Liget

Levendel László

EGY ORSZÁG GYÓGYÍTÁSA

Levendel László

EGY ORSZÁG GYÓGYÍTÁSA

Liget Műhely Alapítvány, 2020

Válogatta és szerkesztette: Levendel Júlia, Horgas Judit
A borítót tervezte: René Margit
Tördelés: Károlyné Őr Erzsébet

ISBN 978-615-5419-39-3

A könyv megjelenését a Nemzeti Kulturális Alap támogatta.

Levendel László

EGY ORSZÁG GYÓGYÍTÁSA

TARTALOM

Szerkesztői előszó / 7

AZ ORVOS LÁTÓHATÁRA
A magyar orvostársadalom rehabilitása / 13
Az orvoslásról / 20
Az orvos–beteg kapcsolatról / 27
Az orvosi tudás összetevői / 35
G válasz / 43

HUMANISTA ORVOSLÁS A PULMONOLÓGIÁBAN
Betegcentrikus orvoslás a tüdőgyógyászatban / 49
Légzési betegségek – társadalom, környezet / 52
Javaslat a hazai fertőző tbc előfordulásának visszaszorítására / 57
A humanista tüdőgyógyásztól a humanista tüdőgyógyászatig / 60
Böszörményi Miklós 80 éves / 67
A hörgi asztmás betegek személyiségéről / 70
Hörgi asztmás betegek pszichoterápiájának módszerei / 77

AZ ALKOHOLIZMUS MINT NÉPBETEGSÉG
Találkozás és elköteleződés / 87
Az alkoholizmus orvosi vonatkozásairól / 89
Ivási szokások a változó társadalomban / 101
Még egyszer az agyonbeszélt alkoholizmusról / 109

SZOLIDARITÁS A SZOCIÁLPOLITIKÁBAN
A szegénységről / 119
Szolidaritás a szegényekkel / 129
A cigányság gondja – mindannyiunk gondja / 133
A szociálpolitika humanizálása / 145
Bürokratikus tendenciák az egészségügyben / 158
Alulról felfelé / 160
Elmozdulás a holtpontról / 164
A hajléktalan ember / 174
A hajléktalanság itt és most / 182
A hajléktalanok tele / 189
Börtönjárt betegek / 194
Egy ország gyógyítása / 210

A TÚLÉLŐ
Az eredendő oltalom / 225
A természetes és „célirányos” hazaszeretet / 233
A tavasz virágai / 237
A nőszirom / 246
Az öreg orvos és a halál / 255
A túlélő / 261

Forrásjegyzés / 273

SZERKESZTŐI ELŐSZÓ

„Én is orvos leszek – mesélt kisgyerekkori fogadkozásáról a halála előtti évben készült portréfilmben –, de én a szegények orvosa." A szegényeké, a hajléktalanoké, az alkoholistáké, a legsérültebbeké – vagyis mindenkié. És amikor a film végén a rendező-riporter azt kérdezte: ki Levendel László? Hogyan lehet ezt megfogalmazni?, pici megdöbbenés és tűnődés után a találékonyság örömével felelte, hogy egy csóró srác, akit az élet rászorított, hogy mindig többet teljesítsen.

Amint túlélte a munkaszolgálatot, a bori koncentrációs tábort, az „erőltetett menet"-et és 1944 végén Baján megszökött, a már felszabadult Szegedre gyalogolt, és mindenekelőtt beiratkozott az egyetemre. 1948-ban, a forradalom centenáriumán az ország legkiválóbb egyetemistájaként jutalmazták, sub laurae almae matris doktorrá fogadta az egyetem; 1951-ben a koncepciós perek idején mégis büntetésképpen kezdte orvosi pályáját: a jobbára gyógyíthatatlan tüdőbetegeket ápoló Hódmezővásárhely melletti Kútvölgyre helyezték. Naponta látott fiatal embereket meghalni a rettegett sugárvérzés kíséretében, és érezte az orvos iszonyatos tehetetlenségét – ugyanakkor ez volt a tuberkulózis gyógyításának „nagy korszaka", és a tüdőgyógyászat lett az orvosi szakma „sikerágazata". Az élet végletességeit tapasztalva és megértve – diagnosztizálva! – mindig a legnehezebb utat választotta: a szembefordulást. Ha a tuberkulózis súlyosan fertőző betegség, miért lesz bár fertőzött, mégsem beteg az egyik ember, és miért betegszik meg a másik? Ha a nagy hatású gyógyszerek annyi esetben segítenek, miért nem gyógyítható meg mindenki? Logikus és egyszerű kérdések, amelyeket mégis csak egy nyughatatlan, lázadó szellem tesz fel. Ezek és az ehhez hasonló kérdések vezették a pszichoszomatikus szemlélethez, amikor az tiltott volt, és az orvosi gyakorlathoz és szociálpolitikai meggyőződéshez, amit „többdimenziós"-nak nevezett.

Népi kollégiumot alapító-vezető orvostanhallgatóként és az egyetem kommunista párttitkáraként is maximális szakmai tudást követelt – magától és társaitól, de az ismeretek és a tapasztalat megszerzése nem volt nála öncél. A „szakma" nem bezárta, hanem – úgy érezte: tágítja tevékenységi területeit. Nem a betegséget, hanem a beteg embereket gyógyította. Az eredményes gyógyításhoz ismerni és „kezelni" kell a többszörös, összeadódó, egymást generáló „bajokat": az egyes ember beteg viszonyait – rossz kapcsolatát a többi emberrel, a családdal, a munkahelyi közösségekkel, a környezettel. Szakszerűen, korszerű

gyógyszerekkel, ha kell, sebészi beavatkozással kell gyógyítani, de mindenkor úgy, hogy a beteg aktív közreműködője legyen saját gyógyulásának. Hogy felépülve érettebb és felelősségteljesebb személyiséggé váljon. Erős indulattal utasította el a mégoly jó szándékú karitatív szociálpolitikai intézkedéseket, minden egyenlőtlenséget tartósító állami és magánemberi gesztust. A bajok enyhítését gyökeres változtatásnak képzelte, olyan radikális tettnek, amely alapos diagnózist és hosszú rehabilitációt-reszocializációt feltételez.

Az '56-os Petőfi köri üléseken éppúgy az egész ország gyógyításának lehetőségeit kereső orvosként vett részt, mint utolsó évtizedének ellenzéki megmozdulásain: a monori, a lakiteleki, a Belgrád rakparti konferenciákon például, s az általa kezdeményezett-szervezett, éveken át a saját lakásán tartott, különböző irányú, de még integrálható politikai megbeszéléseken.

Személyisége legjellemzőbb tulajdonságának a makacsságot tartotta, és valóban rendkívül egyenes vonalú egész életútja: ahogy egyik akadályt a másik után vette, ahogy egyik kérdés és feladat a másikat szülte. A kooperációs gondok miatt nem gyógyuló tüdőbetegek kapcsán foglalkozott alkoholistákkal, az alkoholizmus kapcsolódott a hajléktalan-kérdéshez, a magyarországi cigányság helyzetéhez – és így tovább. Aki szellemi örökségének bármilyen módon részese, nehéz – és talán reménytelen – küzdelemhez szegődik.

A kötet írásait negyed század tízszeres terméséből válogattuk. Igyekeztünk a „többdimenziós" orvosi pálya alakulását követni: ahogy mindig országos és egyetemes bajokra mutatott úgy, hogy közben az egyes emberre figyelt. És ahogy a gondozói hálózat építése, az egész egészségügyet reformáló javaslatai-kísérletei közben mindig konkrét személyeket gyógyított.

A különböző kiadóknál, folyóiratokban és napilapokban megjelent művek írásmódját egységesítettük és a mai helyesírást alkalmaztuk. Ahol pontos magyar kifejezést találtunk, kicseréltük az orvosi szakirodalomban használt latin szavakat. Sok tanulmányból – főként az ismétlések elkerülése miatt – rövidebb-hosszabb részeket húztunk, néhány helyen a kevésbé közismert kifejezéseket röviden magyaráztuk. Miután több írásban hivatkozik a „pulmonológiai átállás" pozitív következményeire, itt jegyezzük meg, hogy ez a tbc mellett más tüdőgyógyászati betegségekre is kiterjedő gyógyítási szemlélet hetvenes évekbeli elfogadását és alkalmazását jelenti.

Szorongató a könyv aktualitása, hiszen valamennyi betegség, társadalmi baj statisztikai előfordulása durván megnőtt. KSH adat, hogy 1990-ben a nem tbc-s tüdőbetegek száma 177 565 volt, 2018-ban 880

901. Az alkoholisták számáról nincsen megbízható adat, mert mindazokat az intézményeket és támpontokat (az Országos Korányi Intézet L pavilonja, az Országos Alkohológiai Intézet, a TÁMASZ gondozói hálózat, az Egészség Egyesület stb.), amelyek létrejöttéért Levendel László évtizedekig küzdött, fokozatosan elsorvasztották, megszüntették. Alkohológiai szakemberek szerint jelenleg a magyarországi lakosság közel 10%-a alkoholbeteg, de még a halálozási mutatók is torzítanak, hiszen belgyógyászati problémává változtatják az alapbetegséget. A hajléktalanság gyakoriságáról pedig, legújabb kori kriminalizálása miatt is, kevesebbet tudunk, mint harminc évvel ezelőtt.

Arra törekedtünk, hogy az orvosokon, pszichológusokon, szociológusokon túl minél több nem szakmabeli olvasó számára is vonzó könyvet kínáljunk. Bízunk abban, hogy az írások szenvedélyessége, a magyar történelem és kultúrtörténet legszebb reformjavaslatait idéző tenni akarása segíthet *elmozdulni a holtpontról.*

AZ ORVOS LÁTÓHATÁRA

A MAGYAR ORVOSTÁRSADALOM REHABILITÁSA

A mindenkori kormányzás régóta bajlódik a magyar orvostársadalommal, mert ezt az értelmiségi réteget soha nem tudta igazán hatalmi céljainak, elképzeléseinek megfelelően integrálni. De fordítva, az orvostársadalomnak sem kevés baja volt a hatalommal, amely hol erőszakosan, hol manipulációs eszközökkel mindig megakadályozta az orvostársadalom összefogását – nem tűrte még alapvető érdekeik védelmében sem, noha egyénileg az orvosok kollegialitása közismert. Az okok messzire vezetnek, bizonyára sokszálúak, de a magyarországi polgárosodás megkésettsége, felemássága meghatározó. A nemesi Magyarország uralkodó rétegei lenézték az orvos munkáját, nem tartották nemesemberhez méltónak, és ezt az előítéletet a dzsentri mentalitás továbbvitte a kiegyezés utáni társadalom-alakulás időszakába. A megkésettség, a restség, ugyanakkor a polgári fejlődés – és azon belül a magyarországi zsidó asszimiláció – heves dinamikája eredményezte az orvosi pálya „elzsidósodását". A századfordulón a Magyarországon működő közel ötezer orvos fele zsidó volt. A német származású orvosok aránya is nagyobb volt a hazai németséghez viszonyítva. Ezek az arányok a trianoni csonka országban sem változtak, és máris adott volt a megosztás hatásos eszköze. A jobb- és baloldali, a nemzeti és kozmopolita, a zsidó és keresztény szembeállásban, mint a két világháború közti magyar orvostársadalom fokozott politikai aktivitásában is többnyire a megideologizált kenyérharc fedezhető fel. A megosztottság, az elemi szolidaritás hiánya tragikus kimenetelű volt az egész magyar orvostársadalomra. A felszabaduláskor a magyar orvosok fele hiányzott: katonai vagy munkaszolgálaton volt, mintegy kétezer orvost deportáltak. 1945 végén hétezer orvos volt az országban, kevesebb, mint 20 évvel azelőtt.

A magyar orvostársadalom megfogyatkozva, sokszorosan becsapva, megcsalatkozva, önmagával meghasonulva, más-más fajta sebeket hordozva érte meg a felszabadulást. Mindenesetre a felszabadulás a lelkeket nem szabadította fel. Tömegesen belemenekültek még a zavaros és a kiéleződött helyzetben is valami védelmet, megbecsülést nyújtó orvosi tevékenységbe. Az átélt és fel nem dolgozott politikai, világnézeti, eszmei válságot vagy tudatos depolitizálódással, vagy színlelt viszonyulással próbálták enyhíteni. Egyik oldalon az erősen asszimilálódott, elmagyarosodott, azelőtt a társadalmi hasznosság tudatában élt zsidó

orvosok csalódása, megrázkódtatása, családi tragédiáinak elszenvedése, a zsidó sérelmek és félelmek neurózisa; a másik oldalon a lélekvesztő zavar, bűntudat, önigazolás, kimagyarázkodás, az elkenés betegítette az orvostársadalmat. A gyógyulás folyamatát az őszinteség, a nyíltság hiánya továbbra is akadályozta. A nagy többség nem az önismeret és az öngyógyítás, hanem az alkalmazkodás, a viszonyulás útját választotta. Az orvosok a humán és műszaki értelmiséget számban és időben megelőzve csatlakoztak a kommunista párthoz. 1950-ben, öt évvel a felszabadulás után az orvosok fele tagja volt a pártnak. Elképzelhető-e ennek a nagy változásnak az őszintesége? Sokkal inkább hiszem, hogy későbbi bajaink forrásai eredezhetnek innen. Pedig voltak esélyeink. Ha a felszabadulás után kibontakozó demokratikus társadalmi változás szervesen továbbfejlődik, és nem töri meg e fejlődés vonalát a voluntarista politika, majd a hatalmi erőszak, az orvostársadalom is valószínűleg másképp alakul. Magam tapasztaltam az akkori szegedi értelmiségi politikában a valóban népfrontos, a nemzeti egyetértésre törekvő szemlélet hatékonyságát – éppen egy orvosból lett kiváló képességű kommunista politikus, dr. Zöld Sándor tevékenységében. Nemcsak szavaiból, de döntéseiből, cselekedeteiből is éreztem a bizakodást egyfajta fejlődésben, amelyben az orvostársadalom magára talál, és valóságismeretével, a szociális problémákra fokozott érzékenyítettségével segíti a magyar progresszió ügyét. A szocialista elkötelezettségű orvosok között is sokan áldozatul estek a „tisztogatásnak", és váltak megbízhatatlanná, mint a „pszichoanalitikusok", a „zsidó orvosok", a régi illegális mozgalomhoz tartozók. És persze jellemző, hogy 1953 után a magyar kommunisták körében kibontakozó antisztalinista mozgalomban az írók, újságírók mellett, a szellemi emberek között ott találjuk arányaikat meghaladó számban a szocialista elkötelezettségű orvosokat is. Bár ez a kommunisták kezdeményezte antisztálinista lázadás végül is az 1956-os nemzeti tragédiába fulladt, hatása és tanulságai az elmúlt évtizedekben meghatározóak voltak, és nemcsak a hazai politika kereteiben, hanem mindinkább érezhetően a nemzetközi síkon, a demokratikus szocialista mozgalom kibontakozásában. 1956 esélyt adhatott volna a pluralizmus eszméjét kiteljesítő nemzeti összefogásnak. A múlt történéseinek és a történések okainak igaz ismerete, a tanulságok nélkülözhetetlenek jövőnk formálásához. Az 56-ot követő megtorlás nem kapott kiemelt értelmiségellenes hangsúlyt, így viszonylag kevés orvos került börtönbe. A konszolidációs törekvések pedig elsősorban az értelmiséget vették célba – és nem is sikertelenül. Megkezdődött a „kiegyezés" sajátos formája. Nem a nemzet egészét érintő tisztességes alku formájában, hanem egy fordított szalámi-taktikával, fokozatosan, a kis egyéni kompromisszumok módszerével. Ebbe a játszmába vi-

szont az értelmiség, és főleg a pozicionált értelmiség jócskán belement – megint csak a depolitizálódás, a szakmába temetkezés, a viszonyulás, a lojalitás utcáit járva. Mindez nem segítette a nemzeti egység politikai megalapozását, ellenkezőleg, rejtett vagy nyíltabb feszültségeket, ellentéteket tartott fenn az értelmiségen belül, így az orvostársadalomban is. Különös kárt okozott a későbbi reformtörekvések eredményessége szempontjából, hogy a lojalitás többre értékelődött a kreativitásnál, a tényleges értelmiségi, szellemi teljesítménynél. Végül is a kádári konszolidáció sikerét az életszínvonal-politika, a politikai türelem („aki nincs ellenünk, velünk van") és az összehasonlítás a többi szocialista országgal segítették. Az értelmiség megosztottsága, „domesztikáltsága" a humán szféra háttérbe szorulásán, fokozatos degradációján, egyes területek – így az egészségügy, iskolaügy – valóságos lezüllési tüneteiben vált nyilvánvalóvá. A reformtörekvések leszűkültek a közgazdasági aspektusra. A megtorpanás, az életszínvonal-politika fedezet nélkül maradása, megtörése, az eladósodás, a politikai és gazdasági környezet ellentmondásos változása, enyhülés és egyidejűleg a gazdasági nehézségek fokozódása, no meg a Szovjetunióban történt pozitív változás, mind közrejátszott a válsághelyzet létrejöttében. De minden rosszban van valami jó is. A hazai válságos helyzetben biztosan erősödött a párttagok és pártonkívüliek egyetértése a változtatások, az alapvető reformok szükségességét illetően. A civil társadalom feléledése, önmozgásának erősödése, az említett politikai egyetértés.

Mindezt azért kellett elmondani, mert illúzió lenne az elképzelés, hogy az orvostársadalom megújulása – a megváltozott politikai feltételek között – *önmagában, izoláltan létrejöhet.* Ez csak az egész társadalom tartós és szívós reformfolyamatában ígér maradandó eredményt.

Ehhez nem az egészségügy helyzetének, működészavarainak további sorolása szükséges a jelenségek szintjén, az össznépi siránkozás keretében és a lamentálás hangvételében. Az okok feltárása és felmutatása nélkülözhetetlen a jobbító törekvések megvalósításához. Az orvostársadalom évszázados megosztottságának politikai kárait már említettem. A depolitizálódás, az adott helyzethez alkalmazkodás kifinomult taktikai viszonyulásai azonban súlyos orvosszemléleti és szakmai károkat okoztak. A szűk szakmába menekülés is jelentős szerepredukció árán valósult meg, *és leginkább az orvoslás humán aspektusát érintette.* Ez az, amit a társadalom, a beteg ember az orvos–beteg kapcsolatban szinte fájdalmasan érzékel, és ami az egészségüggyel szembeni elégedetlenség egyik legfőbb oka. Hiába nyilatkozunk a betegközpontos orvoslás magasabbrendűségéről, hatékonyságáról, ha a valóságban a betegségközpontos orvoslás szemlélete és gyakorlata érvényesül. Az individuális orvoslás nagy támogatást kap a hatalmas orvostechnikai

fejlődéstől, ami a nyugati világban, elsősorban az USA-ban, Japánban végbement. Az individuális orvoslás másik nagy támasza a multinacionális gyógyszeripar, mely profitja révén képes finanszírozni az orvosi kutatások sokaságát és egyben meghatározni a kutatási irányokat. Más kérdés, hogy ebből az orvostudományi fejlődésből mennyire részesül a harmadik világ, ahol nem a szervátültetés és a génsebészet alkalmazása a probléma, hanem az éhező gyerekek életben tartása, a tudományosan már régen megoldott fertőző és parazitás betegségben szenvedő százezrek és milliók szimpla orvosi ellátása. És mi jut a magyar orvostársadalomnak ebből a fejlődésből? A mi helyzetünkben ez a típusú orvoslás a gyógyszeres gyógyítás minden mást háttérbe szorító eluralkodását jelentette. A „vegyi gyógyítás" terén még képesek vagyunk, ha nem is lépéstartásra, de utána lépésre. Orvosi, kutatói műszereltségünk viszont csak a csúcstechnika csodálatára és irigy sóvárgására készteti orvosainkat, akik ebben látják az orvostudományi haladást. A számunkra is lehetőségeket hordozó társadalom-orvoslási gyakorlat mindinkább háttérbe szorul. Különben hogyan kerülte volna el sokáig a magyar orvostársadalom figyelmét az egészségügyi romlás, ami a lakosság állapotában, megbetegedési és halálozási mutatóiban bekövetkezett? Különösen sújtotta ez Borsod, Szabolcs, Békés országos modernizációs és iparosítási programjába sajátosan bekapcsolódó munkavállalóit, az áttelepülő és ingázó százezreket, a munkásszállók lakóit, az alkoholbetegek százezreit. Vajon tudják-e, számon tartják-e a magyar orvosok, hogy évente tízezernyi, produktív életkorú férfi hal meg a magyarországi alkoholizmus egészségügyi kárainak és szövődményeinek következtében? Vajon képes lesz-e egészségvédő nemzeti programunk gátat vetni a magyar népesség önkizsákmányoló, önpusztító, az egészséget súlyosan károsító életmódjának, táplálkozási szokásainak, az orvostársadalom jobb értése és fokozottabb aktivitása nélkül?

Ennyit orvoslásunk szemléleti lemaradásáról, torzulásáról. A „rosszkompromisszumos" orvospolitika másik súlyos következménye, ami az orvosok és egészségügyiek kettős egzisztenciája körül kialakult: az etikai kérdésként csúfolt manipuláció az orvostársadalom megosztására, kézben tartására. A borravaló és hálapénz-rendszer mélypontra vitte az orvosok és nővérek munkájának társadalmi megbecsülését – állítom, hogy jórészt igazságtalanul. Magam a kialakult helyzetet megalázónak és elfogadhatatlannak tartom, egy nyitottá váló, demokratizálódó társadalomban különösen annak. Meddig kell viselni egy torz, manipulációs célra alkalmazott bérezési, jövedelemelosztási gyakorlat következményeként a megbélyegzést? Borravalós szakma, hálapénz, kikényszerített hálapénz, ágy-kereskedelem, az orvosok anyagiassága – szikráznak felénk a szavak – egyes „etikusok" törvénybe ütköző

korrupciót emlegetnek és ügyészt hívnának, én meg látom a három műszakban dolgozó megfizetetlen nővéreket, az éjszakai ügyeletre szorított fiatal orvosnőket, a soha „hálapénzhez" nem jutó orvosok, szakdolgozók sokaságát, akiket ugyanúgy ér a bármikor felpaprikázható közhangulat. Miután az új személyi jövedelemadó rendelet biztosítani akarja a láthatatlan jövedelmek megadóztatását, hallom már az új megbélyegzést: adócsaló orvosok. Ide jutott a mai magyar orvostársadalom! Ennél is rosszabb maga az egészségügy helyzete. Szalai Júlia könyvének találó címét idézem: *Az egészségügy betegsége*. Most nem ismétlem a bajokat, mert a gyógyító orvos ösztöne munkál bennem. A súlyos beteg ágyánál ugyanis nem sorolom betegsége tüneteit, azok vészthozó, a rossz prognózist vagy éppen a katasztrófát idéző jelentőségét. De lezüllött, szervezetileg, személyiségében, társadalmi kapcsolataiban tönkrement alkoholbetegeim gyógyításában, rehabilitációjában, reszocializálásában – túl a testi-lelki bajaikra vonatkozó diagnózis feltárásán – legalább annyira figyelek arra, ami szervezetükből épen maradt vagy kevésbé sérült, mint amennyi a személyiségük humán értékeiből, még ha torzultan is, de megmaradt. Azon kapom magam, hogy már régóta az foglalkoztat: miért működőképes még mindig az egészségügy, miért dolgoznak még mindig sokat és sokan kiemelkedően jól, odaadón? Ezek a megőrzött értékek a kapaszkodók. S hogy mik ezek?

