
Gádoros Júlia

Az orvos–beteg kommunikáció az orvoslás válságának tükrében

Az egészségügyi ellátás válságát nem csupán a lakosság romló egészségi állapotára utaló statisztikák jelzik, hanem az orvoslással kapcsolatos társadalmi kritika és az egészségügyben dolgozók növekvő elégedetlensége is. Pedig az orvostudomány hatalmas léptékű fejlődésének korát éljük. Az egészségügyi ellátás szolgáltatásait egyre többen és gyakrabban veszik igénybe, sőt a beteg ma már nemcsak betegsége gyógyítását várja orvostól, hanem segítséget is vár sokféle bajára. Szeretné, hogy az orvostudomány hosszabbítsa meg életkorát a biológiai lehetőségek szabta határig, szabadítsa meg élete során szerzett sebeitől, gyógyítsa meg boldogtalanságát, méghozzá oly módon, hogy ne kelljen szembesülnie korlátozottságaival és legfőképpen elkerülhetetlen halálával. Vállaljon helyette is felelősséget megbomlott egyensúlyáért, önmagát és környezetét is romboló életmódjáért, önsorsrontó szenvedélyeiért.

Az orvostudomány a maga módján igyekszik mindezen kihívásokra válaszolni. A modern technika és a tudomány legújabb ismereteit építi be eszköztárába, és igyekszik kielégíteni az igényeket: a lombikbébi programtól a szívátültetésig, a szépségplasztikától a szorongások oldásáig, a betegségek korai szűrésétől a rehabilitációig, a krónikus betegek gondozásáig.

Miközben az orvostudományt mindenhatósággal ruházzuk fel, az egészségügyet pedig megbízzuk a felettünk való totális gyámkodással – sértetté és lázadóvá is válunk. Menekülünk a tudomány és a technika csodái által alkotott csapdákból: keressük a nyugati civilizációktól idegen ősi, empirikus gyógy módokat, merítünk a természetgyógyászat hagyományaiból, betegszövetségek létrehozásával próbáljuk enyhíteni kiszolgáltatottságunkat, és lázasan keressük az önsegítés módszereit. Az immár évszázadok során természettudományosan megalapozott orvoslás alternatívájaként az egészség piacát előzönlük a látóasszonyok, csodatevők és „*healer*”-ek kínálják portékáikat. Az öngyógyítás reménye tömegeket vonz különös szeánszokra. A technikából és tudományból kiábrándult posztmodern társadalomban erőre kap a sokáig visszafogott és rejtett irraciona-

lizmus. Ellentmondásos helyzet ez, egyike a korunkat jellemző paradoxonoknak.

Az egészségügy sokrétű és egyre áthatolhatatlanabbnak tűnő válságában a strukturális, gazdasági és szemléleti kérdések mellett a *betegség* és a *gyógyítás* – önmagukban is ellentmondásokat rejtő – fogalmai éppen úgy szerepet kapnak, mint az *orvos–beteg kapcsolat* társadalmi és pszichodinamikai tényezői. Írásomban az utóbbihoz kapcsolódva szeretnék néhány gondolatot felvetni – anélkül, hogy a kérdéskör szisztematikus kifejtésére vállalkoznék.

Az orvos–beteg találkozásnak – gyermekpszichiáterként – egy kórházi osztályon vagyok évek óta résztvevője. A gyermek- és ifjúságpszichiátria az adott korcsoport zavarával, kóros állapotaival, kríziseivel és betegségeivel foglalkozik. Ez a szakterület az egészségügyön belül sok szempontból sajátos peremhelyzetet foglal el. Erőteljesen összefonódik más, nem orvosi társdiszciplínákkal is, vizsgáló és gyógyító eszköztárában ezek nagy szerepet kapnak. A pszichiátriai betegségfogalom a biológiai meghatározottságok mellett a pszichológiai és szociális aspektusoknak nagyobb szerepet juttat, mint a szomatikus orvoslás egyéb területein, és ezáltal a fogalom inherens ellentmondásai élesebben mutatkoznak. A betegségfogalom komplexitásához illeszkedő terápiás tevékenység ugyancsak sokrétű, és módszereiben gyakran eltér a hagyományos orvoslás sémáitól. Az orvos–beteg találkozásban rejlő torzulások problémái ebből a sajátos helyzetből adódóan jobban láthatóvá válnak. A szakmai–orvosi feladatok ellátása az ellentmondások megértése és kezelése nélkül akadozik, ellehetetlenül. A szakember ezért mindennapi munkája során a kapcsolati tényezők folyamatos reflexiójára és feldolgozására kényeszerül.

