



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

Az engeli biopszichoszociális modell

Tudományelméleti alappozícióból levezetett
orvosi szereptartalom

KŐMÜVES SÁNDOR¹

ABSZTRAKT

Jelen tanulmány első lépésként azt a tudományelméleti kontextust kívánja rekonstruálni, melynek háttére előtt Engel kidolgozza a biopszichoszociális modelljét. Ezt követően a biopszichoszociális modell ismertetésére kerül sor. Harmadik lépésként kifejtjük, hogy az engeli modellből milyen konkrét orvosi szereptartalom vezethető le. Végezetül néhány észrevételt teszünk, mely észrevételekkel adott szempontok szerint értelmező kontextusba helyezjük az engeli paradigmát.

KULCSSZAVAK: George Engel, biomedikális modell, biopszichoszociális modell, tudományelmélet, tudományos érvelés, szereptartalom, orvostudós, tudó orvos, rendszerelmélet

ABSTRACT

The Engelian biopsychosocial model

The content of the role of the physician grounded on a theory of science

The first part of this work is an attempt to reconstruct the context of theory of science in relation to which Engel works out his biopsychosocial model. Then, an explanation of the biopsychosocial model is given. The third part explores the role content that can be derived from the Engelian model. Finally, some remarks are made, by which the Engelian paradigm is placed – in some respects – in explanatory context.

KEYWORDS: George Engel, biomedical model, biopsychosocial model, theory of science, scientific reasoning, role theory, physician scientist, scientific physician, systems theory

¹ Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, Magatartástudományi Intézet, egyetemi tanársegéd



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

„Azt, hogy az orvosok miként közelítenek a betegekhez és az előttük álló kérdésekhez, alapvetően az a fogalmi modell határozza meg, mely köré tudásuk és tapasztalatuk szerveződik.”

(Engel 1981: 101.)

Bevezetés

George Engel munkásságának recepciója rendkívül gazdag. Tanulmányunk Engel gondolatainak egy olyan szempontból elvégzett vizsgálatát tűzte ki célul, amely szempont még nem vezetett végig egy teljes elemző munkát: ez az *orvosi professzionizáció*. A dolgozat első részében a választott perspektívából ismertetjük Engel gondolatait szisztematikus módon, hangsúlyt helyezve ugyanakkor annak a gondolati háttérnek a megvilágítására (néhány elem erejéig), melyből Engel merít gondolatainak megformálása során.

Joggal kérdezheti az olvasó, hogy mi indokolhatja az orvosi szereptartalom engeli paradigmából történő értelmezésének ismertetését, mi adja a téma aktualitását? Egyfelől ma már aligha találunk olyan magyar nyelvű orvosi szociológiai, egészség-szociológiai tankönyvet, vagy magatartástudományokba való bevezetést, amely ne tartalmazná az engeli biopszichoszociális modell, vagy általában a biopszichoszociális modell, vagy szemlélet – és emellett rendszerint a biomedikális (biológiai-medicinális) modell – rövidebb-hosszabb összefoglaló ismertetését, minimum említését (pl. Buda – Kopp 2001: 11, Pikó 2002: 14–15, Pikó 2006: 16–17, Szántó – Susánszky 2006: 10, Vingender 2008: 25–26, Pikó 2012a.: 20, Pikó 2012b: 135–137, Molnár 2013: 11). Engel magyar recepciótörténetéből ugyanakkor hiányzik egy összefoglaló munka az engeli paradigmáról, illetve annak szerteágazó hatásáról, recepció-történetéről. A jelen tanulmány sem vállalkozott ennek a hatalmas munkának az elvégzésére, csupán a cím által megnevezett általános engeli keretrendszer (Engel 1960a, 1960b, 1965, 1971, 1973, 1977a, 1977b, 1978a, 1978b, 1978c, 1979, 1981, 1982, 1985, 1987, 1992, 1996a, 1996b, 1996c, 1997) adott, az alcím által kifejezett szempontból történő ismertetését és vizsgálatát végezzük el. Az összefoglalás nem specifikus, vagyis nem kizárólag a professzionizációra irányuló elemi azonban lehetőséget adnak arra, hogy *pontosabban értelmezhesük* „az engeli biopszichoszociális modell”, illetve a „biopszichoszociális szemlélet” kifejezéseket. Az ismertetés és értelmezés a *történeti magyarázó értelem* perspektívájába helyezi a fogalmakat. Hogy megérthessük azt a mögöttes tartalmat, mely többet kíván kifejezni, mint azt a történeti és közhelyeszerű ismeretet, miszerint lelki életünk és az a társadalom, amiben élünk, számos esetben hatással lehet az egészségi állapotunkra. *Többet mondunk, vagy akarunk-e/tudunk-e többet mondani ennél, amikor a „biopszichoszociális” kifejezést használjuk?*

Mint azt jelezni fogom, vannak olyan elemei az engeli modellnek – ilyen például a háttérül funkcionáló rendszerelmélet, vagy Engel helyenként erősen tudományos



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

pozitívista szemléletmódja –, mely elemek a tudományfilozófiai diskurzus mai tapasztalatának fényében már aligha tarthatók. Ebből következően majd felvethető két komolyabb kérdés: *Ha ezeket az elemeket kiemelnénk az engeli paradigmából, mennyire nevezhetnénk a modellt továbbra is jogosan „engeli”-nek?* (Például mi maradhat hasznosítható értelemként akkor, ha a modell „stabil tartalom nélküli jelölő”-vé válik? (Csabai – Molnár 2009: 41). Érezzük ki a kérdést a modell mai legitimitását illetően: *Esszenciájának számos elemétől megfosztva az engeli paradigmának, ill. a biopszichoszociális elméletnek lehet-e létjogosultsága továbbra is például orvosi szociológiai diskurzusban való, helyenként még mindig központi helyet elfoglaló szerepeltetésére?* A kérdést megítélésen szerint nem oldja meg az, ha az engeli „modell”-ből „Engel” nélküli „szemlélet”-et gyártunk, eljutva a „biopszichoszociális szemlélet” kifejezéshez. Vagy ha a modell bővítésére teszünk kísérletet, beemelve például a „spirituális” dimenziót (pl. Bokor – Andrejkovics – Frecska 2015, Túry – Purebl 2015). A kifejezés ugyanis álláspontom szerint továbbra is hordozza – noha nem expliciten, hanem a sajátos, eredetében Engelhez köthető terminus technicus („biopszichoszociális”) folytán – az engeli koncepció háttérfeltételeit (például a rendszerelméletet). Tanulmányom vége felé – kontextusba helyezve az addig elvezető engeli gondolatokat – amellet fogok érvelni, hogy tovább kell erősíteni a társadalmi tényezőknek a betegség kialakulásában, illetve az egészség megőrzésében, előmozdításában játszott olyan értelmezését, mely az engeli vagy nem engeli „biopszichoszociális” modelltől vagy szemlélettől eltérően konzisztensebb kapcsolatban áll más mai betegségmodellekkel (pl. Evans 1993, Thagard 1999). Az is tény továbbá, hogy az orvosi szemléletmód ma számos helyszínen nem hordozza a biomedikálisnak elnevezett attitűd esszenciáját, a szemléletmód jelentősen heterogénebb. Miközben természetesen földrajzilag – például egyetemeket –, különböző szocializációs közegek eredményeit tekintve jelentős eltérések mutatkoznak; sőt, egy adott közeg nem egyszer jelentős ambivalenciákkal terhelt.

Ezen túlmenően majd arra is rá szeretnék mutatni, hogy számos engeli alapgonddal valójában más szerzőktől átvett megállapítás. Ez persze önmagában még nem jelent gondot. Ugyan kinek lennének csupán eredeti gondolatai? Az eredetiség néha egy önálló szintézisben, egy eredeti konstellációban mutatkozik meg. Az engeli is kétségtelenül ilyen, megfűszerezve eredeti meglátásokkal. Ám jelezni kívánjuk: ezek a szerzők (pl. Abraham Flexner, Karl Jaspers, Jürgen Habermas) az orvosi szociológia heterogén diskurzusának egyes pontjain, helyenként mintha feledésbe merültek voltak, megjelenésük bizonyos esetekben sporadikus vagy rendkívül esetleges (pl. Scambler 2012). Érdemes a pozíciójukat tovább erősíteni a vonatkozó témák hazai recepciótörténetében, az eredeti meglátások kontextusának gyakorlati következményeit erőteljesebben hasznosítani (például az orvostanhallgatók oktatása során).

Ami egyébként azoknak a gondolkodóknak a sorsát illeti, akik szerepelnek az engeli koncepció alapvető építőkövei között, elfeledésük nem esetleges. Láthatóan, mint az egyébként oly gyakran megtörténik, Engel is példázza azt a történetet, ami-



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

kor egy adott diszciplína és praxis – jelen esetben az orvostudomány és az orvoslás – területén dolgozó személy érdeklődő módon más, a szorosan a szakmájába (a kortársak többségének ítélete szerint) nem tartozó diszciplínák eredményei iránt érdeklődést mutat, annak bizonyos elemeit be is emeli saját gyakorlatába. Ebben a gyakorlatban ezáltal tulajdonképpen ő válik adott, más diszciplínák képviselői által megfogalmazott gondolatok „szülőatyjává” és a helyi diskurzust megtermékenyítő gondolkodóvá. Félreértés ne essék, ezt a történetet nem kívánom negatív módon értékelni, sőt, úgy vélem, természetes mozgása a tudományok közötti szerencsés esetben megnyilvánuló párbeszédnek. A történet pozitív következményét a következőképpen is megfogalmazhatjuk: úgy tűnik, valójában éppen Engel érdeklődése, személyisége, illetve számos kontextuális tényező együttes összjátéka tette lehetővé azt, hogy az Engel által disszeminált betegsétiológia tudományfilozófiai alappozíciója megkezdje az orvoslás gyakorlati helyszínének áthatását, egyúttal termékeny diskussziót is indítva. Fontos következmény lett az is, hogy a ma, itthon „magatartástudományok”-nak nevezett diszciplínák irodalmának rendszeresen visszatérő, hagyományában szinte mozdíthatatlan pozíciót kivívó elemévé vált.

