolgozni a kockázat csökkentésére szolgáló intézkedéseket. Bármely mentőegység szakmai és pszichés felkészítése együttesen képzelhető csak el, hiszen egy szakmailag magasan képzett személy, ha a különböző stresszhelyzeteket nem képes kezelni, akkor további terhet jelent a helyszínen munkájukat végző egységek számára. Egy jól felkészített, mentálisan is megfelelő beavatkozó lehet csak igazán alkalmas a katasztrófák áldozatai számára nyújtott segítségnyújtásban. A 2011. évi CXXVIII. törvény végrehajtásáról szóló 234/2011. kormányrendelet 60. § (1) b) pontja szerint az önkéntes mentőszervezet tagja rendelkezik a vonatkozó jogszabályokban meghatározott egészségügyi, pszichológiai, fizikai alkalmassággal. Ez a jogszabályi hely megadja az alapot ahhoz, hogy biztosítva legyen a megfelelő mentális felkészítés a beavatkozni képes állomá-

nyok számára. A jogalkotó a vonatkozó jogszabályokban meghatározott alkalmassági követelmények esetében az egészségre káros környezetben végzett tevékenységekkel kapcsolatos egészségvédelmi előírásokra gondolt.

A minél magasabb biztonság és az állomány mentális egészségének megőrzésének elérése érdekében 2016. december 7-én szakmai iránymutatás mellett megkezdte új mentális képzését a jövőben bekövetkező bevetésekre való felkészülés jegyében a Zala Különleges Mentők Egyesülete. A helyszínt és az oktatáshoz szükséges informatikai támogatást a Zala Megyei Katasztrófavédelmi Igazgatóság biztosította a szervezet számára. A felkészítést dr. Szabó József PhD, a Zala Megyei Szent Rafael Kórház, Pszichiátriai Osztály, Nappali Kórház részlegvezetője tartotta. A képzés során az egyesület tagjai megismerkedhettek az alapvető stresszhelyzetekkel, az azokra való válaszreakciókkal. Az oktatás során az elméleti ismeretek mellett gyakorlati példák is gyarapíthatták tudásukat az önkéntes csoport tagjai. Az előadás során felmérésre kerültek a személyi állomány szociodemográfiai adatai és az észlelt stressz mértékei is (3–5).

A felkészítés fontosságát a korábban bekövetkezett eseményekre történő válaszreakciók és az érintett állomány kérése és a HUSZÁR mentőszervezet svéd mentorával, *Per-Anders Berthlin*-nel történt konzultáció alapozta meg. Az egyesület több tagja is hivatásos, rendvédelmi szervek tagjai közé tartozik, tartozott. Ezen személyek mellett természetesen a civil életből is több tag csatlakozott önkéntes szerepvállalással a bajbajutottak esetleges megsegítése érdekében. A hivatásos személyek munkájuk során történt pszichés megterhelésre kérhetnek segítséget a számukra területileg kijelölt pszichológusoktól, azonban ez a civil önkéntesek számára nem volt biztosítva eddig sehol az országban. Fontos megemlíteni, hogy egy, a szituáció leküzdésére kiképzett személy, aki kezelni tudja a stresszhelyzetet, sokkal kisebb mértékben van kitéve a mentális megterhelés veszélyeinek. Ebből is kitűnik, hogy a prevenció elengedhetetlen az állomány számára (2).

Felkészítés, tréning

A pszichológiai munkacsoport

Számos tanulmány és a témában folytatott kutatás eredményei támasztják alá, hogy a katasztrófa-helyzetek túlélői, szemtanúi, az áldozatok hozzátartozói és a beavatkozó egységek tagjai egyaránt olyan súlyos mentális terhelést, megrázkód-

tatást élhetnek át, hogy gyakran már az esemény helyszínén kialakuló sokkos, vagy pánikszerű állapot formájában megjelenő extrém fokú stressz azonnali kezelésére pszichológiai segítségnyújtást biztosítani képes szakemberekre van szükség (6). Egyes közlemények arra a következtetésre jutnak, hogy ők már a mentőcsapatok nélkülözhetetlen részei (7). A helyszínen biztosított lelki segítségnyújtás kettős célú, egyrészt a kialakult extrém fokú stressz terheléssel járó szenvedés gyors enyhítése, ezáltal a rövid távú funkcióképesség helyreállítása, másrészt pedig a később létrejövő poszttraumás stressz megelőzése. A túlélők, a szemtanúk és szükség esetén a beavatkozó egységek tagjainak esetében is szükség lehet ilyen beavatkozásra (7).

A katasztrófaesemények túlélői gyakran az akut stressz időszakának lezajlása után szembe-sülnek veszteségeikkel (pótolhatatlan vagyoni kárukkal, tartós szervi károsodásukkal, szeretetik elvesztésével stb.), aminek hatására lélektani krízis alakulhat ki. Az ilyen állapotban megfigyelhető reménytelenség és a tudat beszűkülése miatt ilyenkor fokozott öngyilkossági kockázat alakul ki. Nagyon fontos emiatt, hogy a katasztrófa helyszínén megjelenjenek olyan szakemberek is, akik a krízisintervenció módszerében speciális képzést kaptak és megfelelő gyakorlattal rendelkeznek. Meg kell jegyezni azonban, hogy a krízis kialakulásának idejére általában már a helyszínrre érkeznek a humanitárius segélyszervezetek, akik általában rendelkeznek ilyen tevékenységre felkészített segítőkkel. Hazánkban például a Magyar Vöröskereszt és a Baptista Szeretetszolgálat is elmondhatja ezt magáról. Ezzel együtt persze nem baj, hogy a mentőcsapatok pszichológiai segítségnyújtásra képzett szakemberei is jártasak a krízisintervencióban, hiszen elképzelhető, hogy mindkét típusú segítségnyújtás akár több napon át párhuzamosan (elhúzódó kereső-mentő tevékenységek, megérkeztek a segélyszervezetek) zajlik a beavatkozás helyszínén.

A mentőcsapat pszichológiai munkacsoportja jelenleg négy tagból áll. Közülük ketten rendelkeznek szociális munkás diplomával, egyikük a korábban az Országos Katasztrófavédelmi Főigazgatóság mellett működő Krízisintervenció team tagja volt, ennek keretében kapott kiképzést. Másikuk szociális munkás diplomája mellett klinikai pszichológia programban a Semmelweis Egyetemen folytatott doktori (PhD) tanulmányokat és egészségtudományok doktora fokozatot szerzett. Sürgősségi lélektan speciális tanfolyami képzettséggel és jelentős, terapeuta munkakörben szerzett tapasztalattal rendelkezik, fő munka- és kutatási területe a pszichotrau-

matológia. Az alegységhez továbbá két fiatal pszichológus csatlakozott, akik nemrégiben vehették át felsőfokú végzettségüket, és óriási lelkesedéssel kezdték meg munkájukat a klinikai pszichológiában, valamint hasonló elszántsággal kérték felvételüket az Egyesületbe. A pszichológiai munkacsoport saját továbbképzési lehetőségeit is keresi, a speciális képzéseken való részvétel feltételeinek megteremtésén folyamatosan dolgozik.

A beavatkozó egységek mentális egészségének fejlesztése

A Zala Különleges Mentők Egyesülete esetében a fenti célok megvalósítása mellett még egy feladata, vagy mondhatjuk inkább, hogy célkitűzése van a nemrégiben létrejött pszichológiai munkacsoportnak: a csapat beavatkozó egységeinek, tagjainak felkészítése, mentális egészségfejlesztése, stresszkezelésük hatékonyabbá tétele, stressztűrő képességük növelése.

Ezekhez a célkitűzésekhez alapvetően két módszerrel társítottunk:

1. *Pszichoedukáció:* ennek keretében a csapat tagjai csoportos, interaktív oktatás keretében kaptak releváns információkat az akut stresszhelyzetről, a poszttraumás stressz megjelenéséről, észlelési lehetőségeiről, kezeléséről. Néhány akut stresszcsoökkentő eljárást saját élményben is kipróbálhattak. A poszttraumás stressz zavar (PTSD) kapcsán felmerülő kezelési lehetőségek, módszerek közül részletes beszámolót hallhattak a traumafókuszú kognitív terápiás módszerekről, a napjainkban egyre inkább terjedő, bizonyítottan igen hatékony terápiás eljárásról, az EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing) módszeréről (8), valamint a megelőzésben és terápiában egyaránt hasznos mindfulness (tudatos jelenlét) alapú módszerekről és ezek igénybevételi lehetőségeiről (9).

2. *Stresszcsoökkentő tréning:* A tréninget a Mindfulness Alapú Kognitív Terápia (MBCT) elvei és módszertana mentén végezzük. A mindfulness – magyarul tudatos jelenlét – olyan speciális figyelmi állapot és tudati beállítódás, amely ítélezésmentes, elfogadó, a jelen pillanatra fókuszálva megnöveli a mentális folyamatokkal kapcsolatos tudatosságot. Ez a tudatos jelenlét fontos egészségvédő hatással bír, mert kizárja a múlton való rágódást és a jövővel kapcsolatos aggodalmaskodást, így csökken a depresszió, a szorongásos problémák kialakulásának veszélye, javul a jelen és önmagunk elfogadásának képessége, a figyelmi kapacitás és a megküzdő képességünk is. A klinikumban a 90-es években kezdték

felfedezni a tudatos jelenlétben alapuló stresszcsökkentő meditációt (MBSR) a krónikus fájdalom kezelésére (10, 11). Klinikai vizsgálatok támasztják alá a hatékonyságát a különböző dagasztos megbetegedések, szív- és érrendszeri betegségek, gastrointestinalis betegségek, krónikus fájdalommal járó állapotok, pszichoszomatikus megbetegedések, valamint szorongásos és hangulatzavarok kezelésében.

A tudatos jelenlét alapú kognitív terápiát (MBCT), amely ötvözi a kognitív terápiás és mindfulness módszereket, Zindel Segal, John Teasdale és Mark Williams dolgozta ki a krónikus pszichés zavarok, súlyos rekurrens depresszió kezelésére és a visszaesések megelőzésére. A szakirodalom szerint a tartós stresszterheléssel járó munkakörökben dolgozók egészségfejlesztésében is jelentős szerepe lehet, valamint a stressz pszichés és szomatikus következményeit megelőzni, vagy enyhíteni képes, de sikerrel alkalmazták a poszttraumás stressz kezelésében is. Esetünkben a csoportos mindfulness meditáción alapuló stresszcsökkentés a mindennapos stresszterhelés csökkentését, illetve a stresszel szembeni ellenálló képesség fejlesztését célozza. Foglalkozásainkat heti rendszerességgel tartjuk, 10 héten át, a módszer elsajátítása alkalmanként 60–80 percet vesz igénybe. A tréning szükség szerint ismételhető, a későbbiek során (a tréning befejezése után) havi egy alkalommal ismétlődő gyakorlásokat tervezünk (12, 13).

Stresszcsökkentő tréningünk szükségességét nem csak arra alapoztuk, hogy a tényleges beavatkozások extrém fokú stresszterhelésére felkészítsük tagjainkat, hanem emellett kiindulópontnak tekintettük azt a tapasztalatot (és egyben szakirodalmi tény), hogy a segítségnyújtásra szakosodott intézmények, rendvédelmi szervek, egészségügyi és szociális intézmények dolgozói mérhetően nagyobb stresszterhelésnek vannak kitéve, mint az egyéb foglalkozást választók. Bár mentőcsapatunk önkéntesekből áll, és a csapat tagjaként vállalt tevékenységüket nem hivatásszerűen folytatják, többségükben mégis csak megfelelnek ezeknek a kritériumoknak, hiszen van köztünk hivatásos tűzoltó, rendőr, egészségügyi és szociális dolgozó, de akad olyan is, aki még náluk is nagyobb veszélyhelyzettel járó körülmények között végzi munkáját, mint pl. ipari alpinista, vagy tűzszerész. Éppen ezért a csapat tagjainak stresszterhelését felmértük az Észlelt Stressz Kérdőív magyar változatának (5) segítségével, hogy összevethessük a szakirodalomban fellelhető hasonló felmérések adataival, eredményeivel. Feltételezésünk az volt, hogy

tagjaink a hivatásszerűen végzett mentést folytató szervezetek tagjaihoz hasonló mértékű terhelésnek vannak kitéve.

Az Észlelt Stressz Kérdőívet, amely a stresszszint meghatározásának egyik leggyakrabban alkalmazott mérőeszköze Cohen és munkacsoportja 1983-ban dolgozta ki. A korábbi, objektívítésre törekvő módszerekkel, mint például a Holmes és Rahe által kidolgozott Életesemény Skála, az Észlelt Stressz Kérdőív az egyéni, szubjektív szempontokat helyezi előtérbe (14).

A pszichoeducációs képzés során kiadott Észlelt Stressz Kérdőív és a vele együtt felvenni szándékozott szociodemográfiai adatokra kérdező kérdőívet 17 válaszadó juttatta el hozzánk. A kérdőív kitöltése önkéntes és anonim módon történt. A visszajelzés lehetőségének fenntartásához, és a mindfulness tréning utáni eredményekkel való összehasonlítás lehetősége miatt azonban azt kértük a válaszadóktól, hogy valamilyen általuk felismerhető kóddal, vagy jellel lássák el a beadott dokumentumokat.

Eredmények

Szociodemográfiai jellemzők: A 17 válaszadó között összesen két személy nőnemű. A további szociodemográfiai mutatók közül kiemelném, hogy mindössze négyen nem rendelkeznek felsőfokú végzettséggel, ami azt jelenti, hogy a vizsgálati személyek több mint 75%-a főiskolát vagy egyetemet végzett. Ketten-ketten rendelkeznek szakmunkás, vagy szakiskolai bizonyítvánnyal. Többségük megyei jogú városban él, ketten a megye kisebb városában, ketten pedig falun. Családi státuszukat tekintve két fő elvált, hat fő egyedülálló, kilenc fő él házasságban. Átlagosan a válaszadóval együtt hárman élnek egy háztartásban. Mindannyian rendelkeznek érvényes jogosítvánnyal, egy részmunkaidőben foglalkoztatott nyugdíjas mellett 16 személy áll heti 40 órás, főállású foglalkoztatásban. Két kivétellel mindannyian a szakirodalom szerint magas stresszterheléssel járó foglalkozást űznek. A válaszadók átlagéletkora 40,52 év (1. táblázat).

Az Észlelt Stressz Kérdőív eredményei: A válaszadók a lehetséges 56 pontból átlagosan 17 pontosra értékelték a saját életük stresszterhelését. A férfiak esetében 16,46, a nőknél 21 pont lett az átlagérték. Stauder és Konkoly Thege tanulmányában egy 63 főből álló férfi minta esetében ez az érték 26,0, míg egy 143 főből álló női minta átlagértéke 26,5 pont. Láthatjuk, hogy esetünkben lényegesen alacsonyabb átlagértékek születtek (1. ábra).

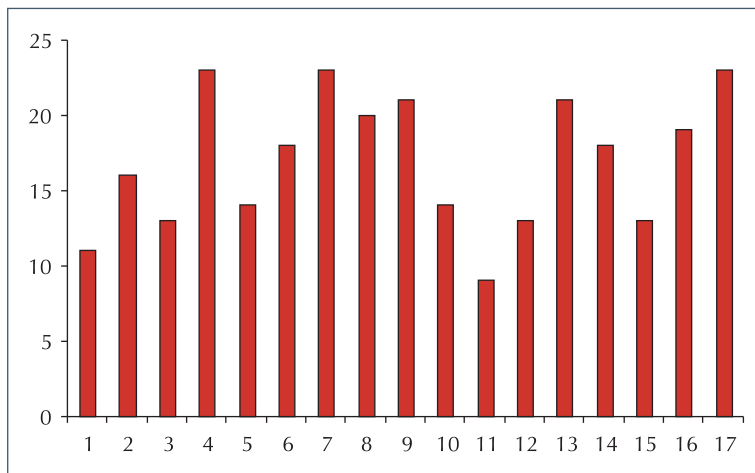
Megbeszélés

A tapasztalt értékekből messzemenő következtetéseket nem kívánunk levonni, főként azért sem, mert meglehetősen alacsony elemszámmal volt módunk dolgozni. A 2006-os magyar átlag populációnál mért Észlelt Stressz Kérdőív eredményei alatt maradó átlagértékeink nem támasztják alá feltételezéseinket. Meg kell jegyezni még azt is, hogy a nemzetközi szakirodalom által közölt tapasztalatokkal sem állnak összhangban a Zala Különleges Mentők Egyesületének tagjánál tapasztalt értékek. Messze alulmaradnak akár az egészségügyi dolgozók (3, 15), sürgősségi osztályokon dolgozó nővérek és orvosok, a NASA pilótái (16) vagy akár a hazánkban földi és légmentő-szolgálatot ellátó szakszemélyzetnél mérhető adatokkal (17) szemben. Ez összhangban áll azokkal a tapasztalatokkal, amelyek szerint Magyarországon a rendőri, tűzoltó, katonai, mentőszolgálati dolgozók körében a mentális állapot tabutémának számít, az ott szolgálatot teljesítők elképzelései szerint a stressz okozta (akár akut, akár krónikus) nehézségeket csendben el kell viselni, ez része annak a „férfias” nimbushoz, amelyet magukról igyekeznek kialakítani mind a saját, mind a kívüljáró vélekedésében. Az erről való beszéd, de főként a tevékeny megelőzés vagy kezelés elképzelésük szerint a gyengeség jele, és saját alkalmasságuk megkérdőjeleződése. Nem tartjuk elképzelhetetlennek azt sem, hogy a Zala Különleges Mentők Egyesületének tagsága hivatásszerű, nagyfokú stresszel járó főfoglalkozása mellett azért képes beállalni további terheléssel járó önkéntes feladatokat, mert stresszkezelésük fejlett, professzionális. Természetesen mi inkább az utóbbi magyarázatban reménykedünk, de nem zárhatjuk ki sajnos az előzőt sem. Az említett alacsony elemszám okán a szociodemográfiai mutatók és a felvett kérdőívek eredményei között nem remélhetünk, éppen ezért nem is kerestünk összefüggést.

Bármennyire kedvezőnek mutatózó eredményeket kaptunk is, nem térülünk el előzetes terveinktől. Azt gondoljuk, hogy a tervezett mindfulness tréninggel további javulás érhető

1. táblázat. A vizsgálati minta fontosabb értékei

	Férfi (n=15)	Nő (n=2)	Összesen (n=17)
Átlagéletkor (év)	41	36	40,52
Átlag PSS	16,47	21	17
Szórás	4,45	2,83	4,48
Módusz	13	–	13
Medián	16	21	18



1. ábra. Az Észlelt Stressz Kérdőív személyenkénti értékei

el, tovább mérsékelhető tagjaink akut és tartós stressz iránti érzékenysége. Ennek relevanciáját, a meditáció (18), valamint a mindfulness módszerek kifejezetten ilyen céllal történő alkalmazásának létjogosultságát számos kutatás támasztja alá (9).

A pszichológiai munkacsoport természetesen aktív résztvevője kíván lenni a mentésnek, ahol a túlélők, a szemtanúk, az áldozatok hozzátartozói, vagy éppen az erőteljes stresszhatás következményeként komolyabb lelki megterhelés elszenvedő beavatkozó egységek tagjai számára biztosítunk azonnali pszichológiai segítségnyújtást, akut stresszcsökkentést, krízisintervenciót. Emellett a csapat tagjai számára a mentések után csoportos, szükség esetén egyéni traumafeldolgozó konzultációs lehetőséget biztosítanak.

Irodalom

1. Kémenczy I. Tömegkatasztrófák pszichológiai hatása. Budapest: Zrínyi Katonai Kiadó; 1980. p. 122.
2. Horváth L. A stressz megjelenési formái és terápiája a hivatásos állományban. *Hadtudományi Szemle* 2016;IX (2):5-319.
3. Giansante, M, Ballarini V. Perceived stress and coping

strategies in medical and nursing staff in a department of clinical hematology: pilot study. *G Ital Med Lav Ergon* 2012;(Suppl.):B23-8.

4. Laranjeira CA. The effects of perceived stress and ways of coping in a sample of Portuguese health workers. *J Clin Nurs* 2012;11-12:1755-62.

5. Stauder A, Konkoly Thege B. Az Észlelt Stressz Kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéne és pszichoszomatika* 2006;7(3):203-16.
6. Ren Z, Wang H, Zhang W. Experiences in disaster-related mental health relief work: An exploratory model for the interprofessional training of psychological relief workers. *J Interprof Care* 2017;31(1):35-42.
7. Solon R. Providing Psychological First Aid Following a Disaster. *Occup Health Saf* 2016;85(5):40-4.
8. Shapiro F. EMDR, Adaptive Information Processing, and Case Conceptualization. *Journal of EMDR Practice and Research* 2007;1(2):68-87.
9. Atanes AC, Andreoni S, Hirayama MS, Montero-Marín J, Barros V et al. Mindfulness, perceived stress, and subjective well-being: a correlational study in primary care health professionals. *BMC Complement Altern Med* 2015; 2(15):303.
10. Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry* 1982;4(1):33-47.
11. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology* 2003;1(2): 144-56.
12. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway SA, Soulsby JM, Lau MA. revention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol* 2000;68(4):615-23.
13. Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, Whalley B, Crane C, Bondolfi G, et al. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials. *JAMA Psychiatry*. 2016. 73(6):565-74.
14. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research* 1967;11: 213-8.
15. Laranjeira, CA. The effects of perceived stress and ways of coping in a sample of Portuguese health workers. *J Clin Nurs* 2012;21(11-12):1755-62.
16. Bowles S, Ursin H, Picano J. Aircrew perceived stress: examining crew performance, crew position and captains personality. *Aviat Space Environ Med* 2000;1(11): 1093-7.
17. Schiszler B, Karamánné Pakai A, Szabó Z, Raposa LB, Pónusz R, Radnai B, et al. Munkahelyi stressz és megküzdési stratégiák vizsgálata földi és légi mentésben dolgozók körében. *Orv Hetil* 2016;157(45):1802-8.
18. Axén I, Follin, G. Medical yoga in the workplace setting-perceived stress and work ability-a feasibility study. *Complement Ther Med* 2017;30:61-6.



EGFR-mutáns tüdődaganatos beteg kezelése progressziót követően

BOGOS Krisztina

TREATMENT OF EGFR MUTANT LUNG ADENOCARCINOMA AFTER PROGRESSION

A precíziós medicina az egészségügyi szolgáltatások személyre szabását javasolja annak érdekében, hogy a beteg számára a beavatkozásokat és a kezeléseket illetően a legjobb egyéni döntéseket hozzuk meg. A molekulárgenetikai diagnosztikai tesztek hozzásegítenek a megfelelő terápia kiválasztásához, az úgynevezett célzott kezeléshez. EGFR-mutáns kiterjedt tüdődaganat esetén azonnal, első vonalban alkalmazandók az EGFR-tirozinkináz-gátlók, melyek igen hatásosak, a betegséget hosszú távon remisszióban tarthatják. A kezelés során azonban rezisztenciamutáció alakulhat ki, mely a betegség progresszióját okozza, ekkor terápiaváltás válik szükségessé. Esetünkkel a progresszió túl célzott kezelés lehetőségét mutatjuk be, hangsúlyozva a rezisztenciamutáció kimutatásának fontosságát.

Precision medicine proposes the personalization of health services in order to make the best individual decisions about the interventions and treatments for the patient. Molecular genetic diagnostic tests help to select the appropriate therapy, so-called targeted therapy. In the case of extensive lung cancer with EGFR mutation, EGFR tyrosine kinase inhibitors are immediately applicable; they are very effective and can reach long-term remission of the disease. However, resistance mutation can develop during the treatment, which causes the progression of the disease; therefore change of therapy is needed. In our case, we show the possibility of targeted treatment beyond the progression, emphasizing the importance of detecting resistance mutation.

**tüdődaganat,
célzott kezelés, EGFR-mutáció,
T790M-rezisztenciamutáció,
osimertinib**

**lung cancer,
targeted therapy, EGFR mutation,
T790M resistance mutation,
osimertinib**

dr. BOGOS Krisztina (levelezési cím/correspondence):
Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet/National Korányi Tbc and Pulmonological Institute;
H-1122 Budapest, Pihenő utca 1. drbogos.krisztina@gmail.com

Érkezett: 2018. március 23.