Az orvoslás alaphelyzete és az orvos–beteg kapcsolat

Az orvos és a beteg találkozási szolgáltatási alaphelyzetnek felel meg. A beteg biológiai, pszichikai vagy szociális egyensúlyvesztése következtében létrejött panaszai mögött betegséget gyanít és orvoshoz fordul. Az orvos a bajt betegségnek minősíti, ennek kezeléséhez szükséges ismeretekkel rendelkezik. A szolgáltatás akkor jön létre, ha sikerül a problémát közös nyelven megfogalmazni: a diagnózis és a gyógyítás fogalmai segítségével egymással kommunikálni. Az orvoslás alaphelyzete így két rendszer – az orvos–beteg, tágabb értelemben az egészségügy–társadalom találkozási mentén jön létre, ennek során a két rendszer egymással kommunikál. A kommunikáció bonyolult folyamat, számos pontján adódhatnak félreértések, értelmezési nehézségek, „nyelvezavar”. Az orvos–beteg kapcsolat – lényegét tekintve – időleges: a cél, hogy a találkozást indokló panasz megszűnjék, és ezzel a kapcsolat maga is feleslegessé váljék. A beteg élhesse tovább életét anélkül, hogy a szolgáltatásra szüksége lenne, az orvos pedig véges diagnosztikus és terápiás kapacitását a következő beteg számára hozzáférhetővé tegye.

Az orvos és beteg közötti kommunikáció akkor sem veszít jelentőség-

géből, ha napjainkban az egészségügyet az intézmények bonyolult és gyakran diszfunkcionális hálózata, a specialitások és szubspecialitások számának gyarapodása, a paramedikális szakemberek egyre hangsúlyosabb szerepe, és mindenekelőtt a modern technika erőteljes térnyerése jellemzi. A találkozás helyétől, jellegétől függően a kommunikációs zavar más és más aspektusai kerülhetnek előtérbe.

Az orvos–beteg kapcsolat előzménye

A kapcsolat létrejöttének előfeltétele az orvos és a beteg közötti megegyezés arra vonatkozóan, hogy *betegségről* van szó. A betegségfogalom komplex bio-pszicho-szociális meghatározottsága és az ehhez illeszkedő széles spektrumú terápia lehetősége az előzetes „megegyezés” határait bizonytalanná tehetik. A tünet vagy betegség végső soron mindig része a beteg élettörténetének, tágabban értelmezve: „életrajzának” egy eleme. A találkozásban az orvos saját feladatát is más és más módokon határozhatja meg. Lehet, hogy a tünet felismerését és a betegség befolyásolását tartja elsődleges céljának, de felvállalhatja a betegség kialakulásában szerepet játszó tágabb mezőt is. Felismerheti a betegség összefüggését a beteg aktuális élethelyzetével, és feladatát kibővítheti ebbe az irányba is. Bárhol húzza is meg az orvos saját feladatának határait, a kapcsolatba saját személyiségét is beleviszi, így, végső soron, a találkozás nem csupán szakmai történés számára, hanem „életrajzának” is egyik eseménye. Az egészségügy és a társadalom találkozásánál is hasonló a helyzet: az adott társadalom életminőségének illetve életrajzának jelentős tényezője az egészségüggyel való kontaktusa, miként az intézmények „élettörténetét” is a betegekkel való találkozás írja.

A találkozás előtérében zajló minősítési folyamatok gyermekek és serdülők pszichiátriai megbetegedései esetében különösen nehéz helyzeteket hozhatnak létre. A betegség elsősorban a magatartás, az alkalmazkodás, illetve a várható fejlődési ütem zavarában jelentkezik. Gyakorlatilag nem fordul elő, hogy a gyermek emiatt maga kérne segítséget, még kevésbé az, hogy ezt éppen egy orvostól várja. Az orvoshoz fordulást többnyire hosszú történet előzi meg. A normától eltérő gyermeki magatartás megítélése elsősorban a „rosszá” illetve „beteggé” minősítés között ingadozik. Ha a gyermek megváltozott viselkedése mögött betegséget gyanítunk, akkor kímélni kell őt, orvoshoz vinni, gyógyítani. A gyermek pszichés betegsége ugyanakkor a szülőt illetve a környezetet erőteljesen involválja. A felnőttben a gyermek betegsége büntudatot kelt, hiszen talán ő maga a baj okozója, vagy legalábbis ő az, aki a betegségtől nem tudja megvédeni a gyermeket. Félelmet kelt a betegség, hiszen azt jelentheti, hogy a gyermek felnevelése egy életen át büntudattal kísért nehézséget fog jelenteni számára. A félelem és a büntudat elhárítására sajátos módon, elsősorban a „rosszá”, „deviánssá” minősítés kínálkozik. Nem miattam beteg a gyerek, hanem rossz, mert a másik szülő elkényeztette, mert tulajdonságait az elutasított szülőpartner családjától örökölte stb. Fegyelmezni illetve büntetni kell. A büntetés elutasítást is jelent, ami általában nehezen egyeztethető