Az a perspektíva, melyet tanulmányunk témájául választottunk – az engeli gondolatoknak a szerepelmélet kontextusában történő értelmezése – két dologra is lehetőséget ad. Egyfelől arra, hogy rekonstruálhassuk azt a „szerepfilozófiát”, mely mintegy organikus módon adódik az engeli gondolatokból, és mint azt fentebb jeleztük, melynek átfogó, egy tanulmány jelentős terjedelmét kitevő ismertetésére mind-ezidáig még nem került sor. A kirajzolódó szerepelmélet alap építőköveire fókuszáló figyelem lehetővé teszi, hogy rámutassunk arra, *az engeli koncepcióból eredő orvosi szerepelméletnek vannak kiaknázatlan, az Engel munkásságának recepciótörténetben mellőzött, ám ma is hasznosítható elemei*. Beazonosíthatunk néhány, központi engeli gondolatok genezisést adó szerzőt (számos esetben maga Engel utal tanulmányainak főszövegében vagy lábjegyzetben a releváns szerzőkre), akik ma is értékes, hasznosítható meglátásokat jelentenek, ők ismét felbukkannak és *megjelenésüket teszik az engeli szerepelméleten keresztül*. Továbbá és végezetül, reflektálhatunk az engeli paradigmának azokra a hatáira, melyek rövid ismertetőkben rendszerint nem szerepelnek, ismeretük hiánya azonban a modell „pszicho” és „szociális” elemeit érintő valódi tartalom vonatkozásában jelentősen csökkenti a megértési teljesítményt. Tehát az elméleti konzisztencia felfejtése, mely az elmélet részleteiből összeáll, számos következmény levonását teszi majd lehetővé és szükségessé.

Az engeli értelemben vett tudománykonceptió, mint azt látni fogjuk, tulajdonképpen szükségszerű lépésként kívánja meg a gyakorló orvos kompetenciakörének tágítását, egyben azonban részleges átértelmezését is. A kompetenciák körét bővítő igénybejelentés során az orvosi gyakorlat alapvető értékkritériumának, a tudományosságának az Engel által elvégzett átértelmezése játssza a kulcsszerepet. Az Engel által kialakított szemléletmód és annak recepciója tudománytörténeti kontextusban



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

– többek között – a társadalomtudományok klinikumban elfoglalt pozíciójának az erősödéséhez is hozzájárult.

Ugyanakkor azt is látni fogjuk, hogy az emberi egzisztencia biológiai *túl* elhelyezkedő ismeretét érintő, annak az orvostudományi képzésbe történő integrációját megkövetelő engeli érv egy általános tudományelméleti alappozícióból érvel, az integráció mértékét és az orvosi attitűdben való helyi értékét egyaránt maguk ezek a tudományos kritériumok szabják meg. Az emberi (humánus) kívánalma az engeli paradigmában *nem etikai*, hanem kizárólag *tudományos* követelésként lép színre. Az etikai alappozícióról történő követelményérvényesítés hiánya a paradigma olyan sajátossága, melyet könnyedén figyelmen kívül lehet hagyni a biopszichoszociális modell tudományelméleti alappozíciójára történő reflektálás nélkül.

A következő fejezetekben az engeli paradigma lényegi és szempontunkból fontos elemeinek (re)konstrukciójára teszünk kísérletet. Az ezekben a fejezetekben szereplő gondolatok azokon a pontokon, ahol nem Engeltől idézünk, nem a jelen tanulmány írójának megállapításai. Itt Engel összekötő gondolatai kapnak helyet. Idézetek ugyanakkor, mint azt az olvasó látni fogja, jelentős számban szerepelnek. Ennek két oka is van. Egyrészt szerettem volna, ha *az engeli gondolatok magyar recepció-története gazdagodna eredeti engeli szövegrészekkel (azok fordításaival)*. Az idézetek egy másik funkciónak is a szolgálatában állnak: nevezetesen az engeli paradigma saját szavakkal történő rövid összefoglalása helyett arra törekedtem, hogy noha adott szempontrendszer szerinti összefoglalást végzek, *Engel „szavai” maximális mértékben megjelenhessenek, lehetővé téve az eredeti szövegekhez való minél közelebbi, az interpretáció mértékét minimálisra csökkentő pozíció elfoglalását*.

A biomedikális modell konceptuális tartalma

Első lépésként nézzük meg annak a modellnek a konstrukcióját, melyhez viszonyítva Engel kialakítja saját álláspontját. A modellt Engel a kortárs gyakorlatból desztillálja, és *biomedikális modellnek* nevezi el. Betegségmodellként értelmezi, vagyis olyan modellként tekint rá, amely a betegség ontológiai magyarázatát nyújtja. Emellett, mint azt látni fogjuk, a modell episztemológiai ismeretet is szolgáltat, vagyis olyan ismeretet, mellyel eljuthatunk ontológiai tárgyú állításaink tartalmának megismeréséhez.

A biomedikális modell *betegségközpontú*, nem betegközpontú (Engel 1979 [1978]: 158). Betegségfogalma, vagyis a betegség ontológiai konstruktuma a legtöbb betegség esetében biokémiai alapokra épül: „a betegség maradéktalanul magyarázható mérhető biológiai (szomatikus) változók normálértékeitől való eltéréseiként” (Engel 1977A: 130), a modell „rendszerint a specifikus biokémiai eltérést tekinti a betegség specifikus diagnosztikus kritériumának” (Engel 1977: 131). Ebből az elméleti peremfeltételekből deriválható a modell két meghatározó sajátossága. A modellt



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

jellemzi egyfelől a (1) *test-lélek dualizmus* keretében való gondolkodás. A dualizmus „elválasztja egymástól a lelket és a testit” (Engel 1977a: 130). „A dualizmus az elmének a testtől, a pszichológiaiainak a szomatikustól való elkülönültségét állítja, és nem nyújt más konceptuális keretet, mint csupán a redukcionizmust, amivel a kettőt egymással kapcsolatba lehet állítani” (Engel 1979 [1978b]: 156–157). A modellt tehát jellemzi (2) a *redukcionizmus* is, vagyis „az a filozófiai nézet, mely szerint a komplex jelenségek végül is egyetlen fő alapelvből származnak” (Engel 1977a: 130). A redukcionizmus Engel interpretációjában *fizikalizmus*,² mely „azzal a feltételezéssel él, hogy a kémia és a biológia nyelvezete végezetül elégséges lesz a biológiai jelenségek magyarázatához” (Engel 1977a: 130). Egy másik írásában a redukcionizmus lényegét „a monokausalitásra [single causes] és a fizikai-kémiai magyarázatokra helyezett hangsúly”-ban ragadja meg (Engel 1978a: 387). „A redukcionizmus azt feltételezi, hogy egy komplexebb entitást akkor érthetünk meg a legjobban, ha azt alkotó részeire bontjuk. Ebből következően az élet és a biológiai jelenségek komplexitásait, ideértve a viselkedést és a lelki folyamatokat, a fizika és a kémia eszközeivel és nyelvével kell tanulmányoznunk és magyaráznunk. A redukcionizmus a természet egy olyan szemléletét támogatja, mely szerint a természet egymástól különálló entitások lineáris ok-okozati módon szerveződő interakcióit foglalja magában, egyszerű ok-és-okozat viszonyokat. Ez a hatás fejeződik ki abban a szokásban, hogy a betegségeket nem dinamikus folyamatoknak tekintjük, hanem önálló létezőknek, eliminálásuk csupán okaik felfedezését kívánja meg” (Engel 1979 [1978b]: 157).

A betegségmagyarázat területén a modell a klasszikus *faktorelemző [factoranalytic]³ megközelítést* használja. Ez a megközelítés Engel megítélése szerint évszázadokon keresztül jellemezte a nyugati tudományt (Engel 1981: 101), a laboratóriumi körülmények között végzett kísérletek legfőbb eszköze. A faktorelemző megközelítés a klinikai környezetben akkor van jelen, amikor „egyszerre csak egy dologra fókuszálunk, és mind a diagnózis felállítása, mind pedig a terápia során egy többlépéses 'kizárásos' technikát alkalmazunk” (Engel 1981: 115). Engel egy korai, 1960-as írásában, melyben az egészség és betegség fogalmainak egy a hagyományostól – a biokémiai eltérésre épülő vagy a mechanisztikus koncepciótól – eltérő értelmezését bontja ki, a korábbi betegségelméletek alapvető tévedéseként nevezi meg az „egyetlen faktor utáni kutatást, amely faktor a 'rossz'-ért felelőssé tehető, és amit ezt követően támadásunk célpontjául tűzhetünk ki” (Engel 1960a: 49).⁴

² Fontos ez a specifikálás – amit Engel nem tesz meg minden, a redukcionizmust valamilyen formában tárgyaló írásában –, hiszen a redukcionizmus nem szükségszerűen jelent materializmust, vagyis azt az álláspontot, hogy a valóság elemi összetevői anyagi természetűek volnának. A redukcionizmus egyenlő egyfajta monizmussal.

³ A 'factoranalytic' angol kifejezést 'faktorelemző'-nek és nem 'faktoranalitikus'-nak fordítottam, hogy elkerülhető legyen a faktoranalízis statisztikai eljárásra történő asszociáció.

⁴ „hajlamosak egyetlen 'rossz' faktorra koncentrálni, amit meg kell támadnunk (vagy amit ki kell füstölnünk)” (Engel 1960b: 462).



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

A modell történeti megszületésében Engel szerint jelentős szerepet játszott, hogy a dualista emberképet valló egyház engedélyezte a holttestek vizsgálatát azon a hitbeli alapon, hogy a holttestek boncolói – mivel már csupán egy pusztán testtel van dolguk – tulajdonképpen nem árthatnak az emberi léleknek (melynek kizárólagos gondozója az egyház). Emellett azonban jelentős alapot szolgáltatott a Galilei, Newton és Descartes tudományos gondolkodását jellemző „analitikus” szemlélet is, mely arra ösztönzött, hogy „a vizsgálat alá kerülő létezőt bontsuk fel egymástól elkülöníthető ok-okozati láncolatokra vagy egységekre, melyekből – feltételezésük szerint – az egész megérthető lesz – mind materiálisan, mind pedig konceptuálisan – a részek újbóli egyesítése által” (Engel 1977a: 131). Ez a kettős háttér elősegítette a test gépként, illetve a betegségnek a gép elromlásaként történő értelmezését.