1. A magyar orvostársadalmat egy évszázad óta először nem osztják meg áthidalhatatlan ellentétek. Az általános demokratizálódás és nyíltság légkörében a fennálló problémák megvitathatók, és ha az orvosokra, egészségügyiekre bízzák a megoldás keresését, megtalálhatják a lehetséges alternatívákat. Azok kipróbálhatók kísérleti formában.

2. Elsőrendű fontosságú az orvostársadalom valódi érdekvédelmének biztosítása. Nem csupán általános béremelésre gondolok, aminek nincs is anyagi fedezete és csak feszültséget keltene más rosszul fizetett értelmiségiek viszonylatában. Ma a legfontosabb az orvostársadalom presztízsének visszaszerzése. Ez nemcsak az orvosoknak, hanem a betegeknek is fontos. Olyan anyagi és társadalmi megbecsülés kell az orvosnak, mint pl. Angliában vagy a skandináv országokban, ahol senkinek nem jut eszébe, hogy az orvosnak pénzt csúsztasson a zsebébe. Maguknak az orvosoknak kell közmegegyezésre jutni, miképpen lehet jogos igényük a tisztességes, gondtalan életre, de nem a meggazdagodásra. A kollegialitás és szolidaritás interiorizált parancsa nem engedi egyesek meggazdagodását mások presztízse és a függőségben lévő beosztottak kizsákmányolása árán. Az a generációs érdekellentét, ami ma még az orvostársadalomban van, ennek a problémának a megoldhatatlanságából származik. Természetesen az orvostársadalom érdekvédel-

me nem szűkül le egy-két „kényes" kérdésre. Ennél sokkal többrétű, összetettebb az orvosegészségügyi érdekvédelem, de ott a konszenzus hamarabb kialakítható.

3. Meg kell oldani az orvosok-egészségügyiek kettős egzisztenciájának problémáját, fel kell számolni az illegitim vagy fél-legitim viszonylatokat. Ehhez a mai magyar valóságból kell kiindulni. Tudomásul kell venni, amit amúgy is mindenki tud, hogy az Alkotmányban is deklarált ingyenes, mindenkire kiterjedő, magas szintű orvosi ellátás lehet cél, de nem valósult meg. Az „ingyenes"-nek nyilvántartott egészségügy fikciója a lakosság sok milliárdos hozzájárulásával (ez a „hálapénz") tartható fenn, züllesztve az egészségügyben kialakuló érdekviszonyokat, hazugságra, képmutatásra kényszerítve mindenkit, orvost, beteget, a tisztességesen dolgozó, etikus magatartású orvosokat pedig hamis kollegialitásra. Évek óta orvosokkal, szociológusokkal, közgazdászokkal megvitatott és jóváhagyott javaslatom a kismértékű „önrészesedés".

A javaslat, melyet időszerűbbnek tartok, mint valaha, nem zárja ki a magánrendelés gyakorlatát a fizetőképes igények kielégítésére. Az volna jó, ha az egyéni vagy inkább orvosi munkaközösségek által létesített magánrendelésen nem az orvos, hanem megbízottja intézné a tiszteletdíjat, s a beteg minderről elismervényt kapna. Ennek egy részét a társadalombiztosító meg is térítheté, mert ez a közösség szempontjából is kifizetődő volna. Ugyanakkor a tisztességes többletmunkából származó bevétel megfelelően ellenőrizhető adóalapot jelenthet.

4. Az orvosi szemléletváltás felé mutat a kormány által elfogadott egészségmegőrző, betegségmegelőző nemzeti program végrehajtása. A program nagy értéke, hogy rehabilitálja a társadalom-orvoslási szemléletet, a prevenciót, a gondozást, anélkül, hogy ezt a kuratív medicina fejlesztésének rovására kívánná elérni. A nemzeti program végrehajtása egyértelműen a pszichoszomatikus, a betegközpontos, a többdimenziós orvoslást segíti, és a humanizációs törekvéseknek kedvez.

5. Talán nem tűnik szakmai elfogultságnak, ha kiemelem a magyar orvostudomány hagyományosan jó hírét a világban, a szakmai igényességet, a gyógyítás szenvedélyének, örömének kondicionált, áthagyományozott gyakorlatát, mely még mindig hat, ha kopott is. De ide sorolom az orvosok szakmai hiúságát, rátartiságát is, ha nem a másik kisebbítésében, hanem a jobb betegellátásban realizálódik. Kis nép lévén, orvosaink rászorultak az idegen nyelvek ismeretére, használatára. Enélkül a szakmai érintkezés, a kongresszusi részvétel ma már nem lehetséges. Adóssága, elmaradása van a magyar orvostársadalomnak a pszichológiai kultúrában, a klinikai pszichológiai, orvosszociológiai ismeretekben, de még a honismeretben, a hazai valóság ismeretében

is. Itt a fordulat a fiatalabb orvosgenerációtól várható ugyanúgy, mint a mikroelektronika, a számítástechnika jobb ismerete és gyakorlati használata.

6. A nemzeti program megvalósítása alapvető változást kíván az orvos–beteg kapcsolatban, a partnerviszony alakításában, a tudatformálásban, az egészség értéktételezésében. Ugyanekkor megkívánja az érdeklődés átcsoportosítását a ritka előfordulású érdekességektől az új, tömeges népbetegségek felé, az öncélú, publikációs munkával szemben a releváns népegészségügyi problémák és megoldási módszerek preferálását.

7. Máris látható, hogy az eddigi szerepszűkítő tendenciákat, a „szimplex" módszereket a „komplex" és hatékony utak keresésének kell felváltania. Ekkora feladatokat azonban leginkább kooperációban, interdiszciplináris és hatékony munkaszervezésben, a formális, bürokratikus munkák visszaszorításával lehet megoldani.

8. Mindez csak akkor valósulhat meg az orvostársadalom rehabilitálási folyamatában, ha élünk a politikai változások adta új lehetőségekkel, de nem felülről várjuk a „vezetés" intézkedéseit, a reformot, hanem a demokratikus struktúra alapelvének alkalmazásával az alulról jövő kezdeményezéseket és építkezést részesítjük előnyben. Az egészségügy demokratizmusa a betegek részvételét, partnerségét is feltételezi, akár az ön- és egymást segítő csoportmunka támogatásával. Felülről várhatunk segítséget, de leginkább abban bízhatunk, amit összefogással magunk elvégzünk.

AZ ORVOSLÁSRÓL

Az orvoslásról – e sokrétű és sajátosan emberre irányuló tevékenységről szólni nehéz feladat. Nehéz és felelősségteljes; már csak esetleges elfogultságaim miatt is. Indokolt lenne, ha nézeteimet az orvostörténet vagy – tovább tágítva a kört – a tudománytörténeti ismeretek mentén kezdeném. Vállalkozásomban támogatna és bátorítana a történetiség sodra és logikája, mely a legösszetettebb kérdéseket is egyszerre genetikusan és dinamikusan veti fel. De hiányos tudománytörténeti ismereteimnél is nagyobb akadálya ennek a megközelítési módnak tapasztalataim, gondolataim rögzültsége. Így aztán, ha összegyűjteném is az orvostörténet sok ezernyi adatát, a fölgyűlt halomból úgyis azokat az érveket és tényeket emelném ki, melyek kialakult nézeteimet – a múltra, jelenre és a jövőre vetítve – erősítenék.

Egyedüli megoldásként marad a tudatosan vállalt személyesség. Legalapvetőbb elvnek az orvosi munka dimenzionáltságát tartom. Hogy hol kezdje és hol vonja meg az orvos tevékenysége határait. Milyen legyen és milyen lehet munkájának mélysége, terjedelme?

Lényegében az orvosi illetékesség, az orvosi kompetencia problémája ez, amely közvetlenül a betegség szemléletéből ered, függvénye az orvos fölkészültségének, teherbírásának, vállalási készségének, személyisége integráltságának.

Rendezőelvem alapján az orvoslás négy lényeges nézőpontjáról, pontosabban négy szintjéről beszélhetünk.

1. A szomatikus orvoslás alapvetően a kórbonctanra, a kórszövettanra épül. Magába szívta a 19. és a 20. század természettudományos haladásának az orvosi gyakorlatban hasznosítható eredményeit is. Éppen természettudományos megalapozottsága, racionalitása és nem utolsósorban nagy eredményei miatt az orvosok többségének nemcsak a medicina alapja, hanem maga a medicina. Rendkívüli erénye, hogy a betegségek kóroktanában az ok–okozati összefüggéseket szemléletesen és érzékletesen föltárja; módszere áttekinthető, mégis: hajlamos a leegyszerűsítésre, a monokauzális szemléletre.

2. A funkcionális szemlélet határozottan túllép rajta. Minőségi ugrásnak tekinthető. Alapvetően kórélettani beállítottságú. A betegséget nem szűkíti le, nem korlátozza a megtámadott szervre, hanem a szervezet egésze szempontjából vizsgálja. A szomatikus medicinára épül, de kóroktanában a struktúra károsodása mellett elsősorban a funkció sérüléseit és az abból származó következményeket vizsgálja. A modern

belgyógyászatban mind nagyobb teret kap ez a szemlélet, de behatol a sebészeti szakmákba is.

3. A pszichoszomatikus orvoslás az orvos érdeklődésének, diagnosztikus és terápiás munkájának további tágításával jár. Ez az irányzat számításba veszi a szervi elváltozásokat, az egyén szervezetét érintő kórélettani vonatkozásokat, de itt nem áll meg, hanem a beteg emberre, a beteg egész személyiségére figyel. Minthogy a pszichés tényezőknek szerepet tulajdonít a megbetegedésben, különösen a krónikus betegségekben, vizsgálja a premorbid személyiséget, a személyiségtényezők hatását a betegség lefolyására stb. A pszichoszomatika is követi az orvoslás alapszabályát, hogy megfelelő terápia csak helyes diagnosztikára épülhet. Éppen ezért nem elégszik meg általában a „pszichoterápiával", hanem személyiség-diagnosztikára törekszik.

4. A szociális medicina szemlélete az előbbiekhez képest is magasabb szintű. Lényege, hogy a betegségtől nem elég eljutnunk a beteg emberig, szem előtt kell tartanunk azt is, hogy a személyiség nem különíthető el természeti és társadalmi környezetétől. A szervezet nyitott egyensúlyi rendszer, a külvilág tartós egyensúlyzavara pedig kórokozó. A szociális medicina alapvető módszere a megelőzés és a gondozás.

Az orvoslásnak ez a négy szintje nem statikus egymásmellettiséget jelent, hanem dinamikus, kapcsolati hierarchiát. Az egyes szintek – az orvosi kompetencia tágulásának megfelelően – csak az előzőekre épülhetnek. Az alap mindig a korszerű szomatikus orvoslás marad. A klinikumtól elkülönülő pszichológia vagy az orvoslástól elszakadt egészségszervezés elvileg is hibás.

Az egészségügy és a szociálpolitika kapcsolatáról

Ha most a WHO számára kellene nemzeti statisztikákat összehasonlítanom, néhány magyarországi szociálpolitikai mutató láttán minden bizonnyal elcsodálkoznék. Jegyzetem egyik oldalára sorban írhatnám fel az eredményeket, melyeket a magyar egészségügy – a népbetegségek elleni küzdelemtől a legkülönfélébb egészségügyi hálózati szervezetek létrehozásáig – elért. A másik oldalára viszont demográfiai adatainkat, az alkoholizmus, az öngyilkosság epidemiológiai mutatóit, a népesség mentálhigiénés helyzetének jellemzőit. S mivel az adatok diszkrepanciája mögött ugyanaz a társadalmi háttér, felvetődik, hogy valamilyen hasadásnak kell lennie az egészségügy és a szociálpolitika között.

Mikor a Népjóléti Minisztérium megszűnt és feladatkörét az Egészségügyi Minisztérium vette át, kifejezésre jutott, hogy a népjólét nem egy tárca ügye. Meggyőződésem, hogy a szociálpolitikai kérdések meg-

oldása alapvetően és döntően a politikai, gazdasági, társadalmi viszonyok függvénye, de tapasztaltam, hogy megoldásuk nem megy „sponte sua". Szükség van beavatkozásra, a beavatkozást megelőző szakszerű, tudományos elemzésre.

Az 1972-es Korm. Hat. (2293/72. MT.h.) értelmében a szociálpolitika állami összefogása a Munkaügyi Miniszter feladata, aki egyben felelős a szociálpolitika fejlesztési koncepciójának kidolgozásáért. Kissé furcsa munkamegosztás, mivel jelentős mértékben egészségügyet érintő problémákról van szó, a megoldatlanságok pedig jórészt az egészségügyön csattannak. Ebből, de más hasonló intézkedésből is tapasztalom, hogy az egészségügyi tárca igyekszik illetékességét a szűkebb értelemben vett orvosegészségügyi problémákra korlátozni.

Nézzük konkrét példaként az alkoholizmus nyomasztó, nehéz gondját! A maradi előítéletekkel szemben egyre határozottabban vésődik a társadalmi tudatba, hogy az alkoholizmus betegség. De a tudatosodással párhuzamosan mind világosabb, hogy az alkoholizmus elleni küzdelmünk nem számíthat meggyőző eredményekre, amíg nem jönnek létre szervezeti keretek, nincs megfelelő szakmai irányítás. Bizonyos fokig érthető, hogy a szükséges feltételek híján az egészségügy óvakodott, hogy a jobbára szociálpolitikai gondot vállalja, noha közvetve amúgy is nyomasztja, hiszen a kevés számú pszichiátriai ágy egyharmadán alkoholbetegeket gondoznak, és rengeteg az alkoholizmussal járó másfajta betegség.

Hasonló a helyzet a neurózissal – tágabban értelmezve: az egész mentálhigiéné megoldatlanságával. A társadalom számára ez nem olyan „kiáltó", mint az alkoholizmus, de az orvosok pontosan tudják, hogy neurotikus betegeik tömege, akiknek panaszait szokványos és elhárító „diagnózissal" általában „funkcionálisnak" minősítik, milyen nagy teher az egészségügynek, különösen az alapellátásban dolgozó körzeti orvosoknak.

Utalhatnék az ellátatlan, illetve az elégtelenül ellátott idős emberek sorsára, geriátriai gondozásuk vagy a rehabilitáció kérdéseire. Ezek egytől egyig közvetlenül kapcsolódnak a szociálpolitikához. De hiába tudjuk mindezt, tapasztaljuk, hogy a sürgető feladatok zömét gyakran a legköltségesebb és a legészszerűtlenebb módon „oldják meg". A hiányos, hibás rehabilitáció miatt például nagyon nagy a ráfizetés: táppénz, rokkantsági díj, termelési kiesés, kórházi túlápolás formájában. A geriátriai gondozás elmaradottsága fokozza a kórházi ágyhiányt, amelyet nem enyhíthet a kórházépítés, hiszen az rendkívül költséges.

Az egészségügy nem vállalhatja a szociálpolitikai gondok sokaságát, anyagi és szervezeti keretei amúgy is túlterheltek. A növekvő gondokat a redukciós törekvések nemhogy csökkentenék – szaporítják. Gondol-

junk a WHO egészség-meghatározására: „Az egészség nem a betegség hiánya: az egészség a teljes testi, szellemi és szociális jólét állapota”!

Az egészségügyi vezetésről, a vezetés adaptivitásáról

Magyarországon a felszabadulás után a lakosság tömeges egészségügyi ellátásában alapvető változást hozott az egészségügy államosítása, a központosított egészségügyi organizáció létrehozása. Ez még akkor is érvényes, ha az egészségügy felülről irányított forradalmát ugyanúgy torzította a voluntarizmus, mint egész népi demokráciánkat. Több év jó és rossz tapasztalata után időszerűnek látszik az egészségügyi irányítás felülvizsgálata. Ezúttal a vezetés adaptivitása szempontjából. A vezetésnek gyors és rugalmas intézkedéseket kell hoznia, ami a változások ismeretét feltételezi. E nélkül ábránd marad a többdimenziós orvoslás. Hiába folytatnak sikeres modell jellegű kísérleteket orvosok, orvoscsoportok – eredményeik igazi hatása elenyésző. A szakszerű, rendszerelméletileg megalapozott, átfogó felülvizsgálatnak ki kellene terjednie a vezetés négy alapvető funkciójára, a tervezés, a szervezés, az irányítás-ellenőrzés, a kommunikáció (információ-áramlás, döntési rendszerek) időszerű problémáira. Sajnos, az egészségügyi vezetés problémája leszűkül a centralizáció–decentralizáció kérdésére.

Ha egészségügyünk dinamikus modelljét vizsgáljuk, a képlet rendszerelméletileg megfelel a „funkcionális egység” modelljének. A funkcionális egység működése irányított. Az irányításnak két bázisa van: elsődleges a cél, másodlagos a célhoz vezető program. Mindkettő információkat hordoz, illetve lényegében információ-természetű. Ha a funkcionális egység működése zavartalan, program szerint halad a cél felé, az irányítás vezérléssel történik, amelyben nincs visszajelentés. Ha a cél megvalósítását zavaró körülmények veszélyeztetik, jelzésekre, a jelzések megítélésére, döntésre, s végül visszaterelő műveletekre van szükség. Az irányításnak ez a módja a szabályozás. A szabályozás lényeges eleme a visszajelentés. Ha a visszajelentés a rendszer eltérését jelzi a céltól, és a beavatkozás ezt az eltérést csökkenteni igyekszik a rendszer stabilitása érdekében, negatív visszacsatolású szabályról beszélünk. Ha a visszacsatolás jelzi az egyensúlyi állapot megbomlását, a rendszer működése az eltérés felé, stabilitása ellenében működik, pozitív visszacsatolásos szabályozásról beszélünk. A nagyon leegyszerűsített analógia szerint: korábban az erősen központosított organizációval egy időben az irányítás döntően vezérléssel történt. A cél világos volt, a program – legalábbis receptként – meghatározott, s így a visszacsatolást biztosító jelzésekre nem volt igény. Később fokozatosan tért hó-

dított az irányítás összetettebb, érettebb módszere. Mégis, szinte csak a negatív visszacsatolásos szabályozás vált uralkodóvá – megfelelően a stabilizációs követelményeknek. Vajon az irányítás kétféle módja egymást kizáró alternatíva? Megítélésem szerint a különböző módokra egyszerre, egyidejűleg is szükség lehet, esetleg úgy is, hogy váltogatják egymást, úgy is, hogy ötvöződnek. Már csak azért is, mert nem hiszem, hogy az irányítás egyik módja eleve demokratikus, a másik pedig nem. A célszerűség, az észszerűség és a rentabilitás döntheti el a módszerek értékét. Ezek érvényesítése előbbre mutat, mint az egyik vagy másik irányítási módszer „kedvelése". Az irányítás aszerint is változhat, hogy milyen az organizáció szintje. Ahol biztosítottnak látszik a koncepciózus vezetés, a program átfogó szélességű és tisztázott, ott helye van a vezérlésnek. A negatív visszacsatolásos szabályozás esetenként kevésbé dinamikus, óvatos, nemegyszer erőtlen irányítási stílust eredményez. Alsóbb – tanácsi és intézeti – szinten viszont nagyobb biztonságot nyújt a hibákkal szemben a szabályozás.

Az egészségügyi szervezők helyzete

1973-ban az Egészségügyi Minisztérium Igazgatási főosztálya a szakigazgatás területén felmérte és értékelte a szakigazgatási orvosok helyzetét. Megállapította, hogy az állások több, mint 30%-a üres. A járásoknál ez az arány 45%-os, és igen magas a munkaerő-vándorlás is. Sőt, sok a szakképzetlen, kezdő, tapasztalatlan városi és járási főorvos. A helyzet a budapesti kerületekben sem volt kedvezőbb. Vagyis a magyar egészségügyi szervezőknek még a fele sem szakképesített.

Magyarázhatnánk a jelenséget anyagi okokkal: a szervező orvosoknak nincs lehetőségük mellékjövedelemre, és az 1971-es bérrendezéskor megadott munkahelyi pótlék ezt nem egyenlítette ki. Mégis úgy gondolom, a gyökerek ennél mélyebbre ereszkednek. Hasonlítsuk össze a gyógyító és a szervező orvosok helyzetét! A szervező orvosok nem rendelkeznek a gyógyító orvosokhoz hasonló társadalmi tekintéllyel. Sőt, „főnök"-szerepük ellenére nincs igazán szaktekintélyük, noha munkájuk fontossága, társadalmi haszna nyilvánvaló. A szervező orvosok társadalmi reputációja azért is kisebb, mert ténylegesen nem is ők döntenek. Az egészségszervezés és gyógyító munka elkülönülése egyenes következménye a többdimenziós orvoslás hiányának is. Ha az orvosnak örömöt hozó a gyógyító munka, sokszorosan örömöt hozónak kellene lennie a szervező orvos munkájának, hiszen a jó döntés, a szakszerű intézkedés rengeteg beteg javát szolgálja. De az egészségügyi szervezéssel foglalkozó orvosok maguk sem így tekintenek munká-

jukra, berzenkednek a „papirosmunka" ellen, vagy még rosszabb, ha már beletörődtek. A megosztottság káros a betegellátást végző orvosok szempontjából is. A szociális medicina megkívánta kompetencia tágítása alól felmentve érzik magukat, azzal az indokkal, hogy ott vannak erre a célra a szervező orvosok.

Szükség lenne az orvoslás többféle nézőpontjának árnyalatos tisztázására. Nem hiszem, hogy a szervezést végzőket „függetleníteni" kell szakmájuktól, megfosztva őket az ösztönző élményektől. Sok vezető orvost ismerek, akik – mert ösztöneik jól működnek – ragaszkodnak osztályukhoz, vállalva a túlerőltetést is. Helytelen, hogy vezető vagy szervező orvos a munkahelyi pótléktól is elesik, mert 1974. január 1-től megyei, járási főorvosoknak semmilyen mellékállása sem lehet. Arra kell törekedni, hogy a vezető, szervező orvosok eleven, élő kapcsolatokat tarthassanak szakmájukkal, hogy képviselői lehessenek egy integráltabb szemléletű orvoslásnak.

Tervezés az egészségügyben

A tervezésen belül a rendszer – ez esetben az egészségügyi organizáció – egyezteti lehetőségeit, erőforrásait a változó környezeti és belső adottságokkal. Ilyen értelemben a tervezés értelmes együttműködés az elkerülhetetlennel. Nem nehéz belátni a dinamikus funkció sokrétűségét olyan összetett rendszerben, mint az egészségügy. A tervezésnek nemcsak figyelembe kell vennie az alrendszerek információit, döntéseit, hanem integrálnia is kell azokat, és a szervezet egészének legnagyobb fokú teljesítőképességét kell biztosítania – nem, vagy nemcsak a pillanatnyi külső viszonyokat számba véve, hanem előre látva azok alakulását, minél nagyobb távlatokban. Minden igazi terv szükségszerűen cselekvést tételez fel, „tervezői" koncepciót, tehát személyes kvalitásokat, például az új módszerek iránti érzéket, teremtőképességet. Nyugodt, konszolidált környezetben a tervezés általában rövid távú, jobban átlátható, nagyobb biztonságérzetet nyújtó. Az ilyen jellegű tervezés egyöntetűbbé teszi a döntéseket, jobban megfelel a felsőbb követelményeknek, és segíti a munka zökkenőmentességét. Ugyanakkor hamar nyilvánvalóvá válik, mennyire elégtelen a változó környezetben.