össze a gyermek iránti személyes és társadalmilag is meghatározott érzelmi beállítódással. A büntetés és elutasítás a felnőttben újra büntudatot kelt, és ez a büntudat most a jóvátétel irányába mobilizál: a gyermeknek segítségre, védelemre van szüksége, mely akkor biztosítható, ha betegnek minősítjük. Az orvoshoz fordulást megelőző történésekben a minősítés körüli dráma majd-hogynem törvényszerűen – és magas hőfokon – zajlik. A dráma lejátszódhat egy személyen belül is. („Először azt hittem, engem akar bántani, de rá kellett jönnöm, hogy beteg a gyerek. De amikor kíméltem, segítettem neki, nem változott, mégiscsak keményebben kellene nevelni stb.”) A dráma szerepeit más-
kor a gyermeket körülvevő felnőttek és intézmények megosztva játsszák: az apa rossznak ítéli a gyermeket, a nagymama betegnek. A tanítónő a kialakult helyzetért az apa helytelen nevelési módszereit teszi felelőssé, vagy biztatja az anyát, hogy forduljon orvoshoz, mert beteg a gyerek. Ebben a helyzetben az orvosnak illetve a pszichiátriai intézménynek ellentmondásosan megüelt szerep jut osztályrészül: míg hivatalos minősítés szerint az intézmény a beteg érdekeit szolgálja és a gyógyítás a célja, a közmegegyezés, és sajnos gyakran a valóság is ennek éppen ellenkezőjének minősíti: büntetésnek, kizárásnak. A minősítés körüli dráma a kórházi helyzetben is folytatódhat, a szerepeket most az osztály dolgozói veszik át, hol betegnek, hol renitensnek minősítve a gyermeket. Mindez intenzív hőfokon zajlik, a betegség–egészség, a gyógyítás–nevelés határainak folyamatos újradefiniálására készítve a résztvevőket.

A találkozás tartalmi tényezői

A betegség, illetve a gyógyító tevékenység minősítésének függvényében a kapcsolatba bevont tartalom bővíthet. Lehet, hogy a beteg csupán tünetének megszűnését akarja, és azt már nem, hogy az orvos a betegséggel is foglalkozzon. Másrészt a kapcsolatba behozott tartalom az élet megváltoztatásának igényére is kiterjedhet: az életet átfonja a betegség, az élet humán tartalma helyére a betegséggel való foglalkozás lép. Az orvos részéről is bővíthet a tartalom: szaktudásán és speciális eszköztárán túl akár a beteg életének totális befolyásolására, a „mindenható-megmentő” szerepére is vállalkozhat.

A kapcsolat tartalma a betegség, illetve a gyógyítás fogalmának kibővülése mentén is változhat. Az egyén biológiai vagy pszichikai betegségének előidézésében, fenntartásában és gyógyulásában a beteget körülvevő tágabb „mező” is szerepet kap. A tünet nem csupán az egyén számára bír jelentéssel, hanem kapcsolati tartalma is lehet: adott helyzetben, adott személyhez szólóan jelentkezik. Más esetekben a betegség megértéséhez a család dinamikájának felismerése vezet. A betegségnek a családon belül is funkciója van, a kórosan szerveződött család patológiás működésének lehet tünete az egyik családtag „megbetegedése”. A betegség fogalma a szociális tér felé is bővíthet: lehet az aktuális helyzet is beteg, amelyben a páciens él, lehet beteg az intézmény is, ahol dolgozik vagy tanul, és végső soron lehet beteg a társadalom is. Így, a páciens ezen beteg rendszereknek csupán tünehordozójává válik. Az orvos–beteg ta-

lálkozás tartalma az egyén gyógyításától a kapcsolatok, a család vagy akár a szociális mező gyógyításáig is bővíthet.

Amennyiben nem sikerül a kapcsolat tartalmát egyértelműen körülírni, kommunikációs zavarok jelentkezhetnek. Annak megfogalmazása, hogy kit vagy mit tartunk betegnek, hol húzzuk meg a betegség határait, mit értünk a gyógyító tevékenységen, és ki vagy mi az, ami gyógyít, közös feladata a kapcsolat két résztvevőjének.

A találkozás helyszíne

Az orvos és a beteg találkozásának színtere egyre inkább távolodik attól a helytől, ahol a beteg él, betegsége keletkezett és a gyógyulás után továbbra is élnie kell. Az intézmények, a kórházak és a rendelőintézetek irányába ható mozgást elsősorban az orvostudomány fejlődésével indokoljuk: a diagnózishoz és a gyógyításhoz a szakismeret koncentráltóságára és magasszintű technikára van szükség. Szinte már minden szervbe be tudunk világítani, működésüket nyomon követjük, hiányukat pótoljuk. A beteg nemigen hiszi, hogy az orvos a lakáson is meg tudja állapítani a tüdőgyulladást, és lassanként már az orvos sem hisz saját szemének és fülének. A tudomány arra törekszik, hogy a betegséget mérhető és kontrollálható biológiai változásként lássa, és ebben a folyamatban maga a beteg akár zavaró tényező is lehet. A beteg hagyja otthon ruháit, és vegegyen kórházi pizsamát, csak annyi személyes holmit hozzon magával, ami elfér az éjjeliszekrénykében, hozzátartozói csak a megszabott időben látogassák, hiszen diagnosztikai és terápiás tevékenységünket csak megzavarja mindaz, ami arra emlékeztethet, hogy a betegnek van tőlünk független, általunk nem befolyásolható élete is. A beteg ebben a helyzetben pedig gyermekként viselkedik, és alárendeli magát a „felnőtteknek”. A betegségtől ránk nehezedő terhet bizonyos fokig enyhítheti a felelőségtől való mentesítés az élet egyéb területein.