Elfogadva: 2018. május 14.

A tüdőrák a vezető halálok a malignus daganatos betegségek között. A hazai adatok alapján a tüdőrák-incidencia évente eléri a csaknem 10 000 új megbetegedést. A férfi-nő megbetegedési arány napjainkra kiegyenlítődött, a betegség az idősebb korosztályt érinti, az átlagéletkor 65 év, a 40 év alatti megbetegedés ritka. A nők fiatalabb életkorban betegszenek meg, mint a férfiak, és ez különös figyelmet érdemel (1). Bár még mindig a dohányzás a legfőbb kórok, de ismert a nem dohányzók betegsége is. Előrehaladott tüdő-adenocarcinómában minden esetben javasolt a klinikai irányelvek alapján az úgynevezett aktiváló mutációk keresése. Napjainkban a rutinyakorlat része az EGFR, ALK, ROS1, KRAS meghatározása nem kissejtes, nem laphám típusú tüdődaganatban, lokálisan

és metasztatikusan kiterjedt betegségben, mert így adunk esélyt a célzott kezelés lehetőségére, mellyel egyértelműen növelhető a tüdőrákos betegek túlélése (2). Egyes laborokban a PD-L1-meghatározás is már kezdetben a rutin diagnosztikai vizsgálatokhoz tartozik. Azonban az EGFR-mutáció-pozitív tüdőrákoknál első vonalban és másodvonalon azon esetekben, amikor az EGFR-TKI-kezelés mellett progresszió lépett fel és T790M-mutáció-pozitivitás kimutatható, PD-L1-meghatározás nem feltétlenül indokolt, mivel az immunonkológiai klinikai vizsgálatok (CM057, KN010, OAK) alcsoport-analízise alapján az EGFR-mutáns populációban a nivolumab, pembrolizumab és az atezolizumab nem adott szignifikáns PFS-előnyt a betegeknek a hagyományos terápiákhoz képest (3–5).

Az EGFR-mutáció a nem kissejtes tüdőcarcinomában ázsiai betegeknek körülbelül 30-41%, a nyugat-európai populációban 10-17%-ban fordul elő. Leggyakoribb „klasszikus mutációk” a 19-es exondeleció (46%), és a 21-es exon-pontmutáció (L858R) (37,5%). EGFR-mutáció szövettani megoszlása európai adatok alapján adenocarcinomában 13%, nem adenocarcinomában 5,3%, az ázsiai adatok szerint adenocarcinomában 56,9% és nem adenocarcinomában 12,7% (6). Az EGFR-mutáció előfordulási adatai jól tükrözik, hogy térségünkben ritka betegségről van szó, tehát meg kell találnunk az EGFR-mutáns betegpopulációt. Az ESMO 2016. irányelv is a teszt elvégzésére tesz javaslatot nem kissejtes tüdőcarcinomában, nem laphámsejtes altípusokban (European Society for Medical Oncology).

A guideline alapján az EGFR-mutáció kimutatása történhet tumorszövetből, és vérből is (7). Az EGFR-aktiváló mutáció meghatározására a kezelés kezdetén általában még rendelkezésre áll a szövettani vizsgálat céljából kimetszett tumorszövet, azonban EGFR-TKI-kezelés mellett fellépő progresszió esetén, a rebiopszia elvégzése a beteg általános állapota és az esetenként nehezebb feladat elé állítja a klinikust. Ilyenkor megfontolandó az úgynevezett liquid biopszia – vérből történő meghatározás – választása. A tumorszövetből és vérmintából végzett EGFR-mutációs vizsgálatok pozitivitási arányát összevetve a klinikai vizsgálatok eredményei azt mutatták, hogy a kettő közötti konkordancia körülbelül 95%-os, a tumorszövethez képest a liquid biopszia szenzitivitása 67%-os, míg specificitása csaknem 100%-os. A klinikai gyakorlatban több alkalommal is elvégezhető a liquid biopszia, azonban többszöri negativitás esetén a fenti adatok alapján mégis érdemes megfontolni a beteget jobban megterhelő, invazív beavatkozást, a rebiopsziás mintavételt mutációanalízis céljából. Nincs egyértelmű iránymutatás, a klinikusnak kell eldönteni, hogy melyik módszert választja, a beteg állapotát figyelembe véve (8).

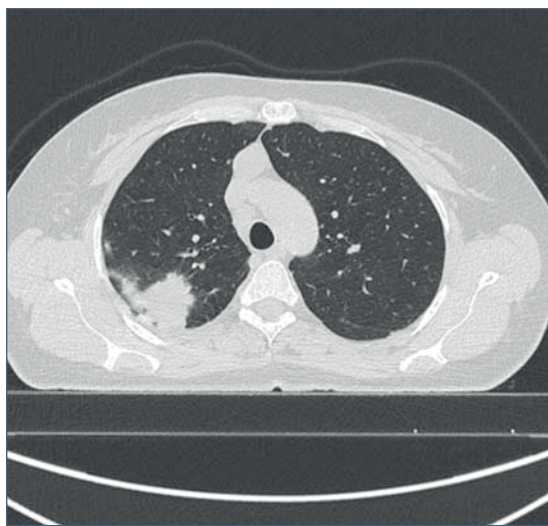
Az elsődleges patológiai diagnózis felállításához elegendő mennyiségű tumorszövet szükséges. Tumorszövet nyerhető: sebészeti beavatkozás során eltávolított daganatszövetből, bronchoszkópos vizsgálat során nyert biopsziából, de a bronchus-mosófolyadékából összegyűjtött tumorsejtekből elvégzett citológiai vizsgálat is elfogadott eljárás. A betegség kórlefolyásának követésére, valamint a kialakuló rezisztenciamechanizmusok azonosítására a fent említett invazív eljárások mellett noninvazív, validált molekuláris diagnosztikai módszerek is elérhetők. Keringő tumor-DNS (ctDNA) kimutatására számos

RÖVIDÍTÉSEK

ARMS: amplification refractory mutation system
 BEAM: beads, emulsion, amplification and magnetics
 DHPLC: denaturing high performance liquid chromatography
 EGFR: epidermalis növekedési faktor receptor
 FDG: fluorodezoxi-glükóz
 HR: kockázati arány
 HRM: high-resolution melting analysis
 NSCLC: nem kissejtes tüdőcarcinoma
 ORR: objektív válaszadási arány
 PCR: polimeráz-láncreakció
 PFS: progressziómentes túlélés
 TKI: tirozinkináz-gátló

PCR-alapú diagnosztikus módszer alkalmas: cobas, ARMS, BEAMing, droplet PCR, HRM, DHPLC, tömegspektrográfia alapuló genotipizálás, EFIRM, valamint az új generációs szekvenálások (NGS). Az előbb felsorolt módszereknek különböző a specificitása és a szenzitivitása, de mindegyik alkalmas az eredeti EGFR-mutáció, valamint a TKI-kezelésre kialakuló rezisztenciamutációk kimutatására. Az intézetünkkel kapcsolatban álló molekuláris diagnosztikai labor Cobas platformot használ, mely valós idejű PCR-platform, 42 EGFR- – beleértve a T790M locus – mutációt képes azonosítani. A Cobas rendszert úgy tervezték, hogy alkalmas mind a szöveti, mind pedig a liquid biopsziás anyagból kimutatni az EGFR-mutációt, így az eredmények a klinikusok számára könnyen összehasonlíthatóak és megkönnyítik a terápia megtervezését (9).

Az EGFR-mutáns betegség jól reagál az EGFR-tirozinkináz-gátló kezelésre, azonban az esetek többségében átlag 9–13 hónapot követően progresszió jelentkezik, melynek hátterében rezisztenciamutáció kialakulása állhat. A betegek kétharmadában a leggyakrabban a T790M-rezisztenciamutáció alakul ki (60%). Az ozimeritinib egy epidermalis növekedési faktor receptor gátló (EGFR-TKI), mely hatásos T790M-rezisztenciamutációt hordozó nem kissejtes tüdőcarcinomában. Az AURA3 (ClinicalTrials.gov, NCT02151981.) nyílt, randomizált, fázis 3 vizsgálatban első vonalban alkalmazott EGFR-TKI mellett kialakult progresszióban, T790M-rezisztenciamutáns betegeknek alkalmazták, platinabázisú kemoterápiával összehasonlítva. A prog-



1. ábra. 2015. augusztus, mellkas-CT: Kiterjedt tumoros infiltrátum a jobb felső lebenyben



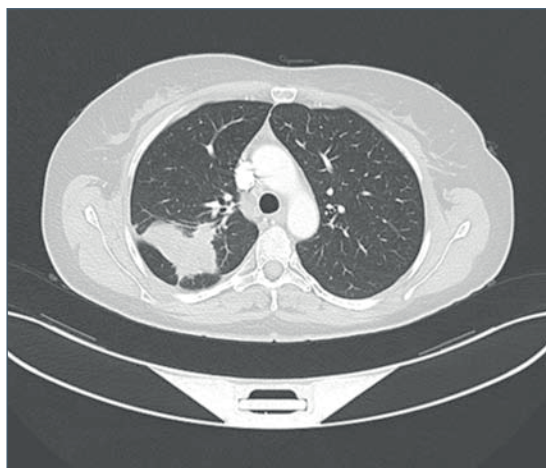
2. ábra. 2017. március: Progresszió, novum góccok megjelenésével

ressziómentes túlélés az ozimertinibkaron szignifikánsan hosszabb volt [10,1 hónap vs. 4,4 hónap; hazard ratio: 0,30; 95% confidence interval (CI), 0,23–0,41; $p < 0,001$]. Az objektív tumorválasz is szignifikánsan jobb volt az ozimertinibbel kezelt csoportban (71%; 95% CI 65–76), szemben a kemoterápiás csoporttal (31%; 95% CI 24–40) (odds ratio objektív válasz: 5,39; 95% CI, 3,47–8,48; $p < 0,001$). Központi idegrendszeri metasztázis esetén is hosszabb medián progressziómentes túlélés volt megfigyelhető az ozimertinibkaron a platinabázisú kemoterápiás karral összehasonlítva (8,5 hónap vs. 4,2 hónap; hazard ratio, 0,32; 95% CI, 0,21–0,49). A mellékhatások jelentkezése jelentősen ritkább volt az ozimertinibkaron, mint a kemoterápiás karon (Grade 3 mellékhatás 23% vs. 47%). A vizsgálat alapján megállapítható, hogy az ozimertinib jobban tolerálható, és hatásosabb kezelést biztosít T790M szerzett rezisztenciamutációt hordozó tüdőcarcinomában (10).

Eset

A fiatal, tüdődaganatos betegsége felismerésekor 53 éves, soha nem dohányzó nőbetegnél 2015. júniusban panaszok, köhögés, mellkasi fájdalom kapcsán észlelték a mellkasröntgen-felvételen, illetve a további mellkas-CT- és PET-CT-vizsgálatokkal a multiplex tüdőgócokat és a jobb scapulában egy áttétgyanús elváltozást (1. ábra). Az elvégzett bronchoszkópos mintavétel citológiai és szövettani vizsgálata malignus tumort, nem kissejtes, tüdő eredetű adenocarcinomát igazolt. Tekintettel a kiterjedt betegségre (jobb felső lebenyi kiindulás, jobb alsó lebenyi góc, FDG-t

kórosan halmozó nyirokcsomók az azonos oldali hilusban és a mediastinumban, valamint a kiegészítő csontizotóp-vizsgálattal is bizonyítatlan dúsító góc a scapulában), onkológiai konzílium a nem reszekábilis folyamat miatt molekuláris vizsgálatot javasolt, melynek eredménye EGFR 21-es pontmutációt igazolt. A beteg 2015. augusztustól gefitinibkezelést kapott naponta 250 mg-os dózisban. A legjobb tumorválasz parciális remisszió volt, klinikailag jó általános állapottal, mellékhatásként Grade 1 bőrtünet és hasmenés jelentkezett, mely életvitelét nem befolyásolta, életmód-változtatással jól kezelte. 2017. márciusban kontroll-PET-CT-vizsgálatot végeztünk a terápia hatásosságának le mérésére, ami progressziót jelzett a jobb felső lebenyi tumor méretében, és két új FDG-t kórosan halmozó góc megjelenését detektálta (2. ábra). A progresszióra tekintettel rezisztenciamutáció keresése céljából több alkalommal liquid biopszia történt, de mutációt kimutatni nem sikerült. A beteg a kemoterápiától elzárkózott, ezért javaslatunkra ismételt tüdőbiopszia elvégzésébe beleegyezett. A CT-vezérelt core biopszia szövettani vizsgálata igazolta a nem kissejtes tüdőeredetű adenocarcinomát, és ismételt molekuláris vizsgálat a tumormintából T790M-mutációt igazolt (7%-ban). A rezisztenciamutáció kimutatását követően egyedi méltányossági kérvényt nyújtottunk be onkoteam javaslatára, a már törzskönyvvvel bíró ozimertinibkezelésre. A betegnél a célzott kezelést 2017. augusztusban tudtuk elkezdni, naponta egyszer 80 mg dózisban. A kezelés megkezdése előtt készült mellkas-CT-képen (3. ábra) jobb felső lebenyi tumor ábrázolódik. A kezelés során mellékhatás egyáltalán nem jelentkezett. A korábbi kezelés mellett



3. ábra. 2017. augusztus: Tumoros progresszió a jobb felső lebenyi infiltrátumban, ozimertinibkezelés megkezdése



4. ábra. 2017. december: Jelentős radiológiai regresszió a jobb felső lebenyi tumor méretében, négy hónapos ozimertinibkezelés mellett

jelentkező progressziókor fellépő köhögés, rossz közérzet, háti fájdalom az ozimertinibkezelés mellett teljesen megszűnt már az első két hétben. A beteg az ozimertinibkezelést jelenleg nyolcadik hónapja kapja. Életminősége javult, tünet- és panaszmentes. Radiológiai regresszió is megfigyelhető (4. ábra).

Megbeszélés

Esetünk a fiatal, nemdohányzó, tüdődaganatos nők betegségét példázza. Nem kissejtes, nem laphámsejtes, lokálisan és metasztatikusan kiterjedt betegségben elengedhetetlenül fontos a molekuláris genetikai vizsgálat elvégzése. A nemzetközi ESMO-ajánlás – melyet a hazai gyakorlatban is követünk – alapján javasolt az első vonalbeli kezelés eldöntéséhez az EGFR, ALK, ROS 1 meghatározása. Az EGFR-szenzitizáló mutációs kezelés mellett kialakuló progresszió

esetén javasolt rezisztenciamutáció kimutatása liquid biopsziával, ennek negativitása esetén re-biopsziás mintából. T790M-rezisztenciamutáció esetén további célzott kezeléssel (ozimertinib) folytathatjuk betegeink kezelését, ezzel is biztosítva jó életminőségben (köszönhetően a kedvezőbb mellékhatásprofilnak, összehasonlítva a kemoterápiával) a hosszabb távú hatásos tumor-kontrollt. Betegünknel is megfigyelhető ez a jó hatás. A betegség felfedezése óta 32 hónap telt el, amit a célzott kezeléssel értünk el. Az eltelt időszakban a fiatal nőbeteg tünet- és panaszmentesen tovább dolgozhatott munkahelyén, a háztartásban, és minőségi időt tölthetett együtt családjával.

A publikáció az AstraZeneca Kft. támogatásával készült, a publikáció olyan információkat is tartalmaz, amelyek a szerző saját véleményét tükrözik.

Engedélyszám: HU-0826

A lezárás dátuma: 2018. 06. 07.

Irodalom

1. Ostoros Gy. Tüdőrák. *Korányi Bulletin* 2017;1:32-40. (MATARKA nem ismeri a közleményt)
2. Kris MG, et al. Identification of driver mutations in tumor specimens from 1,000 patients with lung adenocarcinoma: The NCI's Lung Cancer Mutation Consortium (LCMC). *Journal of Clinical Oncology*, 29(18_suppl), CRA7506-CRA7506.
3. Borghaei H, et al. Nivolumab versus docetaxel in advanced nonsquamous non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2015;373:1627-39.
4. Herbst R, et al. Pembrolizumab versus docetaxel for previously treated, PD-L1-positive, advanced non-small-cell lung cancer (KEYNOTE-010): a randomised controlled trial. *Lancet* 2016;387:1540-50.
5. Rittmeyer A, et al. Atezolizumab versus docetaxel in patients with previously treated non-small-cell lung cancer (OAK): a phase 3, open-label, multicentre randomised controlled trial. *Lancet*. 2017 Jan 21;389(10066):255-265.
6. Dearden S, Stevens J, Wu YL, Blowers D. Mutation incidence and coincidence in non small-cell lung cancer: meta-analyses by ethnicity and histology (mutMap). *Ann Oncol* 2013;24(9):2371-6.
7. Novello S, Barlesi F, Califano R. Metastatic non-small-cell lung cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2016;27(suppl 5):v1-v27.
8. Goto J, et al. Epidermal growth factor receptor mutation status in circulating free DNA in serum: from IPASS, a phase III study of gefitinib or carboplatin/paclitaxel in non-small cell lung cancer. *Thorac Oncol* 2012;7(1):115-21.
9. Li X, et al. Oncotarget 2017. 8(59):100801-100818 Comparison of cross-platform technologies for EGFR T790M testing in patients with non-small cell lung cancer. *Oncotarget*. 2017;8(59):100801-100818.
10. Mok TS, Wu YL, et al. Osimertinib or platinum-pemetrexed in EGFR T790M-positive lung cancer. *N Engl J Med* 2017;376(7):629-40.

Tiotropium és olodaterol a krónikus obstruktív tüdőbetegség exacerbációi megelőzésében (DYNAGITO): kettős vak, randomizált, párhuzamos, aktív kontrollált vizsgálat

A krónikus obstruktív tüdőbetegség 2020-ra várhatóan a 3. vezető halálokká válik a szív-érrendszeri és a daganatos betegségek mögött. Ezen betegek életminőségét, de túlélését is döntően meghatározza a COPD-s exacerbációk száma. Jelentős erőfeszítések történtek a COPD-exacerbációk visszaszorítására az elmúlt évtizedekben is az ICS + LABA, majd újabban a LAMA + LABA kombinációs kezelések alkalmazásával. Jelen szemlézés a *DYNAGITO mérőföldke klinikai vizsgálat* adatait ismerteti. A DYNAGITO-t több mint 9000 beteg szűrésével, közel 8000 beteg beválasztásával zajló klinikai vizsgálatként végezték 51 országban és 818 centrumban. A vizsgálat 52 hetes, randomizált, kettős vak, aktív kontrollós klinikai vizsgálat volt, ahol párhuzamos csoportokban elemezték a betegeket. Az egyéves követés során a Respimat belégzőeszköz segítségével bejuttatott tiotropium + olodaterol (5-5 µg) hatékonyságát vizsgálták a középsúlyos-súlyos exacerbációk gyakoriságának csökkentésében, összehasonlítva Respimattal bejuttatott tiotropiummal (5 µg).

A vizsgálatban részt vevők többsége férfi volt (körülbelül 70%), 66 év volt az átlagéletkor és a betegek közel 40%-a dohányzott. A FEV₁-érték 45% volt átlagosan és a GOLD-beosztás szerint a betegek nagyjából B és D kategóriába tartoztak. A betegeket a vizsgálatba kerülés előtt mono-LAMA, -LABA, -ICS és kombinációs LAMA + ICS, LABA + ICS és LAMA + LABA mellett döntően hármas kombinációval (ICS + LAMA + LABA) kezelték.

A beválasztási kritériumok közül fontos kiemelni, hogy a *széles körű toborzási kritériumok eredményeképpen a betegek jobban reprezentálták a „való világ” népességét.*

Fő beválasztási feltételként szerepelt a ≥ 40 év életkor, COPD diagnózis, postbronchodilatator

RÖVIDÍTÉSEK

CAT: COPD Assessment Test
COPD: krónikus obstruktív tüdőbetegség
FEV₁: a forszírozott kilégzés első másodpercében kifújt térfogat
FVC: forszírozott vitálkapacitás
GOLD: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
ICS: inhalációs kortikoszteroid
ISOLDE: the Inhaled Steroids in Obstructive Lung Disease
LABA: hosszú hatású β-mimetikum
LAMA: hosszú hatású muszkarinerg-antagonista
WISDOM: the Withdrawal of Inhaled Steroids during Optimized Bronchodilator Management

FEV₁/FVC < 70%, postbronchodilatator FEV₁ < 60%, dokumentáltan ≥ 1 középsúlyos/súlyos exacerbáció az előző 12 hónapban, szisztémás szteroiddal és/vagy antibiotikummal kezelve, és/vagy kórházi kezeléssel COPD akut exacerbáció, dohányzás tekintetében (jelenlegi vagy exdohányos) legalább 10 csomagév.

Fő kizárási kritériumok közé tartozott, ha a fő tüdőbetegség nem a COPD volt, fennálló asthma diagnózis, életveszélyes szívritmuszavar, súlyos tüdőátagulásban szenvedő betegek, akiknél endobronchialis beavatkozásokat a szűrés előtti hat hónapon belül kellett elvégezni, a thyrotoxicosis diagnózisa, cystás fibrosis a kórelőzményben, illetve ismert aktív tuberculos.

A COPD-exacerbáció diagnózisát a következőkből legalább kettő fennállása esetén értékelték: nehézlégzés, köpetürítés, a köpet színének a megváltozása, köhögés, sípolás, mellkasi feszülés legalább három napig való fennállása. Az orális kortikoszteroidot, vagy antibiotikumot, vagy mindkettőt igénylő exacerbációt mérsékeltek,

amennyiben hospitalizációt vagy sürgősségi ellátást igényelt, súlyosnak értékelték. *Elsődleges végpontként a középsúlyos-súlyos COPD-exacerbációk éves gyakoriságát* határozták meg, míg *a fő másodlagos végpont az első középsúlyos-súlyos exacerbáció megjelenéséig eltelt idő volt a kezelés során.*

További végpontokként értékelték, az *antibiotikum-kezelést igénylő exacerbációk éves gyakoriságát, a szisztémás kortikoszteroid-kezelést igénylő exacerbációk éves gyakoriságát, a szisztémás kortikoszteroid + antibiotikum-kezelést igénylő exacerbációk éves gyakoriságát és a CAT-pontszám változását.*

A DYNAGITO klinikai vizsgálatnak jelentős jellemzői voltak és a következő eredmények születtek:

1. A DYNAGITO® vizsgálat elsődleges végpontja a közepesen súlyos-súlyos COPD-exacerbációk éves gyakorisága volt az előre tervezett szignifikancia-küszöbérték ($p < 0,01$) mellett.

2. A DYNAGITO® vizsgálatban az *elsődleges végpontot* a tervezett küszöbértékkel ($p < 0,01$) *nem érték el.* Az elsődleges végpont ($p < 0,01$) igen erős klinikai szignifikanciának számított.

3. Azonban a vizsgálatban az elsődleges végpontra vonatkoztatva 7%-kal alacsonyabb ($p = 0,0498$) volt a *közepesen súlyos-súlyos exacerbációk gyakorisága* a tiotropium + olodaterol kombinációnak a tiotropiumhoz képest. Mindkét esetben Respimat belégzőeszközt használtak.

4. Eredmények a további DYNAGITO® vizsgálati végpontokban:

– A tiotropium + olodaterol Respimattal kezelt betegek *20%-kal kevesebb* szisztémás kortikoszteroiddal ($p = 0,0068$), illetve

– *9%-kal kevesebb* ($p = 0,045$) szisztémás kortikoszteroid + antibiotikummal kezelt középsúlyos-súlyos exacerbációt éltek meg.

5. A tiotropium + olodaterol Respimattal bejuttatva *jobb életminőséget* biztosít a tiotropium Respimathoz képest a COPD Assessment Test™ értékelése szerint.

6. A tiotropium + olodaterol további kedvező hatása meg nyilvánult, hogy a klinikai vizsgálatban a tiotropiummal szemben klinikailag jelentősebb hosszabb ideig maradtak a betegek a terápián.