A két világháború, a hidegháború „hidegre tette" a medicina problémáit is. A hatvanas években a világtermelés 7%-át költötték fegyverkezésre, és csak 2%-át közegészségügyi célokra. A társadalmi ellentmondások és feszültségek nem tették lehetővé a szociálpolitika, s azon belül a világméretű egészségügyi problémák elvi tisztázását sem, nemhogy gyakorlati megoldásukat. A vezető hatalmak konfrontáció-

ját követő enyhülésben mindinkább nyilvánvaló: az orvoslás korunk dilemmája.

A fogyasztói társadalom a javak bőségét, sőt, fölös bőségét nyújtja, de ez egyáltalán nem vonatkoztatható az egészségügyi szolgáltatásokra, ahogyan a szolgáltatások magas ára is jelzi. A fogyasztói társadalomban a lakosság tömeges egészségügyi ellátása megoldatlan.

Az individuális medicina ellentmondásos. Az orvostudomány kiugróan nagy anyagi és szellemi erőfeszítéseket áldoz például a szívátültetésekre. Ez rendjén lévő áldozat, mert a jelentősége egyelőre nem is az így gyógyítható betegek számában van, hanem abban az ösztönzésben, amely a probléma megoldásához szükséges kutatási ágak fejlesztését szolgálja. Ugyanakkor a szívátültetések korában megoldatlan a nagyszámú fiatal, lényegesen egyszerűbb műtéttel is meggyógyítható szívbeteg felkutatása. De említhetném a jól gyógyítható fertőző betegségeket is, mint a tbc, melyben legalább 25 millió ember szenved, illetve szorulna szakszerű kezelésre. A mai medicina nagy ellentmondása (sok más területhez hasonlóan), hogy a meglévő orvosi ismeretek tömeges alkalmazása, eljuttatása a rászoruló milliókhoz jóvátehetetlenül késik.

AZ ORVOS–BETEG KAPCSOLATRÓL

Az orvosi pszichológia évtizedes háttérbe szorítása, természetes fejlődésének megakasztása életünk számos területén, elsősorban az annyira érzékeny humán viszonylatokban sokszorosan megbosszulta magát. Ha valahol, akkor ez az orvos–beteg kapcsolat nem kívánatos alakulásában érzékelhető. Nemcsak a betegek, de az orvosok is elégedetlenek a jelenlegi helyzettel. Sokan az egészségügyi ellátás kiszélesedésében, az orvosi munka eltömegesedésében, sőt az egészségügyi szolgáltatások ingyenessé válásában keresik a bajok eredetét. Mások a régi háziorvosi rendszerre tekintenek nosztalgiával. Lényegében ezek a nézetek beletörődően a szocialista egészségügy velejárójának vélik az orvos–beteg kapcsolat fokozódó elszemélytelenedését, elgépiesedését. Leginkább ezt érzi bántónak az orvosi segítségre szorulók sokasága. Ilyesmi nagy társadalmi és világnézeti változások idején történik, az iparosodás, a városiasodás időszakában. Az egyházi befolyás, különösen a papság lelkipásztori tevékenysége meggyöngült, és érezhetően egyre gyöngül. Ezek a tények ismertek, az talán kevésbé, mennyire megterhelő az orvos–beteg kapcsolatban. A természettudományos, felvilágosító ismeretek rohamos terjedése láttán a gyakorló orvos nap nap után elcsodálkozhat, hogyan tudnak ennyire magukra maradni az emberek személyes gondjaikkal. Egyszerűnek látszó problémákban, rendezhető konfliktusokban is tanácstalanok, és ami rosszabb, nincs kihez forduljanak. Talán éppen a tudományos ismeretterjesztés hatásaként legszívesebben orvoshoz fordulnának, ha az orvos elfoglaltságában és kompetencia behatárolásában nem éreznék ennek akadályát. Márpedig az orvos a szakmai illetékesség demarkációs vonalát nagyon különböző tágasságban tudja meghúzni és érzékeltetni a beteggel. Megint szemléleti és valóságismereti kérdésekről van szó. Pedig az orvos–beteg kapcsolat milyensége, az udvarias, türelmes, formális kereteknél jobban függ annak tartalmától, tágasságától, vagy éppen a beteget érintő kérdésben az intimitás fokától. Abban az orvoslásban, mely ideálnak a természettudományos egzaktságot és tárgyilagosságot tekinti, és a gyógyító orvos személyiségét, odafordulását, fokozott törődését „nem specifikus pszichoterápiás hatásnak" kisebbíti, a bajok érthetőek. Inkább az a meglepő, milyen keveset foglalkoznak ezzel az orvosok még manapság is, a folyamatosan jelentkező kihívások ellenére.

A mélylélektani megközelítés

Az orvos mindig is megkülönböztetett helyet foglalt el az emberek, és különösen a betegek szemében. A pszichoanalitikusok hamar felismerték az orvos–beteg kapcsolat kiemelkedően fontos szerepét a pszichoterápiás folyamatban. Látták, hogy a beteg az orvos számára nemcsak intellektuális feladat, a kapcsolat nagymértékben személyes jellegű, érzelmekkel átszőtt. Abból indultak ki, hogy a személyiségfejlődés, melynek egyik alapvető mechanizmusa az azonosulás, mindig külső személyek, elsősorban a szülők, nevelők támogatását tételezi. Ez sajátos érzelmi viszonyulással jár. A konfliktusos élethelyzet vagy a szomatikus, krónikus betegséget kísérő regresszió felidézi a szülők, nevelők védő, támogató szerepét. Az orvos, társadalmilag minősített szerepe és jelentősége folytán, alkalmas érzelemátvitellel a szülők szimbolikus helyettesítésére, és a feléjük irányuló érzelmi viszonyulás átvételére. A pszichoanalitikusok az orvos–beteg viszonyban alapvető családi kapcsolat (legtöbbször szülő–gyerek kapcsolat) reprodukcióját látták. A magyar származású Thomas Szasz orvostörténeti alapozással az orvos–beteg viszony három alapmodelljét különbözteti meg. Egyiptomban az orvos inkább mágus volt és az aktivitás–passzivitás érvényesült az orvos–beteg kapcsolatban. A görögök már az irányítás–kooperáció modellt alkalmazták. Legfejlettebbnek pedig a kölcsönös részvételt feltételező, interperszonális kapcsolaton alapuló modellt tartja. E modellek prototípusát is a szülő–csecsemő, a szülő–serdülő és a felnőtt–felnőtt viszonyban látja.

Az analitikusan orientált klinikai pszichológiára támaszkodó orvosok ezt a hozzáállást az orvos–beteg alakításában, a beteg vezetésében, a gyakorlatban is hatásosan alkalmazzák.

Ilyen megközelítéssel az orvosi pszichológia sok részletismeretével nem rendelkező klinikus, gyakorló orvos is meg tud oldani betegvezetési problémákat, mint ahogy az anya vagy apa sem pedagógiai stúdiumokra támaszkodva, hanem döntően érzelmi alapon neveli gyerekét. Tapasztalatunk szerint azonban a megközelítésnek több hibája, nehézsége is van. A beteg szempontjából a leggyakoribb, hogy az erősen aszimmetrikus interperszonális kapcsolatban az omnipotensnek képzelt orvostól passzívan várja problémájának megoldását. Ez nehezíti a beteg aktivitását, döntési önállóságát. A gyermeki viszonyulásmódok átviteléből keletkezett orvos–beteg kapcsolat szakszerű irányításához pszichoanalitikus elméleti ismeretek kellenek, különben fennáll a személyiség függőségének veszélye. Az orvos szempontjából az ilyen orvos–beteg kapcsolat eleve meglévő empátiás készséget tételez fel. Végül az orvosképzés szempontjából: az érzelmileg motivált hozzáállás nem

könnyen reprodukálható és még nehezebben tanítható. A modern szociálpszichológiai megközelítés azért is vonzó, mert több intellektuálisan is megismerhető és elsajátítható ismeretet nyújt az orvos–beteg viszonyról.

Az orvos–beteg viszony szociálpszichológiai vizsgálata

A szociálpszichológián belül az interakcionalista irányzat, még szűkebben a szimbolikus interakcionalizmus foglalkozik az orvos–beteg kapcsolattal. A kapcsolat szabályozása könnyebbé és korszerűbbé válhat, mint a tekintélyhelyzetből irányítás, amely együtt jár a szülői tekintély elfogadásával. Az interakcionalista szociálpszichológiában termékenynek bizonyult szerepelmélet az emberi viselkedést inkább szociálisan, mint biológiailag meghatározottnak tartja. A szerepfogalom azonban félreértésre adott okot. Gyakran összetévesztették az őszintétlen viselkedéssel, a „megjátszással", holott a fogalom, a színpadi szerephez hasonlóan, az előírtságra utal. A mindennapi emberi viselkedés meghatározott, szociálisan kialakult, előírt viselkedési normák szerinti. Ha az orvos–beteg viszonyt a szerepelmélet szempontjából akarjuk megközelíteni, tisztáznunk kellett ezt a félreértést.

Néhány szót az orvos, illetve beteg szerepéről. A szerepviselkedés mindig interakciót tételez fel. Ezért a legtöbb szerepnek szereppárja van. Ilyen komplementer pár az orvos–betegé is. Az orvosszerep a betegszerephez viszonyulva érvényesül. A betegszerep, minden más szerephez hasonlóan, jogok és kötelességek társadalmilag elfogadott rendszere, de a betegszerepnek fontos előnye, ha úgy tetszik, joga van. A beteg mentesül sok társadalmilag rárótt feladat alól. Vonatkozik ez, kenyérkereső munkájára, súlyosabb esetben családi kötelezettségeire is. Ezt a jogot nálunk a nagyon kiterjesztett társadalombiztosítás – táppénzes és leszázalékolási statisztikáink mutatják – messzemenően elfogadja. A beteg nem tehet betegségéről, nem felelős állapotáért, betegségének következményeiért. Ennek szélsőséges esete az elmebetegek beszámíthatatlanságának elfogadása, még kriminális cselekmények kapcsán is. A betegszerep jogát a modern társadalom és kultúra azért is tudja biztosítani, mert a köztudatban mélyen gyökerezik a beteg segítésének elve. Az orvosok és egészségügyiek személyében rendelkezésre áll az erre hivatott sok ezer szakember, aki a gyógyításhoz ismeretekkel rendelkezik, és egyénileg évekig, testületileg pedig évezredek óta arra kondicionált, hogy feltétel nélkül nyújtson segítséget a beteg embernek. Ezek után nem meglepő a betegszerep keresése, a betegségbe menekülés jelensége, a szomatikus elváltozásokat nem mutató esetekben

is. Nehéz élethelyzetekben, megoldhatatlannak látszó konfliktusok, szituációk esetén a személyiség szerepeinek redukciójával kíván szinte ösztönösen új egyensúlyi helyzetet teremteni. Ez a betegség-koncepció összhangban áll az analitikusok regresszió-elméletével, vagy saját Rorschach-vizsgálataink eredményeivel, a krónikus és malignus betegségeknél mutatkozó testvázlat-zavarokban. A szerepredukció jelensége azonban nemcsak a betegszerepnél, de az orvosinál is kimutatható jelenség. Ilyet észlelünk az egyoldalú specializáció folyamatában, a kompetencia és a vállalás mértékének beszűkítésében, ahogyan az egysíkú, mereven szomatikus orvosláshoz ragaszkodnak. E jelenségek a túlterhelt, frusztrált, az igényekkel szemben önmagát elégtelennek érző, távlatot vesztett orvosoknál felismerhetők, és sajnos, legelőbb éppen az orvos–beteg kapcsolatban jelentkeznek. Itt lehet ugyanis közvetlen következmény nélkül érzelmileg visszavonulni, rutinmunkává változtatni és ezzel könnyíteni a beteggel törődést. De ha kiemeltem a betegszereppel járó jogokat, szólni kell a kötelességekről is. A beteg kötelessége mindent elkövetni, hogy betegszerepe mielőbb megszűnjön, és normális szerepeit (ön- és családfenntartó, munkavállalói, társadalmi stb.) ismét felvehesse. Gyógyulása érdekében köteles szakértői segítséget kérni, orvoshoz fordulni, annak utasításait betartani, az orvossal és ápoló személyzettel kooperálni. Az egész betegvezetési problematika jórészt a jogok és kötelességek összhangjának, a kötelességek vállalásának biztosítására irányul. Elég, ha a betegek hospitalizációs tendenciáira, munkaképesség megállapításával kapcsolatos problémákra, az ismert kooperációs nehézségekre utalok. Ha ezeket a problémákat értően és a betegszereppel járó jogok szem előtt tartásával kezeljük is, nem szolgáljuk a beteg érdekeit, gyógyulását, ha eltekintünk a kötelességektől, és ezzel az orvos–beteg kapcsolat kontrollálását a betegre hagyjuk. A jó kapcsolat arra is irányul, hogy a betegszerep előnyeit, társadalmilag biztosított „protekcióját" fokozatosan leépítsük, akár jól átgondolt ellenmanőverek segítségével.

Az orvos–beteg kapcsolat a közvetlen kommunikáció tükrében

Az orvos–beteg kapcsolat sajátos, különleges folyamat. Közelebbről a közvetlen emberi kommunikáció jelenségkörébe tartozik. Szükséges a megkülönböztetés, mert az emberi kommunikációnak vannak közvetett formái, pl. az írás vagy a tömegkommunikáció, amikor a kommunikációs folyamatba technikai eszközök ékelődnek. Az emberi kommunikáció legfontosabb módja a verbális, nyelvi kommunikáció. Ez az

élővilágban egyedül az emberre jellemző, sajátos szerzemény. Nagyon egyoldalúan ítélnénk meg a közvetlen emberi kommunikáció lehetőségeit, akár az orvos–beteg kapcsolatban, ha vizsgálódásunkban csak a verbális kommunikációra ügyelnénk, és nem vennénk figyelembe a kísérő, filogenetikusan ősibb metakommunikációt. Ma már a metakommunikációval foglalkozó paralingvisztikának külön ágai vannak, melyek foglalkoznak a mimika, a tekintet, a gesztusok, a testtartás, a végtagmozgás, a térközszabályozás, a hangnem, a hangerő, hanghordozás, a kulturális szignálok stb. révén létező kommunikációs csatornákkal. A kommunikáció általános elméletén belül a Palo Alto-i irányzat a kommunikáció jelentős és befolyásoló aspektusait különíti el. Az elmélet szerint minden kommunikáció egyidejűleg közöl információs és rábeszélő, befolyásoló törekvést, felszólítást, hogy a közlést befogadó tegyen vagy ne tegyen valamit. Számunkra több okból a kommunikáció promotív aspektusa érdekesebb. Mert az orvos–beteg kapcsolatban a promotív aspektusnak visszacsatoló, szabályozó funkciója van, s mert a kommunikációnak ez az arculata, állandó jelenléte a köztudat számára kevésbé ismert. A verbális kommunikáció során a befolyásolási szándék nem szembetűnő és nem is tudatosul a felekben. S ha mégis, indirekt utakra kényszerül. A direkt felszólítás lehetősége ugyanis ebben a szerepviszonylatban erősen korlátozott, társadalmi konvenciók által szabályozott. Az indirekt felszólításnak nincsenek ilyen korlátai. A tudatosan alkalmazott indirekt felszólítás addig eredményes, míg rejteni tudja a közlő szándékát. Ha „lelepleződik", vagyis a másik fél kideríti, hogy „manipulál", ugyanazok a normák lépnek érvénybe, mint a direkt felszólítás esetén. A másik fél a felszólítást visszautasítja vagy szankcionálja. Az indirekt felszólításos manőverezésnél sokkal gyakoribb az észrevétlenül megjelenő promotív üzenet. Fontos, hogy a tudatossá nem váló promotív befolyásolásra a másik fél reagál, érzi, hogy a kezdeményező akar tőle valamit.

Minél integráltabb a személyiség, annál inkább képes az ilyen promotív közlések felfogására és legalább részbeni tudatosítására. Mondani sem kell, hogy az orvosnak ez a képessége milyen nagy jelentőségű a beteg viselkedésének, mélyebb szándékainak megértésében. Enélkül döntően a verbális kommunikáció referenciális tartalmára szorítkozna. A beteg személyiségének zavarai megmutatkoznak promotív közléseinek kontrollálatlanságában, amely egész kapcsolat-zavarának lényeges eleme lehet. Ha ezeket a promotív közléseket az orvos érzékeli, felismeri értelmüket, lehetősége lesz a beteg számára is értelmezni, és így segíteni tudja a beteg személyiségén belüli rendezést. A promotív aspektus megértése az orvos empátiás készségének iskolája, de egyben kulcs a beteg rejtettebb érzelmeinek, ambivalenciájának, mélyebb

konfliktusainak megértéséhez. Ezért az orvos akkor se pedagogizáljon, ha a beteg viselkedése, megnyilvánulásai zavaróak, hanem tegye fel magában a kérdést, mit akar a beteg ezekkel a megnyilvánulásokkal közölni, mit akar elérni. Legtöbbször rájövünk, még nem elég intim, permisszív a kapcsolatunk a beteggel, hogy felhagyjon az indirekt befolyásolási manőverekkel, illetve hogy a rejtett szándék még nem tudatosodott a betegben, és nekünk kell segíteni annak megfogalmazásában is. A kommunikáció promotív arculatának megértéséhez számomra a legintenzívebb tanulást az asztmás betegek gyógykezelése nyújtotta. A korai személyiség-károsodásaik következtében infantilis, dependens személyiségű asztmás betegek kommunikációjában szinte túlteng a promotív oldal. Sokszor úgy tűnik, hogy egész tünetképződésükben, állapotváltozásaikban a promotív szándéknak meghatározó szerepe van. Sokat segített az asztmás betegek megismerésében, vezetésében, ahogy sikerült mindjobban megértenünk a „tünetek nyelvét". Értésünket a beteg szorongásainak csökkenésével, tüneteinek enyhülésével, állapotának javulásával honorálja.

Az orvos–beteg kapcsolatban, a betegvezetésben igen nagy jelentősége van az orvos befolyásoló megnyilvánulásainak. Ez mindennapi gyakorlatunkban a beteg szuggesztív befolyásolásában jut leginkább kifejezésre. Az orvosi szuggesztió olyan pszichikus változásokra irányul, amely észszerű, a köznapi lehetőségek körén belül van, és amely valamilyen gyógyító módszerrel gyakorta el is érhető. Három fontos tényezője van: 1. a beteg hiedelme az orvos személyét, annak respektibilitását illetően. Ez valószínűségekre, a beteg által ismert terápiás sikerekre, precedensekre támaszkodik. 2. A szuggesztió szituációja. Hogy a szituáció megfeleljen a beteg elképzeléseinek az orvos–beteg kapcsolatról, az egészségügyi intézeti miliőről, emellett ellentmondásmentesnek és zártnak kell lennie. Tehát a szuggesztiós tartalmaknak ellentmondó információkat a helyzet nem közvetíthet, mint ahogy a szituáció elemeit a beteg nem analizálhatja, nem kaphat kívülről más információkat. 3. A szuggesztiót közvetítő orvos megfelelése. Ez az orvos viselkedésének, szándékainak hitelességét, etikai tisztaságát, egyértelműségét jelenti. Pl. a verbális közlésnek és a metakommunikációnak egybehangzónak kell lennie. A szuggesztió ősi terápiás eljárás, amelynek elemei a modern orvos–beteg kapcsolatban is megtalálhatók. Tudatos alkalmazása a betegek vezetésében, pozitív irányú befolyásolásában igen nagy lehetőségeket nyújt a gyógyító orvosnak.

Az empátia jelentősége az orvos–beteg kapcsolatban

Az empátia azt a képességet és pszichológiai folyamatot jelenti, hogy az egyik ember beleéli magát a másik érzelmi állapotába, és a beleéléssel képes a szokványosnál mélyrehatóbban, pontosabban megérteni őt. Ez így látszólag egyszerű fogalmi meghatározás, mégis sok félreértésre ad alkalmat. A fogalom használata divatos lett, mert humanista csengése van, azt sugallja, hogy a beteget meg kell érteni. Az orvosok pedig szeretik úgy érezni, hogy ők „veleszületetten" képesek betegeik megértésére. Ezért sokan az empátiát a megértés egyszerű szinonimájaként használják. Pedig a fogalom ennél sokkal összetettebb.

Az orvosok a beteg viselkedését a bíróéhoz hasonló közelítéssel egy normatív bázishoz, többnyire önmaguk normáihoz viszonyítva szokták megítélni. Ezt a kívülállást szentesíti és erősíti a szomatikus medicinában honos „objektivitás", mely egyenesen megkívánja a természettudományosan képzett orvostól az elfogulatlan vizsgáló attitűdjét. Ebben a megközelítésben benne van a „megértés" is, de mint racionális, intellektuális folyamat. Az empatikus orvos nem kívülről szemléli betegét, hanem megpróbálja magában felidézni annak érzelmi állapotát, késztetéseit, céljait. Mintegy beleéli magát a másik helyzetébe, de éppen a beteg személyiségének abba a tartományába, mely számára nem racionális, s ezért idegen. A racionális mindennapi indokok és viselkedésmódok megértése nem igényel empátiát, itt a megértéshez elegendő a beteg helyzetének egyszerű logikai rekonstrukciója. Az empátiában nincs összehasonlítás, nincs külső mérce, nincs megítélés. Az empatikus orvos képes fenntartás nélkül felfogni és elfogadni a beteg érzelem- és élményvilágát.

Az empátia kialakulása hosszú folyamat. Kezdete a legkoraibb személyiségfejlődéshez nyúlik vissza. Az anya–gyerek kapcsolatban különösen erős és tisztán érvényesül, hiszen ez az alapja az azonosulási, identifikációs mechanizmusoknak. Az anya–gyerek kapcsolatban azonban azért lehetséges az empátia ilyen foka, mert az azonosuló személyiség még éretlen, nagyon képlékeny az azonosulás modellje, a szülő fejlett személyiségéhez képest. Az emberek empatizáló képességének iskolája a különböző nagy érzelmi töltésű interperszonális kapcsolat (szülői, testvéri, baráti, szerelmi, hivatásbeli reláció).

Az empátiás viszonyulást akarattal, gyakorlással az orvos elő tudja idézni, illetve nagymértékben fejlesztheti. Ennek egyik előfeltétele, Rogers szerint, hogy a beteghez feltétel nélküli elfogadással és érzelmi melegséggel kell odafordulnia. Ha erre nem képes, vagy negatív emóciói vannak a beteggel szemben, a folyamat elakad. A másik feltétel a már

említett megfelelés. Az orvosnak nemcsak a beteget, hanem önmagát is figyelni és értelmezni kell.