A gyermekpszichiátriában a felelősség kérdése élezzeten jelentkezik. Már a beteggé minősítés drámájában is fontos szerepet kapott: a tanító néni nem vállalja az agresszív gyermekért a felelősséget, mert emögött betegséget sejt, az anya nem vállalja lázadó tini lányáért, ha annak öngyilkossági gondolatai vannak. A betegség az orvos dolga, a laikus nem vállalhatja fel. Ha a beteg kórházban van, akkor az intézményre értelemszerűen nem csupán a betegséget vállalható felelősség hárul, hanem a szülői felelősséget is át kell vennie. Szülőként kell a gyermekről gondoskodnia, biztosítani testi-lelki jólétét, a gyermeknek kijáró biztonságot és szeretetet. Az intézmény dolgozói egyúttal a felnőtt társadalom tagjaként is felelősek a jövő nemzedékéért, és ez alól már csak szakmai identitásuk miatt sem vonhatják ki magukat. A kórházi helyzetben pedig a beteggé minősített gyermek a saját viselkedéséért tőle elvárható felelősséget is feladja, hiszen „bolondnak minősítettek, azt tehetem, amit akarok”. Az orvosra illetve az intézményre többszörös felelősség hárul: a szakmai mellett szülői és társadalmi, s rá hárul a beteg regressziójának következtében létrejött felelőtlenség felelőssége is. Mindezek kezeléséhez

ugyan nem rendelkezik megfelelő eszközökkel, mégis önértékelését akár növelheti is a rá háruló feladat. A felelősség csapdáját nehéz elkerülni.

Az a folyamat, mely az orvos–beteg találkozás helyszínét egyre inkább az intézmények felé tolja, megállni látszik a legutóbbi időkben. Egyre többször derül ki, hogy a lecsupaszított kórházi-laboratóriumi helyzet nem ad igazi felvilágosítást a betegségről, illetve segítséget a kezeléshez. Sajátos módon most éppen a technika legújabb eredményei jönnek segítségünkre. Lehetséges a vérszintek vagy az EEG-hullámok monitorozása a beteg eredeti életterében, az infarktus trombolitikus kezelésének megindítása már a beteg otthonában stb. A tendencia reális arányú megfordításához azonban alapvető szemléletváltozás szükséges, mind a betegek, mind pedig az orvosok tudatában.

Az orvos és a beteg közötti kommunikáció szintjei

Az orvos és a beteg találkozásában három kommunikációs szintet különíthetünk el a szakmai, a segítő és az általános humán kapcsolat mentén. A kapcsolat ellentmondásait, így az orvoslás, az egészségügyi ellátás válságtüneteit, a társadalmi és egyéni megítélést, a kapcsolat célvesztését vagy a feladat végzésének alacsony hatásfokát a szinteken belüli és a szintek közötti kommunikációs zavar oldaláról is megközelíthetjük. A megfogalmazott feladat jellegétől, résztvevőitől és helyszínétől függően a találkozás megítélésében a kapcsolat különböző szintjei más és más hangsúlyt kapnak, de elképzelhetetlen olyan találkozás, melyből bármelyik is teljesen kimaradhatna.

A kommunikáció első szintje: a szakmai kapcsolat

Az egészségügyi, szociológiai, statisztikai vizsgálatok arra engednek következtetni, hogy miközben az orvos–beteg találkozás gyakorisága növekszik, a betegek jelentős része későn vagy egyáltalán nem kerül orvoshoz. A nagyszámú felesleges vizsgálat és a párhuzamosságok inkább az orvosi ellátás „védekező beállítottságára”, semmint magas szakmai színvonalra utalnak. Gyakran a beteg későn észleli a betegségét, vagy nem is minősíti annak, hanem inkább rejtegetni való hibának, korral járó elváltozásnak, büntetésnek stb. Ugyanakkor boldogtalanságát, máshonnan származó feszültségeit, megoldatlan élethelyzetét betegség formájában tudja megfogalmazni, és diffúz testi panaszait és tüneteit orvostól orvosig hordozza. Az orvos pedig – képzettsége folytán – elsősorban a szomatikus nyelvben otthonos, a panaszokat újra és újra kivizsgálja, a beteget különböző specialistákhoz küldi, laboratóriumi és műszeres vizsgálatokat rendel el, és előbb-utóbb talál is olyan elváltozást, melynek nyelvezetében kiismeri magát. A megfogalmazható betegség felismerését természetesen az orvosi kínálat is meghatározza. Az orvos speciális érdeklődése bizonyos betegségek iránt érthető módon megemeli ezen betegségek előfordulá-

sának gyakoriságát, és fordítva is: az orvosi kínálat hiányában számos betegséget nem ismernek fel.

A szakmai kapcsolat alapköve a helyesen megfogalmazott *diagnózis*. Súlyt fektethetünk ennek sokrétűségére, törekedhetünk a kóroki tényezők meghatározására, megpróbálhatjuk a beteg élettörténetét is hangsúlyozni a komplex diagnózisban, ugyanakkor a diagnózis a szakmai kapcsolat szintjén egyúttal *kommunikációs eszköz* is az orvos és a beteg között, és bármennyire is törekszünk az objektivitásra, ez nem hagyható figyelmen kívül.