7. A klinikai vizsgálat során regisztrált mellékhatások nem voltak kedvezőtlenebbek a tiotropium + olodaterol kombinációs kezelés mellett, mint a tiotropiumkezelés hatására.

exacerbációk gyakoriságát figyelembe véve. Az ISOLDE vizsgálatban enyhe COPD-ben évi 1-2 exacerbációt detektáltak, míg a WISDOM klinikai vizsgálat során közepesen súlyos COPD-ben a betegeknek legalább két vagy ennél is több exacerbációját észlelték. Az is közismert, hogy a COPD-exacerbáció döntően meghatározza a betegek életminőségét és szoros összefüggést mutat a túlélési eséllyel is. Tovább súlyosbítja a helyzetet, hogy az akut exacerbáció növekedésével egy időben növekszik a cardiovascularis események előfordulási gyakorisága. Kiemelendő, hogy a COPD-exacerbáció a cardiovascularis betegségből adódó mortalitást növeli az életkortól, a FEV₁-értéktől, a vér parciális oxigén- és szén-dioxid-tenziójától, illetve az alkalmazott oxigénterápiától függetlenül.

A tiotropium az elmúlt közel két évtized meghatározó COPD-exacerbáció-csökkentő terápiájának számít, mono-LAMA-, mono-LABA- és kombinációs ICS + LABA és LAMA + LABA kezelésekkkel sem tudtak superior hatást kiváltani a monotiotropium-kezeléshez képest. Ezen eredmények jelentőségét aláhúzza, hogy ezzel a kezeléssel klinikailag jelentősen csökkenhet a középsúlyos-súlyos exacerbációk száma. Ezáltal jelentősen csökken az ellátás költsége és a kiegészítőgyógyszer-igény. Fontos kiemelni a szteroidigény csökkenését, amely – a szteroid-mellékhatásokat ismerve – biztonságosabbá teszi a kezelést.

A kedvező mellékhatásprofil különösen fontos, mivel ezen klinikai vizsgálatban a való élet viszonyait jól mutatva a vizsgálatból nem voltak kizárva a szív-ér rendszeri betegek, amennyiben stabil állapotban voltak és gyógyszeres kezelésük be volt állítva. Csak a súlyos funkcionális deficitel, így az életveszélyes ritmuszavarral rendelkező betegek nem kerülhettek be a vizsgálatba. A mindennapi klinikai gyakorlat szempontjából kiemelendő, hogy a kombinációs kezelés cardiovascularis biztonságossági profilja a Spiriva-monoterápiához hasonló volt.

A tüdőgyógyászati rehabilitáció COPD-exacerbáció visszaszorítására irányuló hatása ismert, érdemes a tiotropium + olodaterol kombinációs kezelés és a tüdőgyógyászati rehabilitáció együttes hatását vizsgálni a COPD akut exacerbációra. A kombinációs kezelés előnye a nagyobb tüneti hatékonyság és az exacerbációcsökkentés mellett a dinamikus hiperinfláció csökkentése, és ezáltal a betegek teljesítőképességének jelentős növekedése.

A referens megjegyzései

A 2000-es évek elejéről két klinikai vizsgálat eredményeire érdemes fókuszálni a COPD akut

dr. habil. Varga János Tamás
Országos Korányi Pulmonológiai Intézet,
Légzésrehabilitációs Osztály, Budapest

ORVOSLÁS ÉS TÁRSADALOM

Onkofilozófia

SINKÓ Dániel

„Filozofálni annyi, mint tanulni a halált.”

Szókratész

ONCOPHILOSOPHY

Az onkológia és filozófia – mint látszólag két egymástól távol álló diszciplína – összeillesztése izgalmas feladat, de felvetődik a kérdés, hogy miért is van erre szükség? A filozófusok évezredek óta kereszttül próbáltak választ találni a lét-létezés, valóság, halál, erkölcs alapkérdéseire, de a 20. századtól kezdve egyre kevésbé látjuk ennek napi jelentőségét. Nem fontosak a „létkérdések”, vagy már nem aktuálisak? Szeretnénk azt hinni, hogy nem, de vannak olyan helyzetek, amikor egyik pillanatról a másikra egzisztenciánk veszélybe kerül és minden addigi világi tapasztalatunk csődöt mond...

Combining oncology with philosophy, as seemingly two different disciplines, is an exciting task but the question arises as to why this is necessary. For thousands of years philosophers have been trying to find answers to the basic questions of being-existence, reality, death, morality but from the twentieth century we see less and less the daily significance of these. Are not “questions of existence” important or are they no longer relevant? We would like to believe they are not but there are situations where suddenly our existence is threatened and all our already gained life experiences are proved to be a failure...

onkológia, filozófia, határhelyzet

oncology, philosophy, border-situation,

dr. SINKÓ Dániel (levelezési cím/correspondence): Uzsoki Utcai Kórház, Onkoradiológiai Osztály/
Uzsoki Hospital, Oncoradiology Department és Fővárosi Onkoradiológiai Központ/
Oncoradiological Centrum of Budapest
H-1145 Budapest, Uzsoki u. 29–41. E-mail: sinkodaniel@yahoo.com

Érkezett: 2017. április 16.

Elfogadva: 2017. szeptember 16.

Lét és létezés

Az ontológia tudományának fő témája a lét és létezés kérdése. A hosszú ideig uralkodó ókori görög filozófiai világkép után, a felvilágosodás időszakától kezdődően kiemelt jelentőséggel bírt René Descartes elmélete, aki a lét-létezés kérdéskörét áthelyezte az emberi tudat és gondolatvilág dimenziójába (1). A létezés, a tudat és a gondolkodás fogalmak elválaszthatatlanul összeforrnak. Jellemző ontológiai felosztás szerint a Lét időtlen, mindent magában foglaló, időtlen „átfogó tartalom”, amely megfelel a metafizika világának. Csak ezen belül lehet a Létező, amely időben korlátozott, véges, aktualitás (például egy tárgy, egy gondolat vagy maga az ember). Az ember létezése azért is kiemelkedő a többi aktuális létezőtől, mert csak benne tudatosulhat

egyedül saját létezésének végessége, behatároltsága, ezenkívül egyedül az ember képes kétségbe vonni saját létezését. Amíg a lét nehezen vizsgálható, mély filozófia, addig a létezés minden napunk örök harca, a jelenvalóság. A létezés „feltételezi”, sőt bizonyítja a létet, mint saját közegét, de mégsem érti, mégsem ismeri. Az egzisztencializmus szerint nemcsak a létezés a fő kérdés, hanem a *létezés, saját elmúlásának tudatában*. Elgondolkodtató, hogy amíg teljes szellemi szabadság és a szabad akarat tökéletességében élünk, addig minden pillanatban elnyomjuk saját létezésünk végességének nyomasztó gondolatát. Így építjük fel személyiségünket, de ez nem valóságunk. Az egzisztencializmus világában nem létezőnk, mint önmagunk végességével tisztában lévő aktuális létezők, hanem csak lebegünk saját halhatatlanságunk illúziójában. Elmúlásunk

tudata választás elé állít minket, új kritikus helyzetet teremtet. Krónikus betegségek, köztük a daganatos betegségek határhelyzetek, amelyek elemzését az onkofilozófia tárgykörében mutatom be, amely rávilágíthat a mai (nem csak beteg) ember létbizonytalanságára.

Természet kontra ember, illetve a természet által legyőzött ember

A technika fejlődésével párhuzamosan *Auguste Comte* (1798–1857) pozitivista filozófiája a tudományba vetett hitet hirdette, miszerint az ember tudományos haladásával uralhatja a természetet. Részben erre a pozitivista filozófiára volt reakció az egzisztencializmus irányzata.

A 19. század gondolkodó emberének természet általi legyőzöttségére, illetve ennek kontrolljára igen érdekes példája *Dosztojevszkij Ördögök* című regényében *Kirillov* alakja, aki azt vallja, hogy mivel az ember egyedül a természet beteljesítő halálától fél, ha maga által választott időpontban véget vet életének, a természetet magát győzi le. Az ettől való szorongás nélkül egyedülként „igazi emberré” válik, ezzel megteremtve az *emberisten* fogalmát (2).

A természettel azonban nem csak ilyen alárendelt viszony létezik. A tisztelet mint életelv egyensúlyt hirdet, azaz szimbiózisban, de alázzal élni a természettel együtt. *Albert Schweitzer* egyszerűen és mégis a kérdést teljesen átfogóan mutatja be az *élet tisztelete* filozófiai elméletében, amelynek a medicina számára is fontos üzenete van. Az élet tisztelete azért kiemelkedő gondolat, mert egyben bioetika, életelv, törvény és filozófia, amely segít eljutni a létazonosságunkhoz. *Schweitzer* a saját generációja szellemi és gondolati hanyatlását tartotta az egyik legfőbb problémának (3).

Az ötvenes évektől napjainkig, a technika robbanásszerű fejlődése mellett, az ember elhihetette, hogy valóban ura és legyőzője a természetnek. A digitális korszak új személyiségtípust teremtett. Az orvostudomány legyőzte a fertőző betegségek nagy részét, szerveket transzplantál, csökkentette a gyermekhalandóságot, meghosszabbította a várható élettartamot. Több generáció nő fel abban a *biztos* tudatban, hogy az ember sikeresen legyőzte természetes környezetét. Ha viszont váratlan esemény történik (betegség, baleset, természeti katasztrófa – vagyis *határhelyzetek*), beindulnak a hamis reflexek, amelyek megvédik a halhatatlanság illúzióját. Ki a felelős? Mert a mai világban felelősnek mindig lennie kell! Senki ne gondoljon többé az emberi lét végességére, hiszen ezek a váratlan események

csak „bosszantó hibák” az elhitt halhatatlanság rendszerében, aminek kell lennie észszerű magyarázatának és következményes felelősé- nek.

Felfedezhető azonban ebben a világképben egy ellentmondás. A ma embere a halál kultúrájában él. A tizenévesek ezerszámra néznek végig különös kegyetlenséggel elkövetett emberölést (televízió, internet, videojátékok). A napisajtóban, a televíziós hírekben, de főként az internetes portálokon a perverzitás kategóriájába tartozó részletességgel számolnak be élet elleni erőszakról (még akkor is, ha az gyerekek sérelmére történt). Gyakorlatilag már csak ennek van hírértéke és a szexualitásnak. Annak ellenére, hogy a ma embere ebben a közegben szocializálódik, képtelen mit kezdeni saját elmúlásával, illetve a környezetében előforduló halálesettel. Keresi a felelőst, amit rendszerint meg is talál. *Csak a ma embere képes* halála pillanatáig hazudni magának, nem szembenézve egzisztenciális halandóságával. Jelenkori sajátosságként ebben a hazugságban a közvetlen környezete is partner, akik éppen ugyanannyira nem képesek saját mulandóságukat elfogadni, következképpen nem akarnak tükröt tartani a haldoklónak, mert abba adott esetben nekik is egyszer bele kellene nézniük.

Határhelyzetek, illetve a daganatos betegség

A ma embere, ha teheti, nem néz szembe egzisztenciális halandóságával, akár egész életét leélheti anélkül, hogy létezését veszélyben érezné, ennek megfelelően alakítja ki személyiségét.

Az egzisztencializmus egyik legnagyobb alakja, *Karl Theodor Jaspers* munkásságának fő témája a létezés az elmúlás tudatában. A további okfejtés teljes egészében *Karl Jaspers* munkásságára épül, annak lényegi részét veszi alapul (4, 5). *Jaspers* az aktuális létezés kapcsán felmutat jellemző helyzeteket, amelyek során az ember kénytelen szembenézni saját végességének bizonyosságával. Ennek különféle fokozatai lehetnek. Egy betegség, trauma, súlyos bűn, sérelem, válás stb. olyan helyzetet idézhet elő, amely megváltoztatja a (vég nélküli) létezésünkről alkotott képet.

Ezek a speciális helyzetek a *határhelyzetek* vagy *határszituációk*. A valóság új dimenziójában a létezés új és mélyebb formájában jelenik meg. Egzisztenciálisan elmúlással szembesült és tudatosult létezési forma az egyedüli valóságos létezként lényegesen különbözhet korábbi önma- gunktól, amely irtózik az elmúlás gondolatától és

A ma embere a halál kultúrájában él.

ezért távol tartja azt magától. A határhelyzetben bekövetkező változás vagy folyamat megijeszti és döntéskényszerbe hozza az embert. Ebből a változástól nehezen van visszaút. Jaspers írja: *A határhelyzetekben az ember vagy nem vesz észre semmit, vagy igazi létére ébred mulandó földi egzisztenciája felett és annak ellenére.*

A filmművészetben jellemző példa a határhelyzetekben történő személyiségváltozásra Ingmar Bergman Hetedik pecsét című alkotásában látható. A pestisjárvány idején az ünnepeket, híres lovag éppen hazaérkezik a Szentföldről, amikor váratlanul eljön érte a halál. Azonnal rádöbben addigi életének felszínességére, értelmetlenségére és időt kér a haláltól, aki a sakkjátszmájuk végéig ad haladékot. Ez az időintervallum a lovag valószínű létezése, személyisége itt tör igazán felszínre. Végül a halál figyelmének elterelése, illetve teljes lekötése által megmenti egy egész család életét, beteljesítve élete, létezése értelmét. Ez a példa jól illusztrálja, hogy egyetlen esemény képes belőlünk azonnal új, valószínűsőbb embert kihozni.

A modern ember egyik legtisztább határhelyzete a daganatos betegség

A WHO adatai szerint 2012-ben világviszonylatban 14 millió új daganatos betegséget regisztráltak, és a világon hat halálesetből egy daganat következtében történik (6). Ki kell emelni, hogy az onkológiai kutatásoknak, gyógyszereknek, korszerű sugárterápiás eszközöknek és modern sebészeti technikáknak köszönhetően jelentősen javultak a daganatos betegek teljes gyógyulási és túlélési esélyei. Ez a tendencia folyamatosan és egyértelműen javul, ennek köszönhetően nem lehet a daganatos betegséget biztosan halálos diagnózisként kezelni! Korábban nehezen kezelhető kórképek is ma már a krónikus betegségeknek megfelelően hosszán egyensúlyban tarthatóak. Mi, klinikusok folyamatosan próbáljuk áttörni azt az előítéletet, hogy a rák csak fatális kimenetű lehet. Ennek ellenére az általános vélekedés továbbra is az, hogy a daganatos beteg „halálos kórban” szenved. Épp ezért szövettantól és stádiumtól függetlenül, ha valakinek a szemébe mondják a diagnózist vagy rák szót, azonnal az első gondolata az lesz, hogy meddig élhet ezzel a betegséggel?

Ez az abszolút határhelyzet. Azonnal beindul egy változási folyamat, amelynek eredménye egy új, mélyebb ember, a valószínű, az elmúlás lehetőségének tudatosításával megtapasztalt emberi létezés. Hangsúlyozandó, hogy a személyiség

változása előjel nélküli, vagyis az új ember nem jobb vagy rosszabb, egyszerűen *más*.

A daganatos megbetegedés nemcsak az ember egzisztenciájában okoz azonnali változást, hanem az emberi kapcsolatokban is. Kifejezetten realiztikus megközelítéssel jelenik meg az interperszonális kapcsolatok radikális változása Lev Tolsztoj *Ivan Iljics halála* című regényében, ahol a haldokló Ivan Iljics fokozatosan, de reménytelenül izolálódik saját családjában. Felszínes, munkahelyi kapcsolatai a diagnózis pillanatában azonnal darabokra törnek, és a stabilnak és erősnek hitt családi kötelékek is lassan, de végérvényesen felmorzsolódnak. Nyomasztó magányát egyedül Geraszim nevű hűséges szolgája enyhíti. Tőle meri megkérdezni: „... és hátha az egész életem, tudatos életem csakugyan nem az volt, aminek lennie kellett volna?” (7).

David Servan-Schreiber amerikai pszichiáter részletesen leírja az életében bekövetkezett változásokat, miután agydaganatot diagnosztizáltak nála (8). Egyik legérdekesebb aspektus, ahogyan párkapcsolata azonnal megváltozott. Párját egy teljesen új embernek látta és egy újfajta tiszta szeretetérzet fogta el. Az ő példája azért is kiemelkedő, mert egyszerre volt „mindkét oldalon”, vagyis létezett mint beteg és mint orvos. Visszaemlékszik, hogy onkológus kollégája hogyan kerülte a vele való találkozást rögvest, miután kiderült az agydaganata és „átkerült a másik táborba”.

Az egyik leginkább avatott szakértő a témában Arthur W. Frank bioetikus, orvos, szociológus, aki egy infarktust és egy hererákot is túlélte, majd ezt követően a gyógyult beteg pszichológiájával, filozófiájával kezdett foglalkozni. Az ő nevéhez kötődik a *remisszió társadalma* fogalom, ami lényegében a súlyos betegségből gyógyult, illetve egyensúlyban tartott, egyre növekvő lélekszámú csoport társadalmunkban. Külön figyelmet fordít arra, hogy milyen nehézségekkel kell megküzdeni a gyógyult, illetve egyensúlyban lévő betegeknek, ha teljes értékű szociális életet akarnak élni, főként, ha bármilyen fogyatékoságuk marad vissza (9). Frank által felállított modellben a szelf (én, önkép) változását elemezte betegséglefolyása során. Hármasságában az első csoportba azokat vette, akik a betegség előtti énjüket keresik. A második csoportban az egyén folyamatában, lassan radikálisan új énképet hoz létre, a harmadik csoportban azonnali új szelf alakul ki (10, 11).

Aki a daganatos betegség határhelyzetébe kerül, választás előtt áll. Veszélybe került létezésére reflektált új személyiséggel kénytelen szembenézni. Karl Jaspers kisebb határhelyzetben megengedi, hogy ne történjen az „én világá-

Az ember kénytelen szembenézni saját végességének bizonyosságával.

ban” maradandó változás, a *Frank*-féle modellben új viszony alakul ki, mivel a korábbi én kétségbeesett keresése is új magatartásmódot kíván.

Gyógyult betegek esetében az önképváltozások fennmaradnak. Súlyos beteg esetében speciális helyzet alakul ki. Határhelyzetekben az egyén egyik lehetősége, hogy saját időbe zárt létezésében, az idő korlátain átívelő *léte*t próbálja megtalálni, vagyis személyiségét spirituális oldalról próbálja újraépíteni. A másik lehetősége, hogy a természet által végleg legyőzöttnek tekint magát és elfogadja saját biológiai elmúlását, szembenézve a teljes megsemmisüléssel. A két megoldási út (*előremutató hatás*) közül mind a kettő természetes és valóságos emberi sajátosság. A spirituális ember Istent keresi, a szkeptikus elfogadja a természet könyörtelen igazságát. De ezek valóságos és hiteles emberi reakciók, amelyek mindenkoron létezésünkhöz tartoznak. Filozófiai szempontból, a heideggeri értelmezés szerint ez a csoport a *tulajdonképpeniség létmódjában* létezik.

Ebben a választási folyamatban a fenti két variáció lehet ideális esetben és nincs visszaút. Éppen ezen a ponton változott legnagyobbat a világ. A modern ember megpróbál határhelyzetében *nem dönteni*, hanem visszamenni, vagy legalábbis megállni az úton, így megszűnik döntéskényszere, nem kell szembenéznie valóságos létezése korlátaival (*hátramutató hatás*). Ez a betegpopuláció nagyjából megfelel az Arthur Frank-féle szelfmodellfelosztás első csoportjának, akik a betegség előtti énüket keresik, illetve vissza akarják kapni azt mindenáron. Ez a helyzet viszont csak folyamatos önámítás mellett tartható életben. Filozófiai szempontból, a heideggeri értelmezés szerint, ez a csoport a *nem tulajdonképpeniség létmódjában* áll. Ha a súlyos beteg nem akarja elfogadni valóságos állapotát, minél jobban megy előre betegségében, annál irracionálisabb önámítással tartható fent saját lelki egyensúlya, de ez a belső ellentmondás neurózishoz vezet.

Ezen folyamat legérzékenyebb pontja, amikor az egyén önámításában partner lesz közvetlen környezete, így mindig talál segítséget magának, aki helyette is fenntartja saját, fenntarthatatlan, irracionális világát.

Az onkológiai beteg esetében a paramedicina jelenléte (saját tapasztalatunk alapján, körülbelül a betegek 80%-át érintően!) nem az evidenciák teljes hiánya miatt megkerülhetetlen probléma, hanem azért, mert a paramedicina képviselői, sokszor a hozzátartozókkal együtt, akár a beteg terminális állapotáig fenntartják a „semmi baj, biztosan meg fogsz gyógyulni” attitűdöt. Ezzel a beteget saját valóságos, igaz, mély egzisztenciájá-

tól fosszák meg. Ez alapprobléma: Akitől megfosztják valóságos halálát, attól a valóságos élete is meg lesz fosztva. A ma embere végigmehet ezen a nehéz és erőt próbáló úton úgy, hogy valóságos, elmúlástudatos létezésével egyetlen pillanatra sem néz szembe. Határhelyzetet követő két ideális megoldási út során (előremutató hatás), azaz a spirituális, Isten-kereső magatartásban, illetve a szkeptikus álláspontban is a kezelőorvosnak teljesen partnernek kell lenni és ehhez kell igazítania betege vezetését, aminek folyamata csak a legmélyebb kölcsönös bizalomra épülhet.

A kivétel

Sok esetben mind a filozófia, mind az orvostudomány oldaláról modellek, hipotézisek, általános következtetések nem állják meg a helyüket gyermekek esetében. Minél fiatalabb a gyermek, annál kevésbé vonatkoznak rá a filozófia, pszichológia következtetései. Nyilvánvalóan csecsemő-, illetve kisgyermekkorban elmúlástudatról és tudatos szabad akaratról beszélni nagyon bizonytalan és nehezen vizsgálható témakör. Nagyobb gyermekek esetében (4-12 éves kor) a daganatos megbetegedés lelki manifestációi nemcsak beszélgetés útján tárhatók fel, hanem például kisebb gyermekek esetében gyerekrajzok elemzésével. *Erma Bombeck* amerikai író egyik könyvében daganatos gyermekek történeteit mutatja be (12). Előszeregettel használja a beteg gyermekekre a szélben pislákoló láng hasonlatot, amely kifejezi a tisztaságot, világosságot, de egyben a teljes kiszolgáltatottságot és mulandóságot is. Tapasztalata szerint a beteg gyermek tisztában van sorsával, félelmeit verbálisan, esetleg rajzaival vagy pont hallgatásával kommunikálja szülei, illetve környezete felé. A gyermek féltheti és sajnálja tehetetlen szüleit, mert látja emberfeletti aggodásukat, ezért halálfélelmét elrejtetheti. Ennek ellenére érti és felfogja, hogy mi történik körülötte és *mi vár rá*.

A gyermekkor daganatos betegség intenzív lelki terhet rak nemcsak a beteg gyermekre, hanem a családra, orvosra, nővérre, gyermekpszichológusra. Ez kiemelten fontos területe az onkológiának, mert az összes szereplőben törvényszerűen pszichés változás mehet végbe (13, 14).

Van-e lehetőség változtatásra?