Tudományelméleti háttér: a tudomány és a tudományos módszer

Abraham Flexner 1910-ben megjelent híres, a Carnegie Foundation felkérésére elkészített *Jelentése [Flexner jelentés, Flexner Report]* az amerikai és a kanadai orvostudomány helyzetéről értekezve a *tudományosság* olyan kritériumát fogalmazta meg, melynek felhasználásával Engel képessé vált a korábbi betegségmodellbe integrálni az emberi egzisztenciának azt a dimenzióját, amit a biomedikális modell megítélése szerint szükségszerűen figyelmen kívül hagyott. Egyik írásában ezt a hiányt igen szemléletesen így fogalmazta meg: „Az ortodox orvostudomány szó szerinti és átvitt értelemben egyaránt a 'senkiföldje', olyan vidék, ahonnan 'az ember' száműzetett” (Engel 1987: 108). A biomedikális modell „nem tartalmazza a beteget és annak attribútumait mint személyt, mint emberi létezőt” (Engel 1981: 103).

Engel azt az álláspontot fogja képviselni, hogy megbízható és érvényes ismeret állítható elő az emberi egzisztencia olyan szférájában is, a szubjektivitás régiójában, ahol a biomedikális gondolkodás ezt lehetetlennek tartotta. Érvélmene során ugyanazt a legitimációs alapot fogja felhasználni, ami a biomedikális modell számára is a legfőbb instanciát szolgáltatja: a *tudományosság kritériumát*. Ezt a kritériumot azonban, mint azt fentebb jeleztük, nem ő emeli be az orvostudományról folyó nyilvános diskuszióba, hanem Abraham Flexner. Flexner ezt a kritériumot a progresszív nevelés koncepciójának a keretében értelmezi. A progresszív nevelés koncepcióját Flexner John Dewey neveléséről vallott nézeteiből (pl. Dewey 1899, 1916) vesz át. (Dewey-t Flexner egyébként egyik mesterének tekintette.)

Flexner a legáltalánosabban értett *tudományos gondolkodás* paradigmájában értelmezi a gyakorló orvos tevékenységét, gondolkodásmódját, ezzel megteremtve az elméleti lehetőségét annak, hogy a lelki és a társadalmi élet bizonyos jelenségei is beléphessenek a tudományos gondolkodás vizsgálódási terébe. A kutató és a gyakorló orvos gondolkodásmódjának eme Flexner által vallott azonossága kulcsfontosságú az engeli paradigma interpretációjához. A flexneri beszámoló következő



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

szöveghelye szolgáltatja számunkra a legfontosabb gondolatokat: „Az orvosképzés vonatkozásában konzervatív szemléletű egyén nagy jelentőséget tulajdonít annak, amit az orvosi gyakorlat és az orvostudomány közötti alapvető szembenállásnak vél. [Azonban] van-e bármifajta összeegyeztethetlenség a tudomány és az orvosi gyakorlat között? A kutató legfőbb intellektuális eszköze a *munkahipotézis*. A tudós egy adott helyzet előtt áll, amit vizsgálat alá von ahhoz, hogy az összes tényt számításba vehesse. Ezek egy cselekvési utat javasolnak számára. Kidolgoz egy hipotézist, majd ezen hipotézis alapján cselekszik. Cselekedetének gyakorlati következményei elutasítják, megerősítik, vagy módosítják elméletét. Elméje mintegy ingajáratként közlekedik oda és vissza az elmélet és a tény között – és az elmélet csupán addig a mértékig hasznos és fontos, ameddig segítségére van a tudósnak abban, hogy megértse, ismertesse, vagy ellenőrzése alatt tartsa a jelenségeket. Lényegében ebben áll a kutatás technikája. Ez ugyan milyen szempontból lehetne irreleváns az ágy mellett létező gyakorlat számára? Az orvos is egy adott helyzettel szembesül. Meg kell ragadnia annak minden részletét, de csupán a *valódi kísérletezés során kiművelt megfigyelőképesség* teheti erre képpé. A beteg története, állapota, tünetei alkotják a számára rendelkezésre álló adatokat. Ezután megalkotja munkahipotézisét, amit ez esetben diagnózisnak nevezünk. A diagnózis egy cselekvéssort javasol. Vajon igaza volt-e vagy sem? Számításba vett-e minden jelentőséggel bíró tény? Munkahipotézise ezeket a tényeket megfelelően rakta-e össze? A beteg állapotváltozása a természet által tett megjegyzés és bíráló. Az orvos szakmai kompetenciája arányban áll azzal a gondossággal, mellyel a természet által a segítségére bocsátott válaszokat kezeli. *A tudomány haladása és az orvoslás tudományos és értelmes gyakorlata, követésképpen, pontosan ugyanazzal a technikával él.* Használatához – történjen ez a kutatás során vagy a gyakorlatban – a hallgatónak képzettnek kell lennie képességei pozitív gyakorlására. (...) *A tudományos módszeren kiképződő professzionális attitűd a gyakorlati tapasztalat minden egyes részletét a hatékony nevelés további elemévé fogja alakítani*” (Flexner 1972 [1910]: 54–55, kiemelések tőlem: KS).

A *tudományos érvelés* nem jelent mást, mint „az evidencia és a bizonyíték keresését, amivel alátámaszthatjuk a betegséggel kapcsolatban tett általánosításainkat” (Engel 1985: 362). A tudományos érvelés a betegellátás kontextusában egyenlő a klinikai érveléssel. A „*klinikai érvelés* azt a folyamatot jelenti, mely során az orvos a betegről származó adatokat átfordítja az egészség és betegség számára releváns tudományok keretrendszeribe” (Engel 1973: 590, kiemelés tőlem: K. S.). A klinikai érvelésnek azonban – miként az a definícióból kiolvasható – előfeltétele a *klinikai megfigyelés*, amely a betegről származó adatok szakszerű begyűjtését jelenti. Ez magában foglalhat interjú, szükségesnek ítélt fizikai vizsgálatokat, különféle laboratóriumi és diagnosztikai eljárásokat is (Engel 1973: 590). A szükséges kimenetelt szem előtt tartva meghatározható az az eszközkészlet, amely alkalmazandó az ismeret előállítás során.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

A munkahipotézis felállításához szükséges kútfő vagy adatforrás az, ahol első szintéren Engel szerint be kell emelni a lelki és a társadalmi jelenségeket minden olyan esetben, ahol az információk releváns adatokat szolgáltathatnak a hipotézis számára. Miként azt *Az orvostudósok és a tudós orvosok* című tanulmányában írja: „Ellentétben a laborban dolgozó tudóssal, az adatok jelentős része, melyre az orvos az interpretációit, ítéleteit, és döntéseit alapozza, *emberektől származó adatok [human data]*: amit az emberek mondanak, amit tesznek, ahogyan kinéznek, ahogyan az emberek viselkednek. *Az adatgyűjtés és az adatfeldolgozás*, ebből következően, a nem emberekkel foglalkozó területen [non-human domain] alkalmazott eljárásoktól és technikáktól eltérő eljárásokat és technikákat követel meg” (Engel 1987: 109, kiemelés tőlem: K. S.).

A sajtóságosan humán, vagyis jellegében és szó szerint szubjektív szférához való hozzáférés ugyanakkor nem lehetséges magának a kutatónak a tevékenysége, a kutató aktív részvétele nélkül (egy interjú során például maga a kérdező is részese annak a kontextusnak, melyben a másik féltől származó információ feltárul). Ez azt is jelenti, hogy a közösen létrehozott és fenntartott térben a megfigyelő szubjektivitása esszenciális összetevő. Ez a szubjektivitás azonban nem pusztán az emberi kapcsolatokon keresztül megvalósuló információszerzés sajátossága, része néhány olyan természeti jelenségre vonatkozó ismeretszerzésnek is, ahol az információ hordozója nem ember. Itt Engel a kvantumfizikai ismeretek szubjektumfüggő karakterisztikájára utal, idézi Heisenberg ide vonatkozó híres megfigyelését: „Amit megfigyelünk, az nem maga a természet, hanem a kérdezői módszerünknek kitett természet” (Heisenberg 1985: 58).

A tizenhetedik századi tudományos paradigma – melynek legfőbb megtestesítői Engel szerint Newton és Descartes voltak – alapvető tévedését Engel abban látja, hogy pozíciója úgy tett, mintha az a valóság, amit a tudós feltérni igyekszik, teljes mértékben független és külsődleges lenne magától a tudóstól: ez a paradigma „a gondolatok olyan rendszere, melyben a tudósok objektív megfigyelőkként a természetet tőlük függetlennek, illetve a megfigyelői cselekedetüktől érintetlennek tekintették” (Engel 1992: 6). *A tiszta objektivitás, valamint a megfigyelőnek a külső megfigyelt tárgytól való teljes elválasztottsága* az a két kritérium, ami a tudomány szűk definícióját hozza létre. Erre a szűk definícióra Engel szerint kiváló példa Marie Curie álláspontja: „A tudomány dolgokkal, nem pedig emberekkel foglalkozik.”

A huszadik századi tudományos paradigma – melynek megtestesítői Engel szerint Einstein és Heisenberg – azonban „az emberinek a magyarázati rendszerben való nélkülözhetetlen elismerését”-t vallja (Engel 1992: 6). Ebben a paradigmában a tudomány olyan tevékenység, mely során a tudóst nem lehet elválasztani attól, amit vizsgál. Ismét Heisenberg szavaival élve (aki saját kutatási területének vonatkozásában mondta a következőt): „Amit megfigyelünk, az nem maga a természet, hanem a természet és a köztünk lévő kölcsönhatás. A tudomány a természetet úgy ábrázol-



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

ja, ahogyan az a kérdezési módunkra feltárul” (Heisenberg 1958: 81, Engel 1992: 7). A huszadik századi tudományos paradigmában tehát már nem pusztán az méltó tudományos vizsgálódásra, ami a megfigyelőtől független, objektív létmóddal bír, hanem az is, amikor a megfigyelt dolog nem elválasztható attól, aki a megfigyelést végzi, vagyis ahol a feltáruló információ részben – de ekkor szükségszerű módon – a megfigyelő szubjektivitásának is függvénye.

A medicina területén a hagyományos, tizenkilencedik századi szembeállítása a tudománynak [*science*] a gyakorlattal [*practice*]/művészettel [*ars*] azon a premiszán alapult, hogy csak az lehet tudományos vizsgálódás tárgya, ahol nincs jelen az emberi, a szubjektív. Engel szerint erre a premisszára épül a biomedikális nézet, mely szerint „a medicina csak akkor valóban tudományos, amikor testi folyamatokkal foglalkozdik, akkor nem, amikor emberekkel foglalkozik” (Engel 1992: 6). A medicina emberit érintő, és ennek a gyakorlati része (Engel 1992: 6, 1978a: 388), vagyis – máshol alkalmazott szóhasználattal - a medicina művészete (Engel 1979: 158) ebben a paradigmában „intuíción, szakmai szabályokon, aforizmákon, illetve a tapasztalt klinikusok által felhalmozott bölcsességből származó maximákon alapul” (Engel 1979: 158). A betegség kezelése a tudomány dolga, a betegről való gondoskodás pusztán művészet (Engel 1978a: 388). A huszadik századi paradigma azonban a medicina területén is lehetőséget nyújt arra, hogy tudományos vizsgálódás alá vessünk olyan történéseket is, melyek megfigyelése során a megfigyelésben esszenciális módon van jelen szubjektív komponens. Két kérdést kell itt megválaszolnunk: 1. Van-e olyan területe a gyógyításnak a klinikus munkája során, ahol ilyen történésekkel találkozunk?, illetve 2. Hogyan biztosíthatjuk az előállított adatok megbízható és érvényes jellegét?