Gyermekek pszichiátriai betegsége esetén a diagnózis egzaktága különösen nehezen érhető el. A szakma sajátosságából adódóan kevés lehetőség van a diagnózis laboratóriumi vagy műszeres alátámasztására, kevés biológiai marker található, a gyerek „betegsége” mélyen beágyazódik a környezet, a család problematikájába. A pszichiátriai beavatkozás hangsúlya gyakran nem is a betegség „gyógyításán” van, hanem az adott kórossággal, mentális zavarral rendelkező gyermek körül kialakult és másodlagosan ártó konfliktusok oldásában, a gyermekekben rejlő kompenzációs lehetőségek kibontakoztatásában a jobb adaptáció érdekében. Eppen ezért a diagnózis ezen aspektusa az orvos–beteg kapcsolatban nagyobb hangsúlyt kap. A diagnózis a kommunikáció során két irány mentén „tolódhat el”. Az egyik a súlyosság szerinti, a másik a szociális vagy biológiai meghatározottságé. Diagnózisunkban úgy fogjuk inkább az egyik vagy másik faktort hangsúlyozni, ahogy azt a beteg általunk vélt érdeke megkívánja.

A szakmai kapcsolat szintjén zajló kommunikáció optimális esetben azt feltételezi, hogy a beteg panasza mögött valóban betegség áll, a beteg megtalálja a betegségéhez legjobban értő orvost, aki a szakma szigorú szabályai szerint a betegséget diagnosztizálja és kezeli. A találkozások jelentős részében objektív vagy szubjektív okok következtében már ezen a szinten is nyelvezavarral találkozunk.

A kommunikáció második szintje: a segítő kapcsolat

A betegség az egyént biológiai, pszichológiai és szociális létében is korlátozhatja. A beteggé vált ember mások segítségére szorul, tehát segítő kapcsolatot igényel. Ugyanakkor a betegség és a beteg-szerep elfogadása, felvállalása nem állnak egyszerű ok–okozati kapcsolatban. A beteg-szerep nem jelent feltétlenül betegséget, és fordítva, a beteg ember nem mindig fogadja el a beteg szerepét, illetve nem minden esetben tart igényt a segítő kapcsolatra. A beteg-szerep, a segítő kapcsolatra való igény élethelyzettől, személyiség-struktúrától, aktuális kapcsolati problémáktól is függ, de ebben nem hanyagolható el a segítő kapcsolat kínálatának megléte, hozzáférhetősége sem.

A beteg-szerep felvállalása könnyen jelentheti egyúttal az önértékelés csökkenését, az egyén nárcisztikus egyensúlyának megbomlását. A betegség folytán fellépő nárcisztikus veszteséget a beteg különböző módokon próbálhatja ellensúlyozni. Például azzal, hogy felértékeli magát a betegséget: az ő megbetegedése egészen különleges eset, professzorok kon-

zultálnak róla a klinikán, mindenki összegyűlt, hogy megcsodálja a röntgenfelvételét stb. A beteg-szerep kiszolgáltatottságának ellensúlyozását szolgálhatja az is, hogy a kórházban betegtársaival szemben a segítő szerepet vállalja magára: mindenkinek tanácsokat osztogat, orvosi dolgokban bennfentesnek mutatja magát. Az orvosok, az egészségügyi dolgozók munkájának kritizálása, leértékelése is csökkentheti nárcisztikus veszteségérzését: „ezek ugyan nem értenek az én bajomhoz, ők akarnak segíteni stb.”. Nem szívesen fogadja el a kapott javaslatokat, inkább fordul a szomszédasszonyhoz gyógyteáért, vagy éppen az „egészségpiacon” próbál magának drága pénzért segítséget találni. A segítségre szoruló szerep túlzása pedig függő viszonyt hoz létre, ami közben saját kreatív lehetőségei elsorvadnak. Tovább keresi a segítő kapcsolatot, egyre-másra produkál az orvos számára elfogadható szomatikus panaszokat, miközben a kapott tanácsot meg sem fogadja, a gyógyszert be sem veszi. Az orvos pedig nem veszi a feldobott kommunikációs labdát, leleplezi a szimulálást, elutasító lesz a beteggel. A beteg igyekszik tüneteit „orvosibbá” tenni, és ez előbb-utóbb sikerül is.

A gyermekpszichiátriában a segítő kapcsolat szerepleosztása a sajátos helyzetből következően összetett. A gyermek életkoránál fogva szívesen venné és igényli is a segítő kapcsolatot, de ritkán gondol arra, hogy azt az orvosnál keresse. A szülői kapcsolat eleve meghatározottan segítő jellegű, ahol a gyerek a megsegített és a szülő a segítő. A gyermek megbetegedése esetén a szülő segítő szerepe meginog: ő maga is külső segítségre szorul ahhoz, hogy segíthessen. Miközben a gyerek betegsége miatt önmagát vádolja, kudarcot él át, és bizonyos mértékig le kell mondania korábbi szerepéről – elfogadni a megsegített helyzetét. Előfordul, hogy míg a szülőpár egyik tagja az új szerepet könnyen vállalja, a másik az orvost inkább riválisának érzi, illetve ő maga válik a házastárs „segítőjévé”. Ezzel gyakran tudattalan hatalmi harcok indulnak, melyek ily módon akár a beteg gyógyulását is akadályozzák. Különösen nehéz a helyzet serdülők esetében, akik gyakran lázadásuk szolgálatába állítják ezt a konfliktust is.