A kezelőorvosnak legalább annyira fontos, hogy elmélyült önismerete legyen, hiszen ő az orvos-

Akitől meg-
fosztják
valóságos
halálát, attól
a valóságos
élete is meg-
lesz fosztva.

beteg kapcsolatban szintén „parciális” határhelyzetbe kerül, döntéseinek maradandó következményeivel, amelyek igen frusztrálóak. A mai onkológiai szolgáltatók (orvosok, nővérek, onkopszichológusok, szakasszisztensek) legnehezebben az előbbieken feltüntetett harmadik megoldási úttal (a hátramutató hatással) képesek együttműködni. Az onkológiai szolgáltatók nincsenek felkészülve és nincs általános bevett formula sem annak a betegnek az átfogó ellátására, aki hárít, nem néz szembe saját egzisztenciájával és főként, akinek hozzátartozói erősítik a bizalmatlanságot a kezelést végző szolgáltatóval. Az ilyen orvos-beteg kapcsolat defenzivitásra és az őszinteség teljes hiányára épül, ennek következtében sokszor teljesen *eredménytelen!* A beteg már csak akkor kerül vissza a szolgáltatók látókörébe (a paramedicina alkalmazása után), amikor általános állapota nem tesz lehetővé semmilyen aktív kezelést. Ennek ellenére az onkológiai

szolgáltatónak *tisztában kellene lenni a folyamattal, illetve értelmeznie kellene* súlyos betegének elutasító reakcióját. Kiemelt szükség van a betegvezetés során a pszichológusok, onkopszichológusok segítségére nemcsak a betegek vezetésére, hanem a teljes onkológiai szolgáltató támogatására. Megfelelő önismeret nélkül esélytelen a hatékony együttműködés. Önismerethez viszont kell egyfajta filozófiai szemlélet, amely legalább értelmezni próbálja az elmúlás fogalmát. Ezeknek az ismereteknek az átadása viszont nem képezi az orvosok, nővérek alapképzésének részét. Első lépésben az onkológiai szolgáltató lelki támogatására és önismeret képzésére kellene helyezni a hangsúlyt és ebből lehetne csak továbblépni a betegspecifikus helyzetekre.

„Kereste megszokott halálfélelmét, és nem lelte sehol. Nem volt sehol a félelem, mert a halál sem volt sehol. A halál helyett világosság volt.” (Lev Tolsztoj: *Ivan Iljics halála*)

Irodalom

1. Turay A, Nyíri T, Bolberitz P (eds.). A filozófia. Budapest: Szent István Társulat Kiadó; 1980. p. 133.
2. Dosztojevszkij FM. Ördögök. Makai Imre fordítása. Budapest: Európa Könyvkiadó; 1983. p. 286-90.
3. Schweitzer A. Életem és gondolataim. Balassa Klára fordítása. Második kiadás. Budapest: Gondolat Kiadó; 1981. p. 175-6.
4. Jaspers K. Bevezetés a filozófiába. Szathmáry Lajos fordítása. Budapest: Európa Könyvkiadó; 1987.
5. Jaspers K. A filozófiai gondolkodás alapgyakorlata. Szerény György fordítása. Budapest: Farkas Lőrinc Imre Könyvkiadó; 2000.
6. World Health Organization. Cancer/keyfacts: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
7. Tolsztoj L. Ivan Iljics halála. Szöllősy Klára fordítása. Budapest: Európa Könyvkiadó; 1992. p. 250.
8. Servan-Schreiber D. A rák ellen. Budapest: Park Könyvkiadó; 2007. p. 46.
9. Frank AW. *At the will of the body*. Boston: Houghton Mifflin; 1991.
10. Frank AW. The rhetoric of self-change: illness experience as narrative. *The Sociological Quarterly*. Spring; 1993;34:39-52.
11. Csabai M. Az elbeszélhetetlen történet. *Thalassa* 2005;1(16):25-38.
12. Bombeck E. Azt akarom, hogy kinőjön a hajam..., Fel akarok nőni..., Boise-ba akarok menni... Budapest: Rák betegek Országos Szövetsége; 1996.
13. Marcus J. Psychosocial issues in pediatric oncology. *Ochsner J* 2012;12(3):211-5.
14. Wiener L, Viola A, Koretski J, et al. Pediatric psycho-oncology care: standards, guidelines, and consensus reports. *Psychooncology* 2015;24(2):204-11.

„Vires unitae agunt” – Az egységesedés útján: orvosi professzionalizáció Magyarországon a 18–19. században

SIMON Katalin

“VIRES UNITAE AGUNT” –
WAY OF THE UNIFICATION: MEDICAL
PROFESSIONALIZATION IN
18-19. CENTURIES' HUNGARY

Az európai és hazai orvoslás és képviselői óriási változáson mentek keresztül a 16–19. század folyamán. Az orvoslás sokszínű piaca a 18. századtól kezdve jelentősen átalakult. A felvilágosult abszolutizmusnak a köz, az állampolgárok egészségét szem előtt tartó intézkedései indították el a modern orvosképzést és az orvosi professzionalizációt eredményező folyamatokat. Ennek során az orvoslás bizonyos képviselőit kiemelték a kézművesek, népi gyógyászok sorából (sebészek, gyógyszerészek, bábák, állatorvosok), másokat viszont kiszorítottak (olejkárok). A felülről jövő kezdeményezést a reformkorban az orvosok, sebészek „öntudatra ébredése” követte, s megjelentek az önszerveződés első formái, igény a szakmai továbbképzésre, diszkusszióra az új folyóiratokon, egyesületeken, gyűléseken keresztül. A korszak legnagyobb kérdése a középkorból örökölt, ám a sebészeti és a medicina új vívmányainak köszönhetően idejétmúlttá vált orvosdoktori és sebészmesteri kettős képzés megszüntetése, egyesítése volt, ami 1872-ben valósult meg, a *doctor medicinae universalis* cím bevezetésével. A modern orvosi hivatás kialakulásához hozzájárult az 1876. évi XIV. tc., azaz a közegészségügyi törvény, valamint az orvosok önálló érdekvédelmi szervezetei, az 1897-ben alakult Budapesti, valamint Vidéki Orvosszövetségek.

European and Hungarian medicine and its representatives changed a lot between the sixteenth and nineteenth centuries. The varied 'medical market' altered significantly from the eighteenth century. The acts of the enlightened absolutism, which were attentive to the health of the citizens and the public, set up those processes, which led to modern medical education and medical professionalization. During this process, some kind of healers were raised out of craftsmen, folk healers (such as surgeons, pharmacists, midwives, veterinarians), others were supplanted (for example sellers of essential oils). After the initiation from above, doctors of medicine and masters of surgery became self-conscious in the Hungarian Reform Era, first forms of self-organization, as so the demand of professional retraining and discussions appeared via the new journals, associations and assemblies. The biggest question was the liquidation and the unification of the dual education of doctors of medicine and masters of surgery, which descended from the Middle Ages, but became obsolete, thanks to the new achievements of the medicine and surgery. The two were united in 1872, when the title *doctor medicinae universalis* set up. The Public Health Act of Hungary in 1876 (Art. XIV) and the independent labour organizations of doctors (for example the Associations of Doctors in Budapest and in the countryside, which were established in 1897) promoted the formation of the modern medical profession.

**professzionalizáció, önszerveződés,
egységes képzés, orvosdoktor,
sebészmester**

**professionalization, self-organization,
unified education, doctor of Medicine,
master of Surgery**

dr. SIMON Katalin (levelezési cím/correspondence): Budapest Főváros Levéltára,
1139 Budapest, Teve u. 3–5. E-mail: simonk@bparchiv.hu

Érkezett 2016. december 28.

Elfogadva: 2017. december 17.

A professzionizáció az a folyamat, amely során kialakul egy önálló hivatás, *professio*: magas szintű szakmai tudással, önálló és államilag elismert központi érdekvédelmi szervezettel, csoporttudattal (1, 2). Az orvosi – a papok, jogászok, tanárok mellett – egyike a legrégebbi ilyen hivatásoknak, s ennek megfelelően egyike a legnagyobb presztízzsel rendelkezőnek, mai, modern formájában azonban csak a 19. század végén jött létre.

A 16–17. században az elméleti háttérrel, képzést tekintve három főbb csoportot emelhetünk ki.

1. *Magasan kvalifikált*, egyetemi szintű képzésben (esetleg hazánkban orvosi kar híján orvosi magániskolákéban) részesült gyógyítók közé mindössze az úgynevezett „belső betegségekkel” foglalkozó orvosdoktorokat számították.

2. *Kézműveseknek* tekintették, és ennek megfelelően rendszerint céhes képzésben részesültek a külső betegségek gyógyítását végző seborvosok, és a működési körüket tekintve velük rokon fürdősök, borbélyok (akikkel gyakran közös céhben működtek), s ugyanitt említénénk a hadseregben praktizáló felcsereket. Szintén kézművesnek számítottak a gyógyszerek mellett egyéb termékeket (cukrok, édességek, fűszerek stb.) készítő és árusító patikáriusok.

3. Említést érdemelnek továbbá a tudásukat empirikus úton megszerző *laikus gyógyítók, népi gyógyászok*, így a fűves asszonyok, bábák, valamint a vándor életmódot folytató *specialisták*, így a fogászok, szemészek, lithotomusok és herniotomusok. Tevékenységüket sok esetben nehéz szétválasztani a kuruzslókétól.

Az úgynevezett „orvoslási piac” (*medical market*) szereplőit, működési körüket és egymáshoz való viszonyukat tekintve, komplikált kapcsolatok kötötték össze. A különböző sebészeti tevékenységet űző kézművesekről már volt szó, ám alapvetően szintén a sebészek hatáskörébe tartoztak, s azt sértették a vándor specialisták által végzett operációk. A szakemberek hiánya miatt előfordult, hogy a sebészek belső betegségeket is gyógyítottak, ami a 18. században az orvosdoktorok és sebészek közötti konfliktusokat élezte ki. A 16–17. századtól egyre több város alkalmazott orvost és patikust: amennyiben mindkettő működött a településen, a patikus az orvosdoktor szakmai felügyelete alá tartozott, ha nem, az orvos tolthette be a gyógyszerész feladatait is, sőt, a sebész is készíthetett szükség esetén nem csak külső betegségek kezelésére alkalmas gyógyszereket (3–5).

A professzionizáció egyes szakaszaihoz tartozik (a kérdés angolszász kutatói szerint) a monopólium elérése, az oktatási rendszer

feletti ellenőrzés, az adott hivatással kapcsolatos jogok megszerzése, a normák meghatározása, s végül az önállósodás (2). Az Egyesült Államokkal ellentétben, Európában a professzionizációs folyamatok során jóval nagyobb szerepet kapott a szakoktatás fejlődésének, valamint az állami beavatkozásoknak a vizsgálata. Tanulmányomban hazánk speciális viszonyaihoz alkalmazkodva használtam fel a két elméletet, elsődleges kiindulópontom azonban a professzionizációs lépcsőfokok *Wilensky*-féle meghatározása volt. Mindezen folyamatok Magyarországon a 18. században kezdődtek, s első mozgatórugói a felvilágosult abszolutizmushoz köthetők (6). Az uralkodó országa gazdagságának eléréséhez számításba vette, hogy a(z adózó) lelkek száma, s azok egészségi állapota is befolyással van arra, ezért az egészségügyi kérdések megoldására – beleértve az oktatást is – nagyobb hangsúlyt fektettek. Az alábbiakban tekintsük át az ezzel kapcsolatos főbb intézkedéseket!

Az állami beavatkozás kezdetei a 18. században

A 18. században az állam fokozatosan befolyása alá vette a különböző orvoslással foglalkozó csoportokat, majd igyekezett egyre szorosabbá tenni ezt a kontrollt, mind oktatási, mind egészségügyi közigazgatási szempontból. Részben az orvosok, sebészek hiányán próbált enyhíteni. Az 1720-as országos összeírás idején például mindössze 37 orvosdoktor és 105 borbély-sebészt jegyeztek fel Magyarország területén (5), Erdély nélkül, mivel az a török kiűzését követően az 1691. évi Diploma Leopoldinum értelmében külön közigazgatási egységet képezett, 1765-től nagyfejedelemséggé. Ez azt jelenti, hogy voltak olyan vármegyék, amelynek területén egyáltalán nem működött sem orvos, sem seborvos (7, 8). A század közepén néhány orvosdoktorban felmerült a hazai egészségügy általános rendezésének ötlete, így például *Perliczi János Dániel* (1705–1778), Nógrád vármegye főorvosa 1751-ben javasolta orvosi kar és tudományos akadémia létrehozását (4, 5). Ezek azonban tervezetek maradtak, a tényleges megoldás az államra várt.

A mai közegészségügy korabeli „elődjének” tekinthetjük a *politia medicat*, amely a törvényszéki orvostant, valamint az általános orvosrendészeti (mai szóval egészségrendészeti) kérdéseket foglalta magába. A szakirodalomban már a 19. századtól az orvosrendészet szó használatos, de a 18. század végén előfordul az *Orvosi Politia*, a 19. század közepén az orvosi rendészet mellett az *orvosi rendőrtan* kifejezés is (9–13). Az orvos-

1. táblázat. Poroszország és a Habsburg Birodalom főbb egészségügyi rendeletei a 17. század végétől a 18. század végéig

Év	Poroszország	Habsburg Birodalom
1685	Medizinalordnung	
1725	Medizinaledik	
1753		Prágai Rendtartás
1755		Trieszti Közegészségügyi Főszabály
1770		Hauptsanitätsnormativ / Generale Normativum in Re Sanitatis

rendészet elméletét – 17. századi előzményeket követően – Wolfgang Thomas Rau (*Gedanken von dem Nutzen und der Nothwendigkeit einer medicinischen Policeyordnung in einem Staat*, 1764) és Johann Peter Frank (*System einer vollständigen medicinischen Polizey*, 1779) dolgozta ki. Magyarországon Huszty Zakariás Teofil (*Diskurs über die medizinische Polizei*, 1786) vetette meg alapjait (5, 6, 8, 14).

A Habsburg Birodalom orvosrendészeti intézkedéseinek meghozatalánál porosz mintákat tartottak szem előtt. A porosz viszonyokat a *Medizinalordnung* (1685) és a *Medizinaledik* (1725) alapján szabályozták. Az előbbivel olyan orvosi grémiumot (*Collegium Medicum*) hoztak létre, amely felügyelte az orvosok és sebészek működését, hatáskörét. A *Generale Normativum* (1770) Habsburg Birodalmon belüli előzménye volt az 1753. évi úgynevezett *Prágai Rendtartás*, valamint járványügyi kérdésekben a *Trieszti Közegészségügyi Főszabály* (1755) (9) (1. táblázat).

A járványügy rendezése mellett felmerült az igény, hogy az ország minden egyes közigazgatási egységében legyenek a vármegye, a kiváltságolt területek (Jász és Kun kerület, hajdúvárosok), és a szabad királyi városok által fizetett, szakképzett orvosi személyek, akik az adott terület egészségügyi közigazgatását ellátják, s ilyen jellegű feladataik mellett ingyen gondoskodnak az adott terület szegény betegeiről. Az 1723-ban létrehozott központi kormány szerv, a Helytartótanács kezdetektől fogva kiemelten foglalkozott az egészségügyet érintő kérdésekkel, mégis, külön bizottságot erre csak az 1737–1739. évi országos pestisjárvány miatt hoztak létre 1738-ban, ez a bizottság azonban meglehetősen ritkán, többhavonta ülésezett, mivel az operatív munkát helyi bizottságokban látták el (15). Ezt szem előtt tartva rendelte el a Helytartótanács főorvosi (*physicus*) és sebész-mesteri helyek létesítését 1752-től. (Ezeket a posztokat a 19. század első felére sikerült feltölteni, amikor a legtöbb szabad királyi város, vármegye már megtehetette, hogy nem csak egy főorvost alkalmaz. A korabeli nyelvben első rendes főorvos és másodfőorvos

névvel szerepelnek ezen orvosdoktorok (4, 16). A kiérdemesült, vagy évi fizetséget nem kapó, ám szolgálatot teljesítő orvost pedig tisztí vagy tiszteletbeli főorvosnak nevezték a reformkorban (17, 18).

1786-tól bevezették a *protomedikusi* vagy országos főorvosi tisztséget is, melynek viselője a Helytartótanácsban tanácsosként is részt vett az egészségügyi kérdések, jelentések megvitatásában. A *protomedicus* feladata volt az orvosi könyvek cenzúrázása is. Munkáját 1802-től országos szemorvos, 1838-tól országos állatorvos segítette. Erdély élén külön főorvos állt (4, 5, 15, 16).

A 18. század közepén megkezdtek a seborvosok, bábák főorvosok alá rendelését. A főorvosok feladata lett a bábák (1758), illetve a sebészek (1761) levizsgáztatása, ami az orvosi kar és a később tárgyalandó *Generale Normativum* 1770-es bevezetéséig átmeneti állapotot jelentett, hiszen a sebészek képzése továbbra is alapvetően céhes keretek között folyt, ugyanakkor az orvosok jelenléte a mestervizsgán hozzájárult az anatómiai ismeretek és az elméleti szaktudás előtérbe kerüléséhez (4, 7).

Szintén az állami kontroll részét képezte időszakosan a különböző gyógyítók országos szintű összeírása (1724, 1747–1749, 1754, 1761–1763) (16, 20) és jelentése a Helytartótanácsnak, amit II. József korától (1780–1790) kezdve 1848-ig éves rendszerességgel kellett ugyanoda beküldeni (8, 15, 18).

Mária Terézia (1740–1780) 1770-ben jelentette meg a Habsburg Birodalom egészére érvényes *Hauptsanitätsnormativot* (más néven *Sanitäts-hauptnormativ*, a Magyar Királyságban *Generale Normativum in Re Sanitatis*) (21). Ez a rendelet az 1876. évi XIV. tc., azaz a közegészségügyi törvény megjelenéséig az egyetlen olyan intézkedés volt hazánkban, ami az egészségügy minden területét felölelte. Hazai előzményei közé tartozik a korábban említett Perliczi János Dániel (1705–1778) főorvos 1751-es, oktatásra vonatkozó sikertelen tervezete, valamint az 1755-ös *Planum Regulationis in Re Sanitatis*, amely első-

sorban az orvosok működési feltételeit érintette (4). A Generale Normativum kidolgozásában nagy szerepe volt az uralkodónő tanácsadójának, a Bécsi Egyetem reformját is keresztülvivő *Gerard van Swietennek* (1700–1772). A rendelet, amelyet 1773-ban és 1778-ban is kiegészítettek, a járványügy mellett tételesen rendezte az orvosdoktor, a sebész, a gyógyszerész és a bába legális működésének feltételeit, és egymáshoz való viszonyukat (5, 20). Előírta például az egyetemi vizsgát a sebészeknek, kivételes esetekben azonban még engedélyezte a vármegye, város főorvosa előtt tett vizsgát (8, 20).

II. József reformjainak köszönhetően alakították ki 1783-ban a Helytartótanácson belül az egészségügyi ügyosztályt, a *Departamentum Sanitatis*, ahol rendszeres üléseken tárgyalták meg az egészségügy minden területét felölő jelentéseket, azaz az orvosok, seborvosok, gyógyszerészek, bábák, állatorvosok egészségügyi képzettségét, személyi adatait, nyelvtudását és személyiségét áttekintő úgynevezett *Conduite-listák* mellett a teljesség igénye nélkül megemlé-nénk, hogy foglalkoztak emberi és állati járványokkal, patikákkal, kórházakkal, veszettséggel, orvos-sebészeti műszerekkel, időjárással, megürülő állásokkal, 1794-től a himlőoltással is (8, 15).

A képzés átalakítása a 18. században

A hazai orvosi képzés történetében mérőkövetnek számít az orvosi kar létrehozása 1769-ben Nagyszombatban. A kar tényleges működését 1770-ben kezdte meg (9, 10). Azt megelőzően ilyen jellegű, felsőfokú oktatásban csak külföldön vehettek részt a leendő orvosdoktorok, esetleg magániskolában tehettek szert ismeretekre (itt azonban nem kaptak diplomát, a tandíjas magániskolák egyfajta előkészítő intézményként működtek a hallgatók külföldi peregrinációja előtt). Az orvosi magániskolák közül kiemelkedett *Fischer Dániel* (1695–1747) késmárki, és *Moller Károly Ottó* (1670–1747) besztecebényai iskolája (*Academia Molleriana*) (6). A sebészettel foglalkozó szakemberek (seborvos, fürdős, borbély) 1770 előtt céhes képzésben részesültek, azonban egyre nagyobb méreteket öltött a rendszeren „kívül állók”, vagyis a kontárok tevékenysége. A hadseregben kiszolgált felcserek általában letelepedve, civil seborvosként is folytatták praxisukat, noha a céhes mesterek szemében – amennyiben nem tagozódtak be egy testületbe – szintén kontárnak számítottak (8). A céhes sebészekéhez hasonló formában (inas, legény, mester) zajlott a gyógyszerészek képzése. Mivel

egy patika üzemeltetése és fenntartása nem csupán szakértelmet, de a működési engedély mellett (reál- vagy személyi jog) (21) biztos anyagi potenciált is kívánt, a leendő gyógyszerészek lehetőségei a sebészekéhez képest korlátozottabbak voltak. A pusztá gyakorlat és empiria alapján praktizáló vándor gyógyszerészek, laikus gyógyítók tevékenységét, mivel az állam számára ellenőrizhetetlen volt, megpróbálták fokozatosan visszaszorítani. Kötelezővé tették például, hogy a vándorárusok jelentsék be, hogy hol árúsítják portékáikat, a század második felében viszont jellemzőbb, hogy a Helytartótanács egyszerűen betiltja működésüket (mint például a különböző illóolajokat árúsító olejkároket és egyéb „kóborló gyógyszerészeket” 1786-ban) (5). Ezen intézkedések korlátozott hatását az jelzi, hogy a Helytartótanács többször az újbóli kiadásukra kényszerült (4, 8).

A sebészek, patikusok, bábák orvos előtti vizsgáztatásának bevezetését követően a hazai orvosi professzionizáció mérőköve a nagyszombati orvosi kar megalapítása volt (4, 20). A Generale Normativum által ugyanekkor a sebészek és patikusok számára előírt egyetemi vizsga megjelenése hozzájárult a képzés standardizálásához, egységes tudásbázis kialakításához. A sebészek és bábák, illetve gyógyszerészek esetében az első évtizedek egyfajta átmeneti állapotot jelentettek, hiszen sokan továbbra is a korábbi keretek között tanultak, és csak szigorlatozni és diplomát szerezni keresték fel az orvosi kart. Az időközben Budára (1777), majd Pestre (1784) költöző egyetem a 18. század végére vált „vizsgáztató” helyből valódi oktatási központtá (5, 6). Sebész-mesteri és gyógyszerész-mesteri oklevelet 1771-től, orvosdoktorit 1772-től adtak ki. Ugyanebben az évben indult meg de facto az orvos- és gyógyszerészképzés, míg a sebészeké két évvel később, 1774-től. A kezdetektől fogva vizsgáztattak bábákat. A század végén megjelentek az egyéb, speciális végzettséget igazoló oklevelek, így a szülész-mester (1777) vagy az állatorvos, fogász-mester (1800-tól), szemész-mester (1802-től). A szülész-mesteri végzettséget 1786-tól kötelezővé tették a hivatali tisztséget betöltő seborvosok számára. A sebészek közül sokan részben ezért „halmozták” diplomáikat, és a sebészet, szülészet mellett egyéb képesítéseket is szereztek, akár állatorvosit, vagy a 19. században fogászit, szemészit (10).

A nagyszombati/budai/pesti egyetem mellett megemléendő az egri *Schola Medicinalis*, amelyet a nagyszombati orvosi karral szinte egy időben alapított *Esterházy Károly* egri érsek, Markhot Ferenc főorvos vezetésével, és mivel nem egyezett az uralkodónő ilyen irányú elképzelé-

seivel – a már korábban is Egerben működő szemináriummal –, jogi akadémiával együtt a négy-fakultásos universitasról álmodó Esterházy Károly nem tudott egyetemi rangra emelni. Az orvosi iskola ennek köszönhetően 1775 körül elsovadt (22).