Nem nehéz észrevenni az empátia szoros kapcsolatát a közvetlen emberi kommunikáció modern elméletével. A modern ipari társadalmak túlburjánzó verbális közlés- és információtömegében az emberek elvesztik érzékenységüket a metakommunikációs közlésekre. Ez az orvos–beteg viszonyban is kimutatható. Az empátia a kommunikációs csatornákat is megnyitja számunkra, és az így nyert árnyalt információkat a betegről – a tudat szintjére emelve – hasznosíthatjuk a gyógyításban, éppen a beteg érdekében.

AZ ORVOSI TUDÁS ÖSSZETEVŐI

A gyakorló orvos viszonylag nagy tudásanyagra szorul sokrétű feladatának ellátásában. Az orvosi szakma társadalmi megbecsülése is jórészt erre a tényre támaszkodik, illetve ez tükröződik a köztudatban. Az orvoslás alapjául szolgáló tudományok, főleg természettudományok fejlődésével egyre nagyobb mértékben halmozódnak az orvosi munkában alkalmazott és alkalmazandó ismeretek. Ez az orvosi érettség bizonyos szintjén túl fokozódó szorongást okoz, és kihat a pálya-közérzetre. Az idővel, az ismeretek gyarapodásával együtt jár a természetes avulás. De ha ennek a felhalmozódó tudásnak kirostálását a kritikai szellem nem végzi el, a gyógyításban károssá is válhat, mint ezt a „tankönyvi ballasztok" esetében tapasztaljuk. Elvileg nincs teljesen érvénytelen, illetve érdektelen tudás, legfeljebb magára a tudásra vonatkozó tudás válik belőle, mint ahogy ezt az orvostörténeti ismeretek is mutatják. Az orvosi tudásanyag burjánzó növekedése, legalábbis a gyarapítás kényszerűsége szükségessé teszi, hogy szemügyre vegyük az ismeretanyag struktúráját és az összetevők arányát.

Az orvosi tudás zömét a specializálódás folyamatával fokozódó mértékben a szaktudás, a szakismeret adja. Hetényi Géza egyetemi előadásán hallottam – ő mesterét, Korányi Sándort idézte –, hogy a gyakorló orvos sokról keveset tud, a specialista kevésről sokat, a jó klinikusnak sokról sokat kell tudnia. Medikus korom óta kísért ez a probléma: mit és minek a rovására? A medikus népi kollégium igazgatójaként a „szakbarbár" elutasításával szemben a szakismeretek megszerzéséért kellett kiállnom, mert félő volt, hogy a kollégisták öneszmélését kísérő társadalmi, politikai érdeklődés kielégítése a szakismeretek rovására megy. Azóta, akár az egyetemi oktatásra, akár a fiatal orvosok vagy általában a gyakorló orvosok tudásanyagára gondolva, mind gyakrabban érzékelem, mennyire hátrányos – még a szakismeretek érvényesítése szempontjából is – a mindennapi ismeretek hiánya. Azokra a társadalmi, politikai, a hazai valóság megértését segítő, a társadalmi intézményrendszerben eligazító ismeretekre gondolok, amelyek a beteggel való kapcsolatunkat tartalmassá teszik. Ezek az ismeretek szükségesek, hogy a betegeknek életvezetésükben tanácsot, vagy rehabilitációs problémáikban segítséget adhassunk. A betegközpontú orvoslás, de az egészségügy demokratizmusa sem valósítható meg a mindennapi ismeretek gazdagsága nélkül. Hasonló aggodalmat kelthet az orvosok „humán" műveltségének hiánya. Az orvos önépítkezésében nem nélkü-

lözheti azokat az emeltyűket, amelyeket az irodalom, a képzőművészet, a zene, a film, a színház, egyszóval a kultúra nyújt értelmiségivé válásunkhoz és értelmiségi attitűdünk megőrzéséhez. A műveltségre azért is szükség van, mert az orvos emberismerete, gyakorlati pszichológiai jártassága sem fejlődhet az ilyen ismeretek nélkül. A korábbi szektás elzárkózás miatt orvosaink klinikai pszichológiai ismeretei amúgy is hiányosak, alacsony szintűek. Nem olyan szembetűnő ez, ahol a szakismeretek kiegészülnek a jó gyakorló orvos sok hétköznapi ismeretével. A művelt orvosok humán kulturáltságával általában együtt jár az emberismeret, az összefüggések tágabb áttekintése. Így bizonyos fokig pótolhatók a szakszerű orvospszichológiai ismeretek is.

Az orvosi tudás három alapvető tartománya között – ahogy Ferge Zsuzsa megfogalmazza: szakismeret, hétköznapi ismeretek, „ünnepnapi" ismeretek – a határok elmosódnak, és lehetetlen valamiféle értékrendi hierarchiába erőszakolni ezeket. Az orvosi munka természetétől, az orvos beállítottságától, érdeklődésétől, az orvostársadalomban elfoglalt helyzetétől, személyes, baráti kapcsolataitól és még sok más tényezőtől függően változnak mennyiségileg és minőségileg az orvosi tudás tartományai. Az egészségügy demokratikus felfogása tehát nem egyeztethető össze az egyoldalú szaktudással.

Ugyancsak nagy jelentőségű az orvos teljesítménye szempontjából, hogy tudásanyagából mennyi a releváns, illetve irreveláns ismeret. És itt jutunk el a 20. század gyakorló orvosának identitás-problémájához, az „orvos-tudós" délibábos, csalóka illúziójához.

Az orvostudomány identitászavara és az orvoslás demokratizmusa

A természettudományok fejlődésének múlt századbeli nagy lendülete és századunk tudományos-technikai forradalma következtében igen megnőtt a tudomány és a tudás társadalmi megbecsülése. A felhalmozódó orvosi ismeretek, elsősorban a szakismeretek, a természettudományok alkalmazását jelentik az orvoslásban. Érthető az orvosok igénye, hogy szélesítsék az orvoslás, a gyógyítás egzakt természettudományos alapjait. Ugyanakkor a gyakorló orvos munkájának jellege régóta és most is vitatható. A „tudomány – művészet" leegyszerűsítő alternatívában az orvosok – legalábbis az orvostársadalmat szellemileg meghatározó irányítók – a tudomány növekvő presztízsének áramában a természettudományokra szavaztak. Sikerült is kivívni a tudományos életben és a társadalmi közvéleményben az „orvostudomány" helyét és rangját. Jócskán fizetünk most a győzelemért!

Álláspontom első megközelítésre bizonyára nem vonzó sok kollégám számára. Ugyanis megkérdőjelezem a gyógyító orvos tudós voltát – szemben a laboratóriumi kutatóorvossal. Ezt akkor is így gondolom, ha egy-egy klinikus magas tudományos fokozatot ért el, sok közleménye van, monográfiái jelentek meg. A gyógyító orvos attitűdje más. A tudományos kutató magatartását meghatározza a munkájában kötelező tárgyilagosság, az elfogulatlanság igénye. Többszörös biztosítékot alkalmaz a személyes elfogultság kiküszöbölésére. Az orvos másképpen viszonyul – és kell is viszonyulnia – betegéhez a gyógyító tevékenység során. A beteget nem tekinthetjük vizsgálódásunk, kutatásunk tárgyának. Ha ezt teszi az orvos-tudós, a beteg szorongva tiltakozik, hogy ő nem kísérleti nyúl.

A jó klinikus ugyanis nemcsak ismeretanyagát és értelmét kapcsolja a gyógyítás folyamatába, hanem személyiségének sok más tartományát is. Talán az sem túlzás, ha azt mondjuk: egész személyiségét. Utalhatnék itt a jó klinikus empatikus készségére, arra az összetett, tudatosan is fejleszthető készségre, hogy az orvos a beteg helyzetébe képzeli magát, és úgy vizsgálja a jelenségeket. De említhetném a gyógyító orvos szuggesztív képességét, az orvos–beteg kapcsolatnak ezt a kellően nem méltányolt tényezőjét. Vagy az indulatáttételes érzelmi viszonylatokat. Empátia, szuggesztió, indulatáttétel... – egy valódi természettudós számára mindez kárhozatos. Mert egy fizikai vagy vegyi folyamatot tanulmányozó kutatónak vagy elméleti kutatóorvosnak valóban nincs szüksége ilyesmire, biztosan meg is borzad a személyesség ilyen töménységétől.

Az elmondottakból az is kitűnhet, hogy ha kétségbe is vonom a klinikus orvos „tudósi" mivoltát, ez nem az orvos-klinikus lebecsülését jelenti. Ellenkezőleg – lemondva a „tudósi" rangról –, másfajta képességek értékét emelem ki. De ha egyszer azt látjuk, hogy a klinikai munka tudományos rangra emelése növeli az orvosok önértékelését és társadalmi presztízsét, miért kell ez ellen szót emelni? Azért, mert mint minden hamis illúzió, káros, ez esetben az orvostársadalmon belül az antidemokratikus tendenciákat erősíti.

Hogyan érvényesül ez a gyakorlatban? Már az orvosegyetemeken az oktatás tematikája, módszertana, a tankönyvek stb. révén szinte beprogramozzák az orvosnövendékekbe a tudomány kultuszát, az orvoslás természettudományi jellegét és az orvos-tudós ideálját. Ennek következménye az orvosnövendékek felkészültségében is megmutatkozik. Az egyetemi évek, pontosabban az „általános orvosi fakultáson" eltöltött évek után nehéz egy körzetben helytállni. Erre felkészít-e az egyetem? Az alapellátásban nélkülözhetetlen ismereteknél nem nagyobb becsülete van-e bármilyen tudományos diákköri teljesítmény-

nek? A klinikán maradáshoz is ez egyengeti az utat. Egyetemi oktatásunk kritikája mutatkozik meg a szorongásban, a magára hagyottság érzésben, amit a végzős fiatal orvos érez, ha az alapellátásba, a körzetbe kényszerül. Igen, kényszerül – és jórészt az orvostudós-ideál következményeként van krónikus orvoshiány az alapellátásban, főleg vidéken. A problémát nem oldotta meg a régi, adminisztratív jellegű irányítási rendszer, de az éveken át érvényesülő spontaneitás sem, és nem oldhatja meg a mai irányítási rendszer sem, mert meg sem érinti a probléma mélyebb okait. Ma az orvosok, így a pályakezdő orvosok szemében is azoknak az állásoknak van becsülete, ahol ha kell is „rutin" munkát végezni, azaz gyógyítani, legalább van lehetőség „tudományos" munkára is. Ezért törekednek sokan arra, hogy a klinikán, a kórházban, a városban maradjanak, és akiknek ez nem sikerül – márpedig egyre többeknek nem –, szinte a pályatörés rossz közérzetével kezdik orvosi munkájukat. Vannak, akik a fiatal orvosok hiányzó hivatástudatával magyarázzák a jelenséget. Megítélésem szerint viszont az esetek többségében a beprogramozott kutatóorvos-ideálhoz ragaszkodnak, s ebből adódik évről évre a pályakezdő orvos és a társadalom érdekének ütközése. Antidemokratizmust emlegettem. A 27 800 magyar orvosból jelenleg 24 157 dolgozik, ebből mintegy 19 000 foglalkozik közvetlenül betegellátással, közkórházban, szakrendelőben, gondozóban, körzeti és üzemorvosi rendelőben. Elenyészően csekély azoknak a száma, akiknek ténylegesen lehetőségük van orvosi kutatómunkára, hiszen még a klinikákon, az országos intézetekben is az egyre lenézettebb „rutin"-munkára van szükség. Érdemes-e az „orvos-tudós" illúziójával az orvostársadalom nagy többségét, a „csak" gyógyítással foglalkozó orvosok ezreit tartósan frusztrálni?

Számos felmérés, orvosszociológiai vizsgálat igazolja, hogy a körzeti orvosi pálya értéke a legalacsonyabb az orvosok szemében. Egy hamis illúzió káros következményei elsősorban az alapellátásban csapódnak le. Nagyon sajnálatosan ott, ahol megítélésem szerint eldől egész egészségügyünk hatékonysága és demokratizmusa.

A közelmúltban medikus népi kollégiumunk harmincéves születésnapja alkalmával találkoztam az egykori kollégistákkal. Mindenki beszámolt életútjáról, szakmai fejlődéséről. Egyik kedves barátunk szemészorvos lett, de megunta az SZTK-rendelőt, és elment körzeti orvosnak. Tudjuk róla, hogy kiváló körzeti orvos. Beszámolóját így kezdte: „Én köztetek csak söprögető ember vagyok..." Ezért érzem, hogy az orvos-tudós illúziója nekünk sokba kerül, sok elveszett, megtört orvosi ambícióval fizetünk érte. Betegeknek, de az orvosoknak is azzal használnánk többet, ha realista módon közelítenénk meg orvosi mesterségünk jellegét. Orvospszichológiai és orvosszociológiai ismeretekre

támaszkodva segítenénk leküzdeni szakmánk jelenlegi identitászavarát. Ez a másfajta orvosideál sokkal inkább támaszkodhat a közösségi érzéstől áthatott orvos személyiségére, mint a külső feltételek, a pozíció meghatározottságára. Az alapellátásban dolgozó orvosok által is megközelíthető orvosideál kimunkálása egyik előfeltétele egészségügyünk valódi demokratizmusának.

Tekintélyelvűség az egészségügyben

Az egészségügy szervezettsége, az orvosi társadalom hierarchikus rendje és maga az orvosi hivatás fejlődéstörténete segít megértenünk a tekintélyelvűség gyökereit az orvosok szemléletében, viszonyukat egymással és a betegekkel. Az orvosszerep egész személyiségre kiterjedő jellege, a mesterség szigorú szabályai, a munkához szükséges fegyelem, az egyéni érdekek, a kényelmi szempontok alárendelése a hivatásnak és sok más olyan készség, amelyeket a „hivatástudat" címén összemosnak, melegágyai a tekintélyelvűségnek. Az idők változásával, a társadalom fejlődésével mindig más és más adja a tekintély tartalmát, de az elv tartja magát. A természettudományok fejlődésével párhuzamosan úgy tűnik, hogy az orvosi tudás, azon belül a szaktudás válik tekintélyhordozóvá. Ez távolról sem jelenti, hogy a rangok, címek, a pozíció elértéktelenedett az orvosok, az egészségügyiek szemében, de a tudományos fokozatok elnyerése, az áhított professzori cím – legalábbis elvileg – a szakismeretek mennyiségéhez és színvonalához kötődik. Nagyon leegyszerűsítő volna, ha az orvosok törekvését a tudományos fokozatok és egyetemi címek elnyerésére sajátos karrierista tempónak minősítenénk, még ha – például a pedagógusokhoz viszonyítva – aránytalanul magas a „minősített" orvosok száma.

Közösségi célokat követő orvosok is érezhetik munkájuk, elképzeléseik megvalósításához az ilyenféle tekintély szükségességét. Pedig a gyakorlatban azt is látjuk, hogy a címek és rangok nemcsak segítik, hanem fékezik az önkifejezést, a valódi kreativitást. Mert éppen ezeknek lehetne segítőjük, serkentőjük a kritika. Ettől azonban a címek és rangok fokozottabb mértékben megóvják az orvost. A kollegialitás viszont a beosztott orvosnak is kijár. Így aztán érthető, hogy a nyílt kritika eléggé szokatlan az orvostársadalomban, többnyire személyes indulatokat feltételező jelenség. Bár az építő, a szakmai előrehaladást szolgáló kritika szükségességét az egészségügyi törvény, az Orvosi Rendtartás is kodifikálja, háromévtizedes orvosi működésem alatt igen ritkán találkoztam vele, akkor is csak egy-egy közösségen belül. Ezért, úgy vélem,

az az orvos, aki mást, újat akar, jól teszi, ha megtanulja a „hátmögötti" kritika nyelvét.

Bármilyen fájdalmas, egy jó ügy még az ilyen „kritikából" is többet nyerhet, mint a teljes kritikátlanságból, amely a mindenkori „alkalmazkodás" kelléke. Hiszen minden új gondolat és új törekvés szükségszerűen tartalmaz kritikai elemet – így érthető, hogy a megállapodottságra támaszkodó „tekintélyek" körében kihívó.

A kritikai szellem erősítése az egész társadalom számára nélkülözhetetlen – mégis úgy gondolom, az orvostársadalmon belül ennek kimunkálása, a jó és a rossz hagyományok egyidejű jelenléte miatt nehezebb. Szociológusok és tágabb látókörű orvosértelmiségiek együttes erőfeszítése talán segíthetne.

A szaktudás tekintéllyé válása is ellentmondásos. Például a szakmai tekintély ilyen felfogása tovább fokozza az amúgy is túlhajtott specializációt. A dolgozó orvosok 72%-a már ma is szakorvos. Az abszolút szakmai tekintély képes monopolhelyzetet teremteni, s ez önmagában is biztosíthatja a nemzetközi hírnevet. Egy adott területen abból a tárgykörből ő az illetékes, a mindenkori kongresszusi küldött vagy meghívott. S ez a monopolhelyzet kis országban, ahol egy témából egy zsenire futja, különösen veszélyes. De érdemes megnéznünk a kongresszusi, tudományos ülésen elhangzott előadások értékelését is. Igazán csak kicsit túlozva azt mondhatnám, hogy az előadás színvonala, tudományos értéke fordítva arányos az előadást értők számával. Az előadás ezoterikus nyelvezete, a speciális ismeretek mélysége, párosítva a határterületek tágasságával (lehetőleg biokémiai, fizikai, sőt matematikai ismeretek felölelésével) „biztosítja" a gyakorló orvosok mellőzését.

A tudományos vita elmarad, vagy ha mégis kialakul, az néhány beavatott beszélgetése lesz a sok tudatlan között. Ha az előadó az orvosi gyakorlat szempontjából jelentős ismereteket akar közvetíteni, az már a „tudományos színvonal" rovására megy, mint ahogy az egyszerű magyar nyelv használata, a közérthetőség hovatovább póriasságnak tűnik. A tudományos sznobizmus elharapózása valódi lehetőségeket veszélyeztet az orvosképzésben, a továbbképzésben, a tapasztalatok cseréjében.

Hasonló jelenségek érzékelhetők az orvosok szakirodalmi tevékenységében. Az orvostudomány identitászavara, az „orvos-tudós" eszményképének következményei szinte kórjelzőek. Az orvosokban, különösen a törekvőbb rétegben, rohamosan fokozódik a publikációs igény, amit a szaklapjainkat elárasztó cikkdömping is bizonyít. Szakcikk írását, a belső indításon kívül, számos külső tényező is ösztönzi. Fiatal orvos számára a szakcikk, legyen bár ritka eset leírása, esetleg

ehhez kapcsolt irodalmi áttekintés, azért is hasznos, mert a főnökei tudományos munkának tekintik. Segíti a határidős állás meghosszabbítását, kórházban maradását. Nagyobb számú közlemény pedig előfeltétele a kandidatúrának, később a doktori fokozatnak.

Másfél száznál több hazai és külföldi szakközlemény, három monográfia után nem nézhetem minden önirónia nélkül saját „grafomániámat" sem, amely az orvosi szaklapok megszabta határokat sem tiszteli. Talán mert magam sem maradtam érintetlen a publikációs járványtól, hitelesebben szólhatok a jelenségről. Buda Béla írta: „Nincs még egy olyan, egy alkalmazott társadalmi gyakorlatot is magába foglaló szakterület, amelynek annyi szakírója lenne, mint a medicinának, sehol nincs tehát annyi 'tudós', 'literátus', mint közöttünk. Napjainkban a publikációk szinte 'malignus' burjánzását figyelhetjük meg." Tetejében mindaz, amit a szakszerűség fokozódó igényéről mondtam, a tudományos előadásokra még inkább érvényes. Megint csak Buda Bélát idézem: „A közlemény érdekében célszerűbb olyan területeket kutatni, ahol kevesen próbálkoztak eddig, és olyan kérdésfeltevésekre van szükség, amelyek könnyen és hamar megválaszolhatóak. Bőven találnak tehát művelőre a különféle ritkább kórtani jelenségek és mechanizmusok, az egyetlen 'rohammal' bevehető kisebb problémák, viszont nem divat éveken át követni nagyobb beteganyag sorsát, mérlegelni a különböző beavatkozások következményeit, vagy bevárni, amíg olyan nagy tapasztalatanyag gyűlik össze, amely biztonsággal értékelhető. A medicina több kritikus megfigyelője fejezte ki már csodálkozását, hogy mennyire háttérbe szorulnak az orvosok vizsgálódásaiban és érdeklődésében a legnagyobb közegészségügyi gondokat okozó kórképek, és mennyivel inkább a kutatások elaprózódása, a különlegesre, ritkára irányulás jellemző."

Demokratikus-e az egészségügy helyzete a társadalomban?

Az egészségügy bonyolult, a lakosságot közelről és igen személyesen érintő szolgáltatás. Érthető tehát, hogy az egészségügyben érezhető feszültségek társadalmi, politikai hatása, befolyása a lakosság közérzetére, szociális biztonságérzetére talán a valóságosnál is nagyobb. Már legalább 10–15 esztendeje érzékeljük, hogy az ipar és mezőgazdaság haladásához képest a szolgáltatások fejlődése megkésett, a lakosság megnövekedett igényeihez viszonyítva elmaradott. Úgy érzem, ez az elmaradás fokozottabban érvényes az egészségügyi és szociális ráfordítások terén.

Nálunknál gazdagabb országokban is gondot okoz az egészségügyi szolgáltatások egyre magasabb költsége. Van, ahol az egészségügyi dolgozók bérkövetelését meg tudják fékezni az ápolórendek, az apácák „hivatástudat"-ra alapozott munkaerejével. Úgy gondolom, megengedhetetlen a hivatásideológiával manipulálni. Azt is érezzük, hogy az orvosok kettős egzisztenciája morális, politikai károkat okoz. Mégis úgy tűnik, a lakosság a maga „hozzájárulásával" kereseti aránytalanságot is kárpótol, és ezért nemcsak egyéni előnyük szerzését szolgálja a „hálapénz". A demokratizmus megkívánná a közgondolkodás ilyen megnyilvánulásainak figyelembevételét. A háború előtt az egészségügy jelentős mértékben támaszkodott a társadalmi jótékonyságra. Az államosítás alapvető változást hozott. De az adakozási gesztus szemléleti csökevényét érezhetjük a nemzeti jövedelem elosztásánál, a futja–nem futja kérdésben. Ez különösen a népgazdasági gondok fokozódásakor válik nyilvánvalóvá. Beszédes, hogy akár a tárcák protokolláris sorrendjében, akár a tanácsok ügyosztályának sorszámában az egészségügy (a művelődésügy és oktatásügy társaságában) mindig valahol hátul áll. Pedig a tárcák fontossága az állampolgárok tudatában nem így tükröződik. A vas és acél országának népgazdasági koncepciója a múlté. Vajon eléggé számba vesszük a korábbi szemléleti torzulások csökevényét, különösen ami a humán viszonylatokat érinti?

Egy országban, ahol még él a nemzedék, amely ismerte az éhezés, a soha jól nem lakottság keservét, érthetően törekszik a kormányzat az alapvető szükségletek (élelem, ruházat, lakás) kielégítésére. De nem volna időszerű az élet minőségének más aspektusát is tanulmányozni?