A segítő szerep felvállalása az önértékelés növekedésével jár, nárcisztikus nyereséget hoz. A segítő kapcsolat (hatalmi vonatkozásoktól nyilván nem mentes) nárcisztikus vetülete ugyanakkor a segítő oldalon is konfliktusok és torzítások kiindulópontja lehet.

Aki segít, annak a segített fél hálával tartozik, és a segítőnek lekötelezettjévé válik. Ez a segítőnek elsősorban nárcisztikus nyereséget jelent, énjét erősíti. Olyan hatalom, mellyel könnyen lehet visszaélni. Ugyanakkor a nárcisztikus nyereség mellett a segítő szerep folyamatos vállalása hiányérzetet is kelthet. Ő, aki mindig csak az elesetten segít, az „elrontottat” javíthatja, irigykedhet azokra, akik alkotnak, újat hoznak létre. Gyakran ez az a rejtett momentum, mely az orvost akár vakmerő beavatkozásra is készítheti. Mindenáron alkotni szeretne, és a beteget ehhez csak eszközként kezeli. Miközben a felszínen a segítő szerepet hangsúlyozza, folyamatosan küzdenie kell saját rejtett igényével a segítségre.

Ezt az igényt el kell hárítania, hiszen önnön rászorultságát a segítő nem vallhatja be. A segítő foglalkozást ők kiégése, „burning out”-ja arra utal, hogy a segítő elidegenedik vállalt szerepétől, meg is haragudhat azokra, akiken segíteni akar, és felszínre törő agressziója folytán az általa nyújtott segítség akár erőszakká is válik.

Optimális esetben a beteg elfogadja az a kiegyensúlyozott segítő kapcsolatot, melyre gyógyulása érdekében szüksége van, és amelyhez az orvos szakmai segítése harmonikusan illeszkedik; a segítő kapcsolat hatalmi és narcisztikus aspektusai az orvos részéről sem torzítják el a segítő kínálatot, amely így a szakmai tartalom szolgáltatásban marad. A segítő kapcsolat szintjén ható kommunikációs torzulások ennek az optimális helyzetnek a létrejöttét gyakran megakadályozzák.

A kommunikáció harmadik szintje: az általános humán kapcsolat

Bár az orvos–beteg találkozás eredetileg csak átmeneti időszakra szóló célirányos kapcsolat (célja a betegség megszüntetése, mely a kapcsolat további fenntartását szükségtelenné teszi), a szereplők közös szociális térben élő emberek, így nem függetleníthetik magukat a kommunikáció általános törvényeitől. Az orvos–beteg alaphelyzetből adódóan a létrejövő kapcsolat *aszimmetrikusnak* mondható. A betegség dolgában az orvos *szakértő*, míg a beteg *laikus*. A kapcsolat a szülő–gyermek viszonyának mintájára épülhet, különösen, ha a gondoskodás elemét is hozzá tesszük. Míg az apa–gyerek viszonyában kultúránkban a felnőtt inkább az autoritást, a tudást és a hatalmat testesíti meg, az anya–gyerek kapcsolat mintájában nagyobb súlyt kap a gondoskodás, az elfogadás és a védelmezés momentuma. Érdemes lenne elgondolkodni azon, hogy az orvosok között a nők arányának növekedése miként befolyásolja a kapcsolattal szemben általánosan megfogalmazódó, a szakértelemre, illetve a gondoskodásra irányuló elvárásokat. A nemek által meghatározott kapcsolati minták követése mind a szakmai, mind a segítő szintet befolyásolják, adott esetben torzítják is.

A „szakértelem” mentén egyértelműen aszimmetrikus kapcsolatot módosíthatja a résztvevők *szociális státusából* eredő szimmetria vagy aszimmetria. A szimmetrikus kapcsolat megkönnyítheti a másik ember megértését, de nehézségeket is jelenthet, hiszen az azonos szociális státusú beteg igényesebb, kritikusabb, esetleg az adott tanácsot, irányítást nehezebben fogadja el, rivalizációs helyzetbe is kerülhet az orvossal. Az alacsonyabb szociális státusú beteg előtt az orvos könnyebben képviselheti a megkérdőjelezhetetlen autoritást. Ezzel a szakmai és a segítő kapcsolat tartalmát egyértelműbben meghatározhatja. Az eltérő szociokulturális miliő ugyanakkor kommunikációs nehézséget jelenthet a beteg megértésében, és kölcsönös értetlenség alakulhat ki.