Az orvosi kar két meghatározó, a modern orvostudomány elődjének tekinthető szakirányát az orvosdoktori és a sebész-mesteri képzés jelentette. Hazánkban a két képzés egyesítésével jött létre 1872-ben az egységes orvostudomány (doctor medicinae universalis). Európa más országaiban másként zajlott le ez a folyamat. Itáliában, ahol az egyetemeken az anatómia a 16. századtól kezdve kiemelkedő szerepet töltött be, az orvosdoktori és sebészdoktori cím nem vált el egymástól olyan élesen, nem ritkán szereztek a hallgatók *doctor utriusque medicinae* címet (23, 24). A céhek mellett, elsősorban Angliában és Franciaországban a 18. században megjelentek a magasabb szintű (tovább-) képzést biztosító sebésziskolák, sebésztársaságok, akadémiák, amelyek gazdag könyvtáraikkal, műszerkészleteikkel a hagyományos céhes keretek helyett az egyetemhez közelebb álló tudást közvetítettek tagjaik számára. Részben alulról jövő kezdeményezés keretében létesültek, mint az *École de Chirurgie* (Párizs, 1724), az *Académie Royale de Chirurgie* (Párizs, 1731) vagy a *Company of Surgeons* (London, 1745). Német nyelvterületen a céhes és az egyetemi szintű képzés közötti átmenetet jelentették a tartományi sebész- és bábaképző intézetek (líceumok szülőintézetekkel, úgynevezett *Gebäranstalten*kkal). Amint azt említettük, a Habsburg Birodalomhoz tartozó örökös tartományokban is ezt a gyakorlatot vették át a 18. század második felében. Mária Terézia koncepciója szerint a Habsburg Birodalom minden tartományában, amennyiben nem rendelkezett egyetemi orvosi karral, alapítani kellett egy sebész- és bábaképző intézetet. Erdélyben Kolozsvárott hozott létre hasonló intézményt, orvos-sebész líceumot 1775-ben (24). Ezzel párhuzamosan a század folyamán bevezették a sebészek számára az egyetemi vizsgáztatást (Bécsben például 1749-től adtak ki sebész-mesteri okleveleket), majd az egyetem vált a képzés színhelyévé is. A francia forradalom (1789) a politikai berendezkedés mellett az oktatási rendszerben is jelentős változásokat eredményezett, amelyek eredményeként – a céhek 1791. évi megszüntetését követően – 1794-ben Párizsban egységes orvos-sebész-képző intézetet hoztak létre, *École de santé* néven. Ennek volt porosz megfelelője az 1795-től működő berlini *Pepinière*, *Johann Friedrich Goercke* (1750–1822) udvari orvos és katonai sebész alapítása (8, 24, 26, 27).

Különleges státuszban álltak azon intézetek, amelyek célja a hadsereg számára megfelelő, színvonalas katonai sebészek képzése volt. Ezen uralkodói alapítású iskolák kívül álltak a hagyományos oktatási intézményrendszeren, modern felszereléssel rendelkeztek, és a képzést is erős alapokra helyezték, az elmélet mellett nagy hangsúlyt fektettek a gyakorlatra, ami abban a korban még nem volt jellemző. Az első ilyen intézmény a militarista *I. Frigyes Vilmos* porosz király (1713–1740) által 1713-ban létrehozott *Theatrum Anatomicum*ból kifejlődő berlini *Collegium Medico-Chirurgicum* volt (24). Ez szolgált mintául a II. József (1780–1790) és udvari orvosa, *Giovanni Alessandro Brambilla* (1728–1800) által 1783-ban – a gumpendorfi katonakórházban szerzett szakmai tapasztalatok alapján – Bécsben létrehozott *Josephinum* számára, ahol az egész birodalom számára képeztek (katonai) seborvosokat. A *Josephinum* mint intézmény újszerűségét jelezte, hogy a Bécsi Egyetemen nehezen sikerült elfogadtatni azt, hiszen előbbi hallgatói a hároméves bölcsészeti előtanulmányokat követő orvosi képzés lezárultával a doktoriival egyenrangú képesítést szereztek (24, 27).

A sebész és orvosi, mesteri és doktori képzés egységesítésére már a 18. században is történt egy kísérlet hazánkban. II. József 1786-ban közös orvos-sebész képzést vezetett be birodalma egyetemein. Ez azt jelentette, hogy az orvosok és sebészek közös tanrend szerint haladtak tanulmányaikkal. A képzési időt öt évre emelte fel, tervei szerint a sebészdoktori címet különvizsga után lehetett volna megszerezni. Sajnos ez a reformja is megbukott, ezért az 1788/9-es tanévtől visszaálltak a kétszintű képzésre: orvosdoktori címet négy év, sebész-mesterit két év után lehetett szerezni. A sebészetet ugyanakkor továbbtagolta, mivel a sebész-mesteri és sebészdoktori cím mellett 1789-ben bevezette az „alacsonyabb szintűnek” számító, úgynevezett polgári seborvosi titulust is (*Civil- und Landwundarzt, patronus chirurgiae*). A Pesti Egyetemen azonban csak a napóleoni háborúkat követően, 1816-ban jelent meg az utóbbi típus (8).

Orvosok és egyéb gyógyászok Magyarországon a 19. században

A 2. táblázatban látható, hogy rendeződött át a kora újkori sokszínű „orvosi piac”, és alakult ki a 19. század második felére a modern orvostudomány. Annak ellenére, hogy a gyakorlati megfigyeléseken alapuló medicina és a népi gyógyászat különböző formákban továbbra is fennmaradt, megfigyelhető, hogy bizonyos, kontároknak tartott

2. táblázat. Orvosok, gyógyszerészek a 18–19. századi Magyarországon

	18. század első fele	18. század vége (1770-től)	19. század első fele	19. század vége (1872, illetve 1876-tól)
Egyetemi vagy magas szintű elméleti képzés	orvosdoktor	orvosdoktor sebészdoktor sebész-mester szülész-mester gyógyszerész-mester	orvosdoktor sebészdoktor sebész-mester szülész-mester gyógyszerész-mester polgári seborvos szemész-mester fogász-mester	egyetemes orvosdoktor (azon belül specializálódás) vegyészdoktor
Főleg gyakorlati képzés (például céhek), de elméleti háttérrel, vagy rövidebb ideig tartó egyetemi képzés	sebész-fürdő-s-borbély felcser gyógyszerész	bába állatorvos (gyógygyógyász)		
Gyakorlat, empíria	bába olejkárok vándorgyógyász (szemorvos, fogász, herniotomus, lithotomus) népi gyógyászok (kenőasszonyok, pásztorok stb.)	népi gyógyászok	népi gyógyászok	népi gyógyászok

foglalkozásokat (például az olejkárét) sikeresen szorították ki, ugyanakkor más, kiválasztott ágakat az új – oktatást és hivatalos működést érintő – előírásokkal igyekeztek a gyakorlati alapoknál magasabb szintre emelni. Ez történt a fentebb már részletesen elemzett sebészekkel, de ugyanígy „felemelték” a bábákat, állatorvosokat is. Néhány speciális tudást és képesítést a 19. század elejétől egyfajta kiegészítő diplomaként lehetett megszerezni (fogászat, szemészet, de ide tartozott tulajdonképpen a szülészet is), ami iránt gyakorlatilag inkább a sebészek érdeklődtek, ám az 1830-as évektől az orvosdoktorok közül is egyre több ilyen diplomát igyekeztek szerezni az orvosdoktori titulus mellé. A másik jelenség, amire felhívnám a figyelmet, hogy a céhes, kézműves képzésből kiemelt sebészek és gyógyszerészek egyetemi mesteri címe után további felemelkedési lehetőséget jelentett a sebészdoktori vagy vegyészdoktori titulus megszerzése. Noha először 1785/6-ban adtak Pesten sebészdoktori címet, s a következő évtizedekben is akadt egy-két jelentkező a külön titulusra, valójában az 1830-as évektől kezdett elterjedni, 1831/2-től kezdve minden évben avattak sebészdoktorokat. Az 1850-es években a sebészdoktorok létszáma megközelítette a sebész-mesterekét (a rövidebb képzési idő után megszerezhető polgári sebész- és szülészdiploma azonban továbbra is népszerűnek számított). Ennek egyik oka, hogy az éter- és kloroformnarkózis felfedezésé-

vel (1846) és elterjedésével a sebészet az orvostudomány húzóágazatává vált. A másik, hogy az 1840-es évektől kezdve többször felmerült a különálló sebész-mesteri, polgári seborvosi képzés létjogosultságának kérdése (lásd alább). A külön sebészképzés népszerűségéhez hozzájárultak az anyanyelven, németül vagy magyarul tartott előadások. Ez 1804/5-ben úgynevezett *correpetens* tanfolyamként jelent meg, amely két év múlva teljesen átvette az úgynevezett rendes (*ordinarius*) tanfolyam helyét. A csúcspontot az 1820–1830-as évek jelentették, amikor több száz hallgatója volt az egyes évfolyamoknak, és többen tanultak sebészetet az orvosi karon, mint orvosdoktori ismereteket. 1832/3-ban például a sebészet első évére 255 német és 148 magyar nyelvű hallgató iratkozott be (8, 10, 28).

Az első vegyészdoktori címet 1861/2-ben adták ki Pesten, azonban már az 1840-es években találkozunk ilyen végzettségű személyekkel a korszak szakmai diskurzusának meghatározó alakjai között (18). Az 1837-től működő Budapesti Királyi Orvosegyesületben például Wagner Dániel (1800–1890) képviselte a vegyészdoktorokat (29).

A Pesti Egyetem orvos- és sebészhallgatóinak létszáma a napóleoni háborúkat (1799–1815) követően emelkedett meg ugrásszerűen néhány tucatról több százra, köszönhetően annak, hogy a Habsburg Birodalmon belül is a kiemelt egyetemek közé került: II. József 1785-ben a biroda-

lom összes egyetemét lefokozta a bécsi, prágai, leMBERGI, valamint a pesti kivételével (1790 után az egykori egyetemek egy része visszakapta rangját). A napóleoni háborúkat követően a korábbi peregrinációs célpontok, birodalmon kívüli egyetemlátogatási lehetőségek beszűkülése miatt váltak jelentősebbé a birodalmon belüli felsőoktatási intézmények. Pesten a Bécsi Egyetem tanrendjéhez alkalmazkodtak. A Habsburg Birodalom területén egyedül a bécsi diplomákat ismerték el honosítás nélkül mindenhol. A 18. század végétől a Pesten szerzett oklevelet a viszonzosság elve alapján az egész birodalomban elismertté először II. József rendelte el 1787-ben, majd 1793-ban I. Ferenc rendelete ismételtelen visszaállította azt (9).

A pesti orvosi kar az 1830-as évek elején érte el népszerűsége csúcspontját, ezt követően 1848-ig a hallgatói létszám fokozatos csökkenésének lehetünk tanúi. Ennek oka részben az 1831-es kolerajárvány pusztításaiban rejlik, másrészt ekkorra vált nyilvánvalóvá, hogy a meglévő, fizetett hivatali állások (főorvos, járási/városi seborvosok) száma nem elegendő az egyetemről kikerülő számú, magánpraxisból pedig még az ekkor nagyvárossá fejlődő Pesten is nehézkesen lehetett megélni (30). Az 1848/1849-es forradalom és szabadságharc idején a képzés szünetelt, mindössze a hadsereg számára képezték tábori seborvosokat (16, 29), azt követően viszont az orvostanhallgatók száma egyértelműen megelőzte a sebészekét, az 1860-as években az utóbbiak létszáma stagnált, míg az előbbieké jelentősen növekedett (9, 29). A két képzést végül 1872-ben egyesítették, a *doctor medicinae universalis* cím bevezetésével, az alsóbb szintű sebészetet korábban elkezdők számára azonban lehetővé tették, hogy még a korábbi rendszer szerint fejezzék be tanulmányaikat (9).

Az önszerveződés kezdeti formái a 19. századi Magyarországon

Az orvosi hivatás kialakulásában a képzés mellett meghatározó szerepet játszottak az önszerveződés különböző formái, azaz a 1. tudományos folyóiratok, 2. saját egyesületek létrehozásának igénye (szakmai fórum tudományos ülésekkel, vitákkal), valamint 3. nyugdíj- és betegsegélyező intézetek tervei.

Tudományos folyóiratok

Noha a hazai – magyar királyságbeli, valamint Erdélyben kiadott – szakkönyvek kiadása is érde-

kes kérdés, nem képezi vizsgálatunk tárgyát, mivel a kiadványok közül a professzionalizáció szempontjából az orvosi folyóiratok játszottak releváns szerepet, hiszen jellegükből adódóan a tudományos eredmények közvetítése mellett helyet kaptak benne az orvosi közéletet érintő kérdések is. Orvosi témájú cikkek elvértve már az 1790-es évek folyóirataiban is jelentek meg, ezek azonban vagy esetlegesek voltak, vagy/és nem magyar nyelven íródtak. Ide tartozott a *Merkur von Ungarn* (1786–1787), a *Siebenbürgische Quartalschrift* (1790–1801), az *Ungrisches Magazin* (1781–1787), a *Mindenes Gyűjtemény* (1789–1792) vagy az *Erdélyi Múzeum* (1814–1818). Amint látható, ezen periodikák általában regionális vagy rövid életű kiadványoknak számítottak, így nem válhattak a hazai orvosi szakma tartós fórumává. Nem kifejezetten orvosi folyóiratnak számítottak, de számos magyar nyelvű orvosi tanulmányt közölt a *Tudományos Gyűjtemény* (1817–1841), valamint a *Tudománytár* (1834–1844) (31, 32). Latin nyelvű orvosi folyóirat kiadása az orvosi karon belül is többször (1821, 1828) felmerült, a tervek szerint a kar professzorai mellett külsős szerzők cikkei is megjelentették volna (32). Az első, kizárólag orvosi szakkikkeket közlő, magyar nyelvű folyóirat a *Bugát Pál* (1793–1865) és *Toldy Schedel Ferenc* (1805–1875), majd az újraindulást követően Bugát és *Flór Ferenc* (1809–1871) által szerkesztett *Orvosi Tár*. Itt jegyeznénk meg, hogy a magyar nyelv ügye kiemelten fontos volt, a politikai és a tudományos célok összefonódtak a reformkorban, de még 1849 után is. A reformkorban kezdett kibontakozni a magyar orvosi szaknyelv, a század második felében pedig a Czermák János professzori tisztségével kapcsolatos nézeteltérések (tudniillik mi a fontosabb, a szaktudás vagy a magyar nyelv ismerete) vezettek *Markusovszky Lajos* és *Poór Imre* vitájához, amelynek eredményeként az *Orvosi Hetilap* után megalakult a másik legfontosabb hazai szakperiodika, a *Gyógyászat* (32).

Az *Orvosi Tár* szerkesztőinek célja az volt, hogy Magyarország és Erdély orvosainak, seborvosainak, valamint gyógyszerészeinek közös fórumot hozzanak létre. Először 1831–1833 között jelentették meg, zömmel idegen nyelvű cikkek fordításait közölve, de a hazai közönség érdeklensége miatt kénytelenek voltak beszüntetni azt. 1838-ban próbálkoztak másodjára a kiadásával, és egészen 1848 végéig fenn is tudták tartani a folyóiratot, amelyhez hozzájárult, hogy 1839-ben *Stáhl Ignác* királyi tanácsos, egyetemi tanár – 1843-tól országos főorvos – minden vármegyének saját költségén előfizette azt, hogy az ott élő orvosok, sebészek könnyen hozzáférjenek (34). Az 1840-es években meginduló egyesületi

mozgalmak szintén elősegítették az Orvosi Tárfennmaradását, hiszen egyetlen ilyen jellegű szakfolyóiratként itt jelentették meg írásban az egyesületi élet eseményeit (így például a Budapesti Királyi Orvosegyesület vagy a Természettudományi Társulat gyűléseit, de rendre tudósítottak a vidéki egyesületek megalakulásáról). A hazai szerzők publikációs kedve is megnőtt, így az Orvosi Tárfolyóiratnak a szakmai diskurzusok fórumává nőtte ki magát, helyet adva az első, széles körben lefolytatott vitáknak. Hasonló folyóiratot jelentett meg 1844–1845-ben *Schöpf-Merei Ágost* (1804–1858), *Magyar Orvos-Sebész S Természettudományi Évkönyvek* címmel, azonban a saját pénzén kiadott kötetek kellő érdeklődés hiányában – illetve Bugáték támadó kritikájának köszönhetően (32, 33) – veszteségesek voltak, így két év után csatlódottan beszüntette azt. Kevésbé jelentős, mint *Schöpf-Merei* folyóirata, ám említést érdemel, hogy 1842-ben a veszprémi származású *Pap Ignác* (1800–1866 után) is megpróbálkozott önálló kiadvány elindítására, *Sebész almanach* címen – szintén sikertelenül. A korszak orvosai és sebészei közti viszony kiéleződését jelzi, hogy *Pap* egyébként határozottan megkülönbözteti olvasóit, a „sebész rend” képviselőit, hangsúlyozva különállásukat az orvosdoktoroktól, és mintegy utalva az 1840. évi hasonló, ám átfogóbb kezdeményezésre, az *Orvosrend* című kötetre, s ezzel a két művel a 19. század közepére megjelenik a hivatásrend fogalma (17, 35).

Az 1848. évet még megélte az Orvosi Tárfolyóirat, az 1850-es évek elején azonban csak a német nyelvű *Zeitschrift für Natur-und Heilkunde* (1850–1860) számított hazai orvosi folyóiratnak. Ehhez csatlakozott 1857-től a mai napig működő, *Markusovszky Lajos* (1815–1893) nevével fémjelzett *Orvosi Hetilap*, 1861-től pedig a radikális – a *Markusovszky* és az új periodika elindítója, *Poór Imre* közötti szakítás eredményeként létrejött – *Gyógyászat*, majd további, egyes szakágakhoz köthető folyóiratok. A *Zeitschrift...* elindítását a reformkori mozgalmakban aktív szerepet vállaló *Wachtel Dávid* (1807–1872) kezdeményezte, mivel felismerte, hogy magyar nyelvű periodika engedélyezésére az adott politikai körülmények között kicsi az esély (33). A folyóiratokban számos olyan tanulmány látott napvilágot, amelyek eredményeiket, felvetéseiket tekintve közvetve hozzájárultak az 1876. évi XIV. tc., azaz a közegészségügyi törvény létrejöttéhez (32).

Egyesületek

Szakmai egyesületek, szervezetek létrehozását – általában saját folyóirattal együtt – már a 18.

században kezdeményezték, így *Fischer Dániel* Késmárkon (1732) vagy *Torkos Justus János* Pozsonyban (1764). *Windsch Károly Gottlieb* ugyan Pozsonyban működtetett egy társaságot (*Pressburger Gesellschaft der Freunde der Wissenschaften*, 1752–1762), ahol rendszeres felolvasásokat tartottak, azonban hivatalos engedély híján nem válhatott a hazai együleti élet úttörőjévé (6, 33). Az első életképes tudományos szervezetek a reformkor pezsgő szellemi környezetében alakultak meg. A Magyar Tudományos Akadémiát követte a *Budapesti Sebészegyesület* (1837-től mutatható ki működése, de 1835-ös alapításra utalva) és a *Budapesti Királyi Orvosegyesület* (1837). Az utóbbi mintái a *Royal Medical Society* (London, alapítás: 1737), a *Gesellschaft der Ärzte* (Bécs, alapítás: 1837), valamint a *Gesellschaft Deutscher Naturforscher* (alapítás: 1822) voltak. 1841-ben hívták életre a *Magyar Orvosok és Természetvizsgálók Vándorgyűléseit*, ahol az orvosok célja a kirándulások alkalmával az ország egy-egy tájegységének, speciális orvosi viszonyainak megismerése volt, valamint az egyes szakosztályokban különböző előadások tartása, viták lefolytatása (5, 36). Közismert, hogy ezen vándorgyűlések az ugyanekkor kibontakozó műemlékvédelem ügyét is előrelendítették. 1848 előtt hét vándorgyűlést tartottak meg (Pest, Besztercebánya, Temesvár, Kolozsvár, Pécs, Kassa-Eperjes és Sopron). A vándorgyűlésekről szóló összefoglalók kezdetben az Orvosi Tárfolyóiratban jelentek meg, de ezzel párhuzamosan törekedtek az anyagok önálló kötetekben történő megjelentetésére is, melyek közül az elsőt épp az Orvosi Tárfolyóiratot is szerkesztő *Bugát Pál* és *Flór Ferenc* állította össze, míg az 1847. évi gyűlés anyaga már csak a szabadságharc leverését követő évtized kényszerű szünetét követően jelenhetett meg (37–46). A hazánkban működő orvosok, sebészek, valamint gyógyszerészek első, nyomtatott almanachja, az 1840. évi *Magyarországi Orvosrend* ugyancsak *Bugát Pál* és *Flór Ferenc* nevéhez fűződik. A „schematismus” összeállításához óriási segítséget jelentett az Orvosi Tárfolyóirat, amelyben a kiadást megelőző évben felhívást tettek közzé, a beküldendő adatokhoz mintával, *Fejér vármegye* adatai alapján (17, 25).

Az előzőekkel ellentétben az 1841-ben alapított *Természettudományi Társulat* jóval nyitottabbnak számított, mivel nem orvosi szerveződés volt, hanem bárkit szívesen láttak, amennyiben érdeklődött a reáliák iránt, tagjai között az orvosok, sebészek, gyógyszerészek mellett találni püspököt, vidéki tanítót, földesurat, táblabíró, bányatisztet is. Alapításában részt vett a reformkor egyik legnagyobb szervező egyénisége, *Bugát Pál*. A Társulat 1845-től évkönyveket

adott ki, amelynek utódja az 1869-ben megindult *Természettudományi Közlöny* volt. Az első három évkönyv valójában ötévente jelent meg, ezt követte még egy utolsó darab az 1857–1859 közötti időről. 1860-tól már átvette helyét a *Közlöny*. A század második felében a Társulat saját könyvkiadó vállalatot alapított (Természettudományi Könyvkiadó Vállalat, 1872), illetve egyéb szakfolyóiratokat indított (44, 45).

A fentebb említett orvosi, sebészi társaságok (Budapesti Királyi Orvosegyesület, Budapesti Sebészegyesület) mellett az Orvosi Tárnak köszönhetően több regionális egyesületet ismerünk. Az ott közölt alapszabályoknak köszönhetően betekintést lehet nyerni a reformkori, első orvosi szervezetek működésébe. Az Orvosi Tárnak jelent meg a Szatmárnémeti (1839), a Borsod-Miskolci (1847), és a Pápai Orvosegyesületek (1847) alapszabályzata. A Budapesti Királyi Orvosegyesület alapszabályai 1842-ben külön kötetben is napvilágot láttak. A Budapesti Sebészegylet alapszabályai a Magyar Nemzeti Levéltár Országos Levéltárában maradtak fenn. 1839–1840 körül alakult a Nyitra vármegyei, szintén 1839-ben a Temesvári Orvosegyesület, 1842-ben a Moson vármegyei Sebészegylet. A Pápai Orvosegyesületet 1846-ban alapították. 1839–1848 között működött a Szatmárnémeti, 1840–1848 között a Borsod (-Miskolci) Orvosegyesület, 1842–1846 (?) között az Eperjesi Orvosegyesület (29, 31, 41, 42, 47–51).

Az általános alapelvek (vezetőség, titkárság, rendszeres ülések, felvételi követelmények stb.) mellett érdemes kitérni a tagság kérdésére. A legtöbb vidéki egyletben (Nyitra, Temesvár, Szatmárnémeti, Borsod, Pápa), valószínűleg az okleveles gyógyítók kis száma miatt, mindenféle gyógyászt, azaz orvosdokort, sebészt, gyógyszerészt szívesen láttak. Eperjesen ebből a körből kizárták a gyógyszerészeket, míg a Budapesti Sebészegyletben és a Mosoni Sebészegyletben a sebészeti diplomát tették meg a tagság feltételének (e kettő mellett még 1839-ből említik Erdélyből a marosvásárhelyi sebészegyesületet) (36), a Budapesti Királyi Orvosegyesületben pedig az oklevél szintje, azaz a doktori fokozat (orvosdoktori, sebészdoktori, vegyészdoktori) volt a meghatározó. Az Aradi és a Jászberényi Orvosegyesület összetétele viszont ismeretlen, a jászberényiek csupán az Orvosi Tár előfizetőinek felsorolásánál szerepelnek (52). Ami mind-egyikben közös volt, az az igény az összejöveteleken keresztül a szakmai továbbképzésre, valamint az érdekvédelem, azaz „*egyértetés, közös ipar, barátság*” (49). Az 1848/1849. évi események közepette ezen korai egyesületek nem állták ki az idő próbáját (29, 32). Noha a szabad-

ságharc leverését követően ideiglenesen minden szervezkedést betiltottak, az 1850-es évek végére fokozatosan feloldották ezt a tiltást. A reformkor legnagyobb egyesületei, mint a Budapesti Királyi Orvosegyesület vagy a Királyi Természettudományi Társulat és a Magyar Orvosok és Természetvizsgálók vándorgyűlései, amelyek nem politikával, hanem valóban szakmai kérdésekkel foglalkoztak, így ismét nekiláthattak a munkának (31, 32, 53). A Királyi Magyar Természettudományi Társulat és a Budapesti Királyi Orvosegyesület már 1850-ben folytathatta tevékenységét, igaz, utóbbiak 1867-ig hatósági ellenőrzés mellett tarthatták meg üléseiket. A Magyar Orvosok és Természetvizsgálók azonban csak 1863-ban kaptak újból működési engedélyt (31, 32, 53). A kiegyezést követő évtizedek pedig kedvező feltételeket teremtettek további országos és fővárosi vagy regionális szakmai csoportosulások létrejöttének, és megalakultak az első specialistákat tömörítő egyletek, így 1878-ban a Budapesti Fogorvosok Egylete (31, 32, 53).