G VÁLASZ

Hermann Rorschach svájci pszichiáter leleményessége nemcsak pszichodiagnosztikai teszt-tábláinak elkészítésében mutatkozott meg. Papirosra tintafoltokat ejtett, majd a papírt összehajtotta; a foltok szétfolytak, és a középvonal tengelye mellett kétoldalt szimmetrikus véletlen-képek keletkeztek. A foltok határozatlansága kihívó pszichológiai helyzetet teremt a szemlélő számára, aki személyiségének alapvető vonásai, tartós beállítottsága, probléma-megközelítési módja szerint értelmezi a képeket. Az eredmény egyik fontos jellemzője a G és D válaszok aránya, száma. A G (Ganz) válasz a tábla egészéből, a D (Detail) válasz a tábla részleteiből indul ki. Ebben a vizsgálati helyzetben érzem magam, ha világunk és azon belül az ezredvég orvoslásának kihívó, gyötrelmes állapotát, határozatlanságát, elbizonytalanodását próbálom értelmezni. Alapvetően a G válaszok csökkenését tapasztalom, különösen, ha a G-t a globális válaszok betűszimbólumának tekintem. Az orvoslás specializálódása a jó minőségű D válaszok eluralkodását eredményezte.

A modernségről, a modernizációs törekvések néhány meghatározó vonásáról beszélek, melyek az orvostudományban, az itt és most létező egészségügyi ellátásban tapasztalhatók. Ki merné megkérdőjelezni az óriási fejlődést, ami – akárcsak az utolsó száz évben – az orvostudományban bekövetkezett? Olyan alkalmazott tudományról van szó, amely képes felszívni a természettudományok mindegyikének, a fizika, a kémia, a biokémia, a biológia, a molekuláris biológia, a genetika, a fiziológia, az ökológia, a struktúra- és funkció-kutatás eredményeit, és nyitott a pszichológia, a szociológia, a matematika, az informatika valamennyi újdonságának befogadására is; hasznosítja az elektronika, a számítástechnika vívmányait, különös előszeretettel az óriási pénzekkel dotált hadiipari, fegyverkezési verseny inspirálta kutatások eredményeire, orvostudományi alkalmazhatóságára. A fejlődés szédületes, az új ismeretek tömege felfoghatatlan. A gyakorló orvosban fokozódik az elégtelenségi érzés, szinte fulladásos élménye lesz.

Mindezzel szemben pattanásig feszülő ellentétek és ellentmondások láthatók a világ egészségügyi helyzetében és kilátásaiban. A gazdag országokban a betegség diagnosztikáját tökéletesítő új eljárások (ultrahang-diagnosztika, komputer-tomográfia, mágneses rezonancia vizsgálat, újabb és újabb képalkotó eljárás, amelyek kiszorítják a direkt tükrözéses és biopsziás vizsgálatokat) lökik előre a technicista orvoslás

csodáit, a szívsebészetet, a szervátültetést, a génsebészet újnál újabb módszereit. Az ember, az egyén értékét mintegy napról napra fokozza ez az orvoslás, mert a „pénz nem számít, ha a betegről van szó" orvosi etikája parancs… Csak ne zavarnák lelkiismeretünket az éhenhaló milliók, az élelem, az iható víz, az orvosi ellátás hiányában pusztuló gyerekek látványa a „harmadik világból"… Ne kellene feltenni a kissé tágabb horizontú orvosnak a csodálkozó kérdést: hogyan halhatnak meg emberek százezrei, milliói olyan betegségben, mint a tuberkulózis, a malária, az elefantiázis, a sokféle parazitás betegség, melynek diagnosztikája, terápiája tudományosan évtizedek óta megoldott?

De nem kell a harmadik világ másod-harmadrendű, „leértékelt" embermilliói közé vegyülnünk! Saját „fejlett" világunkban is egyre inkább látható azoknak a betegeknek súlyosan diszkriminatív egészségügyi ellátása, akiknél a pénz nem számít – mert nincs.

A depriváltak, munkanélküliek, hajléktalanok egészségügyi ellátásának szétesése szemünk előtt zajlik. A 25–30 ezerre becsült hajléktalan úgyszólván mindegyike beteg, egyszerre több betegségben szenved, és mindegyikük biztosan veszélyeztetett. A hajléktalan emberről írt tanulmánykötetem munkái során végignéztem a hazai orvosi lapokat, és nem találtam egyetlen cikket sem, mely a hajléktalanok ellátásával foglalkozna. Megöregedtem pályám és orvoskollégáim szeretetében, s ma is vallom a hippokratészi nézetet: orvos orvosnak testvére; ma is azt hiszem, mindezért nem az orvosok hibáztatandók.

Modernizációnk, a 20. századi felemás haladás, az egyre jobban érzékelhető G-válaszok hiánya a baj. Nem lehet az információ, az ismeretek dömpingjében helytállni, miközben emberképünk, világképünk fejlődése megrekedt. A „mindenséggel mérd magad" szép eszményét szétrágták a D-válaszok.

A modernizáció 20. századi rohamában, az ismeretek rákos növekedésében az orvos is védekezésre kényszerül: szűkíti világképét, látóhatárát. De nemcsak látóhatára szűkítésével védekezik, hanem kompetenciája, orvosi szerepe határait is redukálja saját biztonsága érdekében. Az általános, a beteg ember egészét figyelő orvos sok mindenről tud viszonylag keveset, a specialista kevésről tud sokat. De ez utóbbi felel meg jobban a természettudományos egzaktságra, reprodukálhatóságra törekvő szemléletnek, ez a biztonságosabb: a szerepredukcióval védekező, a szomatikus rendszerre szűkülő defenzív orvoslás.

A másik lehetőség a problémát vállaló, megoldást kereső, kompetenciát tágító, offenzív attitűd. Ez nemcsak elfogadja, de megköveteli a szomatikus orvoslás korszerű ismeretanyagát – ugyanakkor tovább megy, mert a szomatikus orvoslásban is ott látja az anatómiai, szövettani struktúra mellett a teljes működést, az élettani és kórélettani jelensé-

geket. Tovább megy a betegségközpontú orvoslásnál: a betegközpontú felé, ami a beteg személyiségének megismerését, értését és befolyásolási készségét is igényli. Ez a pszichoszomatikus orvoslás lényege. És nem elég az intraperszonális viszonylatok megismerése, mert a kóreredetben sok minden az interperszonális kapcsolatokban ismerhető fel: a teljes pszichoszociális miliő feltárása is szükséges. Ekkor pedig lehetetlen észre nem venni, hogy sok baj a megváltozott, deformált, beszennyezett természeti környezetből ered. A természetből kiszakadt ember védtelenségének, az eredendő emberi oltalom hiányának fölismerése az ökológiai orvoslás igényét hívja életre. Az egész tágítási folyamatot kíséri a G- és D-válaszok dialektikája, egyensúlya, a könnyebb vagy nehezebb út választásának dilemmája. Az egyik oldalon ott van a tudáskincs tömege, az anyagi források sokasága, a biztonságérzés, a szakmai zsűri elismerése. A másik oldalon a kétkedés, az örök elégedetlenség, a társadalom-orvoslási szemlélettel megvertek nyugtalansága.

A megoldáshoz, a jó – a viszonylagosan jó – döntéshez nem elég a tudás. Kell hozzá a szabadság akarása és a függetlenség megőrzése – például a gyógyszer- és műszergyártás szemléleti és kutatás-finanszírozási diktatúrájától. Mert máris áldozataivá leszünk a „vegyi gyógyítás", a technicista orvoslás egyoldalúságának, kirekesztő dominanciájának. Elég, ha a megelőzés fontosságát hirdető szlogent összehasonlítjuk a kuratív medicina valóságával, minden más törekvést kiszorító, leértékelő hatalmával. S kell még ezen túl is valami: ami hangozhat ma romantikusan, de azért követelmény marad… Előkeresem Palasovszky Ödön Új Stáció című dedikált kiadványát. Nem volt nehéz fölfedeznem, hogy ugyanarról a „stációról", az egészség-szemlélet óhajtásairól van szó. Mégis, amikor néhány sort kiragadok belőle, nem csupán a nézet-azonosság vezet, hanem a személyesség élménye, ami számomra minden G-válasz elengedhetetlen feltétele.

SZABADÍTSD FÖL MAGAD!

EMBERTÁRSUNK AKI
A VILÁG NÉGY SARKÁN
A KATASZTRÓFÁT
HORDOD CSONTJAIDBAN!
SZABADÍTSD FEL
MAGADBAN AZ ÖRÖKKÉ
CSELEKVŐ
ÉS ÖRÖKKÉ SZÉLESEDŐ
EMBER FORRADALMÁT!
A NÉPEK EGYETEMES ÚJ
STÁCIÓJÁÉRT
SZABADÍTSD FEL MAGAD.

HUMANISTA ORVOSLÁS A PULMONOLÓGIÁBAN

BETEGCENTRIKUS ORVOSLÁS A TÜDŐGYÓGYÁSZATBAN

Az orvos–beteg-szemléletétől és igényességétől függően – különböző szintekig hatol diagnosztikus és terápiás munkája során. Ilyen értelemben beszélhetünk az orvoslás négy aspektusáról:

1. A szomatikus orvoslás alapvetően szervpatológiai szemléletű. A tbc diagnosztikájában a röntgenmorfológiai és bakteriológiai bázisra támaszkodik, a terápiában az antituberkulotikus gyógyszerekre. Kóroktani vonatkozásban is hajlamos a leegyszerűsítésre (a tbc oka a Koch-bacilussal történt infekció, az alkoholizmusé az alkoholfogyasztás, az asztma bronchialénak az allergének stb.).

2. A funkcionális szemléletű orvos a funkció sérülését vizsgálja, a betegséget nem lokalizálja a megtámadott szervre, hanem a szervezet egészét tekinti; kórélettani beállítottságú. Ez a szemlélet érvényesült például a modern kardiológiában, de a hazai tüdőgyógyászatba késve és korlátozottan hatolt be. A tüdőgyógyászatban a funkcionális diagnosztika inkább csak a sebészeti terápia igényeinek megfelelően, a mellkassebészet fejlődésével párhuzamosan kapott helyet. A modern légzésélettani és légzésfunkciós diagnosztika eredményeit – sok tüdőgyógyász még ma is így gondolja – elég, ha a légzésfunkciós szakemberek ismerik.

3. A pszichoszomatikus orvoslás a beteg egész személyiségével számol. Minthogy a pszichés tényezőknek szerepet tulajdonít, a betegségben, különösen a krónikus betegségben, a premorbid személyiséget vizsgálja, a személyiség-tényezők hatását a betegség lefolyására stb.

Minden pszichoterápia, így a szomatikus betegségben alkalmazott pszichoterápiás eljárások is csak akkor tekinthetők adekvátnak, ha pszichodiagnosztikára alapulnak. A tüdőgyógyász gyakorlatban a szanatóriumi gyógymódon belül nagy jelentőséget tulajdonítottak a betegek pszichés vezetésének. A hatásos antituberkulotikumok alkalmazása után az ilyen törekvések, a monokauzális szemlélet eluralkodásával, háttérbe szorultak. A probléma – gyakorlatunkban is – a beteg-kooperációs nehézségek kapcsán jelentkezett újra, de magasabb szinten, átfogóbb igénnyel. Az orvospszichológiai ismeretek elsajátítása nemcsak a betegvezetési nehézségek megoldásában segít, hanem az orvosi szemlélet és gondolkozásmód átalakulását is előmozdítja.

4. A szociális medicina szemlélete azon alapul, hogy nem elég eljutnunk a betegségtől a beteg emberig, azt is fel kell ismernünk, hogy a

személyiség nem izolált természeti és társadalmi környezetétől. A szociális medicina legalapvetőbb módszere, a prevenció és gondozás, erre alapul. Ezen a téren a tbc-hálózatnak igen nagy tapasztalata van, ha a tapasztalat nem is mindig párosult elméleti tudatossággal.

Az orvoslás magasabb szintjei mindig csak a megelőzőre épülhetnek, és az alap a korszerű szomatikus orvoslás marad. Egyes pszichoszomatikus és szociálpszichológiai irányzatok ezt szem elől téveszt-ve káros túlzásokba esnek. Ugyancsak nem igényel részletes kifejtést, hogy az első két szint inkább betegségcentrikus irányzatú; betegcentrikussá az orvoslás a 3. és 4. szinttel kiegészülve válik. Ilyen értelemben – Engelhart megjelölését is figyelembe véve, de pontosabban meghatározva a fogalmat – beszélek betegcentrikus orvoslásról.

A tbc-s betegek személyiségvizsgálatára annak idején nem elvi megfontolások vagy valamilyen öncélú, pszichologizáló hajlam ösztönzött, hanem a tbc elleni küzdelem aktuális, gyakorlati problémája. Birtokába jutottunk a hatékony antituberkulotikus gyógyszereknek, mellkassebészeti eljárásoknak. A jelentősen megnövekedett gyógyítási lehetőségeinket azonban korlátozta a betegek vezetésében, kooperációjában mutatkozó nehézség (önkényes vagy fegyelmi távozás az intézetből, műtéti visszautasítás stb.). Mindez szükségessé tette az intenzívebb és szakszerűbb foglalkozást a beteggel. Hamarosan láttuk azonban, hogy adekvát betegvezetési módszerek kidolgozásához nélkülözhetetlen a tbc-s betegek személyiségének megismerése. alapján kimutattuk a tbc-s betegek személyiségére jellemző „bizonytalansági szindrómá"-t, amely segített betegeink viselkedésének, viselkedési rendellenességének, életvezetésbeli és nem utolsósorban kooperációs nehézségeik megértésében, értelmezésében és adekvát befolyásolásában. Személyiségvizsgálataink eredményessége a gyakorlatban is megmutatkozott; csökkentek, illetve megoldhatóvá váltak a betegvezetés problémái, lényegében megszűnt az önkényes távozás, műtéti visszautasítás, még az aszociális betegek körében is. Hogy a kidolgozott betegvezetési elvek nem intézethez, osztályhoz, személyekhez kötöttek, bizonyítja a kooperációs kudarcok számának rohamos csökkenése Borsod megyében, de országosan is, olyan mértékben, ahogy az egyes intézetek, osztályok a kooperációs problémákat kezelték.

Érthető, hogy a krónikus tbc-s betegek esetében intenzívebben kell foglalkozni a kooperációs kérdésekkel, de a friss betegeknél sem elhanyagolható.

Az alkoholista betegek személyiségének kutatása a tüdőgyógyászati gyakorlat szempontjából mellékvonalnak tűnhet. A tbc és az alkoholizmus gyakran együtt jár, az alkoholista tbc-s beteg gyógykezelésének nehézségei ismertek. Bár a fertőzők száma hazánkban 7 év alatt 70%-

kal csökkent, az alkoholista és aszociális betegek aránya mindinkább nő, különösen a krónikus, illetve a krónikussá váló betegek körében. Ez késlelteti a tbc megszűnését.

Az alkoholista személyiségkutatás eredményei jelzik a hálózatunkban meglevő lehetőségeket. Ilyen jellegű vizsgálatokra az alkohológiai ágyak teljes elégtelensége, rövid átlagos ápolási ideje mellett jóformán nem is volt lehetőség. Arra törekedtünk, hogy az alkoholista személyiség két tünetegyüttese, a „multiplex traumatizáltság" és az „elviselhetetlenség szindrómája", nemcsak a tbc-s alkoholisták körében, de az alkoholizmus elleni küzdelem általános gyakorlatában is hasznosítható legyen.

Bár szakmánkban a gondozási szemlélet és kitűnő organizációnk nagy lehetőséget kínálna a betegcentrikus orvoslás tudatos fejlesztéséhez, a tbc-gyógyászatra szűkülő tüdőgyógyászati szemlélet ellenkezően hat. A tbc-szakma igen szerencsés. Olyan krónikus betegséggel foglalkozik, melynek kórokozója ismert, és hatásos gyógyszerek állnak rendelkezésre. A monokauzális szemlélettel is átütő sikereket lehetett elérni. Feleslegesnek tűnt a diagnosztikus és terápiás bázis szélesítése, a bonyolult, új ismereteket kívánó, idő- és munkaigényes módszerek alkalmazása. Csakhogy éppen a krónikus betegek kezelésében idővel nem bizonyult eredményesnek a monokauzális szemléletű gyógyítás.

A betegcentrikus orvoslás gyakorlati módszerei nemcsak idő- és munkaigényesek, de szakképzett dolgozók (pszichológusok, szociológusok, szociális munkások) bevonását is igényelte volna. A megfelelő tudományos alapok hiányában gondozási munkánkban gondozónőink tevékenységében sok a formalizmus, az üresjárat. Pedig a gondozás a krónikus betegek ellátásának legfejlettebb módszere, organizációnknak – legalábbis potenciálisan – nagy értéke.

LÉGZÉSI BETEGSÉGEK – TÁRSADALOM, KÖRNYEZET

A nem specifikus légzési betegségek tömeges előfordulása

Tíz évvel a pulmonológiai átállás[1] után a nem specifikus légzési betegségek felkutatottsága még nagyon különböző. Míg a röntgenárnyékot adó, ernyőszűréssel kiemelhető kórformák gondozói nyilvántartása csaknem tükrözi a tényleges előfordulást, ez nem mondható el az obstruktív szindróma körébe tartozó kórformákról, melyek a legtömegesebb krónikus légzési betegségeket ölelik fel. E kórformák előfordulásának meghatározásában, a célzott felkutató munka intenzitásában már jól érvényesül a nyilvántartásba vétel várható terápiás és gondozási következménye. Ez logikus is, hiszen nincs értelme a felkutatásnak, ha a kiemelt betegeket nem tudjuk gondozni és egyáltalában egészségügyi ellátásukat javítani.

Ebből a szempontból tanulságos az asztma és az emfizéma (tüdőtágulat) tüdőgondozói nyilvántartásának dinamikus összehasonlítása az elmúlt 10 évben.

Év	1969	1972	1974	1976	1978	1979
Asztma bronch.	1094	2455	4106	7021	13 264	16 257
Emfizéma pulm.	2071	3577	3525	3002	3242	3936

Az asthma bronchiale diagnosztikus, terápiás és gondozási teendőinek fokozatos megismerésével párhuzamosan nőtt a „gondozói előfordulás", sőt az asztmaprogram beindítása (1976) és a növekedés üteme közti összefüggés is érzékelhető.

Ezzel szemben az emfizéma gondozói előfordulásának stagnálása tükrözi a terápiás és gondozói szkepticizmust, mely hálózatunkban még ezzel a kórformával kapcsolatban uralkodik, elsősorban a légzésrehabilitációs ismeretek lebecsülése és elhanyagolása miatt.

1 A tbc mellett más tüdőgyógyászati betegségekre is kiterjedő gyógyítás. [a szerk.]

Igen érdekes az idült bronchitisz felkutatásának, illetve gondozói nyilvántartásba vételének alakulása.

Év	1969	1972	1974	1976	1978	1979
Nyilvántartottak száma	3777	8951	15 626	24 667	33 230	37 969

A tüdőgondozói előfordulás számszerű alakulása a folyamatos növekedés mellett is mutatja a felkutató munka „visszafogottságát", hiszen a gondozóban regisztráltakon kívül jócskán vannak betegek. Pedig ez volt az az aspecifikus kórforma, amely talán éppen tömegessége miatt a leghamarabb felkeltette a tüdőgyógyászok érdeklődését.

A felkutatási módszerek különbözősége és irányulása

A megindult bronchitisz-szűrések, a zákányszéki, a borsodi, a dabasi modellkísérletek adatai meghökkentőek voltak a 10%-on felüli kiemeléssel. Eredményeik jelezték jövőbeli egészségügyi gondjainkat, a kiemeltek nagy száma miatt – később 20%-on felül szűrtek ki – bizonyos értelemben fékezően is hatott. Olyan nézetek születtek, hogy a tüdőgyógyászok, miután a tbc visszaszorult, „keresik a munkát", „egzisztenciájukat kívánják biztosítani", vagy még barátságtalanabbul: nem gyógyítják, hanem „csinálják" a betegeket. Bár a „bronchitisz szűrés" kifejezés e reprezentatív igényű modellvizsgálatok jelzésére nem volt éppen szerencsés, az eredmények nem vonhatók kétségbe, a hasonló módszerrel, kritériumokkal dolgozók bármikor reprodukálhatják a vizsgálati eredményeket. A kiemelési adatok azonban ténymegállapító jellegűek és a lakosság légzésfunkciós károsodására vonatkoznak. A 10–20%-os kiemelés (az ország egész lakosságára számítva 1–2 millió ember) persze nem gyógykezelésre szoruló idült beteg.

A kiszűrtek körében vannak a kuratív medicina értelmében kezelésre, gondozásra szoruló, tünetes vagy már súlyos légzési nehézséggel küszködő, idült hörghurutos betegek, valamint a tüneteiket nem is érzékelő, vagy többnyire csak a dohányzásnak tulajdonított jelenségeket észlelők. Ezért a modellkísérletekben alkalmazott kérdőíves, légzésfunkciós módszer nem való betegségfelkutatásra, a gondozottak számának megállapítására. Ezeknek a vizsgálatoknak az érdeme és jelentősége, hogy segítségükkel megítélhetjük egy terület lakosságának légzésfunkciós állapotát. Visszajelzést adhatnak a terület urbanizációs, indusztrializációs helyzetéről, a levegőszennyeződés, a környezetvé-

delmi hiányosságok, a lakáskörülmények, szociális viszonyok elégtelenségének következményeiről.

Megítélésem szerint a ténylegesen, már most kezelésre, gondozásra szoruló idült hörghurutos betegek kiemelésére alkalmasabb, célravezetőbb módszer a „szentendrei modell", melyet munkatársaim a körzeti orvosok és tüdőgondozó együttesében a bronchitisz felkutatására is kiterjesztettek. A betegségtünetekkel jelentkezők kiemelése (passzív felkutatási módszer), kombinálva az aktív felkutatást követő kivizsgálási módszerrel a gyakorlatban is bevált. Az aktív, légzésfunkciós módszer 10–20%-os kiemelésével szemben a kiemeltek száma 0,5–1% körüli. Ez is országosan 50–100 000 beteget jelent, ami ugyanakkor a szervezett, tömeges betegellátás szempontjából megközelíthető feladat.

A légzési betegségek egészségügyi és népgazdasági jelentősége

Akár a modellkísérletek eredményeit, akár a betegek kiemelését célzó felkutatás adatait elemezzük, fenyegető népegészségügyi probléma körvonalai bontakoznak ki. Ez pedig a légzési betegek nagy száma és még inkább számuk gyors növekedése. Sajnos, az aspecifikus légzési betegekre vonatkozó gondozói nyilvántartásunk nem ad lehetőséget a morbiditás, az előfordulás, de még a mortalitás megbízható elemzésére sem.

1978-ban 1300 tbc-s beteg halt meg, ugyanakkor tüdőrák miatt 4500, obstruktív légzési betegség miatt legalább 5000. Ez utóbbi halálozási adat biztosan hiányos, hiszen az ilyen betegek többsége közvetlenül szívelégtelenség miatt hal meg. A halálozási adatszolgáltatás pedig gyakran a közvetlen halálokot, nem pedig az alapbetegséget jelzi.