A *klinikai találkozást* [*clinical encounter*] Engel ilyen eseménynek tekinti: „a klinikai találkozás, ami meghatározza a feltételeket és a körülményt, melyben a betegekkel végzett tudományos munka folyik, nem gátja az objektivitásnak, az adatgyűjtés egy önálló módja” (Engel 1992: 7). A klinikai érvelés számára esszenciálisak az innen kinyerhető megbízható adatok. Az orvos a klinikai találkozás folyamatában sok esetben működik egyszerre *megfigyelő* [*observational*] és *kapcsolati* [*relational*] *módban*. A megfigyelő mód működése során az érzékszervekkel (illetve „kiterjesztéseikkel”) begyűjthető adatok előállítása történik. Ilyen adat például a bőr színe, a szívverés, vagy a szérum bilirubin szint. Ezeknek az adatoknak a beszerzése nem teszi feltétlenül szükségessé a beteg aktív közreműködését. A kapcsolati mód, ezzel szemben, „arra szolgál, hogy a nyelv, a szimbólumok, a gondolatok, valamint az érzések – melyekkel a privát tapasztalat egységbe szerveződik, kommunikálódik, kapcsolatokat hozunk létre és tartunk fenn – sajátos emberi dimenziójának az adataival dolgozzon” (Engel 1992: 7). A beteg által közölt információ jelentésének tisztázásához és igazolásához a dialógus szolgál eszközzül. A dialógus itt kifejtett szerepének alapjaként Engel egy, az orvosi etikát fenomenológiai – részben jaspersi (Jaspers 1963) és részben habermasi (Habermas 1970) – szellemben megközelítő tanul-



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

mányra hivatkozik (Wiggins – Schwartz 1986). Az adatszerzésnek ezt a folyamatát Engel *résztevéő megfigyelésnek* nevezi, mely során a beteg egyszerre kezdeményező és a másik féllel együttműködő. „Az orvos (...) résztevéő megfigyelő, aki miközben figyel a beteg beszámolójára, ami adatokat szolgáltat a beteg belső világáról, elmélyed saját személyes belső értelmező rendszerében az összehasonlítás és a tisztánlátás céljából. A dialógus a médium, amely különböző szinteken magában foglalja a tárgyalgást (a tapasztalatcserét) és a kommunikációt (az információcserét). Következésképpen, a klinikai munka és a tudományos betegadatok előállítása szempontjából a *megfigyelés* (a kifelé figyelés), az *introspekció* (a befelé figyelés) és a *párbeszéd* (az interjú) alkotják az alapvető módszertani triádst” (Engel 1996a: 429, kiemelés tőlem: K. S.).

Az adatgyűjtés és az adatfeldolgozás ezen a területen azonban nyilvánvalóan csak akkor lehet tudományos, vagyis technika-alapú, amennyiben biztosítani tudja a megbízható és érvényes adatot. Ezen adatfajta előállítása a tudományos ismeret alapfeltételét jelenti: „a tudományos folyamat adott szigorú utasításokat követ, melyek végső célként a *megbízhatóság növelését és az érvényesség biztosítását* szolgálják” (Engel 1987: 110, kiemelés tőlem: K. S.). Miközben a medicina a tizenkilencedik század derekán és második felében még nem volt képes a humán dimenzió vonatkozásában a *mai* tudományosság értelmében vett megbízható és érvényes adatokat előállítani – a praktizálás ezen részét sokan *ars*-hoz tartozónak tekintették. Ebből eredt a betegség kezelése mint tudomány és a beteg gondozása mint gyakorlat hamis szembeállítás (Engel 1977b, 1978a: 388). Bizonyos lelki és társadalmi jelenségek vizsgálatának társadalomtudományi diszciplínák keretében történő vizsgálatával, illetve a társadalomtudományi módszertan egyre differenciáltabbá válásával a fentebbi kritériumokat azonban már számos esetben ki lehetett elégíteni. Pontosabban: a magát tudományosnak nevező értelmező közösség által elfogadott tudományosság-kritériumnak adott feltételek között társadalomtudományi vizsgálódások is eleget tudtak tenni. Engel felismeri, hogy a társadalomtudományok által felmutatott eredmények lehetővé tették a jellegükben szubjektív területek tudományos vizsgálat alá vonhatóságát. Az a szubjektív mező, amely a gyakorló orvos hipotézisének felállítása számára sok esetben releváns információt hordoz, a társadalomtudományok módszertanából kapja eszköztárát, e módszerek megfelelő alkalmazásával Engel az előállított ismeretek megbízható és érvényes jellege mellett szállhat síkra. Az anamnéziszelfvétel, tágabb keretben az interjúvolás, a verbális és a nemverbális adatok értelmezésének képessége így válik olyan technikai – és ezért interperszonális kontextusban értelmezhető és át is adható, vagyis tanítható – tudássá, ahol a megbízható és érvényes ismeret előállítása a gyakorló orvos számára számos szituációban alapvető teljesítendő és teljesíthető követelmény.

Engel számára pontosan ez az a kompetencia – *az emberi dimenzióból kinyerhető megbízható és érvényes adatelőállítás* képessége –, ahol a jelenlegi orvosképzés meg-



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

ítélése szerint a legjelentősebb mértékű deficitet mutatja. E felismerés – mint régi igazság – egyik korai szószólójaként idézi fel a görög orvostudomány klasszikusai közül Rufusz Epheszioszt,⁵ aki egykor a következőt mondta: „Azért fontos kérdéseket feltenni a beteg számára, mert ezen kérdések segítségével pontosabb információt nyerhetünk számos, a betegséggel kapcsolatos dologról, és ezáltal a betegséget jobban tudjuk kezelni” (Engel 1996a: 427). Engel több esetet is ismertet, amikor olyan fontos információk nem kerültek felszínre, melyek a beteg megfelelő szintű ellátása számára nélkülözhetetlenek bizonyultak volna. „[E]zek az esetbeszámolók arra a lazaságra is ráirányítják a figyelmet, mellyel az állítólagosan tudományos képzésben részesült orvosok oly gyakran kezelik az emberi dimenziót [human domain]. Ennek oka abban áll, hogy azok a képességek, mellyel az orvosok az ágy mellett élnek, alapvetően ugyanazon emberi attribútumok, mint amelyeket a mindennapjaik során használnak, noha más célból. Mindannyian folyamatos információcserét folytatunk másokkal, értelmezzük ezen információk jelentését, igaz-e, értékes-e, jó-e vagy rossz, hasznos-e stb., döntéseket hozunk, illetve cselekszünk ezek alapján. Ebből következően legtöbbünk számára korántsem könnyű, hogy ezekre az olyannyira hétköznapi, mindennapos cselekedeteinkre úgy gondoljunk, mint amelyek bármi is osztozhatnak a tudományos folyamatokkal, még kevésbé vagyunk képesek arra, hogy úgy gondoljunk rájuk, mint amelyek hozzáférhetők a tudományos kutatás számára, vagy amelyek tudományos kutatást igényelnek. Ami viszont ezeket a tevékenységeket sajátos jelleggel ruházza fel az orvosi szerepkörben, az az, hogy ebben a kontextusban ezek *egy speciális célt szolgálnak*, nevezetesen az egészségügyi problémákkal rendelkező egyének megértését, ellátását, kezelését, illetve gondozását. Ezen kereteken belül kétség nem férhet ahhoz, hogy az orvosi gyakorlat emberi dimenziójának lényegi elemeit alkotják, és mint ilyenek a tudományos vizsgálódás jogos területeit jelentik” (Engel 1987: 110). Az idézett szövegben kissé később Engel ismét visszatér a megnevezett hiányossághoz, itt a problémát a tudományos attitűd kontextusában attitűd-deficitnek tekinti: „megnevezhetjük azt az alapvető hiányosságot, mely ezen orvosok tudományos nevelésében rejlik. Tanáraik, akik maguk egy túlzottan restriktív tudományos paradigma gyermekei voltak, az ágy mellett elmulasztották átadni diákjaik számára a tudományos módszer legelemibb alapjait, azt, hogy hogyan kell ellenőrizni az adatelőállításához használt módszerek *megbízhatóságát*, és hogy miként kell biztosítani az így nyert adatok érvényességét. És ez egész egyszerűen azért történt így, mert az adatok és azok a módszerek, melyekkel az adatokhoz hozzájuthatunk, emberi, interperszonális, és pszichológiai területekhez tartoznak, e területeket azonban a biomedicina tudománytalannak fokozta le” (Engel 1987: 110, kiemelés tőlem: K. S.). Illetve olyan tévképzetek is kialakultak, melyeket

⁵ Rufusz Ephesziosz a görög eklektikus iskola egyik legkiválóbb képviselője volt, a hagyomány szerint ő írta le elsőként a látóidegek kereszteződését és a szemlencse tokját.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

feltétlenül korrigálni lenne szükséges: „A mai orvosképzésnek a klinikai megfigyelést vissza kell helyezni megfelelő státuszába: alapvető orvosi diszciplína. Fel kell ismernie, hogy az érzékeny, pontos és alapos megfigyelővé válás időt és fegyelmet kíván. A modern technológiák segítségével sokat segíthetünk a diákoknak abban, hogy megfigyelési képességeiket javíthassák, azoknak a hamis prófétáknak azonban ellent kell mondanunk, akik úgy vélik, hogy a fizikai vizsgálat nem más, mint csupán egy manuális készség, ami könnyedén elsajátítható operáns kondicionálás segítségével, vagy akik azt gondolják, hogy az interjúvolás tanítása sem jelent többet annál, mint hogy a diák megtanulja feltenni a helyes kérdéseket” (Engel 1973: 590).