Nyugdíj- és betegsegélyző intézetek tervei, alapok, pályaművek

Az egyesületi törekvések és szakmai kiadványok mellett szintén a reformkor az első sikeres önszegélyző kezdeményezések időszaka. 1838-ban hozták létre *Schuster János* (1777–1838), az orvosi kar vegyész professzorának hagyatékából az úgynevezett Schuster-alapot, amelyből egy-egy szegény, nehéz sorsú, orvosi családból származó árva oktatását támogatták. 1840-ben pedig *Bene Ferenc* javasolta alapítvány létesítését a beteg, öreg orvosok, özvegyeik és árváik segélyezésére. Szintén ebben az időszakban írták ki az első pályamunkákat, a műfaj azonban ténylegesen az 1860-as évektől vált népszerűvé.

Miután 1850-es újbóli engedélyezését követően a Budapesti Királyi Orvosegyesület elzárkózott az érdekvédelmi képviselettől, s kizárólag a tudományos kérdésekre fókuszált még a kiegyezést (1867) követően is, a szakmai érdekvédelmet ezért másik társaság vállalta magára. Több meghíúsult tervezetet követően a Gyógyászat folyóirathoz kötődő, 1874-ben alakult Budapesti Orvosi Körön belül alakult meg 1877-ben az a segélyegylet, amely az idős orvosoknak életjáradék formájában egyfajta nyugdíjat biztosított, de ténylegesen inkább a városi orvosokhoz kötődött. Két év múlva pedig megalapították a vidéki orvosok tudományos és segélyszervezetét, a Vidéki (1880-tól Községi) Orvosok Társaságát (31). A hazai tudományos élettel és érdekvédelemmel foglalkozott az – orvosok döntő többsé-

ge által a szakmai felügyelet és etikai kérdések megoldatlan volta miatt elutasított, ipari kamarák mintájára megvalósítandó kamarai rendszer helyett – 1897-ben létrehozott Budapesti, illetve Országos Orvosszövetség (a két külön szervezet célja az volt, hogy az országos szövetségben a vidéki tagok is megfelelő képviselőhöz juthassanak) (31, 53).

Viták az „orvosi rend” helyzetéről, feladatairól a reformkorban

Az orvosdoktori és a sebészképzés kettőssége, az egyetemről kikerülő kugró létszáma megnehezítette az elhelyezkedést, magánpraxis esetén – mivel fizetett hivatali állás kevés volt – a megélhetéshez szükséges páciensi kör kiépítését, s ezáltal kiélezte az „orvostudorok” és seborvosok közötti viszonyt, amely a korszak legnagyobb vitájához vezetett: létjogosult-e az úgynevezett alsóbb fokú sebészképzés az egyetemen, szükség van-e a kettős képzésre (29)?

A kérdést először *Lenhossék Mihály* vetette fel még 1825-ben, aki meglehetősen negatív véleménnyel volt a vidéki seborvosokról, nemkülönben a sebészképzésen ebben az időben tömegesen megjelenő izraelita hallgatókról. A sebeszet elleni leghevesebb támadást azonban a Josephinum tanára, *Töltényi Szaniszló* intézte, aki 1845-ben cikksorozatot jelentetett meg a kérdéstről az Orvosi Társaságban, ahol a sebeszetet – a homeopátiához hasonlóan – „gyógykontárságnak” nevezte. Töltényi véleményét osztotta *Rechnitz János*, aki pesti magánorvosként ki-

emelte a nagy létszámból fakadó megélhetési gondokat (8, 29, 30). Töltényi cikksorozata szokatlanul heves reakciókat váltott ki, több sebész is kiemelte válaszában, hogy a képzés során a sebeszek több gyakorlati tudásra tesznek szert, mint az orvosok, képzésük ideje majdnem annyi, mint a „tudoroké” (négy, illetve öt év), másrészt, a seborvosok viszonya hagyományosan jobb a szerényebb sorból származó betegekkel, akik jobban megbíznak bennük, közülük valóban érzik a sebeszt, míg az orvost nem. Ugyanakkor a sebeszek és még a velük szimpatizáló orvosok, például Bugát Pál is elismerték, hogy a képzés átalakítására, lehetőleg egységesítésére lenne szükség (8, 29).

A vita csúcspontját 1848-ban érte el, ami unió helyett további törést eredményezett, mégpedig a sebeszetben belül, mivel felszínre kerültek a sebeszmesterek és polgári seborvosok közötti ellentétek is. Tekintettel a már praktizáló, egykor oklevelet szerzett sebeszekre, Bugát Pál és *Korányi Frigyes* – akinek az apja nagy becsben álló seborvos volt Nagykállóban – javaslata tűnt a leginkább elfogadhatónak: eszerint az egységes képzés bevezetése mellett biztosítani kellene, hogy a seborvosok, kiegészítő vizsgák letétele után doktori fokozatot szerezzenek, s ezáltal egyenrangúvá válnának az orvosdoktorokkal. Az egységes képzés azonban, mint láttuk, ténylegesen csak 1872-ben valósult meg. Az önálló, modern orvosi hivatás kialakulása jelképes lezárásának tekinthető 1897-ben a kamarákhoz hasonló érdekvédelmi szervezetek, a Budapesti és a Vidéki (Országos) Orvosszövetség megalakulása, majd véglegesen 1936-ban az Orvosi Kamara megalapítása (31, 53).

Irodalom

1. Halmos K, Szívós E. Doktor úr, tanár úr, főszerkesztő asszony: a hivatások a köztudatban és a modern történetírásban. *Budapest: Korall* 2010;42:5-18.
2. Wilensky HL. Minden szakma hivatás? Ford. Szívós Erika. A fordításban közreműködött: Halmos Károly. *Korall* 2010;42:19-53.
3. Benedek I. Hügieia. Az európai orvostudomány története. *Budapest: Gondolat*; 1990.
4. Demkó K. A magyar orvosi rend története tekintettel a gyógyászati intézmények fejlődésére Magyarországon a XVIII. század végéig. *Budapest: Dobrowsky és Franke*; 1894.
5. Gortvay Gy. Az újkori magyar orvosi művelődés és egészségügy története. *Budapest: Akadémiai Kiadó*; 1953.
6. Kapronczay K. Orvosi művelődés és egészségügyi kultúra a XVIII. századi Magyarországon. *Budapest: Semmelweis Kiadó*; 2007.
7. Daday A. Újabb kuriózumok az orvostudomány magyarországi történetéből. *Budapest: Akadémiai Kiadó*; 2005.
8. Simon K. Sebeszet és sebeszek Magyarországon (1686-1848). *Budapest: Semmelweis Kiadó*; 2013.
9. Győri T. Az orvostudományi kar története 1770-1935. A Királyi Magyar Pázmány Péter Tudományegyetem Története III. kötet. *Budapest: Királyi Magyar Egyetemi Nyomda*; 1936.
10. Högyes E. Emlékkönyv a budapesti Egyetem Orvosi Karának múltjáról és jelenéről. *Budapest: Athenaeum*; 1896.
11. Orvos-Gyógyszerészeti műszógyűjtemény. Melléklet az „Orvosi Hetilap”-hoz. *Pest, 1862*.
12. Rácz S. A1 borbélyi tanításoknak második darabja a törvényes orvosi tudományról, és az orvosi politziáról. *Pest, 1794*.
13. Schultheisz E. Literature on Public Health and State Medicine in Hungary in the Age of Enlightenment. *Orvostörténeti Közlemények* 2006;87-93. 194-5.
14. Möller C. Medizinallpolizei. Die Theorie des staatlichen Gesundheitswesens im 18. und 19. Jahrhundert. *Frankfurt am Main: Vittorio Klostermann*; 2005.
15. Felső I, Vörös A. A helytartótanácsi levéltár. *Budapest: Magyar Országos Levéltár*; 1961.
16. Orvosi Társaság. Negyedik Folyamat, Második kötet, 17. szám 272.
17. Bugát P, Flór F (szerk.). Magyarországi Orvosrend névsora 1840-re. *Pest: Trattner-Károlyi*; 1840.
18. Magyar Nemzeti Levéltár Országos Levéltára, Helytartó-

- tanácsi Levéltár, Departamentum Sanitatis (MNL OL C 66) 1820-1848 F. 2. és F. 10.
19. Magyar Nemzeti Levéltár Országos Levéltára, Helytartótanácsi Levéltár, Acta Sanitatis (MNL OL C 37) Lad. A. Fasc. 34. 16-18. cs.
 20. Balázs P [bevezetés és fordítás]. Generale Normativum in Re Sanitatis. Szervezett egészségügyünk 1770-es alaprendelete. Orvosok, sebészmesterek, patikusok, bábák és a járványügy a XVIII. század magyar jogalkotásában. *Budapest – Piliscsaba: Magyar Tudománytörténeti Intézet – Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár; 2004.*
 21. Pócsik Sz. Patikus dinasztiák története. *Kaleidoscope – Művelődés-, Tudomány- és Orvostörténeti Folyóirat 2013; 4(6):192-264.*
 22. Bodosi B. Az egri líceumi iskolák. *Eger: Líceum Kiadó; 2009.*
 23. Eulner H-H. Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes. Studien zur Medizingeschichte des neunzehnten Jahrhunderts Band IV. Red. Artelt, W. – Rüegg, Walter. *Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag; 1970.*
 24. Sachs M. Geschichte der operativen Chirurgie. Vom Handwerk zur Wissenschaft. Die Entwicklung der Chirurgie im deutschen Sprachraum vom 16. bis zum 20. Jahrhundert. Band 4. *Heidelberg: Kaden Verlag; 2003.*
 25. Stáhly Gy. Mutatvány az évenként kiadandó orvosi schematismusból. *Orvosi Társ, Új folyamat, Második félév, 22. sz. (1839.) 348-51.*
 26. Fischer EP. Die Charité. Ein Krankenhaus in Berlin 1710 bis heute. *München: Siedler Verlag; 2009.*
 27. Wyklicky H. Über die Ausbildung der k. u. k. Militärärzte – 200 Jahre Josephinum. *Wehrmedizinische Monatsschrift. Heft 5/1986.*
 28. Semmelweis Egyetem Levéltára Classificációs kötetek (SE Lt. 1/d) 34., 22. kötetek.
 29. Simon K. Mesterségből hivatás. Sebészmesterek és orvosdoktorok Magyarországon az egységes orvosi képzés bevezetéséig. *Korall 2010;42:77-102.*
 30. Rechnitz J. Az orvosi rend korviszonyairól s reform szükségéről. In: *Orvosi Társ, Harmadik folyamat, Tizedik kötet 20. sz. (1846. nov. 8.) 305-13.*
 31. Kapronczay K, Szemkeő E. A magyarországi orvostársaságok kialakulása és fejlődése a 19-20. században. *Orvostörténeti Közlemények 1979;XXV.1-2(87-88):141-55.*
 32. Kapronczay K. A magyar orvosi szaksajtó- és könyvkiadás a reformkorban és a neoabszolutizmus korában (1831-1867). *Budapest: Országos Pedagógiai Könyvtár és Múzeum; 2004.*
 33. Schoepf A. (szerk.). Magyar Orvos-sebész s Természettudományi Évkönyvek. *Buda: M. Kir. Egyetem; 1844-1845.*
 34. Stáhly I. Érdekes levelezés az orv. tár ügyében. I. Level. Stáhly kir. tanácsos levele a' szerkesztőséghez. In: *Orvosi Társ, Új folyamat, Második félév, 5. sz. (1839. feb. 3.) 65-68. és II. Level. Szerkesztőség levele Stáhly kir. tanácsoshoz. Uo. 68-69., III. Level. A' szerkesztőség levele a' vármegyék első főorvosaihoz Magyarországon. Uo. 70-71. stb.*
 35. Pap I (szerk.). Sebész almanach 1843dik évre. I. évi kötet. *Pest: Trattner-Károly; 1843.*
 36. Szőkefalvi-Nagy Z. A Magyar Orvosok és Természettudományi Vizsgálók vándorgyűlései (1841-1933). *Orvostörténeti Közlemények 1969;50:45-56.*
 37. Bugát P, Flór F (szerk.): Magyar Orvosok és Természettudományi Vizsgálók Pesten tartott 2. nagy gyűlésének munkálatai. *Pest, 1842.*
 38. Cseresnyés S. A pápai orvosegyesület megalakulása. In: *Orvosi Társ, Harmadik folyamat, Tizenegyedik kötet (1847. feb. 14.) 97-9.*
 39. Halász G (szerk.). A Magyar Orvosok és Természettudományi Vizsgálók Kassa-Eperjesen tartott hetedik nagygyűlésének történeti vázlata és munkálatai. *Pest, 1847.*
 40. Halász G (szerk.). A Magyar Orvosok és Természettudományi Vizsgálók 1847. aug. 11-17. Sopronban tartott 8. Nagygyűlésének történeti vázlata és munkálatai. *Pest, 1863.*
 41. Hőke L. Borsod-miskolczi orvosegyesület. In: *Orvosi Társ, Harmadik folyamat, Tizenegyedik kötet (1847. máj. 2.) 281-3.*
 42. Katona G. A miskolczi orvosegyesület első közgyűléséhez (1840. Febr. 8.) küldött iratok. In: *Orvosi Társ, Új folyamat, Negyedik félév 14. sz. (1840. ápr. 5.) 214-6.*
 43. A k. magyar term. tudom. társulat 1844-ki october 8-ikán tartott kis gyűlésének jegyzőkönyve. In: *Orvosi Társ, Harmadik folyamat, Hatodik kötet, 21. sz. (1844. november 17.) 334-6.*
 44. A Királyi Magyar Természettudományi Társulat Évkönyve 1929-re. *Budapest: Királyi Magyar Természettudományi Társulat; 1928.*
 45. Szabó J (szerk.). A Királyi Magyar Természettudományi Társulat Közlönye. Első kötet. *Pest, 1860.*
 46. Szócs J, Brassai S (szerk.). A Magyar Orvosok és Természettudományi Vizsgálók Kolozsvárt tartott 5. Nagy-gyűlésének munkálatai. *Kolozsvár, 1845.*
 47. Czilchert R. Jelentés Nyitra vármegye egyesült orvosai' ápril 30-kán tartott második gyűlékezete felől. In: *Orvosi Társ, Új folyamat, Második félév, 22. sz. (1839. júgynevezett 2.) 337-45.*
 48. Magyar Nemzeti Levéltár Országos Levéltára, Helytartótanácsi Levéltár, Departamentum Sanitatis (MNL OL C 66) 1838 F. 10. p. 11. 2.
 49. Patzek J. Szathmári orvosegyesület. In: *Orvosi Társ, Új Folyamat, Harmadik félév, 8. sz. (1839. aug. 25.) 119-22.*
 50. Stoltz S. Fölshírlás egy orvosi-tudományos egyesület alapítása ügyében sz. kir. Eperjes városa orvosaihoz s sebészeihez intézve s előadva az első gyűlésben, nov. 26. 1842-ben. In: *Orvosi Társ, Harmadik folyamat, Harmadik kötet 19. sz. (1843. máj. 7.) 439-45.*
 51. Dr. Wachtel Dávid: A' Temesvári Orvosi Egyesület. In: *Orvosi Társ, Új folyamat, Második félév 17. sz. (1839. ápr. 28.) 267-9.*
 52. Az Orvosi Társ előfizetői. In: *Orvosi Társ, Új folyamat, Harmadik félév, 25. sz. (1839. dec. 22.) 401-407.*
 53. Kapronczay K. Orvosi érdekvédelem a múlt század végén. *Orv Hetil 1982;123(38):2373-5.*

2018 jún ius
Aszklepion



„Az anatómiai szemlélet képes leválasztani a látást a korszak aktuális szépség-ideáljáról, a testre vonatkozó divatokról, és arra fókuszálja a figyelmet, ami az adott testet valóban jellemzi fizikailag.”

(Boncolás ceruzával
című írásunk
a 252. oldalon.)



Boncolás ceruzával Az anatómia és a képzőművészet találkozása

Cziglényi Boglárka

1990-ben a *Journal of the Americal Medical Association* című amerikai folyóiratban megjelent egy cikk, amelyet Frank Lynn Meshberger amerikai orvos írt. A Michelangelo-freskókkal díszített Sixtus-kápolna *Ádám teremtése* című jelenetével kapcsolatban emelt ki egy olyan aspektust, amit eddig senki. Azt, hogy a Teremtő alakja körül lobogó drapéria, benne az összefonódó testű kerubokkal, kísértetiesen hasonlít egy koponya és a benne lévő agy nyílrányú metszetére. Meshberger doktor a cikkben aprólékosan megfigyelte az agy egyes részeit és a freskón látható alakzatokat. „Az övtekervény az Úr előtt látható angyal csípője mentén húzódik végig, az Úr vállain keresztül, le az Úr bal karja mentén, egészen Éva homlokáig. A kép alján látható lobogó zöld lepel a gerincverőeret – illetve annak felfelé ívelő részét – ábrázolja...” És még hosszan folytatta a leírást.

Az analógiák révén a cikk arra a következtetésre jutott, hogy a jelenet azt a pillanatot mutatja meg, amikor Ádám értelmet kap a Teremtőtől. Ezt pedig nem véletlenül foglalja vizuális keretbe az agy.

Egy amerikai nefrológus aztán 2000-ben a Sixtus-kápolna *A víz és föld szétválasztása* című jelenetében a jobb vesét vélte felfedezni, mégpedig az Úristen felfúvódó palástjának alakjában. Garabed Eknayan tanulmányában arra is emlékeztetett, hogy Michelangelót közismerten vesébántalmak kínozták. Ez ugyan kevésbé tűnik relevánsnak a festmény jelentése szempontjából, az viszont igen, hogy a vese valóban asszociálható a víz elválasztásával. A Sixtus-kápolna anatómiájának feltérképezése ezután komikus fordulatokat is vett. Ilyen volt például Gilson Barreto és Marcelo G. de Oliveira könyve, *Az igazi Michelangelo-kód*, amely minden egyes ábrázolt jelenetben felismerni vélte egy-egy anatómiai egységet, a rostacsonttól egészen az aortaívig. Túl azon, hogy a megfigyelések vizuálisan igen önkényesnek tűntek, a könyv arra sem adott választ, hogy a test adott darabkái hogyan kapcsolódnak tartalmilag ahhoz a jelenethez, amelynek állítólag részei.

Az azonban valóban igaz, hogy Michelangelo Buonarroti művészetében az emberi (és állati) anatómia a képzőművészet konstruktív részévé vált. Életműve „az emberi test diadalának valóságos teológiai architektúrája” volt, ahogy Charles Sala, a Párizsi Egyetem művészettörténész-professzora fogalmazott. Michelangelo az emberi test szerkezetét tartotta az alapvető szerkezetnek, abból kiindulva vizsgált más felépítményeket. Egy levelében például így írt az építészetről és városrendezésről: „Az építészet alkotóelemei kétség nélkül az emberi testrészekre vezethetők vissza. Olyasvalaki, aki nem ismeri jól (...) az anatómiát, mindezt nem értheti.”

De vajon egyedül volt-e Michelangelo ezzel a szemlélettel a maga korában?

Az anatómia lassú virágzása

Ha arról szeretnénk beszélni, hogyan jelent meg az anatómia az európai művészetekben, előbb arról kell szót ejteni, milyen szerepet játszott a képzőművészet az anatómia tudományában. Az anatómiai illusztrációkra gondolok.

Tudjuk, hogy a középkorban és a reneszánszban Európában az olasz területek tettek sokat az anatómia tudományának fejlődéséért. A 10. századtól a 14.-ig Salerno, a 13. századtól pedig Padova volt az a központ, ahova az orvostanhallgatóknak érdemes volt ellátogatniuk. Bolognában és más észak-olasz városokban a 13. század végén igazságügyi okokból már nyitottak fel emberi tetemeket is. A boncolási tapasztalatokról szóló írások a reneszánsz idején jelentek meg, először többnyire illusztráció nélkül (Mondino dei Luzzi: *Anathomia Corporis Humani*, 1316), de két évszázadnak kellett eltelnie ahhoz, hogy ábrákkal kiegészített, nyomtatott kiadványokból tanulhassanak a leendő orvosok.

Mégis ismerünk korábbi anatómiai rajzokat. A középkori kéziratokban található, a békaszerű póz miatt könnyen beazonosítható anatómiai emberábrázolások öt képből álló sorozatokban jelentek meg: a csontok, idegek, majd az izmok bemutatása után a vénák, illetve az artériák ismertetése következett. Ez az öt képből álló anatómiai „minigaléria” mint műfaj még a Távol-Keleten is megtalálható volt, a gyökerei pedig egyes szerzők szerint az ókori Alexandriába tehetőek. A rajzok sematikusak voltak, az volt a szerepük, hogy könnyen érthető, leegyszerűsített vizuális kódként közvetítsenek a kísérőszöveg és a valóságos test között. Nem törekedtek élethű ábrázolásra, fontosabb volt, hogy a testi struktúra egyes részei jól elkülöníthetők legyenek rajtuk. Teljesen természetes volt például, hogy a felnyi-

tott hasüreget bemutató képen a has aránytalanul nagyobb legyen, mint a többi testrész – azért, hogy jól látsszanak a hasi szervek, és a feliratok is elférjenek.

Az utóbbi képtípus egyébként az ötképes sorozatok gyakori kiegészítője volt. A külső nemi szerveket nem, csak a félbevágott méhet mutató kép ókori eredetű volt, ahogy az is, hogy hét kis „öbölből” állónak képzeltek az uterust. A középkori anatómiai traktátusok ugyanis nagy tekintélytisztelettel adták tovább az ókori görög orvos, Galénosz által összegyűjtött anatómiai ismereteket, és azokat hosszú évszázadokon át nem vonták kétségbe saját boncolási tapasztalatok alapján.

Johannes de Ketham 1493-ban kiadott *Faciculus medicinae* című művét már realistább, bár továbbra is stilizált rajzok illusztrálják. Itt az ember körvonala inkább térkép, amelynek a kijelölt pontjaihoz tartozó magyarázó szövegek adták meg a szükséges információkat. A ma használatos reprezentációs forma helyett, amely a test különféle irányú metszeteit és szervrendszereit mutatja, Ketham anatómiájában még karikatúra-szerű figurák jelentek meg, amelyek a korabeli sebészek számára tematikusan foglalták össze a tudnivalókat. A „sebek embere” minden lehetséges szúrót, vágót, harapott stb. sérülést egyszerre viselt magán. A „beteg emberen” a betegségek voltak láthatók, a test egy-egy pontjához kötvé. A „planétás emberen” az állatövi jegyekkel és bolygókkal való összefüggéseket jelölte az asztrológiai alapon is gondolkodó „orvostudomány”. De volt például az érvágásra tanító ábra is, az emberalakra mintegy rátetovált pontokkal, amelyeknél az érvágást a betegségtől függően meg lehet ejteni. Az ilyen jellegű ábrák a 15. század végéig megfeleltek a sebészek és orvosok anatómiai igényeinek.