A WHO adatszolgáltatása szerint, mikor a halálokok sorrendjében a tbc a 13-ik helyre szorult, a tbc-s légzési betegségek a 6-ik helyen vannak (Európában).

A még nagyon hiányos epidemiológiai mutatók, a szintén hiányos ideiglenes és tartós munkaképtelenségre (táppénz, rokkantság) vonatkozó adatok is erősítik a légzési betegségek jelentőségét.

A természeti környezet (bioszféra) szerepe

Az emberi szervezetnek mint nyitott egyensúlyi rendszernek szoros a kapcsolata környezetével. Ugyanakkor a szervezet, a maga identitásának biztosítására, érintkezési határfelületei révén el is különül környezetétől. A legszembetűnőbb határfelület a kültakaró. A bőrnél azonban

sokkal nagyobb és sokkal érzékenyebb érintkezési felület a külvilággal a légzőfelület. Ha a kis légutakat és a tüdőhólyagocskákat (alveolusokat) egy síkban kiterítenék, ez felnőtt emberben teniszpálya nagyságú felület lenne. Bár nem ismerjük még minden részletében, a maga komplexitásában a légutak és a tüdő védelmi rendszerének működését (mechanikus barrier rendszer, transzport mechanizmusok, méreghatástalanító funkciók stb.), ez többszörös biztonságot is jelent. Úgy látszik azonban, hogy korunkban a környezet rohamos változásából származó, külső noxák, elsősorban a levegőszennyeződés, a dohányzási szokások alakulása, meghaladja a tüdő összetett védelmi rendszerének teljesítőképességét. Az alkalmazkodási folyamatok lassúsága és a külső körülmények gyors változása érthetően nem kerülhetett szinkronba.

Nehezíti helyzetünket a légzési betegségek jobb megértésében, hogy míg a tüdőgümőkór esetében régóta ismertük a bakteriális kórokozót, a nem tbc-s légzési betegségek többségében az etiológia tisztázatlan, vagy csak hiányosan ismert. Annyit tudunk, hogy az endogén tényezők mellett nagy szerepe van az exogén tényezőknek. 5500 porártalommal nyilvántartott betegünk ipari, munkahelyi ártalmáról van szó. Ugyancsak ismert a tüdőrák feltételezett kórokozói közt a dohányzás, a levegőszennyeződés, a kémiai ártalmak, illetve a radioaktív szennyeződés szerepe. A legtömegesebb légzési betegség, az idült hörghurut előfordulása és a dohányzás, illetve az iparosodással, urbanizációval, motorizációval fokozódó levegőszennyeződés korrelációja többszörösen bizonyított. Már az iparosodás angliai modellje is megmutatta, hogy a szigetország nemcsak az iparosodás ütemében, hanem a légzési betegségek elterjedtségében is élen járt.

Ökológiai szemlélet a tüdőgyógyászatban

Az ökológiai medicina kialakulása azért is késik, mert a nagy népegészségügyi problémák megoldása mindig az orvoslás tágítását igényli. Ahogy a szomatikus betegségeken túl a neurózis, a betegkooperáció elégtelensége, az alkoholizmus stb. szakszerű befolyásolása szükségessé tette a klinikai pszichológiai, az orvosi szociológiai aspektus figyelembevételét, egyre nyilvánvalóbb, hogy a légzési betegségek, elsősorban az asztma, a bronchitisz hatékonyabb, tömeges ellátása további tágítást tesz szükségessé az ökológiai medicina felé. A légzési betegségek a szervezet és környezet egyensúlyának zavarára, megbomlására utalnak, és a környezet alatt a társadalmi és legalább ennyire a természeti (bioszféra) miliőt kell értsük. Itt látom a megújult tüdőgyógyászat és azon belül a gondozói munka további nagy lehetőségét. A légzési

betegségek tömegessége, fokozódó terjedése népegészségügyi probléma, amelynek kontrollálása már most is sok tekintetben meghaladja az egészségügy kompetenciáját. A prevenció megvalósítása olyan szintű tervezést, döntéseket igényel, amelyek össztársadalmi háttér nélkül nem lehetségesek. Vagyis az egészségügy össztársadalmi integrációja elkerülhetetlen.

Az ökológiai programnak fel kellene ölelni a kutatási és szervezési célfeladatokat. Magyarázatot adna például arra a tényre, hogy egyazon exogén noxára vagy egyazon miliőben miért betegszik meg az egyik egyén és a másik miért nem. Kutatásokat és gyakorlati klinikai vizsgálatot igényel a tüdő védelmi rendszerének alaposabb morfológiai és funkcionális ismerete, működésének, illetve működési elégtelenségének befolyásolása a prevenció, illetve terápia szempontjai szerint. Ugyancsak nélkülözhetetlen lesz a tüdőgyógyászok számára a bioszféra-kutatás eredményeinek, az ökoszisztémák természetrajzának ismerete, különös tekintettel a levegő tisztaságára.

Magyarország területe felett egybillió tonna a levegő súlya. Ez azt a képzetet keltheti, hogy ilyen tömegű levegőt, figyelembe véve a légmozgásokat, nem lehet beszennyezni. A légzési betegségek szempontjából azonban nem az egész légtér, csak a legalsóbb rétegek szennyezettsége fontos. E tekintetben pedig helyenként nagyok a különbségek. Az országban 6 millió kémény füstöli az égéstermékeket a levegőbe. Az ebből származó kén-dioxid mennyisége mezőgazdasági jellegű megyékben 10–40 kg/nap/km^2, Budapesten ez 1740, Pécsett 2000, Dorogon 7980 kg/nap/km^2 (Árvai, 1975). A kénvegyületek (SO_2, H_2S, H_2SO_4) mellett a haloidok (klór, fluor), oxidáló anyagok (O_3, NO, NO_2, NH_3), kéndioxid, kénmonoxid, aldehidek, ketonok, alifás, aromás szénhidrogének, toxikus és nehézfémek, radioaktív sugárzás stb. szennyezi a levegőt. A fűtés, az ipari üzemek okozta levegőszennyeződésnél is jelentősebb a gépjárművek levegőszennyezése.

A feladat nagysága szükségessé teszi a legszorosabb együttműködést az alapellátással, a körzeti és üzemi orvosokkal. Érvényesítenünk kell az együttműködés lehetőségeit az egészségügyi integráción belül más, a kérdésben érdekelt szakmákkal, elsősorban a higiénikusokkal. Az máris világos, hogy az ipartelepítési, a várostervezési, a településügyi kérdésekben, a lakás, a fűtés, tömegközlekedés tervezésében, a motorizációs program végrehajtásában stb. kívánatos volna a légzési szakemberek megkérdezése. A tüdőgyógyászoknak is ott volna a helyük a döntéshozatalnál.

JAVASLAT A HAZAI FERTŐZŐ TBC ELŐFORDULÁSÁNAK VISSZASZORÍTÁSÁRA

A világ egészségügyi ellátásának egyik ellentmondása, hogy miközben az orvostudományi ismereteink alapján a tbc gyógykezelése megoldott és a fejlett országokban lényegében lefutott ügy, a becslések 20 millió tbc-s beteggel számolnak, évenként 4–5 millióra tehető az új fertőző betegek száma, és több mint 3 millió tbc-s beteg hal meg.

A hazai tbc-helyzet sem ellentmondásmentes.

Grafikonjaink nagy javulást mutatnak, erősen csökkent a tbc-s betegek száma. Eredményeinket nemcsak az orvosi, de a laikus közvélemény is elismeri. Még redukált formájában is jól szervezett, kipróbált organizáció áll rendelkezésünkre, és mégis nagy, de nem irreális célunk megvalósulása, a tbc megszüntetése ma távolabbinak tűnik, mint tíz évvel ezelőtt. Sokat dicsért epidemiológiai helyzetünk az európai országokkal összehasonlítva már nem olyan megnyugtató, hiszen mutatóink ismét az európai sorrend középmezőnyébe utasítanak bennünket.

Megyei bontásban az adatok arra utalnak, hogy azokban a megyékben a legnagyobb a fertőzőúj megbetegedés, ahol a fertőző előfordulás is az átlagosnál magasabb (Szabolcs, Borsod, Baranya, Hajdú).

A megtorpanás oka sokféle. Nyolcat emelek ki:

1. Nyilvánvaló, hogy rossz tbc epidemiológiai mutatókból könnyebb dinamikusan jobb mutatókat elérni, mint a már lényegesen jobbakból. Tehát az egyik ok magából a tbc-helyzet javulásából, illetve statisztikai interpretációjából következik.

2. A pulmonológiai átállás során csökkent a tüdőgyógyászok érdeklődése a tbc iránt, hiszen a „tbc probléma" tudományosan lényegében megoldott.

3. Fekvőintézeti ágyaink csökkentésénél szükségszerűen fokozni kellett az ágyforgót, és ez különösen a hosszú ápolási idejű krónikus tbc-s betegeket érintette. A rövidebb ápolási idő jól kooperáló betegek esetén még előnyös is lehet, de nehezen vezethető betegeknél nő a krónikussá válás kockázata.

4. Azt látjuk, hogy a tranzit, a retranzit, tehát a krónikus állomány utánpótlását jelentő mutatók nem alakulnak megnyugtatóan. Az 1979-ben 100 nyilvántartásba vett új betegből még két év múlva is 6,6 pozitív maradt.

5. A tbc prolongált gátlószeres kezelésének jó eredményei különösen a Ramp+ETB kombináció tömeges alkalmazása után, jogosan

szorítottak vissza aktív sebészi megoldásokat. De a krónikus betegeknél, éppen a prolongált kezeléshez szükséges kooperációs készség nem mindig biztosított.

6. A tbc intézeti kezelésének – különben észszerű és szükségszerű – redukciójával párhuzamosan nem vált szorosabbá a kórház–gondozó együttműködés, legalábbis nem lett általános gyakorlat, mert a szükséges munkakapcsolat nem intézményesült. Pedig a krónikus tbc-s betegek hosszú időt igénylő gondozásában ez elemi követelmény volna.

7. A mai krónikus tbc-s betegállomány minden szempontból kedvezőtlenül szelektált, 71,6% férfi, 28,4% nő: 63% 30–59 év közötti, 28,8% 60 éves, illetve azon felüli. Betegség-történetükben megállapítható a késői kiemelés, a nem tervszerű, nem adekvát és főleg nem következetes gátlószeres kezelés. Mindennek következményeként sok a polirezisztens eset.

8. Egyre nyilvánvalóbbá válik a pszichoszociális tényező szerepe a szanáció elmaradásában. A fertőző előfurdáloson belül relatíve mind nagyobb arányban találunk alkoholista, aszociális egyéneket, akiknél a társadalmi beilleszkedés zavarai nyilvánvalóak, de szakszerű befolyásolásukra hálózatunk nem készült fel.

A programhoz három elvi kérdésben állásfoglalást és öt fontosabb szervezeti intézkedést javaslok.

1. Ki kell nyilvánítani, hogy a pulmonológiai hálózat elsőbbséget biztosít a tbc probléma megoldásának. Ez azt jelenti, hogy nem mondunk le nagy, de egyáltalán nem irreális célkitűzésünkről, a tbc felszámolásáról.

2. Tudomásul kell vennünk, hogy a krónikus fertőző források szanálásához a tbc klinikumában rutinná vált diagnosztikai és terápiás (gyógyszeres) módszerek nem elégségesek. A megoldás csak többsíkú pszicho- és szocioterápiásan orientált betegvezetés, a nemcsak szólamszerűen hangoztatott gondozás esetén biztosítható.

3. A fertőző források szanációját a Szakmai Kollégiumon megvitatott elvek és szempontok szerint, a megyei egészségügyi vezetés, illetve a megyei és fővárosi szakfőorvosok felelősségére kell bízni, akik, ha a problémát nem tudják megoldani szakmai vagy más okokból, az országos intézet segítségét kérhetik, szükség esetén a beteg felvételét.

A szükséges szervezési, operatív intézkedések:

1. Aktív felkutatásunk, a rtg-szűrés 1981-ben a 14 éven felüli lakosság már csak 74%-át érte el. Ugyanakkor 100 újonnan felfedezett betegből csak 53,2-t emeltünk ki aktív szűréssel. Felkutató munkánk e két hiányossága megkérdőjelezi egész szűrőapparátusunk rentabilitását. Ilyen szűrési hatékonyság mellett éppen a nehezen elérhető, kétlaki, ingázó, munkásszálláson lakó, ágyrajáró, társadalmilag nem beilleszke-

dett tömegek, vagy éppen aszociális egyének maradnak felkutatlanul. Ezért is találkozunk mind több elhanyagolt, kiterjedt folyamatú, már tünetei révén kiemelt beteggel. A szűréssel kiemeltek száma az országos átlagnál lényegesen alacsonyabb egyes nagy városunkban, pl. Miskolc 40,9; Budapest 40,0; Győr 47,8; Pécs 49,2; ugyanakkor Szegeden 70,5. Az országos átlagnál alacsonyabb ez az érték Győr (35,7), Zala (50,3), Pest (50,5), Szolnok (51,2), Szabolcs (52,3) megyékben. Okait a megyei szakfőorvosoknak kell elemezni és ennek alapján szükséges intézkedniük. A szűrésen ismételt értesítés után meg nem jelentek névsorát a körzeti orvossal kell közölni. Az aktív szűrés elmaradása esetén nagyobb jelentősége van a beteg panaszainak, tüneteinek és egyáltalán a passzív szűrésnek. Rendszeresíteni kell a munkásszállások ernyőszűrését. Kívánatos volna, hogy a munkaügyi osztályon az ingázó vagy ideiglenes lakásbejelentővel jelentkező munkavállalóktól igazolást kérjenek a szűrésről, vagy küldjék el őket tüdőszűrésre.

2. A nyilvántartásba vett új betegnél különös figyelmet kell fordítani a beszűrődéses, kavernás, kiterjedtebb folyamatú betegekre. Ezek gyógyszeres kezelését legjobb intézetben kezdeni, és csak akkor bocsájtani gondozói kezelésre, ha a beteg kooperatív, otthoni szociális körülményei megfelelőek, kontakt veszélyt nem jelent, és tisztában van betegsége természetével, a kezelés szükséges időtartamával.

3. A tranzit csökkentése érdekében minden pozitívan nyilvántartásba vett beteg sorsáról a gondozó tájékoztassa a szakfőorvost, évvégi jelentésben feltüntetve, hogy biztosítva látja-e a megoldást vagy segítséget kér.

4. A tbc-s betegek számára biztosított rendkívüli segély összegéről a megyei szakfőorvos diszponáljon. Ez az összeg jelenleg igen esetlegesen kerül felhasználásra. Azokra a betegekre, illetve családjukra kellene fordítani, akiknek sem táppénze, sem rokkantsági díja nincs, és el nem intézhető.

5. Az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézetben a megfelelő hozzáálláson kívül szükséges: a fertőző prevalencia felszámolását célzó program végrehajtásának biztosítása a megyei szakfőorvosok és kijelölt tanácsadó szakértők bevonásával. Ugyancsak szükséges volna megyénként a helyi viszonyok és nehézségek ismeretében akcióprogram kidolgozása.

A HUMANISTA TÜDŐGYÓGYÁSZTÓL A HUMANISTA TÜDŐGYÓGYÁSZATIG

Tüdőgyógyász pályámon két főorvos főnököm volt és mindkettővel kivételes szerencsém akadt. Fügi Károlyhoz nagy „közéleti" megrázkódtatás után kerültem 1951 tavaszán a hódmezővásárhely-kútvölgyi „tanyasi szanatóriumba". Bizonyára elfogulttá tesz, hogy bajba jutottként tapasztaltam meg emberséges magatartását. De érzelmeimtől függetlenül, a tíz hónap, amit vele dolgoztam, megláttatta velem személyiségének, gondolkodásmódjának eredetiségét, sokirányú tehetségét, s ezt a szakmabeliek alig ismerték, vagy ha ismerték, félreismerték – a szakma nagy kárára. Tőle hallottam évfolyamtársáról, Böszörményi Miklósról, aki mellé aztán 1952 elején a Korányiba kerültem. Böszörményi intellektusa, szakmai felkészültsége, sokirányú adottsága, nyelvtudása, matematikai, kombinatív készsége, irodalmi, zenei kultúrája (Zeneakadémiát végzett zongorista), szellemi teljesítménye, mely párosul valami mélyről jövő, nem „csinált" szerénységgel, jóindulattal, emberszeretettel, érthetően lenyűgözött.

Bekerültem egy osztályra, ahol – kimondatlanul is – mindennek központja a beteg volt. Abban az időben féltek a fertőző tüdőbetegtől, és ezt éreztették is vele. Rákiabáltak, ha köhögéskor nem tette szája elé a zsebkendőjét, vizsgálatkor elfordították a fejét, de még olyat is átéltem, hogy a vizsgáló orvos kizavarta a beteget a röntgenhelyiségből – mert köhögött.

Böszörményi osztályán éreztem azt a légkört, amelyben minden beteg egyaránt szeretetben részesül, talán csak a súlyosabbak, az elesettebbek, a szegények javára van különbségtétel. Böszörményi humanizmusa, emberszeretete nemcsak a betegekre korlátozódik, minden munkatársa, orvos, nővér, takarítónő, beteghordó érzékelheti, anélkül, hogy erről „szó" lenne. Minden munkatársáról mindig jót mond. „Orvos orvosnak testvére", ez az erkölcsi parancs volt kollegialitásának eszmei háttere. A feudális, hierarchikus kórházi osztályszervezés, amelynek maradványait máig is érezzük, Böszörményi osztályán nem létezett. Mindenki nagy önállósággal, egymás mellett dolgozott. A tegnap végzett segédorvosnak is lehetett véleménye, véleménynyilvánításra módja és véleményének érvényesülése nem a korától, hanem igazságtartalmától függött. Az egész intézetben elismert volt annak idején a Böszörményi-osztály dolgozóinak összetartása, közösségi érzése és feladatvállalása. Ezen a talajon nem termett meg az intrika, a fúrás, az

egyéni utak keresése. Jó próbája lett ennek a kollektívának az 1954-es év, amikor Böszörményi Koreában volt. Hivatalosan én voltam a helyettese, de ezt senki nem érezte, minden részleg autonóm módon és mégis teljes összhangban dolgozott. Böszörményi személye, céltudatos feladatvállalása, munkabírása, közösségszervező képessége és maga az osztálykollektíva újraélesztette bennem a reményt, hogy az orvoslásról, az elkötelezett orvosi magatartásról a szegedi orvoskollégiumban (melynek medikus koromban szervezője, majd igazgatója voltam) kialakított „nézeteink" nem túlhaladottak. Még ha a népi kollégiumok rendszerét az akkori politikai vezetés nem is tűrte meg és feloszlatta, az eszme, az „ábrándjaink" megőrizhetőknek, fokozatosan megvalósíthatóknak tűntek. Érthető, hogy könnyen és gyorsan azonosultam olyan célokkal, melyek akkor a Böszörményi-osztály arculatát is meghatározták: a súlyos, krónikus betegek gyógykezelése, a műtéti „határindikációk" vállalása, a kiújulás, a műtéti szövődmények, a hörgő-sipoly stb. problémája. Egy kollektíva erejét probléma-vállalási készsége mutatja, és itt sem volt hiány a Böszörményi vezette osztályon.

Itt – ha nem is mindig tudatosan – érvényesült a társadalom-orvoslás, a szociális medicina szemlélete. Nem a ritkaságok, az érdekes esetek, hanem a tbc elleni küzdelem aktuális és betegtömegeket érintő problémái foglalkoztatták az osztályt. Böszörményi meg tudta láttatni velünk az egyes beteg mögött a hasonló betegek százait vagy ezreit. Ez befolyásolta diagnosztikus és terápiás eljárásaink megválasztását is. Előnyben részesítettük az egyszerű, tömegesen alkalmazható eljárásokat. A preventív szemlélet is érvényesült. Bár döntően terápiára orientált osztály voltunk, a gyógyítási erőfeszítések a megelőzést, a fertőző források szanálását is célozták. Emlékszem, annak idején sokakban még ellenérzést keltett, hogy Böszörményi a gyógyszerkombinációk megválasztásánál, ajánlásaiban a gazdaságosság elvét is érvényesíteni kívánta. Az individuális medicina szemléletében tevékenykedő orvos etikai kérdésként kezeli, hogy a hozzá kerülő betegnek maximális gyógyszerelést biztosítson és ezért a szükségesnél szélesebb körű gyógyszerelésre is hajlamos. A célzott, hatékony gyógyeljárások megválasztása, a cost–benefit elv érvényesítése Böszörményi társadalom-orvoslási beállítottságát fejezte ki már akkor is.

Az osztály ilyen jellegű irányultsága segített annak felismerésében is, hogy a tbc leküzdésének nehézségei közt, éppen a terápia haladásával, egyre jelentősebb a betegek kooperációs készségének hiánya, különösen az aszociális és alkoholbetegek körében. Megértettem, hogy a tbc nemcsak a szervnek, hanem az egész szervezetnek betegsége, és egyre szűkebbnek éreztem az akkori diagnosztikai bázismódszereket, a röntgent, a bakteriológiát és a kórélettani, funkcionális, pszicholó-

giai szemléleti tágítást szorgalmaztam. Meggyőződésemmé vált, hogy a Böszörményi-osztály a szakmán belül progresszív szemléletet képvisel. Ez arra késztetett, hogy hozzájáruljak e szemlélet módszertanilag tudományos igényű megalapozásához, intézményesítéséhez, elterjesztéséhez. Például a betegvezetési nehézségek leküzdésében segített Böszörményi humanizmusa, toleranciája, az osztály légköre, de ez így nem modellezhető.

A kooperációs nehézségek szakszerű kezelése az orvoslás további tágítását feltételezte, a beteg személyiségének megismerését és adekvát befolyásolását. Pszichodiagnosztikai, pszichoterápiás ismeretek megszerzését és szükséges mérvű alkalmazását. Az orvosi pszichológia, a pszichoszomatika azonban ebben az időben „imperialista áltudomány" volt. Munkánkat nagy visszafogottsággal, jó ideig csaknem titokban végezhettük. Az ideológiailag elkötelezett Böszörményi toleranciája és barátsága kellett, hogy ezeket a törekvéseket megtűrje. Nemcsak megtűrte, de szkepszisével tulajdonképpen segített is, mert nemcsak engem, de munkatársaimat is új eredmények, „bizonyítékok" elérésére serkentette. Nem volna méltó Böszörményi erkölcsiségéhez, ha elhallgatnám azokat a szemléletbeli, nézetbeli különbségeket, melyek probléma-megoldási törekvéseink során, útkeresésünkben kialakultak. Nem azonosan ítéltük meg például a klinikai pszichológia gyakorlati, klinikai alkalmazásának jelentőségét, a pszichoszomatikus szemlélet érvényesítését, a kardiológia jelentőségét a pulmonológia fejlődésében, a súlyos légzéskárosultak gyógykezelésének és gondozásának komplex módszereit, a légzésrehabilitációt és egyáltalán: a többdimenziós orvoslás szükségességét a nálunk is erősen domináló szomatikus orvoslás tágítására. Azért is beszélhetünk nyíltan a nézetbeli, de gyakran csak hangsúlybeli különbségekről, mert immár harmadévszázadnyi együttműködésünk során ez személyi nézeteltérésekhez soha nem vezetett.