A flexneri oktatási reform (Ludmerer 2010) két célt tűzött ki maga elé: egyfelől a hallgatók megfelelő tudományos ismeretekkel történő felvértezését (ami Engel szerint sikerrel meg is valósult), másfelől annak biztosítását, hogy a hallgatók képesek legyenek alkalmazni magát a *tudományos módszert* mindennapi tevékenységük során (ami viszont Engel szerint még ma is teljesítendő feladat). E kettős követelmény kontextusában tartja megfelelőnek Engel az *orvostudós [physician scientist]* és a *tudós orvos [scientific physician]* megkülönböztetését: „Az orvostudósokat olyan MD-kként [*Medical Doctor, orvosdoktor – a fordító megjegyzése*] határozhatjuk meg, akik elsődlegesen az orvostudomány valamely területének tudományos kutatása mellett kötelezték el magukat. A tudós orvosok, ezzel szemben, a klinikusok, akik – működési területüktől függetlenül – betegek ellátása, illetve a betegség természetének megértése céljából maradéktalan módon alkalmazzák a tudományos módszert. Az orvostudósok, más tudósokhoz hasonlóan, szabadon bővíthetik tudásukat, vagy szabadon specializálódhatnak annak megfelelően, ahogy azt érdeklődésük vezeti vagy tehetségük azt lehetővé teszi, nem köteleességük a betegekkel való érintkezés. Ez azonban nem igaz a tudós orvosokra, akik folyamatosan betegek között vannak, még ha nem is közvetlen módon, legalább azon hatás formájában, mellyel döntéseik és javaslaik bírhatnak a betegek életére. Következésképpen, mindennapos munkájuk számára az emberi területek [human domains] tudományos ismerete, valamint az itt szükséges jártasság nélkülözhetetlen. Talán az orvosi iskolák kudarca, hogy tudós orvosokat képezzenek, vezethetett közvetlenül a 'tudományosság' lényegének megértését nehezítő helyzethez, amit a biomedicina dualista-redukcionista megközelítmódjához való igencsak sokak által mutatott ragaszkodása idézett elő (miközben nem vitatjuk e megközelítés jelentős eredményeit). Különösen a II. világháborútól kezdődően az oktatói vezető szerep letéteményesei elsősorban az orvostudósok, akik közül kevesen mutattak érdeklődést a humán terület iránt, még kevesebben rendelkeztek valamilyen kvalifikációval e területen. Következésképpen, a diákok számára mentoraik között kevés igazi orvos tudós akad. Kétségtelen, hogy néhányuk kiváló klinikai oktató, mestere a klinikai kapcsolatainak, valóban érti a betegeit, valóban együttérző és humánus orvos. Az ő ismereteik és képességeik nagy része azonban intuícióból ered, ami részben tapasztalaton, részben pedig veleszüle-



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

tett személyes jellemzőkön alapszik. Ez a tudás sokukban nem éri el a kognitív szintet, következésképpen azt sem kommunikálni, sem pedig ellenőrzés alá vetni nem lehet; hát ebből adódik, hogy ezt a tudást inkább művészetként, mintsem tudományként határozzák meg. Ezeket az oktatókat csodálják, megpróbálják utánozni is őket, azonban tanulni már korántsem könnyű tőlük. Szabály és példa, nem pedig azonosítható és szisztematikus módon ellenőrzés alá vethető alapelvek alapján tanítanak. Kiállnak az orvoslásban lévő humanizmus mellett, példát is mutatnak, a humanizmus tudományos megértését azonban csekély mértékben lendítik előre. És ez így is fog maradni mindaddig, amíg a medicina részére elismerésre nem kerül egy tágabb tudományos modell, egy olyan, amely a tudományos módszert kiterjeszti a humán szférára is. Ekkor és csak ekkor fog a medicinában lévő, a tudomány és a humanizmus között feszülő hamis dichotómia eltűnni. Ez nem kérdés. A tudós orvos számára az, hogy érdeklődést mutat az emberi szféra iránt, valamint abban járatos is, éppoly természetes, mint a légzés” (Engel 1987: 111). Nyilvánvaló, hogy amennyiben a medicina célkitűzése a gyógyítás, nem pusztán az igazság előállítása – mely utóbbi klasszikus értelmezés szerint a feltáró kutatás feladata –, akkor minden olyan eszköz, amely a gyógyítás sikerét elősegíti, hasznosnak és alkalmazandónak tekintendő.

A biomedikálistól a biopszichoszociálishoz való átmenet: integráció, nem oppozíció

A biomedikális állásponttól a biopszichoszociális álláspont felé történő elmozdulás folyamatát Engel egy hosszabb történeti időszaknak tekinti, amely nagyjából az elmúlt másfél évszázadot öleli fel. Lényegét az emberi jelleg [humanness] iránt mutatott érdeklődés kifejeződésében ragadja meg. A biopszichoszociális modell „megváltja a tudományosan archaikus dualizmus és redukcionizmus alapelveitől, a lineáris kauzalitás egyszerű ok-és-okozat magyarázatait pedig kölcsönös kauzális modellekkel helyettesíti. Az egészség, a betegség, és a fogyatékoság ennek következtében az egyes hierarchikus szinteken lévő komponens rendszerek viszonylagos épsége és funkcionalitása mentén kerül konceptualizálására. A teljes egészség egy magas szintű intra- és interszisztematikus harmóniát fejez ki” (Engel 1979 [1978b]: 161).

Az előző fejezetben felvázolt tudományelméleti keretben kell értelmeznünk Engelnek azt az állítását, amely a biopszichoszociális modellt alapvetően nem a biomedikális modell oppozíciójaként, nem annak rivális tantételeként vagy alternatívájaként interpretálja, hanem a tudományos gondolkodás paradigmájának szerves, a biomedikális megközelítést kiegészítő részeként. Így fogalmaz: „A *biopszichoszociális modell* tudományos modell. A biomedikális modell is az volt. Ez utóbbi azonban, miként azt Fabrega kimutatta, népi modellt alakult át, amely ma a nyugati világot uraló népi modell (Fabrega 1975), mint ilyen, *dogmává* változott. A tudományos modell sajátos jegye abban áll, hogy olyan keretet szolgáltat, melyen



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

belül a tudományos módszer alkalmazható. *A tudományos módszer értékének mércéje nem annak helyessége vagy helytelensége, hanem az, hogy mennyire használható.* Módosításra vagy elvetésre kerül, amikor többé már nem segít bennünket új ismeret előállításához vagy új ismeret tesztelésére során. A dogmák, ezzel szemben, befolyásukat a tekintélyen és a hagyományon keresztül tartják fent. Ellenállnak a változásnak, következésképpen hajlamosak a rivális dogmák között fennálló szembenállás elmélyítésére. A biomedikális dogma ellenében manapság beterjesztett ellendogmát 'holisztikus' és 'humanisztikus' medicinának nevezik. Azért nevezhetjük ezt dogmának, mert elutasítja a tudományos módszert, s helyette olyan hitre és hitrendszerre támaszkodik, melyek távoli és homályos vagy karizmatikus tekintéllyel bíró személyektől származnak. Szembeállítja egymással a tudományt és a humanizmust. A biomedikális modell története azonban azt bizonyítja, hogy *haladást csak ott lehet elérni, ahol tudományos módszer kerül alkalmazásra.* A biomedikális modell olyan területeken vívott ki győzelmet magának, ahol a modell megfelelő keretet nyújtott a tudományos vizsgálódás számára. *A biopszichoszociális modell ezt a keretet bővíti azáltal, hogy beemel korábban mellőzésre ítélt területeket* (Engel 1981: 121–122). Kiegészítő, bővítő szerepét Engel más írásában is kiemeli: „A modell semmit sem tesz hozzá ahhoz, ami már eleve része a betegellátásnak. Sőt, egy olyan fogalmi keretet nyújt, amely lehetővé teszi az orvos számára, hogy racionálisan cselekedjen olyan területeken, melyek jelenleg ki vannak rekesztve a racionális megközelítésből” (Engel 1981: 121, kiemelés tőlem: K. S.).

Az általános rendszerelmélet kontextusa

A lelki és társadalmi szférák elemei az engeli paradigmában abból a rendszerelméleti keretből nyernek magyarázó erőt, amit Ludwig von Bertalanffy és Paul Weiss, a rendszerelmélet alapító atyái dolgoztak ki. Ez a vonatkozási keret alkotja a „*rendszerelméletű tudós*” perspektíváját. *A biopszichoszociális modell klinikai alkalmazása* (Engel 1978a) című tanulmányában Engel kifejti saját értelmezését a világ szerveződéséről. Interpretációjában „*magától értetődő megfigyelésnek*” tekinti, hogy „a természet egy hierarchikusan szervezett kontinuum, melynek a nagyobb komplexebb egységei felette állnak a kisebb, kevésbé komplex egységeknek” (Engel 1981: 103–104). Az egységek szisztematikus elrendeződését az említett tanulmányában ábrákkal is szemlélteti (Engel 1981: 104, 105), ezekben feltüntetve az egységeket, melyek az egyszerűbbtől a bonyolultabbak felé haladva a következők: szubatomi részecskék, atomok, molekulák, organelumok, sejtek, szövetek, szervek/szervrendszerek, idegrendszer, személy (tapasztalat és viselkedés), két személy, család, közösség, kultúra-szubkultúra, társadalom-nemzet, bioszféra. „A hierarchia minden egyes szintje egy szervezett dinamikus egésznek alkot, elégséges állandósággal és identitással ahhoz, hogy nevet adhassunk neki. Maga a név az, ami kifejezi a rendszer megkü-



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

lönbötető jegyeit és sajátosságait. A sejt, a szerv, a személy, a család, mindegyik a létezés egy komplex módon integrált organizációját jelenti, melyről nagyfokú egyetértéssel rendelkezünk. Továbbá minden egyes rendszer a szerveződés adott szintjének minőségeit és kapcsolatait tartalmazza, tanulmányozásához és magyarázatához sajátos kritériumokat kívánnak meg” (Engel 1981: 105).

Engel példája: Glover úr esete

A biopszichoszociális modell klinikai alkalmazása (Engel 1978a) című írásában Engel egy eset részletes bemutatására vállalkozik azzal a céllal, hogy összehasonlítsa egymással a biomedikális és a biopszichoszociális modelleknek a betegellátás területén érvényesülő különböző szemléletmódjait.