*

Két ember találkozásából a másik értékeinek elfogadása vagy elutasítása, de legalábbis valamilyen értékelése nem zárható ki. Az értékelés a kap-

csolat célját többnyire nem befolyásolja. Egy vakbélműtétnél nincs különösebb jelentősége annak, hogy az orvos nagyra értékeli-e a betegét, vagy éppen elítéli. Számos találkozásnál azonban az értékelés nagyobb hangsúlyt kaphat. A pszichiátriai megbetegedések esetén elvárjuk az orvostól – miként az elvárja önmagától is –, hogy a betegségből adódó viselkedésváltozást, a személyiségtorzulást toleránsan kezelje. Ne bántódjék meg, ha a beteg gyanakvó, kritikátlan, esetleg támadó is vele szemben. Morális ítélkezését, szubjektivitását félre kell tennie. A negatív indulatok visszaszorítása folyamatos belső feldolgozást igényel, melyre már csak a terápiás kapcsolat fenntartása érdekében is szüksége van. A betegnek szóló érzelmi irányultság, ha nem is jelenik meg nyíltan a kapcsolatban, mégis kifejti hatását a diagnózisban és a terápia választott formájában. Ezen a téren leginkább a pszichopátia diagnózisa kap feszültségszabályozó szerepet, de pontosabb elemzések kimutatják, hogy az orvos szubjektivitása a szomatikus medicina területén is kifejti hatását. Míg a viszontáttétel fogalma a pszichiátriában – legalábbis elméleti szinten – ismert, e fogalom az orvoslás egyéb területein fontosságához képest lényegesen kevesebb figyelmet kap.

Az orvos (a kezelőszemélyzet, a terapeuták, a segítők) nárcisztikus egyensúlyára nézve nem közömbös az sem, ha a társadalmi megítélés szerint elutasított és megbélyegzett betegeket gyógyít. A megbetegedés illetve az elesettség ugyanis nem minden esetben vált ki társadalmi együttérzést. A beteget illető ítélet a gyógyító személyzetre is rávetülhet. Ez védekezésre vagy éppen a beteggel való túlzott azonosulás mentén az ítélkezőkkel szembeni támadásra, szembenállásra készítheti a gyógyításban résztvevőket. A nárcisztikus konfliktus egyensúlyozására megint csak a diagnózis árnyalása kínál lehetőséget. Hol a biológiai, hol pedig a pszichológiai-élettörténeti tényezőket hangsúlyozzuk jobban, saját értékrendünkötől vezérelve, és így próbálunk felmentést kapni a beteg és egyúttal saját magunk számára.

*

A gyógyulás reményében, és adott szülői típusú indulatáttétel miatt, a beteg többnyire idealizálja orvosát. Elvárásai magasak: az orvos legyen erkölcsileg feddhetetlen, önzetlen, segítőkész, önfeláldozó. Miközben idealizál, gyanakszik is, és árgus szemekkel figyel. Az orvosok társadalmi megítélésében súlyos ellentétek feszülnek, és a kiábrándultságban nem kis szerepük van a túlzott elvárásoknak.

Az orvosi hálapénz az orvos–beteg kapcsolat minden szintjén súlyos kommunikációs zavarokhoz, tévedésekhez vezethet. A hálapénz önmagában is a kommunikáció sajátos formája, mely bizonyos szolgáltatásoknál törvényszerű, míg más, a beteg számára éppoly hasznos tevékenységeknél háttérbe szorul, és általában nincs közvetlen kapcsolatban az orvosi szolgáltatásba fektetett szellemi, fizikai és emberi erőráfordítással.

Az orvos–beteg kapcsolat harmadik szintje sajátosan befolyásolja a paraszolvenciát. Csupán egy momentumot emelnék ki ennek kapcsán. A gyer-

mekszülést, mely az esetek jó részében ősidők óta komplikációmentesen zajlik, és valójában nem igényel kiemelkedő teljesítményt a szülészorvos részéről, közismerten megfizetik. A gyermekorvos felelősségteljes munkája már kevésbé tartozik a megfizetett szakmák közé. Ebben a gyermek iránti szülői elfogultság is szerepet játszhat, hiszen a gyermekorvos szolgáltatása, amit a rajongással körülvett gyermek számára nyújt, szinte természetes. Míg a gyermek lelki jóléte, boldogsága a szülő számára kimondottan is a legnagyobb érték, a gyermek pszichés betegsége büntudattal és nárcisztikus sérelemmel terheli a szülőt. A gyermek pszichikai betegségének gyógyítása olyan tevékenység, amely a szülő számára inkább szegényt jelent, és így kevésbé készíti a produkció megfizetésére. A gyermekpszichiátriában éppen a legtöbb munkát, felkészültséget és pszichikai energiát igénylő terápiás tevékenységek azok, amelyek az orvos és a szülő kapcsolatát oly módon módosíthatják, illetve torzítják, hogy a „hála” finansziális vetülete még csak fel sem merül. Ugyanaz a szülő, aki serdülő leányának többhónapos intenzív pszichoterápiás kezeléséért inkább még neheztel is az orvosra, minden nehézség nélkül kemény ezreket fizet például azért, hogy gyermekét egy agykontroll-tanfolyamra bérassa.

*

A beteg természetesen nem csupán az orvost, hanem az egészségügyi intézményeket, azon belül a dolgozók egymás közötti viszonyait is éles szemmel figyeli és értékeli. Az intézmények belső hierarchiája, a dolgozók elégedettsége vagy frusztráltsága a betegellátás minden területén érezteti hatását, de ennek dinamikai elemzésére egyelőre leginkább csak a pszichiátriai és pszichoterápiás osztályokon történt próbálkozás.