Bizonyára nem volna haszontalan e szemléleti, felfogásbeli különbségek elvi megvitatása, a jubileumi megemlékezés azonban nem a legmegfelelőbb keret erre. Az alkalomhoz illőbb, de ugyancsak hasznos vállalkozásnak tűnik, ha az előttünk álló feladatokra irányítjuk figyelmünket, és ha azt próbáljuk felmutatni Böszörményi négy és fél évtizedes munkásságából, ami irányt mutat, segít az utánunk jövőknek szakmánk fejlesztésében, a légzési betegek ellátásának jobbításában.

Böszörményi sokszor megcsodált pályaíve nemcsak a tbc elleni küzdelem, de a pulmonológia megújulásának korszakát is átfogta. A tbc elleni küzdelem sikerei markánsan kifejezik a társadalom-orvoslási szemlélet, a népegészségügyi koncepció életrevalóságát. A szemlélet erősítése, lehetőségeinek kibontása ma ismét nagyon időszerű.

A ftiziológiától [a gümőkóros betegségekkel, főleg tüdőtuberkulózissal foglalkozó orvostudomány] a pulmonológiáig vezető úton újra kellett tanulnunk a belgyógyászatot. A belgyógyászati ismeretek megszerzésével együtt szakmánkban megerősödött a belgyógyászati szemlélet. Intézetünk orvosainak, szakdolgozóinak szakmai ismerete, az ismeretek terjedelme és differenciáltsága nagyságrendileg különbözik a két-három évtizeddel ezelőttitől. A belgyógyászati irányú szakmai fejlődés azonban bizonyos szemléletbeli és hozzáállásbeli negatívumokkal is járt. Meggyöngült a népegészségügyi felfogás gyakorlati érvényesülése, a tömeges betegellátás igénye, a gondozási szemlélet és a gondozási gyakorlat. A belgyógyászok ideálja az volt és az is maradt, hogy minél magasabb színvonalon, az orvostudomány lehető legkorszerűbb szintjén lássák el a hozzájuk került betegeket, de a hasonló betegségben szenvedők ellátását, annak megszervezését már nem tekintették feladatuknak. A belgyógyászati szakma – szemléletében – az individualmedicina keretei közt maradt.

Ez a szemlélet – vitathatatlan értékei mellett – nem mindig a társadalomorvoslás elért eredményeit gazdagította, hanem olykor a kárára érvényesült.

Ilyen negatív hatások érhetők tetten az egyoldalúan szomatikus, „természettudományos" klinikai modell követésében, a gyógyszeres kezelés túltengésében, a „vegyi gyógyítás" eluralkodásában, a sokszor iatrogéniához [orvosi kezelésből származó ártalom] vezető gyógyszeres polipragmáziában [a szükségesnél szélesebb körű gyógyszerelés], mellyel szemben Böszörményi mindig is fellépett. Nyomdokain haladva úgy gondolom, hogy gyógyító munkánk színvonalának emelése akkor kecsegtet a legtöbb eséllyel, ha az individuális medicina szakmai eredményeit okosan és arányosan tudjuk ötvözni a társadalomorvoslás éppen a mi szakmánkban hagyományokkal, gyakorlati tapasztalatokkal rendelkező szemléletével és gyakorlatával. Mind több szó esik az egészségügyön belül is a demokratikus vezetés szükségességéről. E nélkül a szociálpolitikai és népegészségügyi reformok sem képzelhetők el. Ezért idéztem a Böszörményi-osztály megélt, megtapasztalt demokratizmusát. Sok év tapasztalata mutatta meg számomra, hogy jószándék mellett is milyen nehéz egy olyan erősen hierarchizált szakmában, mint a miénk, a valódi demokratikus vezetést megvalósítani. Ezt nem lehet felülről elrendelni. Alulról kell építeni, ahogyan annak idején Böszörményi csinálta. Ugyancsak szükséges tisztázni, hogy mi a demokratikus munkaszervezés célja. A legjobb mozgósító, az összefogásra, a csapatmunkára késztető motiváció a helyesen megválasztott, társadalmi hasznosságában vitathatatlan értékű feladatok vállalása. Jó érzékkel támaszkodott Böszörményi vezetési stílusának kialakításában

a fiatalokra. Azért engedett nagy teret a fiatal kollégáknak, mert felismerte, hogy a fiatalok a haladás igényének természetes hordozói, érdekük a változás, és ő maga is akarta a szakma megújulását. Az osztály demokratizmusát, de némileg etikai helyzetét is többnyire jól tükrözi az osztály belső struktúrája. Minél inkább az osztályos orvosé a beteg, annál nagyobb az esély a diagnosztikai és terápiás színvonal emelésére, a beosztott orvos felelősségvállalására. A főorvosnak a konzultáns, a tapasztalt segítő, ugyanakkor a fiatalabb kollégától tanulni tudó, új ismereteket, ötleteket váró vezető szerepére kell törekednie egy demokratikus felállásban. Ezt sokszor a tevékeny, ügyszerető, dinamikus vezetőnek a legnehezebb megvalósítani. Munkánk és munkaszervezésünk jelenlegi célját ma abban látom, hogy az intézetünk, osztályunk ápolásába kerülő beteg ember helyzetének, prognózisának a lehetőség szerinti leghatékonyabb és legtartósabb korrekcióját érjük el, és ezáltal lehetőleg ritkán, vagy rövidebb ideig szoruljon újabb intézeti ápolásra. Ennek előfeltétele az orvoslás mostaninál tágasabb felfogása és a kórház, gondozó szervezett munkakapcsolata, mely a tartós gondozás szervezeti biztosítéka.

Az volna jó – és ez a demokratikus út –, ha az osztályok és a területileg illetékes gondozók partneri munkakapcsolatát intézményesíteni lehetne. A légzési betegek tömeges ellátásában gondozóink még ki nem használt tartalékokkal rendelkeznek. Ha a gondozó-vezető része lenne a betegeit ellátó osztály kollektívájának, és ha ezzel kapcsolatos többletmunkáját megfizetnék, nagy lendületet kaphatna a gondozói munka, nem szólva az ezzel járó szakmai fejlődésről.

Messze vezetne, ha csak érintőlegesen is felmutatnám a szakmának azokat a területeit, ahol Böszörményitől tanulhattam és tanulhattunk. A pulmonológiai átállássorán alakult, és érthetően sokat változott az orvos–beteg kapcsolat intézetünkben. A klinikai pszichológia, a szociálpszichológia, a kommunikáció-elmélet korszerű ismereteinek felhasználásával tudatosabbá és hatékonyabbá tehetjük betegvezetési módszereinket.

Ezek az ismeretek azonban nem pótolhatják az érzelmi viszonyulást a betegekhez, amelyben Böszörményi mindnyájunknak példát mutatott. Erre a magatartásra hivatkozva mondom el véleményemet két nagy betegcsoport nem, vagy nem jól megoldott helyzetéről.

A tüdőrákos betegek átvétele, a „pulmonológiai átállás" során hálózatunk új, nagyszabású vállalkozása, sok jelentős eredményt hozott a betegek korai felkutatásában, a rákdiagnosztikában, a gyors műtétre juttatásban és a műtéti terápia hatékonyságában. A szervezettség, az összefogás ereje megmutatkozott. De megmutatkoztak szakmánk szemléletbeli korlátai is. A szomatikus medicina a terápiás lehetősé-

gek keresését egyoldalúan a kemoterápiára, a citosztatikus kezelésre összpontosította. Pedig itt a gyakorlati, klinikai, az adott beteg sorsát befolyásoló eredmény, egyes ráktípusoktól, elsősorban a kissejtes tüdőráktól eltekintve, minimális, kétes. A bennünk gyakran felmerülő etikai problémában, hogy vajon nem ártunk-e betegeinknek a citosztatikus kezeléssel, csak a műtétileg nem kezelhető tüdőrák abszolút rossz prognózisa nyújt felmentést. Éppen Böszörményi és munkatársai, akik legnagyobb érzelmi odafordulással, munkaráfordítással kezelték a nem műthető tüdőrákos betegek százait, és kiterjedt kontrollcsoportos vizsgálatokat végeztek, jutottak el ehhez a szomorú eredményhez. És ma mégis folytatják intézetünkben ezeket a kezeléseket, már inkább csak kényszerből, mert valamit tenni kell a betegért. Reménykedünk, hogy a széles nemzetközi mezőnyben nagy költséggel folyó elméleti és állatkísérleti kutatások a rák kemoterápiájában is hoznak majd eredményeket, mégis felmerül a kérdés, vajon kellő figyelmet fordítottunk és fordítunk-e a rákos betegek korszerűbb, hatékonyabb tüneti, általános belgyógyászati, fájdalomcsillapító, fizioterápiás stb. kezelési módszereinek fejlesztésére. Mert, ha nem is várhatjuk ezektől a módszerektől a katasztrófa elkerülését, talán halaszthatjuk bekövetkezését és elviselhetőbbé tehetjük a megelőző időszakot. Ez nem lenézendő törekvés. És akkor nem beszéltünk még a rákos betegek szakszerűbb pszichés vezetéséről, aminek alapja a rákos személyiség jobb, egyéni megismerése. Pszichodiagnosztikai bázis nélkül ezen a téren sem folytathatunk adekvát, pszichoterápiásan orientált betegvezetést. Vajon mit tudnak a magyar tüdőgyógyászok a pszichoszomatikus kutatásokról, akárcsak a rák pszichoszomatikájával foglalkozó nemzetközi társaság elméleti és gyakorlati tevékenységéről? Több száz betegen éveken át végzett ilyen irányú személyiségvizsgálataink végül is nem érték el céljukat. A tüdőrák hazai klinikai gyakorlatát szerettük volna újabb aspektussal bővíteni, de mint az azóta eltelt évek is bizonyítják, eredménytelenül. Pedig a klinikai pszichológiai kiegészítés szükségességét nemcsak a betegvezetés jobbítása igényli, hanem a nagyobb számú rákos beteget ellátó osztályok orvosainak és ápolószemélyzetének pszichikus megterheltsége is. Tapasztalhatjuk, hogy a leginkább együttérző orvosok kudarcélménye a legnagyobb, szinte a depresszióig fokozódhat. Ez még Böszörményit, a tüdőrák elleni küzdelem hazai élharcosát is érintette.

A pulmonológiai átállás első nagy feladatvállalása azért is volt biztató és eredményeket hozó, mert a tüdőgyógyászok jól hasznosíthatták patológiai, röntgenmorfológiai, bronchológiai, funkcionális diagnosztikai ismereteiket, a mellkassebészet eredményeit. Így is évekig lekötötte a hálózat figyelmét az évente négyezernyi tüdőrákos beteg kiemelése, kivizsgálása és ellátása. A társadalomorvoslási szemléletben fogant

tüdőgyógyászat humánuma abban is kifejezésre jut, hogy a populációs szintű problémák, a tömegesen jelentkező betegségek felé fordul megkülönböztetett figyelemmel. Vajon a tízezernél több posttbc-s légzésrokkant, a hetvenezernyi aspecifikus, főleg obstruktív légzéskárosodott miért nem keltett akkora érdeklődést, mint a tüdőrák? Pedig itt jóval fiatalabb betegekről van szó, akik közül több életet lehetett volna megmenteni vagy legalábbis elviselhetőbbé tenni megfelelően kidolgozott és megszervezett, kórház–gondozói együttműködésen alapuló ellátással. Itt azonban a diagnosztikai és még inkább a terápiás munkában csak komplex eljárásoktól várható – és akkor sem látványos – eredmény.

Ezeknek a betegeknek a jobb ellátása orvosszemléleti tágítást feltételez, elsősorban légzéspatológiai irányban, a nem gyógyszeres terápiás eljárások alkalmazásában (légzésrehabilitáció), de a pszichoszociális befolyásolást és betegvezetést sem nélkülözheti. Lényegében ugyanez a probléma jut kifejezésre – csak még markánsabban – a hálózat asztma-programjának megvalósulását elemezve. Imponáló eredményeket ért el hálózatunk az asztmás betegek felkutatásában, kivizsgálásában, a tömeges gyógyszeres ellátás biztosításában. A döntően allergiás aspektusú extrinsic asztma ellátásában azonban jóval előbbre vagyunk, mint az inkább pszichoszomatikus jellegű intrinsic asztmáéban. Ez utóbbi tömeges és hatékony gyógykezelése és gondozása makacs probléma. Megítélésem szerint csak szomatikus szinten, csak gyógyszeres kezeléssel sokkal több a kudarc, mint a tartós gyógyeredmény. Az asztma és különösen az intrinsic asztma eredményes gyógykezelésének megoldása az újabb és újabb ismeretek megszerzése mellett a szemléletváltás problémája is, a többdimenziós orvoslás alkalmazásáé. A magyar tüdőgyógyászat a tbc visszaszorulása után létjogosultságában megkérdőjelezve is képes volt megújulásra, átállásra egy, a ftiziológiánál jóval tágabb belgyógyászati szakmára, a pulmonológiára.

Ebben a továbbképző – bizonyos értelemben átképző – munkában Böszörményinek oroszlánrésze volt, érdemei múlhatatlanok. Az egész magyar orvoslás kára, hogy ezt a pulmonológiai átállást nem tudtuk még társítani a szükségszerű és időszerű szemléletmódosulással a holisztikus, humanista orvoslással. Megítélésem szerint a tbc elleni küzdelemben edzett idősebb tüdőgyógyászok és az új iránt fogékony fiatalabbak összefogása erre még mindig lehetőséget ad. Hiszek abban, hogy szakmánk megteszi az utat a humanista tüdőgyógyásztól a humanista tüdőgyógyászatig.

BÖSZÖRMÉNYI MIKLÓS 80 ÉVES

Már a címben közölt tény is meglepő barátai, tanítványai számára, hiszen látjuk őt, amint köztünk mozog, tevékenykedik, gondozza visszajáró régi betegeit, konzultál velünk, tanít, továbbképez. Talán ezért sem jutna eszembe, hogy emberi, szakmai kiválóságait méltassam. Nem szorul rá. Nyolcvan évéből – és erre is meglepetéssel gondolok – 42 év közvetlen munkatársaként, legalábbis egymás közelében dolgozva, egymásról nap nap után tudva telt el. De vajon eleget tudok-e Böszörményiről az emberről, megértettem-e szellemi képességeinek, erkölcsiségének, orvosi elkötelezettségének forrásait?

Böszörményi Miklós a legismertebb magyar tüdőgyógyász. 1939-ben már gyakornok-helyettes volt az Erzsébet királyné szanatóriumban. 55 év Budakeszin! Betegek tízezreit kezelte és gondozta, és még annál is többen fordultak meg nála, a legkészségesebb konzultánsnál. Szakmai tevékenysége közismert és nem csak könyveiből, kétszáz körüli publikációjából. 1949 óta rendszeresen, hivatásszerűen tanít: 1000-nél jóval több továbbképző előadása után szereplése a tüdőgyógyász, belgyógyász tanfolyamokon még mindig nagy tapssal jutalmazott esemény. Ennek nemcsak az előadói rutin az oka, hanem az ismeretek átadásának, a tudás megosztásának érezhető öröme. Ehhez a nemzetközi szakirodalom naprakész ismerete, a bámulatos memóriakészség, a nagy klinikusi tapasztalat mellett szükséges a kollegialitás, a fiatalabb orvosok szeretete. Böszörményi azért lett a továbbképzés művésze, mert úgy adja tudását kollégáinak, hallgatóinak, mint más az ajándékait szeretteinek.

Nehéz egy köztiszteletben álló orvos személyiségét közelebb hozni azokhoz is, akik régtől ismerik, nem szólva a fiatalabb tüdőgyógyász generációról, akik már csak a katedráról hallották. Fontosnak tartom, hogy elmondjam tudomásaimat az emberről, mert ezek nem könnyen megszerezhető ismeretek. Pedig Böszörményi nem zárkózott, nem titkolózó, saját dolgaiban is mindig tárgyilagos, saját személyét illetően viszont különösen szerény. Az volna stílusos, ha szárazon, adatszerűen közölném, amit életéről megtudhattam. Kibontakozna egy értelem és tudás vezérelte, magával szigorú, másokkal megértő, elfogadó egyéniség. Egy jó modorú, jól nevelt ember, aki nyugodt, hangját sem emeli fel. Ezt a szülői házból hozta. Apja erdélyi származású gépészmérnök volt. Zürichben járt műegyetemre, Franciaországban tanulta meg a modern gépészetet. Az első magyar személyautó, a Magomobil konst-

ruktőre volt, a Műszaki Nagyjaink című könyv külön fejezetet szentel Böszörményi Jenőnek. Böszörményi bácsi túl volt a hetvenen, mikor megismertem. Szikár, magas alakjából, különösen érdekes arcából sugárzott az értelem. Böszörményi Ilona néni kicsi volt, mozgássérült. Nem tudom, hogyan fért bele annyi jóság, gyengédség és figyelmesség. Osztályos orvosaként észleltem betegségét. Szenvedéseinél csak türelme volt nagyobb. Vagyontalan, de jómódú polgári család volt Böszörményiéké; német, majd francia kisasszonyok tanítottak nyelvet. Csak a piarista gimnáziumban tudta meg Miklós, hogy szülei zsidók voltak és születése után katolizáltak. A piaristáknál Sík Sándor volt az osztályfőnöke, gyóntatója és példaképe. Rajongó Krisztus-hívő lett és a papi hivatást választotta. A piarista rendfőnökkel beszélt erről, aki arra hivatkozott, hogy a rendben amúgy is sok a zsidó származású és a világi papi pályát ajánlotta. Jeles érettségi után jelentkezett az esztergomi papneveldébe. Apja ezt nem ellenezte, de azt kérte, hogy tegyen felvételit a Zeneakadémiára is. Hatéves kora óta zongorázott, és tanárai nagy tehetségnek tartották. A papneveldébe – ugyancsak származási okokból – nem vették fel, de a Zeneakadémiára igen. Továbbra is kitartott a papi pálya mellett, és jelentkezett a budapesti egyetem teológiai fakultására. Felvették. Egyszerre végezte a két tanulmányt nehézség nélkül. A teológián romantikus hitéhez nem talált társakra a hallgatókban. Imádkozásai kiürültek. Sík Sándor tanácsára az orvosi pályát választotta (3 évvel idősebb György bátyja már medikus volt). Átvették az orvosi fakultásra. 1937-ben zongoratanári, 1938-ban orvosi diplomát kapott. Hivatása orvos, gyönyörűsége a zene. Katonaság után álláskeresés következett. Már érvényben volt a II. zsidótörvény, ezért városi, állami kórházban nem alkalmazhatták, nem lehetett tanár a mohácsi zeneiskolában sem. Az állásnélküli Böszörményi örömmel ment el a budakeszi tüdőszanatóriumba helyettesíteni. Orvos bátyja (ígéretes tehetségű pszichiáter) súlyos tbc-ben 30 éves korában meghalt. Ekkor megrendült istenhite. Többször behívták katonának (Erdély, Délvidék), majd visszaminősítették munkaszolgálatosnak. 1943 júliusában Borba vitték. Előtte még egyszer elment gyónásra. Elmondta, hogy református lányt akar elvenni, de nem ad reverzálist, mert leendő felesége mélyebben hisz. A pap nem oldozta fel. Ez volt a szakítás a katolikus egyházzal. Feleségével Bereczky Albert eskette össze, így közelebb került a református gyülekezethez. A bori táborból Kassára vezényelték, de sikerült Budapesten maradnia. A munkaszolgálat, a bujkálás alatt új hit született, a minden bajra magyarázatot nyújtó marxizmus. A hívő kereszténybőll hívő marxista lett, szinte vakon hívő.

A harmonikus légkörű szülői házból két tehetséges fiú került ki, mindkettő sokoldalú érdeklődéssel, jó feltételekkel indult. György

meghalt fiatalon; Miklósnak nem személyiség-fejlődéséből következő önazonossági problémái okozták alapvető feszültségét, hanem az egyén és a manipulált társadalom közti szükségszerű konfliktus. A tudományban, az orvosi hivatásban az értelem és a szkepszis vezérelte ember a hitben keresett támaszt legbelsőbb humanista törekvéseihez. Aki mélyen hiszi, hogy az igazság forrása a kételkedés, a támaszt nyújtó eszmékben csak vakhittel boldogul. Ez pedig biztos út a csalódáshoz, az életében megismétlődő csalódáshoz. Mint bátyja, szülei, majd felesége halálát, ezt is képes méltósággal, fegyelmezetten viselni. De tudnunk kell: egy köztiszteletben álló orvos életének elsimult felszíne alatt örvények vannak. Korunk és kelet-közép-európai régiónk ismert örvényei.

Nemrégiben azt írta: „Tudom, hogy nem fogok már sokat élni. Néhány hónap vagy két-három év? Nem mindegy? Nem félek a haláltól. Mi fog belőlem megmaradni? Talán a lelkiismeretem, hogy felelősek vagyunk a beteg életéért, gyógyulásáért, sőt közérzetéért is. Jobb és eredményesebb munkatársainkkal megosztani a gondokat, mint dirigálni. Az egészségügyben legfontosabb az orvosi szemlélet. A felszerelés is nélkülözhetetlen, a szaktudás még inkább, de döntő a lelkiismeret."

Íme, Böszörményi Miklós ajándékot küld barátainak, tisztelőinek, kollégáinak nyolcvanadik születésnapján.

A HÖRGI ASZTMÁS BETEGEK SZEMÉLYISÉGÉRŐL

Az asthma bronchiale pszichoszomatikájának bonyolult, sokat vitatott kérdésében nehéz a gyakorló orvosnak tájékozódni és állás foglalni. A pszichés tényezők szerepét ebben a betegségben még azok az orvosok is elfogadják, akik a szomatikus orvoslás szűkebb keretein belül maradva általában nem mutatnak érdeklődést a személyiségtényezők iránt. Ez az elfogadás azonban többnyire nem a betegség kóroktanára, hanem elsősorban a kórlefolyásra, a tünetképződésre vonatkozik, és így a pszichés jelenségeknek inkább csak kísérő, másodlagos jelentőséget tulajdonít (pl. a nehézlégzéssel járó szorongás, félelem a rohamtól stb.).

A másik véglet képviselői – és ez szélsőséges álláspont a pszichoszomatikus megközelítésen belül is – a betegség létrejöttében egyértelműen a pszichés tényezőket tekintik elsődlegesnek. A problémát nem oldja meg – talán csak jobb feltételeket teremt az áttekintéshez – az asztma kóroktanának többtényezős megközelítése, melyet mi is követünk. Ha ugyanis az allergológiai, légzéspatológiai, személyiségtani, szociológiai stb. összetevőket kopatogén tényezőknek tekintjük is, még nem határoztuk meg a tényezők minőségi és mennyiségi viszonyait a kóroktanban, a kórlefolyásban és főleg – ami a gyakorló orvost leginkább érdekli – jelentőségüket a gyógyítási lehetőségek szempontjából. Az is nyilvánvaló, hogy az allergiás tényező jelentősége lényegesen nagyobb extrinsic asztmában, mint intrinsicben és fordítva, pl. a pszichés tényezők jelentősége tapasztalatunk szerint az intrinsic asztmában szembetűnőbb.