Giacomo Berengario da Carpi olasz orvos *Anatomia Carpi* című népszerű tankönyvének (1535) fametszetei már egészen másfajta kompozíciós megközelítést mutatnak. Nem sematikus, emblémaszerű ábrákat látunk, hanem szinte önálló képzőművészeti alkotásokat, amelyeknek a minősége talán nem a legkiemelkedőbb, mégis arra készítetik a könyv szemlélőjét, hogy a képet önmagukban is alaposan szemügyre vegye, ne csak a kommentárokat. Illetve rögtön feltűnik még egy különbség, mind a korábbi, mind a mai anatómiai ábrákhoz képest. Olyan elemeket látunk a képeken, amelyek csak áttételesen tartoznak tárgyhoz: tájat, tárgyi szimbólumokat. Sőt, az ábrázolt emberi test nemcsak élethűbb lett, hanem mintha megelevenedett volna: a csontváz két másik koponyával a kezében

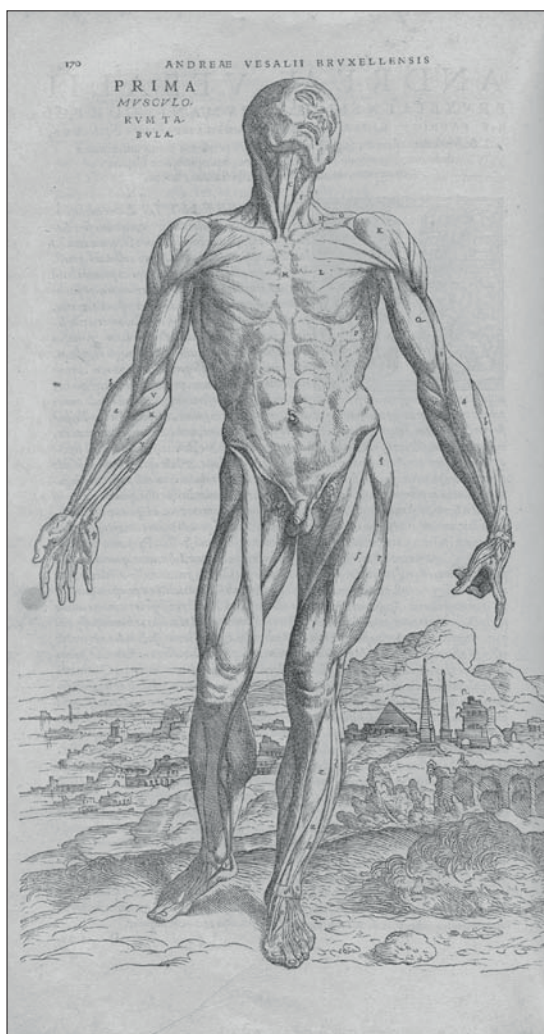


Terhes nő anatómiáját mutató középkori ábra

mereng egy nyitott sír fölött, az izomember görög szobrokéra emlékeztető mozdulattal a jobb vállához szorít valamit, és kontraposztban jobb felé néz, míg a másik kezével valamilyen zsinórt fog, az Örkény-novella gyanújával élve: talán a beleit. Azaz a testek szituációba kerültek, prezentálják önmagukat.

Berengario da Carpi anatómiai művének illusztrációi azért is fontosak, mert tükröznek néhány új bonctani felismerést. Nem csoda, hiszen ő volt az egyik legelső anatómus, aki tudatosan empirikus módon mélyítette az ismereteit. 1522-ben büszkén hirdette, hogy több száz emberi holttestet felnyitott már. Javításokat fűzött Mondino híres anatómiakönyvéhez, és illusztrációkkal is kiegészítette, majd kiadta a saját kommentárjait és tankönyvét. Az ő munkásságához kötődik az első anatómiai képanyag, amely hangsúlyosan megfigyelés alapján jött létre, és az olvasót a vizuális információfelvétellel serkenti.

De ekkor az anatómia még továbbra is a sebészet segédtudományaként létezett, nem pedig önálló kutatási területként. Éppen ezért nagyon fontosak voltak azok az impulzusok is, amelyek teljesen más területről érkeztek: a képzőművészetből. A 15. században négy olyan nagy festő



Andreas Vesalius De humani corporis fabrica libri septem című művének illusztrációja

és szobrász is élt, aki maga is boncolásokat végzett, hogy még pontosabban ábrázolhassa az emberi testet. Leonardo da Vinci, Albrecht Dürer, Michelangelo Buonarroti és Raffaello Santi egyaránt sokat tettek azért, hogy a művészi ábrázolásmód finomsága, pontossága és esztétikuma elmélyítse az anatómiai megfigyelést, és kialakítsa annak vizuális kultúráját.

Időben Leonardo da Vinci volt a legelső közülük. Kiváló megfigyelő és természettudományos érdeklődéssel megáldott polihisztor volt, aki az optika és hidraulika területén is rendszerezett kutatásokat végzett, illetve konstrukciós ötleteket dolgozott ki. De több ezer oldalnyi jegyzetet és rajzot készített az emberi testről is, mérnöki és művészi megközelítéssel érdeklődött a felépítése és működése iránt. Ő maga végzett boncolásokat kivégzett emberek testén, 1510–1515 között legalább harmincat. Ehhez fontos szakmai inspirációt jelentett számára Marcantonio

della Torre pisai egyetemi tanárral és orvossal való kapcsolata. Leonardo tudatában volt, hogy egy adott terület megismeréséhez nem elég csupán egy boncolást elvégezni, érdemes több testet is összehasonlítani. 1519-es halála akadályozta meg abban, hogy átfogó anatómiai művet hozhasson létre.

Technikai tudásának hála, pontos megfigyeléseit rögzíteni is tudta a rajzaiban. A gerincoszlopot ábrázoló, fantasztikusan precíz és finom Leonardo-grafika valószínűleg az első kiemelkedően élethű rajz Európában, ami a gerincről készült. Tökéletesen adja vissza két dimenzióban a csigolyák hajlását, dőlését, egymásba kapaszkodását. Ahol pontatlansággal találkozunk, ott valószínűleg nem jutott hozzá megfelelő testhez – az emberi törzset bemutató rajza például megfelelő helyen ábrázolja a májat, ráadásul egy májbetegség is kivehető az alakján, azonban a lejjebb következő női méh már inkább a szarvasmarhákéra emlékeztet. Feltehetően Leonardo női holttest híján az állati szervből próbált következtetni.

Apró kultúrtörténeti érdekesség, hogy a 20. század elején a pszichoanalitikus iskola többször is reagált azokra a pontatlanságokra, amelyek egy szeretkező párt nyílrányú metszetben ábrázoló Leonardo-rajzon láthatóak. Rudolf Reitler a művész feltételezett homoszexualitásával és libidóelfojtásával magyarázta a női nemi szerveket illető tévedéseket, számon kérve rajta még a női mell nem „művészi”, azaz lecsüngő, petyhüdt alakját is. Ezt a banálisan leegyszerűsítő érvelést Freud visszautasította (és egy emlékezetes félrefordításra építve megpróbálta felvázolni az olasz művész lelki élettörténetét).

Pompásan illusztrált anatómiai fordulat

Az, hogy a reneszánsz művészeiben feltámadt az igény az emberi test pontos ábrázolására, beleillett a korszellembe. Az érdeklődés az Ember iránt folyamatosan nőtt. Isten legtökéletesebbnek vélt alkotásának a belső felépítését is tökéletesnek találták. Ennek megismerése és vizuális bemutatása Andreas Vesaliusszal (1514–1564) érte el az egyik csúcspontját.

A németalföldi anatómus orvos-gyógyszerész családból származott, először mégis bölcsészettel kezdett foglalkozni, csak később kezdte meg orvosi tanulmányait a párizsi egyetemen, ahol az ókori Galénosz tanait oktatták az anatómiaórán. Vesalius már Franciaországban végzett vizsgálatokat a Cimetière des Saints-Innocents temetőben található csontokon, majd Padovában folytatta a tanulást. Itt szerzett doktori címet is 1537-ben, és hamar oktatni kezdett a

sebészeti és anatómiai tanszéken, sőt Pisában és Bolognában is tartott anatómiaórákat.

Hatalmas újítása az volt, hogy nagy hangsúlyt fektetett az emberek boncolására. Korábban ugyanis az oktatás során többnyire megelégedtek az állattetemek boncolásával, és nem is törekedtek arra, hogy ellenőrizték a megkérdőjelezhetetlennek tartott Galénosz állításait. Pedig Galénosz több ponton is tévedett. Nem csoda, hiszen ő is állatok boncolása alapján következtette ki a feltevései egy részét. Erre is Vesalius jött rá, mégpedig a Galénosz-kiadással kapcsolatban végzett szövegkritikai munkája nyomán: Galénosz a korszak törvényei miatt berbermakákókat boncolt, abból kiindulva, hogy nem lehet nagy eltérés az emberszabású és az ember anatómiája között.

Vesalius megfigyelései alapján számos ponton korrigálta a Galénosz óta áthagyományozott ismereteket. Például felismerte, hogy a szívnek négy ürege van, és minden artéria onnan ered, megállapította, hogy az állkapocs egy részből áll, dokumentálta az agy addigi legpontosabb feltárását, leírta a belsőfület, a hashártyát, a gyomorkapu szerkezetét stb. Olyan mennyiségű pontosítást eszközölt, hogy a bírálói az 1550-es években kiadtak egy publikációt arról, hogy Galénosz óta megváltozott az emberi test felépítése. Természetesen Vesaliusnak arról is számot kellett adnia hivatalosan, hogy a módszerei összeférhetőek-e a keresztény vallással. De V. Károly császár udvari főorvosaként nem érhetett inzultus az inkvizíció részéről.

Vesalius orvosi tanulmányai során sem feledkezett el képzőművészeti vonzalmairól. Padovában kapcsolatba került Tiziano festőiskolájával, Velencében pedig megismerkedett a szintén németalföldi származású Jan Stephan van Calcar (1499–1546) festőművésszel, egy Tiziano-tanítvánnyal, aki olyan hűen megtanulta a mestere stílusát, hogy sokszor alig lehet megkülönböztetni a műveiket. Általánosan elfogadott feltetelezés, hogy a *De humani corporis fabrica* című Vesalius-művet ő illusztrálta. Bár nem ez volt az első anatómiakönyv, amely emberi holttestek boncolása alapján készült, de átfogó és pontos ismeretei, illetve a kiváló, részletes ábrák olyan népszerűvé tették, hogy azonnal kalózmásolatai jelentek meg.



Leonardo da Vinci tanulmánya (magzat az anyaméhben, 1510–13 körül)

Van Calcar részben továbbfejlesztette, részben továbbvitte azt a képi nyelvet, amelyet már Berengario da Carpi anatómiájának illusztrációin láthattunk. Nagy gondossággal dolgozta ki a kép olyan részleteit is, amelyek mai szemmel nézve egyáltalán nem relevánsak orvosi szempontból. A legtöbb ábra kerettémát kapott, dísztelemekeket, háttérként pedig tájképeket.

A helyszín valahol „odakint” van. Kívül a háttérben ábrázolt kultúrtájakon, kívül a városi nyüzsgésen – mintha kint lennénk a határban a civilizáció és a természet érintkezésénél, valahol az élet és a halál közti mezsgyén. Maguk a testek nyilvánvalóan nem a boncolás végeredményeit ábrázolják, hanem az ember egy-egy absztrakcióját. Absztrakciók, mert a szervezet egy-egy alrendszerét emberalakban mutatják be (csontember, izomember, érember stb.), de abból a szempontból is, hogy mindezt még le is reagálják, azaz reflektálnak arra, amit ábrázolnak.

Tevékeny vagy kontemplatív pózokba rendeződnek, a mozgataik praktikusak (például ásás), vagy pedig teátrális gesztusokat tesznek. Érzelmek is tükröződnek rajtuk: rádöbbennek önnön isteni tökéletességükre és közben önnön furcsaságukra is, az élet és halál közötti abszurd állapotra. Szomorúan, meggyötörten vagy éppen elfogadó mosollyal konstatálják azt, amit a képek laikus nézője érezhetett: a földi élet végességét, az emberi test és az emberi tudat szétválását a halálban. Hiszen a belső anatómiai struktúra akkor lesz látható, ha a szervezet már nem él. A műveletek, amelyek a test feltáráására szolgálnak, nem azonosak azzal az önreflexióval, önértékeléssel és az éntudat összetevőivel, ahogyan életünkben megéljük saját magunkat mint testi-lelki lényeket. Ráadásul a boncolás eljárásai – amelyek a Vesalius-képeken is megjelennek, például amikor az izomember a saját lenyúzott bőrét tartja – kínzásra emlékeztetnek. A fájdalom, a kiszolgáltatottság, a sors vagy éppen az ember kegyetlensége így elkerülhetetlen asszociációja lesz ezeknek a képeknek. Azok pedig nem próbálnak neutrális hangvétellel enyhíteni ezen, inkább kihangsúlyozzák és megfelelő teológiai-filozófiai gondolatkörhöz kötik ezeket a képzettársításokat.

Memento mori, vanitatum vanitas: a halandóságra való figyelmeztetésnek az ókorból átívelő gondolatai a kereszténység halálmagyarázatával társulnak a rajzokon. Ikonográfiai utalás történik Ádám és Éva történetére (Ádám almát tart a kezében), a kellékként is megjelenő koponya pedig egyszerre jelképezi a halandóságot és a megváltást. A csontember, az izomember a középkori misztériumjáték ismert allegorikus figuráját, Akárkit juttatja az eszünkbe, aki akkor dőbben rá önnön egzisztenciájára, amikor eljön érte a halál.

A pátosztól az objektivitásig

Andreas Vesalius korszakalkotó munkájával az anatómia története fordulópontjához ért, hiszen előtérbe került a független kutatás és



Jacques-Fabien Gautier Dagoty: Női hát (1746)

megfigyelés. Számos anatómus folytatta az anatómiai alapismeretek feltérképezését a következő évszázadokban. A 17. század közepétől az anatómiai kutatások már hangsúlyosan a patológiai anatómia felé fordultak. Az anatómiai illusztrációk is egyre pontosabbá váltak a 16. század közepétől, de az ismereteket bemutató rajzok még a 18. században is felvonultatják azokat az esztétikai megoldásokat és morális tartalmakat, amelyeket Vesalius műve tett közismertté. Ez a többlettartalom azonban rezonált az adott korszak eszmetörténeti és stílustörténeti jellegzetességeire.

Nézzük meg például William C. Cowper angol sebészorvos „Anatomia corporum humanorum” című munkájában (1750) a női testek ábrázolását. Észrevehető az eltávolodás a középkor moralizáló gondolkodásától és allegorikus ábrázolásmódjától. Az arc és az éppen nem releváns testtájak lepellet vannak leborítva. Ez elszemélyteleníti a testet, de kissé tárgyiasítja is. A kép elveszíti az „egész emberre” vonatkozó egzisz-

tenciális jelentését, helyette drámai díszletelemként jelenik meg a felnyitott testtáj egyedi formája, és közvetlenül jeleníti meg egy érzelmi és gondolati élményt. Ezek az anatómiai rajzok gyönyörű, drámaian beállított testeket mutatnak, amelyek naturalisztikus részletességgel és szinte kézzel érinthető plasztikussággal tárulnak elénk. Szépségük egyszerre veszendő és szemet gyönyörködtetően szoborszerű, néhány képen talán erotikus is. A takaró drapériák egyaránt sugallnak elleplezést és a lepel kíváncsi félrehúzását; védik a holttest méltóságát, és fókuszált jelentőséget adnak annak, amit mégiscsak láthatunk. A barokkos fény-árnyék dinamika tovább fokozza ezt az intenzitást, az érzelmi összehatás pedig inkább felkavaró, izgató és groteszk, nem emlékeztet a Vesalius-illusztrációk megrendült-ségére.

A női alakok megjelenítése igen sokáig kötődött az aktábrázolás képzőművészeti klasszikusaihoz. Ez egyfajta kulturális garanciát jelentett arra, hogy a bonctani ábra az illendőség elfogadható keretein belül maradjon akkor is, ha meztelen női testet mutat be. A Medici-Vénusz, a Szemérmes Aphrodité néven ismert Praxitelész-szobor másolata például sok anatómiai illusztráción felbukkan. Nem csoda, hiszen azon a nőalak szemérmes gesztussal eltakarja a mellét és ágyékát. Idealizáltan szép, közben pedig az erotikus-ságot legalább szándékában kizáró gesztust tesz. Hieronymus Leopold Baccheton anatómiájában (1740) egy „anatómiai Vénusz” hasonlóan szemérmes gesztussal húzza szét a hashártyáját, hogy megmutassa a várandós méhét, a fejét pedig bájosan jobbra dönti. Vénusz kezei az eredeti helyükön maradtak, csak éppen közéjük került egy felnyitott méh. Vizuális gagnek is vélhetnénk ezt, ha a nőalak nem ugyanazzal a szelíd tisztsággal nézne közben, ami az egész képet átszelle-míti.

A 18. században már találkozunk olyan képzőművésszel, akit a felnyitott test látványa elsősorban művészileg izgatott, nem pedig az volt a célja, hogy funkcionális anatómiai ábrákat hozzon létre. *Jacques-Fabien Gautier Dagoty* francia festő az 1700-as évek végén elmerült a hirtelen megnyíló test borzalmában és izgalmasában. Boncolásokon készített festményeit akkor forradalminak számító technikájú színes nyomatokkal tette ismertté. Szívesen játszott a tökéletes női testek vonzó szépségével, amit felkavaróan ellenpontosztak a kilógó izmok, erek vagy éppen a belső nemi szervek. Gautier eleinte anatómusokkal dolgozott együtt, később állítólag ő maga kezdett boncolni. A fedetlen vállakat, kebleket ábrázoló képei miatt gyakran érte a vád, hogy az elsődleges

szándéka a vágykeltés. Más, szintén igen festői képei viszont anatómiai könyvek illusztrálására szolgáltak.

Amikor a makroszkópos anatómiában jelentős fejlődés már nem történt, a 17. században a technikai fejlődésnek hála elérkezett a mikroszkopikus anatómia korszaka, de az anatómiai tudás leképzésére továbbra is a rajz volt alkalmas. A 19. században aztán a fényképezés is szerepet kezdett játszani benne, majd megjelent a testbe be nem hatoló vizsgálódási mód, a röntgentechnika. A számítógépes tomográfia tovább mélyítette a képalkotás lehetőségeit, és ma már multimédiás eszközök is megkönnyítik az anatómia tanulását, térben teljesen megforgatható 3D modellekkel. Virtuálisan újra és újra lejátszható boncolások segítik az orvostanhallgatókat, például a Visible Human Project.

A bonctani ábrák azonban mindvégig megőrizték a fontosságukat, főleg az egészségügyi képzésben. A 19. századi illusztrációk már a tudományos megfigyelés eredményét közvetítették teatralitás, moralizálás vagy érzelmi impulzusok nélkül, és elmaradtak a kiegészítő szimbólumok és kerettémák is.

Anatómia a képzőművészet szolgálatában

Leon Battista Alberti olasz humanista művész már 1430-ban azt az eljárást támogatta, hogy ha ruhába vagy leplekbe öltözött embert szeretne ábrázolni egy festő, akkor először meztelenül, az izomzatot kidolgozva skiccelje fel a testet (figyelve a mozdulat, testtartás jellegzetességeire), majd öltöztesse fel a kétdimenziós „babát”. Segédeszközként Alberti az ókori szobrokat vagy a meztelen modelleket ajánlotta – ki mihez fért hozzá, és mire volt pénze. A legutódatosabb megoldás pedig az volt Alberti szerint, ha a festő ismerte annyira az emberi anatómiát, hogy nemcsak a meztelen testet tudta leplekbe burkolni, hanem a csontoktól elindulva ráhelyezte az izmokat-inakat, majd a bőrt az elképzelt alakra.

Leonardo is hangsúlyozta, hogy a képzőművészetek gyakorlásához fontos az anatómiatanulás. A részletek kidolgozása is sokkal finomabb lesz tőle, nemcsak az egész test szerkezete és dinamikája válik élethűvé. Az „izomember”, az écorché így lett a képzőművészeti emberábrázolás egyik fontos szereplője, az arc személyességével szemben a test részben láthatatlan, a bőrfel-színen és a felépítésben mégis megjelenő struktúráját képviselve.

Ez a képzőművészeti törekvés az elmúlt közel 600 évben nem sokat veszített az érvé-

nyéből, bár a realista ábrázolástól való eltávolodás hullámokban újra és újra jellemző volt a 20. század képzőművészetében. A rajzos anatómiatanulás az emberábrázolás előkészítéseként és a pontos megfigyelés magasiskolájaként máig szerves része a képzőművészeti tanulmányoknak. Az úgynevezett művészeti anatómia ma is olyan ismereteket nyújt az emberi test szerkezetéről, működéséről és formáiról, amelyek segítségével a rajzoló kétdimenzióssá absztrahálhatja a térbeli, statikus vagy mozgásban lévő testet. Ez nem lehetséges a formák mély megértése és szerkezeti összefüggéseik átlátása nélkül. Az orvosi anatómiával ellentétben a művészeti anatómia nem foglalkozik a belső szervekkel, az viszont érdekli, hogy a test részei hogyan néznek ki különböző szemszögekből.

Az anatómiai szemlélet képes leválasztani a látást a korszak aktuális szépségideáljáról, a testre vonatkozó divatokról, és arra fókuszálja a figyelmet, ami az adott testet valóban jellemzi fizikailag. Az európai országok képzőművészetében jó ideig az itáliai anatómiai ábrák jelentettek példaképet; még Dürer anatómiai tanulmányai is jelentős részben korábbi itáliai rajzokra támaszkodtak (bár őt inkább az arányok tana foglalkoztatta). A különböző nemzetek első művészeti anatómiakönyvei jellemzően olasz művek másolatai voltak, például az 1706-ban kiadott első ilyen tárgyú német mű.

A teljesség igénye nélkül, csak a téma részleteinek érzékeltetése érdekében álljon itt egy kis felsorolás a nagy művészekről és képzőművészet iránt érdeklődő orvosokról, akik hozzátettek valamit a művészeti anatómia fejlődéséhez: a boncolások Passerotti, Calvaert, Carracci, Tintoretto művészeti iskoláiban; Dürer, Holbein, Grünewald, Caravaggio, Leonardo holttesttanulmányai; Rembrandt vizsgálódása a holttesteken és csontvázakon; a szem anatómiájának feltérképezése (Leonardótól a 19. századi német Carl Gustav Carusig, aki orvosként és festőként egyaránt ismert volt), vagy éppen a koponyát és az arccsontokat alapul vevő portréábrázolás (Leonardótól Schadowig).

A holland anatómiaprofesszor, Petrus Camper például 1770-ben két előadást is tartott az amszterdami képzőművészeti akadémián arról, hogy Vitruviustól Dürerig helytelen volt a koponyaábrázolás annyiban, hogy az emberi fejet minden életkorban ovális alakúnak mutatták. Camper ismertette a saját portrérajzolás módszerét: a fej formáit aszerint képezte le, hogy annak egyes részei, például az orr és az

áll milyen szöveget zárnak be egymással. Kimutatta, hogy ezeknek a szövegeknek a segítségével jobban megragadhatók a különbségek egy fiatal és egy idős, vagy például egy ázsiai és egy europid arc között. Vázlatai és módszere tankegyetben terjedtek később, és mindmáig használatosak.

Az állatok, főleg a lovak szintén a test iránti érdeklődés középpontjában álltak, mind rajzokon (például Leonardo), mind kis makettekben (például Carpeaux, Dalou) igyekeztek anatómiai pontos ábrázolást nyújtani, megvizsgálva és megmérve az egyes fajtákat.

Az „úttörő” évszázadok elteltével is komoly jelentőségű volt egy-egy olyan mű, amely összegezte és a kor vizuális ízlésére fordította a művészeti anatómia tanait. Például a francia Paul Richer könyvei: ő a 19. század végén és a 20. század elején írta nagy összefoglaló munkáit a témában – közben pedig Jean-Martin Charcot asszisztenseként a hisztériával és epilepsziával foglalkozott, majd a Salpêtrière kórház laboratóriumának vezetője lett. A legelismertebb „művészeti anatómus” Magyarországon pedig talán *Barcsay Jenő* (1900–1988) volt. „Művészeti anatómia” című műve 1953-ban jelent meg először; most talán a 17. újranyomáznál tart itt hon. A külföldi kiadásokat pedig megszámolni sem egyszerű, olyan sok nyelvre lefordították már az albumot. Barcsay eredetileg saját főiskolai munkája érdekében állította össze a tudományosan is szakszerű művét, de képzőművészként is foglalkoztatta az emberi alak és a tér kapcsolata, illetve a tisztán geometriai megközelítés, a tér- és formaviszonyok. Anatómiai rajzai finom kidolgozottsággal egyesítik ezt a kétféle megközelítést.