Glover úr 55 éves férfi, házas, két felnőtt fiúgyermek édesapja. Ingatlanügynökként dolgozik. Kórtörténetében már szerepel egy infarktus. Március elsején hozták be a sürgősségi osztályra, hasonló tünetekkel a hat hónappal korábbi miokardiális infarktuszának tüneteivel. Rosszul kezdte érezni magát, diszkomfortérzetét követően fokozódó nyomást érzett a mellkas középtájékán, a fájdalom a bal karban egészen a könyékig sugárzott. Glover úr szervezete a miokardium munkájának csökkentésével, az arrhythmogén faktorok minimalizálásával (pl. katekolaminszekreció csökkentésével), fokozott szimpatikus idegrendszeri aktivitással válaszolt. Glover úr megpróbálta tagadni az újabb infarktus lehetőségét („ez nem lehet egy újabb szívinfarktus”). A tagadás mellett fokozódó család iránti felelősségérzet is megjelent, valamint a függetlenség megtartására irányuló vágy is – félelem formájában –, hogy elveszíti a saját sorsának irányítására való képességét. A beteg a munkaadó segítségével – aki felismerte, hogy az eset súlyosabb annál, mint azt Glover úr gondolta – jutott el a sürgősségi osztályra. Felvételét követően diszkomfortérzete elmúlt, koronária ellátást kapott. Harminc perc múlva azonban pitvarfibrilláció jelentkezett, amit szívmegeállás követett. A szívet szerencsére sikerült újra működésre bírni. Később kiderült, hogy a pitvarfibrillációt közvetlenül megelőzően az ápoló személyzet egyik tagja közel tíz percen keresztül próbálta megszünteni Glover úr artériáját, sajnos sikertelenül. Glover úron azonban a próbálkozások közben egyre inkább elhatalmasodott az az érzés, hogy olyan személy kiszolgáltatott áldozatává válik, aki maga is segítségre szorulna.

A biomedikális modellben „a cél a legegyszerűbb magyarázat lehető leghamarabb történő megtalálása, ami lehetőleg egy betegség diagnózisa, és minden más dolog csak bonyodalom, 'fedőanyag', vagy szimplán irreleváns az orvosi feladat számára. A redukcionista orvos számára az 'akut miokardiális infarktus' diagnózis elegendő Glover úr problémájának a jellemzéséhez, és az orvosi munka meghatározásához. Tulajdonképpen azt követően, hogy Glover úr ilyen jellemzést kap, a személyzet hajlamos őt 'egy MI'-ként [*Myocardial Infarction, miokardiális infarktus – a fordító*



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

megjegyzése] kezelni” (Engel 1981: 108). A sürgősségi osztály biomedikális szemléletének sajátossága a következőben állt: „A redukcionista premissza alapján úgy vélték, hogy Glover úr problémájának oka, és ebből következően ellátásának eszköze is, a miokardium sérülésére lokalizálható. Ez, valamint az ilyen sérüléseket követő magas kockázat igazolta a technikai diagnosztikus és kezelési eljárások igénybe vételét, minek során azonban a figyelem átsiklott afelett, hogy Glover úr hogyan érezte magát, valamint hogy miként reagált adott helyzetekre. (...) Azzal a feltételezéssel éltek, hogy a 12.30-kor bekövetkezett pitvarfibrilláció a miokardiumsérülés természetes progressiójának része volt” (Engel 1981: 115).

A rendszerközpontú megközelítés ezzel szemben számos ponton eltér a biomedikális megközelítéstől. „Annak legelső pillanatától fogva, hogy azonnali koronáriellátást kap a beteg, a szívstátuszon kívüli egyéb faktorokat is számításba venne, nevezetesen olyanokat, melyek a személy szintjén manifesztálódnak. (...) A rendszer szemléletű orvos így olyan információkra is felfigyelhet, melyek hozzájárulhatnak a kardiovaszkuláris rendszer instabilitásához, különös hangsúllyal abban az esetben, ha egy miokardiális infarktus lehetőségét mérlegeljük. (...) Azt, hogy ez a megközelítés a valóságban elejét vehette-e volna a szív megállásnak, lehetetlen megmondanunk. Azonban elégséges kísérleti és klinikai evidencia létezik a pszichológiai zsákutca és a halálos arhythmia fokozott kockázatának kapcsolatára, különösen már bekövetkezett miokardiális elektromos instabilitás fennállása esetén” (Engel 1981: 120).

Szereptartalom: a biopszichoszociális szemléletű orvos

Engel a gyakorló orvos munkáját a szerepelmélet keretében értelmezi, ahol a beteg elvárásai határozzák meg az orvos feladatát. A beteg elvárása az, hogy az orvos segítsen őt megszabadítani attól a distressztől, amit ő a betegségének tulajdonít: „A gyakorlatban az orvos feladatai a következők: először is meg kell tudnia, hogy hogyan van a beteg, mit érez, mit tapasztal, majd pedig elő kell állítani ezen állapotok magyarázatát (hipotéziseket) (a 'miért?' és a 'mi célból?'); másodsor, a hipotézisek teszteléséhez biztosítani kell a beteg részvételét a további klinikai és laboratóriumi vizsgálatokban; és harmadsor, ki kell váltani a beteg együttműködését azon tevékenységek vonatkozásában, melyek csökkentik a distresszt és/vagy korrigálják azokat a mögöttes működési zavarokat, melyek hozzájárulnak a distresszhez vagy a fogyatékosághoz” (Engel 1981: 102). A gyakorló orvos tehát a racionális attitűd mindazon területeken történő kompetens érvényesítésére képes, mely területek szükségesnek mutatkoznak a gyógyítás számára. A biopszichoszociális modell „arra ösztönzi az orvost, hogy mélyítse tudását és járatosabb legyen a pszichoszociális területeken, olyan területeken, melyeket még azok is idegennek és távolinak éreznek, akik ugyanakkor intuitív módon elismerik ezen területek fontosságát. Végezetül, a



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

modell olyan betegségdeterminánsok gyakran csak időpazarló redukcionista hajhászásának ellenében hat, mely determinánsok rendszerint triviálisak, mintsem lényegiek. A biopszichoszociális orvosnak a releváns diszciplína vonatkozásában az alapelveket, a nyelvet, valamint az alapvető tényeket magában foglaló működő tudással [working knowledge] kell rendelkeznie, senki sem várja el mindegyik mesteri szintű művelését” (Engel 1981: 121). Vagyis Engel egyfelől a szereptartalom vonatkozásában egy kompetenciahalmazról beszél, másfelől azonban úgy gondolja, hogy az éppen adott feladat határozza azt meg, hogy a beteg egészségügyi ellátásában részt vevő személyek közül kinek milyen mértékben kell egyik vagy másik kompetenciát alapszinten vagy mélységeiben birtokolnia. „A helyes különbségtételt a kompetencia általános szintje és a speciális kompetenciák között kell megtenni. A speciális kompetenciák vonatkozásában az egészségügyi hivatás legtöbb kategóriája és alkategóriája számára léteznek kritériumok. Ami azonban ma általánosan hiányzik, az az, hogy az általános kompetencia ölelje fel a pszichoszociális szférát is. A jelenlegi biomedikális dogma a pszichoszociális tudást és képességeket speciális kompetenciának tekinti, melyek birtoklását csupán pszichiáterektől és más, a lelki egészség területén dolgozó szakemberektől követeli meg. A biopszichoszociális modellnek azonban alapvetése, hogy az egészségügyi szakemberek általános kompetenciájának abból a közös megértésből kell származnia, mely szerint minden egyes ellátási feladat esetén figyelembe kell venni mindhárom szintet: a biológiai, a pszichológiai, és a társadalmi is. Ennek megfelelően bármely adott feladat esetében a különböző egészségügyi szakemberek közötti felelőségek hierarchikus elosztását az adott helyzetben és az adott pillanatban rendelkezésre álló, a különböző szakemberek által birtokolt általános kompetencia szintjei és a speciális kompetenciák típusai kell hogy meghatározzák. Következésképpen, bizonyos feladatok vonatkozásában bármely egészségügyi szakember – függetlenül a tudományterülettől – kompetens lehet, még más speciálisabb vagy bonyolultabb feladatok elvégzésére csupán az adott feladat megoldásához szükséges tudással és képességekkel rendelkező szakember lehet képes, legyen az egy beszélőterapeuta, egy sebész, egy táplálkozási szakértő, egy nővér, vagy egy pszichiátriai osztályon dolgozó szociális munkás” (Engel 1979: 164–165).

Kontextus

Engel hatása sokfelé ágazó, ezt jól tudjuk eddigi recepciótörténetéből. Engelt például a *pszichoszomatika egyik alapító atyjaként* tartjuk számon, a klinikai pszichiátriai szemléletmód alakításában meghatározó szerepet játszott. A Glover úr esetét részletesen elemző tanulmányában is hivatkozik például azokra a munkáira (Engel 1971, Engel 1978c), melyek adott esetekben igazolták a miokardium elektromos stabilitása és különböző pszichológiai jellemzők közötti összefüggést. Kétségtelen Engel al-



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

kotó szerepe abban a lehetőségmezőben is, *melyben az orvosi humaniórák meghatározhatták* önképüket, illetőleg annak egy részét. Ezen diszciplínák identitásuk kialakítása – illetve fenntartása – során rendszerint viszonyulnak az Engel által kifejtett gondolatokhoz, annak kontextusában pozícionálhatják magukat. (Az identitás szerves részét képezheti például azon egyéni lelki és társas jellemzők kiemelése, melyek a betegségek keletkezéstörténetében megjelenhetnek, vagy melyek az egészséget megőrző, illetve a károsnak tekintett behatások ellen ható, ún. protektív tényezők.)

A *rendszerelmélet ontológia feltevései* erős pozitívista felhangot hordoznak. Az engeli álláspont jól kivehetően a természet kimerítő leírásának megadhatóságát vélelmezi a megfelelő és az adott szintekre jellemző módszertani eszközök munkába állításával. Nem csupán azt szükséges itt figyelembe vennünk, hogy már a huszadik század eleji tudományfilozófiai irányzatok közül a Bécsi Kör által védelmezett pozitívista előfeltevések sem tudtak megbirkózni számos, hasonló alapfeltevés bizonyítására vonatkozó nehézséggel, hanem azt is, hogy a huszadik század derekán – például a posztstrukturalista áramlat révén – rendkívül erőteljes kritikát kapott a szellemi képződmények objektív, merev struktúrák formájában történő leírhatósága. Ezért például komolyan kétségbe vonható az emberi, egzisztenciális létezés diszciplináris strukturálhatóságának – ti. biológiai, pszichológiai, és szociális szintek határozott és világos megkülönböztethetőségének – a kivitelezhetősége.