Optimális esetben az orvos–beteg találkozás általános emberi kommunikációs szintjét a kölcsönös bizalom, megbecsülés, egymás értékeinek és másságának elfogadása jellemezheti. A kapcsolat bármely torzulása – akár az indokolatlan túlzott idealizálás, akár a leértékelés – zavart okoz a találkozás szakmai és segítő szintjén is. Ez az egészségügy területén érzékelhető válságot még tovább mélyíti.

Befejezésül

Írásommal az olvasót együttgondolkodásra és további reflexiókra szeretném készíteni. Távolról sem állt szándékomban a problémakör átfogó elemzése, csupán szerettem volna felhívni a figyelmet az orvoslás olyan aspektusaira, melyek rejtetten vagy nyíltan hatnak mindennapjainkban, rögzültek a kialakult egészségügyi struktúrákban, és gyakran az egészségügyi ellátás költségeit is közvetlenül befolyásolják.

Bizonyos vagyok benne, hogy a vázolt momentumok nem csupán saját szakterületemen, hanem az orvoslás széles köreiben fellelhetőek. Mindennapos tevékenységünk során diagnoszisainkban, a terápia formáinak megválasztásában, betegeink továbbküdésében vagy megtartásában, a felelősség kínjában vagy éppen annak elhárításában, frusztrációinkban és sikerélményeinkben, döntéseinkben, döntésképtelenségünkben, indulata-

inkban és örömeinkben – végső soron orvosi „életrajzunkban” – az orvos–beteg találkozás immanens ellentmondásainak nyoma van.

Az orvos–beteg találkozás kommunikációs szintjeinek virtuális szétválasztása segíthet abban, hogy az egészségügy küszöbön álló strukturális és finanszírozási megújulásakor az orvos–beteg találkozás lényegi aspektusait ne tévesszük szem elől. A szabad orvosválasztás, a családorvoslás bevezetése, a teljesítményarányos és szektorsemleges finanszírozás minőségi javulással kecsegtethet. A családorvos intézménye segít abban, hogy a kórismezés és a kezelési helyszíne ne távolodjék el szükségtelenül a beteg eredeti életletétől, és az ellátásban a gondozás és a prevenció szempontjai helyükre kerüljenek. A szabad orvosválasztás során az orvos–beteg kapcsolat segítő és humán kommunikációs szintjei harmonikusabban juthatnak érvényre. A teljesítményarányos finanszírozás pedig majd úgyis rákényszeríti az egyes szakterületeket a szakmai ismeretek szabatosabb alkalmazására.

Mindezek a változások még sürgetőbbé teszik a betegség és gyógyítás fogalmainak pontos meghatározását. Ennek mentén jobban körülírható az orvosi tevékenység segítő aspektusa, és szigorúbb pontossággal körvonalazódnak az orvosi etika, a humanisztikus értékrend fogalmi.

Óhatatlanul felmerül a kérdés, vajon a családorvoslás bevezetésével és a szakrendelések visszaszorításával nem csökken-e az orvoslás szakmai színvonala; hogy a szabad orvosválasztás mentén miként biztosítható a prevenció és a gondozás. További kérdés még, hogy mi lesz a leszakadó társadalmi rétegek egészségügyi ellátásával, hogy a teljesítményarányos finanszírozás a sajátos érdekeltségek mentén miként torzítja majd a diagnózisokat a súlyosság irányába, és ez miként növeli majd a felesleges vizsgálatokat vagy akár a „terápiarezisztens” esetek számát. Időben megteremthető-e azok a struktúrák, melyek majd az egészségügyre immár hagyományosan ráterhelt szociális „szelep”-funkciót átvállalják, elkerülhető-e az egészségügyi ellátásban újabb társadalmi feszültségeket előidéző esélyegyenlőtlenségek kialakulása stb.

Bár az egészségügy reformjának szükségességéről általában konszenzus van, ennek formája és tartalma körül a viták élesedése várható. Érdekek és ellenérdekek, lobbyk feszülnek egymásnak, jogos aggodalmak fogalmazódnak meg a költségek elszabadulása, a meglévő munkahelyek számának csökkenése és ezzel az orvosi munkanélküliség fenyegetése miatt. Mindez akkor zajlik, amikor az intézmények lassan fenntartásuk költségeit sem tudják biztosítani, késnek a régen esedékes döntések, a már régóta diszfunkcionális struktúrákat a szétesés fenyegeti, és helyükbe még nem körvonalazódnak az újak.

Ez az időszak nem nagyon alkalmas az orvoslás alapkérdéseinek elmélyült tanulmányozására. Mégis, az együttgondolkodás, a mindennapos gyakorlatunkban rejtetten ható ellentmondások őszinte feltárása és reflexiója nélkül az egészségügy várható átalakulása magában foglalja azt a veszélyt, hogy érintetlen és torzult viszonyokat fog rögzíteni, és nem hagy elegendő mozgásteret az oly szükséges társadalmi konszenzus megteremtéséhez.