Milorad Krstic kortárs képzőművész alkotása, az „Önarckép Barcsay Jenő anatómiai rajzával” ironikusan nyúl vissza Barcsay nagytekintélyű művére. A kissé majomszerű figura komoly arccal viseli a teste feltérképezését (fél oldala ugyanis az izmokig le van bontva). Olyan, mint egy fekete-fehér igazolványkép, ahol az alanynak igencsak megvolt a véleménye a „hivataloskodásról”, de megpróbált megfelelni az elvárt megjelenésnek. A fejére, mint a koponyacsontok határvonalai, utcatérkép vetül, benne egy pop-art nőalakokkal. A művészeti előképek, az ember és a környezetének normatív konstrukciója látható egy arcra vetítve, csak a nőalak, ez az ezerszeres ismétlésben sokszorosított pop-art ikon ad egy kis személyességet neki – ha ad egyáltalán. Ami igazán személyes itt, az az önmegértés és önábrázolás gesztusa, az, ahogyan az ironikus önarcképet készítő művész szembenéz önmagával.

A realista ábrázolástól elszakadó anatómia

A 20. században a növekvő lélektani érdeklődéssel és a társadalom individualizálódásával párhuzamosan több alternatív művészeti nyelv is kialakult, amelyek a modern ember feltérképezésével foglalkoztak. Az a tudás, jelentésmező és formakincs, amit az emberi test belsejéről évszázadok alatt felhalmozott az emberi kultúra, az avantgárd irányzatokban az eddigitől eltérő képzőművészeti szerepet kapott.

Az első világháború után, 1921-ben Max Ernst, a berlini dadaizmus egyik ilusztris képviselője megalkotta az „Anatómia mint menyasszony” című képét. A kopasz, felboncolt, szoboryszerű emberalak kádszerű ravatalon fekszik, a teste részben felnyitva. Mesterseges, gépi szerveket láthatunk benne. Jobb alkarja és keze mintha művégtag volna. Ernst a német légierő egyik kiadványából vágta ki és ragasztotta össze a kép egyes részeit, leszámítva a fejet és a vállat. Az, hogy a művész egy hadi repülőgép szerkezeti elemeiből formálta meg a hordágyon fekvő, feltárt halottat, a háború egyik áldozatát, mindenképpen hozzátartozik a kép jelentéséhez. A légcső például egy gépfegyver célzó távcsöve. A belső szervek anatómiai pontosságra felületes, három aspektus fontos csak belőle: a test feltárása, a struktúra meglátása és a hideg, tárgyiasító tekintet, amely a holtat nem meggyászolandó emberként, hanem felnyitott rendszerként mutatja be.

Joseph Hyrtl (kismartoni születésű) bécsi anatómus még így fogalmazott a 19. században: „Az anatómia (...) tönkretesz egy tökéletes szerkezetet, hogy a szellemével ismét felépítse azt, úgyszólván újraalkossa az embert. Ennél fenségebb feladatot az emberi szellem el sem képzelhet magának.” A világháború felől nézve azonban meglehetősen más kontextusba került „a testek tönkretétele”, ahogy az emberi szellem fenséges feladatait is megkérdőjelezte a nagyüzemi halálgyártás. Legalábbis ilyen kiábrándultság, kiszolgáltatottság és gyász sugárzik számos háború utáni művész alkotásaiból. Az „anatómus pillantása” is hideggé, kíméletlenül és embertelenül objektívvá változott a 20. század képzőművészeti fantáziájában. Az anatómia tudománya, amely egykor az emberi létezés megismerését és egy tökéletes szerkezet bemutatását tűzte ki célul, a szakmán kívüli



Szürrealista anatómiai kollázs (Ffo kortárs orosz művész munkája)

befogadói számára zavaros, sötét törekvésekkel asszociálódott. (Lásd Thomas Mann *Varázsgyében*: „a sír gyanús anatómiája”). Az indusztriális elidegenedés, a háborús traumák, a tudományos és technikai fejlődésbe vetett hit csökkenése egyaránt hozzájárulhatott ehhez, ahogy az is, hogy az orvosi ellátás intézményesülésével a haldoklás és halál békeidőben is kikerült az otthon falai közül.

Max Ernst egy másik, 1922-es kollázsának címét idézve: „eye is open but it can't see” („felnyitva a szem, de nem lát”). Az embert tömegként kezelő intézményekkel szembeni bizalmatlanság találkozik azzal az élménnyel és kulturális toposszal, amit röviden így szokás összefoglalni: a modern ember elidegenedése önmagától. Nem véletlen, hogy Hans Bellmer 1934-es *Babája* is egy értelmetlen, gépi belső struktúrát láttat. A Baba kívül-belül torzó. Sem a bőrfelülete nem alkot megbonthatatlan egységet, sem a belső szerveinek a rendszere nem kecsegtet mérnöki tökéletességgel. Sem Istennek, sem a természetnek nem remekműve ez az emberbáb. De pont ebben van az ereje és a fontossága: Max Ernst



Az őrületről őrülteknek és másoknak

Képesen képesek olyan összefoglaló munka megírására, amely egy szakterület történetének átfogó képét szakmailag hiteles, mégis közérthető stílusban képes közvetíteni. Talán ez lehet azon olvasók tapasztalata, akik megismerkednek *Andrew Scull* legújabb, 518 oldalas könyvével, mely magyar fordításban *Az őrület kultúrtörténete* címen jelent meg a Corvina Kiadó gondozásában 2017-ben. Mesterházi Mónika fordítása tartalmában és a téma sokrétegű szakirodalmához mért elvárásoknak megfelelő igényességgel tárja eléünk az őrület kultúrtörténetét. Ugyanakkor már maga a cím fordításának szóválasztása kétségek közé sodorja az etikai normáknak is megfelelni vágyó olvasót: „őrület” olvasható mentális zavar, pszichiátriai betegség, vagy akár lelki probléma helyett. Szakmai szempontból is kérdéseket vet fel az eredeti „*Madness in Civilization*” szabad átfordítása, hiszen kultúrtörténeti értelemben a téboly kifejezés fogalmilag több metafizikai jelentéstartalommal telített, s így jobban jelölhette volna a könyv elsőre rendkívülinek tetsző célját: demonstrálni az orvoslás hatáskörén túlmutató *őrület* rejtély jellegét, a mindenkori társadalmi kontextusában megragadható kipányvázatlanágát, irracionálisának felszínre törekvését. Mindemellett igaz a borítószöveg állítása: Scull szociológiai igénytelé írt műve nagyszabású, igényes kalauz, melynek minden pszichiáter és pszichológus, valamint a pszichiátria ügyeit érintő politikai döntéshozó olvasmányai közt szerepelnie kell.

Mindjárt a könyv első fejezete fontosnak tartja pozicionálni a pszichiátriát az őrület történetében. Eszerint a „pszichiátria” szó csak a 19. században született meg, Németországban. Az angol nyelvű világban előzőleg *bolondorvos* névvel illették az őrületre szakosodókat. Csak amikor már túlzottnak tűnt a kétértelműség és a megvetés – a szóban rejlő sértés –, akkor kezdett a szakma egy sor alternatívából válogatni, különösebb preferencia nélkül: *elmeorvosintézet*i főigazgató, orvos-pszichológus vagy alienista, azaz elmeorvos. Scull szerint az elmezavar angol specialistái éppen a pszichiáter címkét nem tudták elfogadni egészen a 20. század első évtizedéig.

Scull nem válik meg a klasszikus lineáris történeti modelltól és az őrület archeológiáját az ókori alapoktól kezdve göngyölíti, így az őrület hippokratészi nedv- és agykórtanától kezdve a római és korabeli kínai hagyományokig számos

példát nyújt annak szemléltetésére, miként magyarázták az őrület jelentkezését. Jellemző volt mind a nyugati, mind a kínai hagyományra a sámánokhoz, hittel gyógyítókhoz való odaforodulás, a holisztikus szemlélet. Míg azonban a nyugati orvosok végül külön szakirodalmat állítottak össze az őrület eredetéről és kezeléséről, ilyen jellegű doktrínák és javasolt terápiák Kínában nem születtek.

A könyvben a szemünk előtt vonulnak végig Róma, a Keletrómai Birodalom, majd egy következő fejezetben a mi nyugati kultúránkkal párhuzamosan épülő iszlám kultúra őrülettel kapcsolatos hagyományai. Megtudhatjuk, hogy az arab orvostudományt kifejezetten a nem muszlimok hozták létre, hanem zsidók vagy keresztények s közülük is a leghíresebb orvos *Ibn Színá* (Avicenna) volt, a perzsa polihisztor, akinek 1025-ben elkészült Orvosi Kánonja az arab hagyomány legbefolyásosabb orvosi gyűjteménye. Ebben Avicenna a téboly ellen javasolt kamillát, gránátalmát vagy körte levét, fekete hunyort, levendulát, kakukkfűvet, a fejre tejes borogatást és olajokat. Híve volt a testi fenyítésnek, amivel szerinte értelmet lehetett verni az elvadult lényekbe.

A fentiekhez hasonlóan a történelmi elemzés részletes közelképével szembesülhetünk az őrület spirituális megközelítése és a démoni megszállás hitének példái kapcsán, majd megvilágításra kerül az a jelentős fordulat is, amikor a 11. századtól az éppen születő orvostudomány „beszállt” az őrülettel kapcsolatos társadalmi „vitába”, noha jellemző volt erre a periódusra a vallásos, illetve az újra feléledő hippokratészi elképzelések iránti igény keveredése. A 16. század végéig folyamatosan épültek az első asylumok, és bár 1247-ben már megalapították a Bedlamet, a betegek száma csak a 17. század végére emelkedett száz fölé.

Scull sorait követve borzongva szembesülhetünk annak a mintegy százezer „boszorkánynak” a sorsával is, akiknek ugyanebben a században az őrület démoni megszállással való magyarázata miatt kellett máglyán, kínzások közepette elpusztulnia. Eddigre már kellő adalékot halmozott fel az író annak érzékeltetésére, hogy milyen kétségbeesett szélmalomharcot folytattak már eleink is az őrület meghatározására. S mégis, az mindig újra meg újra kicsúszott hozzáértői kezei közül, mígnem érdekes módon alakot nem öltött valami teljesen más formában.

A könyvet olvasva Scull szövegéből kitűnt a mintázatkérés és a szintézis igénye egyaránt. Felismerhetjük, hogy az őrülettel szembeni viszonyunk durva becsléssel élve az idők során mindig az elvont-transzcendens és a materiális-

organikus dimenziók kettősségében ingázott. Egy elvont spirituális hagyományt szinte mindig a kiábrándultak anyagelvű „rendrakása” követett, így váltotta fel az örület feltehetően sámáni, spirituális megélését és a vele való egylényegűséget a görög–római antikvitás észelvű és agyközpontú hippokratézianizmusa, hogy aztán ismét az ember fölé magasodjon a kereszténységhez köthető vallásos, megszállásos elképzelésekben. A változást azután az orvostudomány újult szárba szökkenése idézte elő s az örület megint az agyba helyeződött, ahogy azt például *Andreas Laurentius* (1560–1609) vallotta (szerinte egyes esetek „az agy egyedül és kizárólagos hibájából erednek”). Mindezt azonban már korábban fellazította az alkímia és a melankólia asztrológiája híveinek népes tábora, közülük például *Richard Napier* (1559–1634), kortársa, *Galilei* (1564–1642), és később maga *Isaac Newton* (1642–1727) is.

A könyvet lapozó és az örület végtelen számú variációján tűnődő olvasóban időnként felmerülhet a kérdés, hogy hová helyezték az örülteket a régiek és hogy lehet az, hogy ami kezdetben csak 100 örült (se) volt, az ma már több millióra rúg világszerte? Az író választ kínál erre is, ugyanis feltárja előttünk a tébolydák, így többek közt a holland, az angol, a német és a francia dologházak szerveződéstörténetét. Megdöbbenhet minket az a különös tény, hogy a 30 ezer fős Montpellier-ben, Dél-Franciaországban a 17. század végén együtt sem tartottak fogva húsznál több örültet. Ráadásul a fogva tartott örültek gondozását katolikus nővérek látták el, a probléma társadalmi volt, nem orvosi. Vagy az, hogy 1770-ben a párizsi parlamentben már rendszerezen tiltakoznia kellett az ellenzéknek a politikai pszichiátria beszüntetése ellen, vagyis, hogy a kor nyelvén hitelesen szóljunk a *lettres de cachet* jogi formulája ellen, melynek alkalmazásával bárki bezárathatott bárkit tébolydába, legyen szó nemkívánatos rokonról, vagy a király ellenfeleiről.

A növekedő igény miatt a 18. századra a dologházak tébolydákka nőttek ki maguk, a bezárt engedetlenek száma óriási mértékűre nőtt és a leírhatatlan körülmények között összezárt emberek testi fegyelmezése is széles körű divattá vált. A század a furmányos fizikai terápiák és az örület testbe zárásának időszaka, számos találmány (forgószékek, sötétkamrák, fejrázó szerkezetek, vízbemerítők) szolgálta a lelkes tudósokat. A *Willis*, *Cheyne*, *Boerhaave* és *Rush* nevével fémjelvezhető orvosi terápiák a nedvkórtan, az idegtan, a frenológia és az örökléstan brutális változatát hirdették. S lám, még ekkor is tovább élt az örület „átlelkésített” felfogása a *Tuke*-, *Pinel*- és *Pussin*-

féle morális terápiák képében, mely jelentős áramlattal bírt a 18. századi Franciaországban.

De nem állíthatta meg ez sem a 19. század közepéig terjedő Nagy Bezárás folyamatát, mely az állami költségen épült elmeegógyintézetek és az Európán kívüli birodalmi pszichiátria elterjedésének kora. Scull megfogalmazásában: „Az orvosok törvénybe írt és szokásjogban szentesített uralomra tettek szert az elmeegógyintézet-birodalom és az elmebajosok egyre bővülő, intézményesített serege fölött.” Azonban az 1840-es évekre az orvosoknak be kellett vallaniuk, hogy a dementián kívül az elme zavarának semmilyen más formáját nem lehet kiolvasni az örült agyából. Minden ilyen törekvés kudarcot vallott. Nem mintha ezen kudarcok hatására bárki megkérdőjelezte volna, hogy az elmebetegség testi zavar. Ugyan miért? Azzal az állítással, hogy „az elmebaj tisztán az agy betegsége”, együtt járt, hogy „most már az orvos az elmebajosok felelős gondnoka, és annak is kell maradnia”.

Mi történt tehát a 19. századtól fogva? Vajon pusztán az örület sokat emlegetett medikalizációjáról van szó, melybe ópiumtapasszal a homlokunkon hátradőlve bele kell nyugodnunk, vagy esetleg igaz a Scull által idézett egyik philadelphiai orvos megjegyzése: „*vajon a társadalom legmagasabb kulturális állapota megéri-e azt az árat, amelybe a hátrányai kerülnek*”? Tény, hogy a 19. század utolsó harmadában már újra elégedetlenség lett uralkodóvá a társadalom szélesedő tömegeiben és az elmeegógyintézetekben is ezek a tömegek feküdtek. A pszichiátria ismételt kudarcot vallott agyi hipotéziseivel. Tegyük hozzá jelenkorig húzódó tapasztalatunk alapján: nem először, és nem utoljára.

Némi csalódással tudjuk meg, hogy a degeneráció elmélete ezúttal is kimentette a pszichiátriát módszertani magánzárkájából, mégpedig *Augustin Morel* (1809–1873), *Charles Darwin* és *Jean-Baptiste Lamarck* (1744–1829) segítségével. *Griesinger* 1861-es pszichiátriai tankönyvének újbóli kiadása ráadásul újra fellendítette az agyanatómiai kutatást a pszichiátriában. Innen már szinte egyenes út vezetett az örökléstan elvek amerikai sterilizációs törvényekben és a náci eutanáziaprogram orvosi ideologizálásban való felhasználásáig. Franciaországban a hisztéria kezdte el megírni saját különös történetét s a két világháborúval érkező, a gránátsoktól a poszttraumás stressz zavarig húzódó episztemológiai kört is áttekinthetjük, ha Scull sűrűn adatolt szövegét célirányosan forgatjuk.

Nem maradnak azonban információ nélkül az örület exkluzív kóroktani feltételezései történetét kutatók sem: rövidebb összefoglalások tájrák

fel az őrület bakteriális, láz-, sokk- és idegsebészeti terápiáinak történetét, melyek közül egy sem érte meg a hiteles és etikailag elfogadható orvosi gyakorlatban való elterjedést. Ez alól a lobotomia kivétel, melynek sajnos százezrek estek áldozatul és – az elektrokonvulzív terápia történetéhez hasonlóan – a 20. század történelmének és a pszichiátria oktatásának méltatlanul elhallgatott, bagatellizált fejezetei közé tartozik. Talán a fejezetek néhol megcsillanó pártatlan kritikai hangvétele is segíti elsajátítani azt az olvasói magatartást, melyet a mindenkor értelmező és kételkedő ismeretszerzési stílus, nem pedig a társadalmi (politikai, professzori stb.) tekintélyek kijelentéseit emésztetlenül és kérdés nélkül elfogadó fogyasztói attitűd jellemez.

Nem lett volna teljes a mű, ha kimarad belőle a pszichoanalízis történeti összefoglalása, ezúttal elsősorban az amerikaié, azonban figyelemre méltó következtetéseivel ez a rész is szervesen ágyazódik *Az őrület kultúrtörténete* többi fejezete közé s hangsúlyozza a pszichoterápiás hagyomány eredetiségét, túlkapásait, végső soron annak égető szükségét, hogy e hagyomány (az őrület beleérző, a megértés kísérletét előtérbe helyező szokása) nem rendelkezhet kívül az orvosi vagy pszichológusi munka gyakorlatán.

A könyv vége felé közeledve az olvasásban a nagy amerikai elmeegógyintézetek (s pár évtized késéssel az európaiak) amortizációjáról, bezárásáról, illetve az alternatív és közösségi pszichiátriai mozgalmak születéséről kapunk hírt. Ebből az időszakból származik az elmekórházakról szóló leghíresebb és legszélesebb körben olvasott szociológiai kritika, melyet a Chicagóban végzett szociológus, *Erving Goffman* (1922–82) írt, címe: *Az elmeegógyintézetek: esszé a mentális betegek és más intézményben élők társadalmi helyzetéről*. Érdekes tudni ezek kapcsán, hogy Olaszországban például 1978-ban hirtelen hozták meg a *Legge 180-at*, azt a törvényt, amely megtiltja a hagyományos elmekórházakba való további betegfelvételt, valamint ilyen intézmények építését. A törvényt informálisan csak *Basaglia-törvényként* ismerték, legfontosabb szövegezője, a pszichiáter *Franco Basaglia* (1924–80) után, akire bevallottan hatottak *Erving Goffman* és a totális intézmények más amerikai kritikusai. (A *Basaglia* tanítványi köréből származó *Serena Govjelsheck* ma is ezen elvek mentén működteti a trieszti pszichiátriát Olaszországban, vendégelőadóként hazánkban is részt vett a XIX. Közösségi Pszichiátriai és Addiktológiai Konferencián Budapesten.)

A gyógyszerforradalom látványosan nem oldotta meg, bár átmenetileg talán segítette a természettudományos értelemben hitelvesztett pszichiátriát abbéli küszködésében, hogy hatékonynak mutakozzon, közben bizonyítékalapúsága lassan befolyásalapúsággá változott. Ma már részletesen feltárt tény, hogy a gyógyszerceges támogatások motorizálják a pszichiátriai ellátást, különösen azokban az országokban, ahol az állami büdzsé nem elegendő a WHO-javaslatok foganatosítására. Mindaddig a krónikus pszichiátriai betegségek krónikusan hajtják a hasznót is. Választ kapunk a mentális zavarok arányának ugrásszerű növekedésére is, amennyiben igaz, hogy a diagnosztikus kritériumok lazulása a pszichiátriai diagnózisalkotást támogató útmutató kézikönyvek meg-megújuló kiadásában folyamatosan nyomon követhető.

„Ez különösen nyilvánvaló a fiatalok esetében, bár nem szorítkozik csak rájuk. A fiatalok »bipoláris zavar« például mindössze egy évtized alatt, 1994 és 2004 között a negyvenszeresére emelkedett. Kitört az autizmusfertőzés is: a korábban ritka egészségügyi problémát, amelyet ugyanennek az évtizednek az elején ötszázból egy gyereknél fedeztek fel, tíz év múlva már minden kilencvenből egy-nél megtaláltak. (...) A felnőttek körében 2007-re minden hetvenhatodik amerikai megfelelt a mentális fogyatékek alapján járó szociális támogatásnak. (...)”

„De vajon az őrületet, e legmagányosabb nyomorúságot és legtársadalmibb kórt, redukálni lehet a biológiára, és csakis a biológiára?” – teszi fel a költői kérdést a neves professzor könyve végén. Ha a kedves Olvasó visszafojtott lélegzettel várta a megoldást az őrület „problémájára”, akkor sajnos csalódnia kell. *Scull* nem esik abba a hibába, mint annyi más szerző, hogy a téboly értelmezési keretét a sajátjára szűkítené le. Épp ellenkezőleg: kaleidoszkópszerű bemutatóval érzékelteti, mennyi rejtélye van még természetünknek, melynek a téboly éppen úgy ősforrása, ha úgy tetszik, filozófiai értelemben vett ontológiai alapja, egyúttal fanyar termése is, melyből kénytelen-kelletlen fogyasztunk, mi, posztmodern Ádámai és Évái a téboly és egy pszichiátria kultúrtörténetének.

dr. Gajdos Ágoston
pszichiáter

Andrew Scull: Az őrület kultúrtörténete
Budapest: Corvina Kiadó; 2017. 520 oldal
ISBN 978 96 3136 398 2

LOGIC
IS
ALWAYS
WRONG



Julian Rosefeldt, Manifesto, 2015 © Julian Rosefeldt and VG Bild-Kunst, Bonn / 2018.

MANIFESTO

JULIAN ROSEFELDT FILMINSTALLÁCIÓJA

2018. MÁJUS 30. – AUGUSZTUS 12.

MAGYAR NEMZETI GALÉRIA

MANIFESTO has been co-commissioned by the ACMI – Australian Centre for the Moving Image Melbourne, the Art Gallery of New South Wales Sydney, the Nationalgalerie – Staatliche Museen zu Berlin and the Sprengel Museum Hannover. The work is co-produced by the Burger Collection Hong Kong and the Ruhrtriennale. It was realized thanks to the generous support of the Medienboard Berlin-Brandenburg and in cooperation with Bayerischer Rundfunk.

Szakmai partner:



Együttműködő partner:



Médiatámogatók:

múlt-kor

VASÁRNAPI HÍREK

artmagazin

PESTI 441

FÖLDGÖMB



műtárgy.com



Frida Kahlo. Önarckép majmocskával.
Museo Dolores Olmedo, Xochimilco, Mexikó
© Erik Meza | Javier Otaola

*Frida Kahlo.
1945.*

FRIDA KAHLO

REMEKMŰVEK A MEXIKÓVÁROSI
MUSEO DOLORES OLMEDÓBÓL

2018. JÚLIUS 7. – NOVEMBER 4.

MAGYAR NEMZETI GALÉRIA

Főtámogató:



Kiemelt támogató:



Együttműködő partnerek:

AIRFRANCE

SOFITEL
HOTELS & RESORTS

SRE
REKONSTRUKCIÓS ÉRTÉKELŐ



EMBAJADA DE MÉXICO
EN HUNGRIA

MUSEO DOLORES
OLMEDO

múlt-kor artmagazin

VÁSÁRNAPI HÍREK

PESTI4SI

ELLE

ÓTÖLDGÖMB

jazy

Radio 105.7

IME

IAM

BUDAPEST

Info

műtárgy.com

am

fidello