A biomedikális modell *monokauzális etiológiai szemléletének* Engel által adott kritikája történetileg részben egybeesik a patogén mikroorganizmusok monokauzális etiológiai szemléletének (melynek megtestesítői majdhogynem száz évig a Henle-Kock posztulátumok) *multifaktoriális* jellegűvé történő átalakulásával. Mind a bakteriológia, mind a virológia már az 1950-es és a '60-as években kialakítja az ágens-host-környezet triász koncepcióját a betegségkeletkezés magyarázatához (Evans 1976: 181). Ebből következően a század dereka után valójában már sem a bakteriológia, sem a virológia nem mutatja a biomedicina Engel által adott redukcionista szemléletét, másképpen fogalmazva, szemléleteik nehezen sorolhatók be a biomedikális modell referenciatartományába.

A monokauzális szemléletre épülő etiológia egyeduralma a krónikus betegségek etiológiájának vonatkozásában szintén a huszadik század derekán törik meg, az orvosi gondolkodásmód itt is egyre erőteljesebben építi gondolkodásmódjába a multifaktorialitás szemléletmódját. A matematikai statisztikai gondolkodásmód és a krónikus betegségek okainak feltérképezését célzó epidemiológiai kutatások találkozásának eredményeként megszületik a *krónikus betegségek epidemiológiája*, a kutatási eredmények következtében jelentősen visszaszorul a monokauzalitás szemlélete (vö. Rothstein 2003, Parascandola 2011). A *rizikófaktor* fogalmának megszületése tulajdonképpen ennek a szemléletváltásnak az egyik lényegi eredménye. A krónikus betegségek rizikófaktorai között pedig a krónikus betegségek epidemio-



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

lógiai vizsgálatainak kezdete óta szerepelnek pszichológiai és/vagy – és/vagy betegségétől függően – társadalmi jellemzők, mint csekélyebb vagy jelentősebb etiológiai szereppel bíró faktorok; a kutatások eredményeként számos valódi etiológiai szerepét sikerült igazolni.

A klinikai genetika betegségszemlélete szintén számos betegség vonatkozásában tartalmazza a multifaktoriális szemléletet. Egyes, klasszikusan monogénes eredetűnek tekintett betegség esetében is – például az autoszomális recesszív öröklődésű fenilketonúria esetében (Scriver – Waters 1999) – igazolódni látszik a mutáns genotípus-fenotípus, korábban törvényszerűnek vélt kapcsolatának erős, esetenként gyengébb asszociációra történő redukciója. Sőt, a molekuláris genetikában egyesek a genetikai betegségeket kromoszomális, monogénes (mendeli) és multifaktoriális csoportokra osztó klasszifikációt túlzottan leegyszerűsítőnek tekintik (helyenként paradigmaváltásnak lehetünk szemtanúi? – vö. Scriver 2007). Mindezeket szem előtt tartva minden olyan orvostudományi szakág, amely valamilyen formában foglalkozik krónikus betegségekkel, számos betegség kialakulási folyamatát illetően számol egyéni lelki és/vagy társas jellemzők kisebb vagy nagyobb mértékben facilitáló, vagy éppen protektív szerepével.

Az is észrevehető azonban, hogy a *tudományos igazság* modern, *pragmatista szemléletének bizonyos elemeit* megtalálhatjuk Engel gondolkodásában. A pragmatista alappozíció szerint például egy adott elmélet addig igazán hasznos, ameddig működőképes, Engelnél ezt explicite felleljük: „A tudományos módszer értékének mércéje nem annak helyessége vagy helytelensége, hanem az, hogy mennyire használható. Módosításra vagy elvetésre kerül, amikor többé már nem segít bennünket új ismeret előállításához vagy új ismeret tesztelésére során” (Engel 1981: 122). Amennyiben a gyógyítás – mint a medicina legfőbb célja – hatékonyabb egy korábbinál eltérő gondolkodási keret mellett, akkor szükséges revízió alá vonni az addig uralkodó elméletet. Gondoljunk például Semmelweisre, aki a gyermekágyi láz általa előidézett sikeres visszaszorítása alapján tartotta indokoltnak a korában domináns fertőzéselméletek (pl. miazma elmélet) elutasítását (Gillies 2005).

Végezetül ejtsünk néhány szót a *humanisztikus medicina* követelményéről, amiről Engel mint alapvető követelményről oly sokat, évtizedeken keresztül írt, miközben folyamatosan próbálta lebontani a tudomány és a humanizmus, vagy a medicina és a humanizmus között felállított fals oppozíciót. Láthattuk, hogy a humanizmus követelménye korántsem etikai kívánalomként jelenik meg gondolatai között, hanem szigorú tudományos követelményként, amit a gyógyításhoz szükséges adatok megbízható és érvényes jellegének biztosítása követel meg. Engel persze azzal is tisztában volt, hogy nem kell egészen az ókori gondolkodókig visszanyúlni ahhoz, hogy megtaláljuk azt a nézetet, mely szerint a tudományosság követelménye be kell, hogy emelje mindazt, ami emberi. Például jól tudta, hogy William Gull tizenkilencedik századi, korában nagyírú orvos szintén ezen az állásponton volt: „Az az orvos, aki úgy próbál meg gondoskodni egy betegről, hogy eközben tudományta-



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

lannak minősítve mellőzi az érzelmi aspektusokat, éppen annyira tudománytalan, mint az a kutató, aki nem törekszik arra, hogy minden olyan feltételt kontrolláljon, amely hatással lehet a kísérletére” (Gull 1896). Kétségtelen, hogy az emberektől származó adatok mennyisége számos esetben növelhető megfelelő technikai ismeretek birtokában. Ugyanakkor az a gondolat is tévútra vihet minket, ha úgy véljük, hogy interperszonális kapcsolataink sikeres működése minden esetben kimeríthető lenne technikai jellegű képességek mesteri szintű működtetésével. Azt, hogy kapcsolatainkban mindig van valami szükségszerűen technikain *túli*, például a pszichoterápiáról való gondolkodás korai történetéből is jól ismerjük, elég csupán a Ferenczi Sándor által a *Klinikai napló*ban kifejtett, ide vonatkozó gondolatokra utalni (Vö. Bánfalvi 2013: 265–266). A hatékony információszerzés elképzelése mögötti hatékonyság-kritérium aligha juthat tovább a másik ember eszközként való kezelésénél. Ezt Alasdair McIntyre a következőképpen fogalmazta meg: „a hatékonyság fogalma (...) elválaszthatatlan attól az emberi létezmódtól, amelyben az eszközöket döntően arra a célra alkotják, hogy az emberi lényeket manipulatív módon szolgálatkész viselkedési mintákba kényszerítsék” (McIntyre 1999: 108). Tehát egyfelől addig a mértékig, ameddig céljaink szolgálatában lehetséges, a technikai eszközök alkalmazásával szerzett információ elősegíti a hatékonyságot, viszont mindig marad valami technikain *túli*, emberi, ami a hatékonyság esszenciális, ámde nem technikai összetevőjét nyújtja. Az etikai követelmények mindig a technikain *túl*, vagy *mögött* lévő alapokról építkeznek.

Az ember eszközösítésének (adott cél miatt végzett tárgyiasításának, objektiválásának), a hatékony beavatkozás e nélkülözhetetlen elemének fontosságával az a Karl Jaspers is tisztában volt, akire Engel utat nyitott az egyik tanulmányában (Engel 1992) hivatkozott cikke (Wiggins – Schwartz 1986.) keresztül. A hivatkozott munka utal Jaspers nagy hatású Általános pszichopatológia (Jaspers 1959) munkájára, illetve az *Orvos és beteg* (Jaspers 1963) című esszéjére. Ez utóbbi írás, az észlelési kritikai dialógusba vonhatja Engel módszertani triászát (résztvevő megfigyelés, introspekció, dialógus). Jaspers fenomenológiai alappozícióról építkezve a beteg személy terápia során megjelenő objektivációjának olyan leírását adja, amely az engeli „kapcsolati mód” módszertani triásza által lehetővé tett tárgyiasításnál megítélésem szerint elméletileg konzisztensebb. Idézzük Jaspers ide vonatkozó gondolatait: „Számunkra, véges emberi létezők számára, akiknek a tudatosság a szubjektum és az objektum, a gondolkodó és a gondolat különbségében áll elő, általános igazság, hogy objektiváció nélkül nem lehetséges sem gondolkodás, sem célirányos cselekvés. A medicina számára ez azt jelenti, hogy az orvostudomány addig létezik, ameddig lát valamit, valami objektívet, és azt az orvosi cselekvés számára hozzáférhetővé teszi. Az orvostudomány semmiképpen sem alakítja a betegségeket szubsztantív létezőkké. Az orvostudomány specifikus, és ennek megfelelően partikuláris dolgokkal és viszonyokkal foglalkozik, tudván, hogy mindezeket magába öleli az, amit teljességnak nevezünk. A teljességnak ez a fogalma azonban figyelmeztető jel a



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

számunkra, hogy egyetlen tárgyat se tekintsünk teljesnek, hogy – mondjuk így – ne változtassuk azt abszolúttá. Például egyetlen embert sem lehet objektíválni és ekként észelve egésznek tekinteni. Ha egy embert egészként objektíválni próbálunk, az egyenes út arra, hogy elhibázzuk őt a szemünk elől” (Jaspers 1963: 175).

Az engeli paradigma jelentőségének megítélése kétségtelenül nem lehet egyetlen ítéző perspektíva eredménye, illetve egyetlen perspektíva ítélete a paradigma komplex hatástörténetéről alkotható képünket egyoldalúvá teheti. Záró megjegyzéseim csupán adalékul szolgálhatnak, az orvosi humaniorák identitásformálódásának kontextusában tekintenek az engeli paradigmára. Az orvosi humaniorák identitásának formálódásában az engeli paradigma az 1970-es és '80-as években meghatározó szerepet játszott. Az *orvosi humaniorák mai identitásának, vagy identitáskeresésének mai folyamatában* hasznosíthatjuk az engeli szemlélet erős, ma is aktuális elemeit. Ilyen – többek között – az engeli szerepelmélet néhány eleme. El lehet azonban távolodnunk a modell ma már nem igazán tartható elemeitől. Erre a statikus rendszerelméleti keret szolgálhat példaként, ami azonban már felvetheti a „biopszichoszociális modell/szemlélet” kifejezés további alkalmazhatóságának a kérdését. Továbbá, ma a korábban domináns, bipolarizáló (biomedikális vs. holisztikus) és negatív módon – a helytelen cselekvés példáján építkező – kritikai attitűd gyengülő szerepét is regisztrálhatjuk. Ennek a megközelítésnek természetesen megvolt a maga történeti kontextusa és ezáltal helyi értéke, melyben Engel mellett olyan szerzők jelennek meg a fennálló intézmények egyes elemeinek erős kritikáival, mint például Ivan Illich (Illich 1976) vagy Thomas Szasz (Szasz 1974 [1961]). A mai orvostanhallgatók szemléletformálására rendelkezésre álló intézményi keretfeltételek szem előtt tartásával olyan kritikai attitűd hatásosabbnak bizonyulhat, melyben a polarizáció igénye nélkül jelenik meg a pozitív példákon keresztül történő szemléletformálás (pl. Berger – Shuster – Von Roenn 2013).

Összegzés

Tanulmányunkban elsősorban arra kerestük a választ, hogy a mai orvostanhallgatók oktatása során mennyiben lehet még aktuális az engeli biopszichoszociális modell használata, ennek megítéléséhez néhány szempontból elemzés alá vetettük a modellt. A szempontok közül értelmezésünk vezérfonalát a professzionizáció jelentette, vagyis annak áttekintése, hogy az orvos szerep(ek) vonatkozásában ma milyen hasznosítható elemekkel szolgálhat az engeli modell. Rámutattunk arra, hogy az engeli modell olyan hagyományra is építkezik – ide sorolhatók, többek között, Abraham Flexner vagy Karl Jaspers gondolatai –, melynek indokolt lehet kiaknázása, oktatásban történő erőteljesebb hasznosítása.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

Irodalom

- Bánfalvi, A. (2013): A Ferenczi-kultusz, a terápiás technika és a „dodóhipotézis”. In: Uő: *A medicina hatalma és kiszolgáltatottsága. Medikalizáció*. Meditor bioetikai sorozat 3. Sorozatszerkesztők: Rózsa Erzsébet – Kőműves Sándor – Kovács József, Debreceni Egyetemi Kiadó – Literatura Medica Kiadó, Debrecen: 255–267.
- Bokor, P. – Andrejkovics, M. – Frecska, E. (2015): Spiritualitás a medicinában. In: Füredi, J. – Németh, A. (szerk.) (2015): *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest: 111–116.
- Berger, A. M. – Shuster, J. L. – Von Roenn, J. H. (eds.) (2013): *Principles and Practice of Palliative Care and Supportive Oncology*. 4th ed. Williams & Wilkins, Lippincott
- Buda, B. – Kopp, M. (szerk.): *Magatartástudományok*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest
- Csabai, M. – Molnár, P. (2009): Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest
- Dewey, J. (1899): *The School and Society*. The University of Chicago Press, Chicago
- Dewey, J. (1916): *Democracy and Education: An introduction to the philosophy of education*. The Macmillan Company, New York
- Engel, G. L. (1960a): A Unified Concept of Health and Disease. *IRE Transactions on Medical Electronics*, January, ME7: 48–57.
- Engel, G. L. (1960b): A Unified Concept of Health and Disease. *Perspectives in Biology and Medicine*, 3: 459–485.
- Engel, G. L. (1965): Clinical Observation. The Neglected Basic Method of Medicine. *Journal of the American Medical Association*, 192(10): 849–852.
- Engel, G. L. (1971): Sudden and rapid death during psychological stress: Folklore or folkwisdom? *Annals of Internal Medicine*, 74: 771–782.
- Engel, G. L. (1973): Enduring Attributes of Medicine Relevant to the Education of the Physician. *Annals of Internal Medicine*, 78: 587–593.
- Engel, G. L. (1977a): The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286): 129–136.
- Engel, G. L. (1977b): The Care of the Patient: Art or Science? *Johns Hopkins Medical Journal*, 141: 222–232.
- Engel, G. L. (1978a): Biomedicine’s Failure To Achieve Flexnerian Standards of Education. *Journal of Medical Education*, 53: 387–392.
- Engel, G. L. (1978b): The Biopsychosocial Model and the Education of Health Professionals. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 310: 169–181, June 21.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

- Engel, G. L. (1978c): Psychologic stress, vasodepressor (vasovagal) syncope and sudden death. *Annals of Internal Medicine*, 89: 403–412.
- Engel, G. L. (1979): The Biopsychosocial Model and the Education of Health Professionals. *General Hospital Psychiatry*, 1(2): 156–165.
- Engel, G. L. (1981): The Clinical Application of The Biopsychosocial Model. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 6(2): 101–123.
- Engel, G. L. (1982): The Biopsychosocial Model and Medical Education. *The New England Journal of Medicine*, 306: 802–805.
- Engel, G. L. (1985): Commentary on Schwartz and Wiggins: Science, Humanism, and the Nature of Medical Practice. *Perspectives in Biology and Medicine*, 28(3): 362–366.
- Engel, G. L. (1987): Physician-Scientists and Scientific Physicians. Resolving the Humanism-Science Dichotomy. *The American Journal of Medicine*, 82(1): 107–111.
- Engel, G. L. (1992): How Much Longer Must Medicine's Science Be Bound By a Seventeenth Century World View? *Psychotherapy and Psychosomatics* 57(1–2): 3–16.
- Engel, G. L. (1996a): From Biomedical to Biopsychosocial. I. Being Scientific in the Human Domain. *Families, Systems and Health*, 14(4): 425–433.
- Engel, G. L. (1996b): From Biomedical to Biopsychosocial. II. A Personal Odyssey. *Families, Systems and Health*, 14(4): 434–449.
- Engel, G. L. (1996c): From Biomedical to Biopsychosocial. III. Publications, 1942–1996. *Families, Systems and Health*, 14(4): 450–452.
- Engel, G.L. (1997): From Biomedical to Biopsychosocial. Being Scientific in the Human Domain. *Psychosomatics*, 38(6): 521–528.
- Engel, P. A. (2001): George L. Engel, M. D., 1913–1999. Remembering His Life and Work; Rediscovering His Soul. *Psychosomatics*, 42(2): 94–99.
- Evans, A. S. (1976): Causation and Disease: The Henle-Koch Postulates Revisited. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 49: 175–195.
- Evans, A. S. (1993): Causation and Disease: A Chronological Journey. Springer Science+Business Media, New York
- Fabrega, Horacio (1975): The Need for an Ethnomedical Science. The study of medical systems comparatively has important implications for the social and biological sciences. *Science*, 189 (19 Sept 1975): 969–975.
- Flexner, A. (1910): *Medical Education in The United States and Canada*. The Carnegie Foundation. Bulletin Number Four
- Füredi, J. – Németh, A. (szerk.) (2015): *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

- Gillies, D. (2005): Hempelian and Kuhnian approaches in the philosophy of medicine: the Semmelweis case. *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 36(1): 159–181.
- Gull, W. W. (1896): Clinical Observation in Relation to Medicine in Modern Times. In: Azland, T. D. (ed.): *Memoirs and Addresses*. New Sydenham Society, London
- Habermas, J. (1970): *Toward a rational society: Student protest, science, and politics*. Beacon Press, Boston (Forrás: Habermas, J. (1968): *Technik und Wissenschaft als Ideologie*. Suhrkamp, Frankfurt am Main, illetve Habermas, J. (1969): *Protestbewegung und Hochschulreform*. Suhrkamp, Frankfurt am Main)
- Heisenberg, W. (1985): *Physics and Philosophy: The Revolution in Modern Science*. Harper. New York
- Illich, I. (1976). *Medical Nemesis*. Calder & Boyars, London
- Jaspers, K. (1959): *Allgemeine Psychopathologie*, 7. unveränderte Auflage. Springer. Berlin
- Jaspers, K. (1963): *Philosophy and the world: Selected Essays*. Henry Regnery Company, Chicago
- Kirsner, J. B. (1986): The Changing Medical Scene (1929–1985): A Personal Perspective. *Perspectives in Biology and Medicine*, 29(2): 227–243.
- Lázár, I. – Pikó, B. (szerk.) (2012): *Orvosi antropológia*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest
- Ludmerer, K. M. (2010): Understanding the Flexner Report. *Academic Medicine*, 85(2): 193–196.
- McIntyre, A. (1999): *Az erény nyomában*. Ford.: Biróné Kaszás Éva. Osiris Kiadó, Budapest
- Molnár, R. (szerk.) (2013) *Orvosi szociológia*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest
- Parascandola, M. (2011): The Epidemiologic Transition and Changing Concepts of Causation and Causal Inference. *Revue d'histoire des sciences*, 2(2): 243–262.
- Pikó, B. (2002): *Egészségszociológia*. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest
- Pikó, B. (2006): *Orvosi szociológia*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest
- Pikó, B. (2012a): Az orvosi antropológia és az orvosi szociológia. In: Lázár, I. – Pikó, B. (szerk.) (2012): *Orvosi antropológia*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest: 20–26.
- Pikó, B. (2012b): Laikus egészség- és betegségkoncepciók orvosi antropológiája. In: Lázár, I. – Pikó, B. (szerk.) (2012): *Orvosi antropológia*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest. 135–143.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

- Rothstein, W. G. (2003): *Public Health Concept of the Risk Factor: A History of an Uneven Medical Revolution*. University of Rochester Press, Rochester, New York
- Scambler, G. (ed.) (2012): *Contemporary Theorists for Medical Sociology*. Routledge, London
- Scriver, C. R. – Waters, P. J. (1999) Monogenic traits are not simple: lessons from Phenylketonuria. *Trends in Genetics*, 15(7): 267–72.
- Scriver, C. R. (2007): The PAH gene, phenylketonuria, and a paradigm shift. *Human Mutation*, Sep., 28(9): 831–845.
- Szasz, T. 1974 [1961] *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. Harper & Row, New York
- Szántó, Zs. – Susánszky, É. (szerk.) (2006): *Orvosi szociológia*. Semmelweis Kiadó, Budapest
- Thagard, P. (1999): *How Scientists Explain Disease*. Princeton University Press. Princeton – New Jersey
- Túry, F. – Purebl, Gy. (2015): A pszichoszomatika fogalma. In. Füredi, J. – Németh, A. (szerk.) (2015): *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest: 758–767.
- Vingender, I. (2008): *Egészségszociológia*. Semmelweis Egyetem. Egészségtudományi Kar, Budapest
- Wiggins, O. P. – Schwartz, M. A. (1986): Techniques and persons. Habermasian reflections on medical ethics. *Human Studies*, 9(4): 365–377.