A különböző elfogultságok a kóroktan kérdésében végül is a terápiás hatékonysággal szembesülnek és nyerik el kritikájukat. Ezért vigyáznunk kell – éppen a gyakorlati terápiás konzekvenciák miatt is –, hogy ne cseréljük fel a hibáztatott egyoldalúságot valamely másikkal. Elősegítené a gyakorló orvos állásfoglalását, ha a mostani elégtelennek minősített gyógyeljárásaink kiegészítéseként az asztmás betegek pszichoterápiájának és gondozásának már kidolgozott és hatékonynak bizonyult módszerét kínálhatnánk. Helyesebb azonban, ha a lehetőséget, a tömeges betegellátás igényét is szem előtt tartva érzékeljük, de az asztmás betegek pszichoterápiáját, illetve ilyen irányú betegvezetését még tisztázásra, kidolgozásra szoruló problémaként kezeljük.

El kell azonban fogadjuk az általános orvosi elvet, hogy adekvát terápia csak megbízható diagnosztikus bázison alapulhat a pszichoterápia viszonylatában is. Ezért szükségünk van az asztmás betegek személyiségvonásainak részletesebb és szakszerűbb ismeretére, bizonyos szintű pszichodiagnosztikai jártasságra.

Szükségesnek tartottuk, hogy nagyszámú, biztosan asztmás betegen pszichodiagnosztikai vizsgálatot végezzünk. A diagnosztikus biztonságot azért hangsúlyozom, mert az asztmás személyiséget elemző irodalom tanulmányozása során nemegyszer merül fel kétség, hogy a nem is mindig orvosi teamben dolgozó pszichológusok által asztmásként vizsgált betegek között mennyi volt a dyspnoés, de nem asztmás beteg – vagyis a téves diagnózis. Több mint 300 biztosan asztmás beteg részletes személyiség-vizsgálatát végeztük eddig. Személyiség-anamnézis, Rorschach-próba, egyéb tesztvizsgálat egészítette ki a klinikai és csoportterápiás észlelés dokumentált adatait. Elsősorban azokkal a személyiségtulajdonságokkal foglalkoztunk, amelyek ismerete segítségünkre lehet a betegek vezetésében, terápiás célú pszichés befolyásolásában és gondozásában.

Az asztmás betegséget megelőző, vagy azt kísérő pszichikus jelenségekre nem a modern pszichoszomatikus orvoslás figyelt fel először. Az évszázadok óta halmozódó megfigyelések, tapasztalatok története – mint az orvosi ismeretek annyi más területén – Hippokratésszel kezdődik, aki figyelmeztetett, hogy az asztmás beteget óvni kell a dühtől.

Az asztmás betegek pszichés megnyilvánulásait, viselkedését, személyiség- és karaktervonásait leíró szinten, kötetnyi irodalom tárgyalja, mely az asztmás gyerekeket illetően még terjedelmesebb. Csak a nevesebb szerzőket említve, Dunbar, Fenichel, Israel a neurotikus, elsősorban kényszeres és hisztériás karaktervonásokat hangsúlyozzák. Mások az asztmás betegek függőségét, egocentrikusságát, depresszióját, rejtett impulzusaikat, agressziójukat, bűntudatukat, hangulati labilitásukat, túlérzékenységüket, paranoiditásig is fokozódó gyanakvásra hajlamosságukat. Rees 441 különböző korú asztmást és 321 kontrolladatot vizsgált. Knapp és Nemetz a korábbi szerzők ismereteit is áttekinti és elemzi. Bár az említett és a még sokkal több szerző által leírt személyiségvonásokkal klinikai megfigyeléseink, részletesebb esettanulmányaink során minduntalan találkoztunk, gyakorlati célkitűzésünkhöz, az asztmás személyiség megismeréséhez nem nyújthatják a várt segítséget. Oly sokféle személyiség- és karaktervonást írnak le, hogy inkább az a benyomásunk támad, nincs is asztmára jellemző személyiség. Nem, vagy nem mindig tesznek különbséget a szerzők a betegség extrinsic, intrinsic formája, súlyossága, az alkalmazott gyógykezelés szerint. Így soha nem lehetünk biztosak, hogy a bemutatott

személyiségvonások mennyiben jellemezték már a premorbid személyiséget, vagy csak a betegség, a súlyos tünetek, esetleg éppen a gyógykezelés következményei.

Hasonló problémák merülnek fel a pszichometriás vizsgálatok értékelése során. Itt a szerzők különböző tesztekkel, nagyobb egzaktsági igénnyel vizsgálták az asztmás betegeket, remélve, hogy sikerül így megrajzolni az asztma pszichodiagnosztikai profilját. Ez a módszer segíti a beteg jobb megismerését és vezetését, de nem elegendő a betegek általánosítható személyiségjegyeinek megállapításához.

Az asztmás betegekről szerzett ismereteinket tágítják az irodalmi adatok, amelyek asztmásokon végzett pszichofiziológiai vizsgálatokról számolnak be. Az ilyen irányú kísérleti vizsgálatok még a múlt századra nyúlnak vissza, McKanzie ismert művirág, „rózsa asztma" kísérletére, amikor asztmás tüneteket váltott ki nyilvánvalóan szuggesztiós befolyásolással. Dekker és Groen különböző olyan anyagok felmutatásával, vagy akárcsak említésével rohamokat tudott kiváltani, nyilván pszichogén úton, melyekre a betegek érzékenyek voltak, vagy annak vélték magukat. Több betegünk beszámolt már rohamról, mely kiváltódik, ha rájön, hogy „pumpáját" otthon felejtette. Itt a rohamtól való félelem lehet a pszichogén tényező.

Luparello és mtsai, McFadden és mtsai tesztpletizmográfos vizsgálatokkal igazolták a szuggesztió hatását a légúti ellenállásra mindkét irányban, placebót allergénként, illetve hörgtágítóként alkalmazva aeroszolban.

Hasonló jellegű vizsgálatokat végeztek Weiss és mtsai, Kahn és mtsai gyerekeken. White és Bul óta számosan közöltek vizsgálatokat, klinikai tapasztalatokat asztmás rohamok hipnózissal történő befolyásolásáról. Ezekről Mészáros rövid áttekintést ad.

A pszichoszociális tényezők szerepére utal a környezetváltozás jelentősége, mely különösen gyerek asztmásokon figyelhető meg, a családból kiszakadáskor. Itt arról lehet szó, hogy a családi interakciós viszonyok terhelik a gyereket. Abramson és Peshkin csoportterápiás tapasztalataik alapján bizonyos esetekben a szülőktől, elsősorban az anyától eltávolítást ajánlják. Lamont, Purcell és mtsai közlik, hogy háziporra érzékeny gyerekeken otthonról hozott házipor sem váltott ki tüneteket a szülők távollétében. Kinsman és mtsai ilyen tapasztalatok alapján elemzik az asztma többdimenziós szimptomatológiáját.

Az asztma pszichológiai aspektusának igényesebb, magasabb szintű megközelítését képviselik azok a szerzők, akik a pszichikus jelenségeket nemcsak leíró szinten regisztrálják, hanem átfogó, magyarázó elveket keresve ezeket a jelenségeket biológiai, pszichofiziológiai bázison kívánják rendszerezni, szem előtt tartva Cannon „menekülés–tá-

madás", Selye stressz-elméletét, a központi idegrendszer pavlovi „ingerlés–gátlás", vagy ahogy újabban tárgyalják, aktivációs szintjét, az autonóm idegrendszer, a neuroendokrinium szerepét is az allergiás mechanizmus (antigén-antitest reakció) mellett.

Ezek az elméletek szinte sugallják a szervezet és környezete (a természeti és társadalmi miliő) egyensúlyi zavarát és ezzel együtt a pszichoszociális tényező szerepét.

A külső ártalom szerepét – legyen szó külső fizikai, kémiai vagy pszichikai károsító hatásról – az asztma stresszelmélete hangsúlyozza. Kísérletes stresszvizsgálatok igazolták a stressztényezők befolyását a légzésre, a légúti ellenállás-változásra, szívritmusra, vérnyomásra, a plazma kortizol szintre, a katekolamin ürítésre stb. – de távolról sem egyértelműen, nemegyszer paradox módon. Hasonló a helyzet a pszichikus stresszhatásokkal, a heves érzelmi reakciókkal, dühvel vagy szorongásos állapotokkal.

Mint ahogy nem lehet leegyszerűsítően az asztmás betegség okozójának, tünetfokozódásának, lefolyásának csupán stressz hatásokat tekinteni, hasonlóan nem ad átfogó magyarázatot az asztma konfliktus-elmélete. Nem kell analitikus igényű személyiség exploráció annak bizonyítására, hogy az asztmás betegek sok feszültséggel, élethelyzetbeli, életvezetési konfliktussal terheltek. Ezt az asztmásokkal foglalkozó klinikus hamar felismeri. De önmagában nem tájékoztat a konfliktusok szerepéről a betegség keletkezésében és lefolyásában. Más krónikus betegségben szenvedők, de az egyre bonyolultabb és feszültebb társadalmi relációkban élő, felfokozott élettempóra kényszerülő egészséges emberek is bővelkednek konfliktusokban. Azt is nehéz megállapítani – anamnesztikus módszer nélkül nem is lehet –, hogy a konfliktusok mennyiben előidézői, illetve mennyiben következményei a krónikus asztmás betegségeknek. Ezek a meggondolások irányították már a 40-es évektől a pszichoszomatikus kutatásokban általában, de az asztma személyiségkutatásában is a figyelmet a konfliktusok természetére, a specifitás máig is vitatott kérdésére. French és Alexander rámutattak a sajátosan megzavart anyakapcsolatra. Az asztmás betegek anamnéziséből, pszichodiagnosztikai explorációjából jól ismert, túlvédő, „szeretetével fojtogató", „domináns", „tirannus" anya ettől kezdve szinte állandó szereplője az igen kiterjedt asztma-pszichoszomatikus irodalomnak.

A gyakran éretlen, megzavart személyiségfejlődése miatt kevésbé integrált, szexuális identitásában gyenge, házastársi kapcsolatában kielégítetlen anyatípusról van szó. Elégtelen kapcsolataik miatt felgyülemlett érzelmeiket túlzó szeretet formájában gyerekükre árasztják. Túlgondoskodással, túlvédéssel, állandó felügyeletükkel akadályozzák

a gyerek önállósulását, a felnőtté váláshoz nélkülözhetetlen tapasztalatok megszerzését. Az anyai szeretet így szinte kóros függésben tartja a gyereket, aki maga is ambivalens lesz saját függetlenségi igényével szemben. Ezt a konfliktust serdülő, fiatal asztmás betegeinken még „natív" formában gyakran tapasztaltuk.

Ez az anya-gyermek viszony érzelmileg sem egyértelmű. A gyerektől feltétlen engedelmességet, ragaszkodást kíván, ugyanakkor a gyerek túlzott kötődése, az anyára koncentrálódó szeretetigényének kielégítése terhes is számára. Ezt az anya önmagának sem meri bevallani. Ambivalenciáját még fokozottabb törődéssel kompenzálja, hogy szorongását, bűntudatát enyhítse. Az anyai ambivalencia abban is kifejezésre jut, hogy szinte jutalmazza a gyerek betegségét még fokozottabb törődésével és ezzel kondicionálja, kifejleszti, megerősíti az asztmás betegre annyira jellemző szomatizációs hajlamot. Saul és Lyons (1951) rámutattak, hogy az anya viselkedése a személyiségfejlődés retardációját, infantilis személyiségvonásokat, nemegyszer regressziós hajlamot okoz. Számos szerző erre a neurotikus fixációra, regresszióra alapozza véleményét az asztmás tünetképződés légzéshez, síráshoz, fokozott szagérzékenységhez való kapcsolatáról. French szerint az asztmás paroxizmus a konfliktusos gátlás miatt elfojtott sírás ekvivalense.

Lényegében az asztmás betegre jellemző megoldatlan függőségi–függetlenségi konfliktus – ha nem is kizárólagos érvénnyel – Alexander és iskolájának specifitási elméletében gyökerezik.

Saját asztmás betegeken végzett személyiségvizsgálataink alapján, a betegek személyiségfejlődésének zavarát, a korai személyiségfejlődést károsító tényezőket tanulmányozva megerősíthetjük az anyakapcsolat centrális szerepét. Ez – miután hosszú ideig foglalkoztunk alkoholista személyiségvizsgálattal – azért is volt feltűnő, mert az alkoholistáknál viszont az apa-„imago" zavara, torzulása meghatározó, az apa halála, távolléte, alkoholizmusa, az apai nevelés hiánya, elégtelensége miatt.

Személyiségvizsgálataink során részletes anamnézisek felvételekor fokozottan figyeltünk a szociálpszichológiai vonatkozásokra. Így nemcsak az anya–gyerek kapcsolatot tanulmányoztuk, hanem igyekeztünk megérteni a korai gyerekkor egész családi konstellációját, a különböző interperszonális kapcsolatokat, pozícióviszonyokat. Az irodalomban annyit tárgyalt domináns anyát ugyan felismertük, gyakran mégis másképp értelmezzük. Eseteink 25%-ában az apa halála, válás, különélés miatt az apa hiánya egyértelmű. 24%-ban az apa alkoholizmusa, 5%-ban rokkantsága, 6%-ban a családtól távol vállalt munkája csökkentette vagy torzította az apa szerepét a családi interakcióban és vezetett az anyai „dominanciá"-hoz. Végül is a „túlvédő", „asztmás" anya nem mindig sajátos karakterű egyén, jellemző vonásai gyakran egy

élethelyzet, élettörténet, családi konstelláció következményei. A korai személyiségfejlődés zavara így is elégséges magyarázatot nyújt az asztmás betegek neurocitására. A neurotikus személyiségfejlődés megmutatkozása két területen egészen nyilvánvaló: a betegek szocializációs zavaraiban és szexuális szerveződésében.

Érthető, hogy az asztmás betegek korai személyiségfejlődésében a szocializáció folyamata megnehezült, hiszen ez döntően azonosulási mechanizmusokkal történik. Az azonosulás ideális modellje általában az azonos nemű szülő. A modellszemélyiség annál alkalmasabb az azonosulási folyamat indukálására, minél integráltabb. Ez esetben a szülő viselkedése adott szerepének megfelelő, vagyis őszinte, egyértelmű és pozitív érzelmekkel telített. A modell személyiség is legjobban más személyiségekkel való interperszonális kapcsolatában, elsősorban a házastársi kapcsolatban tud sokrétűen megmutatkozni. Ezért a kisgyerekkorban, amikor legerősebb az azonosulási képesség, az apa és anya együttes, permanens, szerepüknek megfelelő interakciói egymással és a gyerekkel biztosítják az identifikációs folyamatok legjobb feltételeit. Az így „tanultak" épülnek be legjobban a fejlődő személyiségbe, válnak sajátjává, majd később, önálló késztetésként, szinte örökletes személyiségvonásként (szociális öröklés) jelentkeznek. Éppen ez az, ami gyakran hiányzik az asztmás beteg gyermekkorában, pl. az apa hiánya, az anya sajátos viselkedése, ambivalenciája miatt.

A szocializáció zavara, a kontaktus, a kommunikáció nehézsége már az asztmás betegek személyiségvizsgálata során feltűnt. Korábban megszoktuk még a tbc-s betegek vizsgálatakor, hogy azok szinte támaszkeresően igénylik a pszichológiai foglalkozást és ugyanez elérhető a „nehezen vezethető" alkoholista, aszociális betegekkel is. A látszólag kooperatív magatartás ellenére az asztmás beteg mélyebb személyiségrétegei nehezebben megközelíthetők.

A szocializáció zavarára, az infantilis személyiségvonásokra utal az asztmás betegek kommunikációjában a verbális közlések visszafogottsága és a promotív befolyásolási szándék túlsúlya metakommunikatív formában, amikor az asztmások sajátos „paralinguisztikája" a tünetek nyelvén jut el hozzánk. Ez a hajlam különben az asztmás betegek vezetésének egyik kulcskérdése.

Ismerjük az asztmás betegek szomatizációs hajlamát. Mint sok más pszichoszomatikus betegségnél, a tünetképzésben nagy szerepet tulajdonítanak a konverziós mechanizmusoknak. Egyesek leegyszerűsítően az asztmás betegséget konverziós légzési hisztériának tekintik. Megítélésünk szerint az elfogadhatatlan ösztönkésztetések elaborálására kialakított szomatizációs, konverziós hajlam többrétű és az egész személyiségfejlődés zavarából következik. Ezzel nem vonom kétségbe

a légzési neurózis szorongásos és konverziós formáinak létezését. Elég, ha a meglepően gyakori és sokszor fel nem ismert hiperventillációs szindrómára utalok, melynél a fellépő hypocapnia, respirációs alkalózis, K+/-vesztés okozza a beteg rosszullétét, tachycardiáját és a másodlagosan jelentkező hörgőgöcsöt. Ebben a kórformában a tanulásnak, a kondicionálási mechanizmusoknak van fokozott jelentősége.

A megzavart személyiségfejlődés részjelensége – és ezért nem is célszerű elvonatkoztatva tárgyalni – az asztmás betegek szexualitásának zavara. Ez az infantilis, retardált személyiség, a szexuális szerveződésben különösen fontos identifikációs mechanizmusok zavarának következménye. Vizsgált betegeink 34%-a ugyan harmonikusnak mondja szexuális kapcsolatát, de az exploráció során nyert adatok ezek felében ellentmondanak. 33% kifejezetten rossznak, örömtelennek, sikertelennek mondja szexuális élményeit; 13% elfogadhatónak, kötelességszerűnek; 8% elzárkózik a témától; 12%-nak egyáltalában nem volt szexuális kapcsolata. Az esetek egyéni, részletesebb vizsgálata alapján megállapítható, hogy a szexuális élet zavarai csökkent szexuális érdeklődésben, illetve aktivitásban, elutasításban, elfojtásban nyilvánulnak meg. Az elutasítás gyakori eszköze nők részéről az asztmás tünetképzés, a roham, miként férfiaknál is a potenciazavar, a késztetéshiány „magyarázata". A szexualitás zavara, gátoltsága miatt elmaradó orgazmus és a paroxizmusokban jelentkező asztmás tünetképződés még tovább vizsgálandó, kompetatív jellegű összefüggést mutat.

Az elmondottakból is kirajzolódik az egyénenként különbözőképpen megnyilvánuló, személyiségfejlődésben sajátosan sérült, neurotikus, infantilis, dependens személyiség, akinek megoldatlan függőségi–függetlenségi konfliktusa behatárolja életvezetését, egzisztenciáját, szociabilitását, szexualitását és egész viselkedését, legyen szó tünetképződésről, a váratlan állapot-rosszabbodásról, vagy remissziókról, ambivalens kapcsolatról az orvossal és ápoló személyzettel, gyógyszerfüggőségről, a kortikoidok és adrenerg szerek excesszív használatáról, a munkaképesség vagy rehabilitáció kérdéseiről.

Ezúton mondok köszönetet Gyömrői Edit dr. (Anglia), Lakatos Mária dr. és Székács Judit munkatársaimnak az irodalom feldolgozásában nyújtott segítségért.

HÖRGI ASZTMÁS BETEGEK PSZICHOTERÁPIÁJÁNAK MÓDSZEREI

Az asztmás betegek pszichoterápiájának módjait, módszereit a betegek gyógykezelésének teljes kontextusában kell szemügyre vennünk. A betegek pszichés befolyásolása minden más gyógyeljárás kiegészítője, mint ahogy az orvosok, ápolószemélyzet viselkedésének is van ilyen kihatása. Ezért helyes, ha elkülönítjük az indirekt és direkt (módszeres) pszichoterápiás hatásokat, illetve eljárásokat.

Az indirekt pszichoterápiás hatások jelentősek az asztmás beteggel történő kapcsolatteremtésben, az anamnézis felvételben, a tünetek, a gyógykezelési terv értelmezésében, a beteggel rendszeresített személyes találkozások (vizit, főorvosi vizsgálat) alaphangulatában, a betegek egymásra hatásában, valamint az osztály egész légkörében, mely kedvező esetben gyógyító jellegű.

Az asztmás betegeknél alkalmazható direkt vagy módszeres pszichoterápiás eljárásokat az ismert pszichoterápiás eljárások sokaságából emeljük ki. Ezek ugyancsak sok szempont szerint csoportosíthatók. Minthogy nem törekedhetünk sem teljességre, sem részletes ismertetésre, pragmatikusan az asztmás betegek klinikumát, a gyógyintézeteinkben megvalósítható lehetőségeket, a szakértői kapacitásokat stb. szem előtt tartva tekintjük át a lehetséges pszichoterápiás módszereket. A pszichoterápia alapformájának máig is az egyéni pszichoterápiát, a „kétszemélyes alaphelyzetet" tekintjük. Ezt az eljárást legmódszeresebben és igen nagy ismeretanyagot felhalmozva a pszichoanalitikusok dolgozták ki.

Lényegében mesterségesen létrehozott helyzetet teremtettek, amely kapcsolatban van a szociális térrel, de ettől különböző rendszabályokkal. A zártsággal elhatárolták, hogy a beteg verbális és metakommunikatív közlései, egész viselkedése tisztábban, a zavaró tényezőktől izoláltan elemezhető legyen. Az analitikus kezelés szabályosan ismétlődő, pontosan betartott, heti 1–2 alkalommal, hosszú ideig, néha évekig folyik, meghatározott, formális keretek közt, melyet Freud „analitikus szertartás"-nak nevezett. Speciális módszere a szabad asszociáció és a terapeuta értelmezése. Magának a módszer leírásának, eredményeinek könyvtárnyi irodalma van.

Bár sokra tartom a mélylélektan eredményeit, az asztmás betegek tömeges ellátásában nem megvalósítható ez az alkalmazás. Pedig, ha az asztmás beteg sajátos személyiségfejlődésbeli károsodásának és

következményes személyiségstruktúrájának akkora jelentőséget tulajdonítunk, mint irodalmi és saját vizsgálati ismereteinkből következik, logikus, kauzális terápiás törekvés volna a személyiségalakító „nagy pszichoterápia" célkitűzése. Az igény gyakran felmerül, többnyire a velünk dolgozó pszichológusok látják indokoltnak az analitikus kezelést. Tudomásul kell vennünk, hogy erre a tüdőgyógyászati hálózatban, intézményesítetten nincs lehetőség hely, idő, szakértői kapacitás hiányában. Ez nem jelenti, hogy az analitikus terápia bizonyos elemeit, ismeretanyagát, pozitív és negatív tapasztalatait az asztmás betegek gyógykezelésében ne tudnánk hasznosítani. Ezért kívánatos volna bizonyos számú, különösen súlyos, különböző típusú asztmás beteg hosszú, egyéni pszichoterápiája. Ez előnyösnek bizonyul az asztmás betegekkel foglalkozó pszichológusok önismereti, pszichoterápiás továbbképzése szempontjából is. Sajnos, ennek az elég költséges továbbképzésnek szervezett lehetősége nincs, csak egyénileg tudják – és azt sem könnyen – biztosítani maguknak a pszichoterápiás jártasságban motivált orvosok, pszichológusok.

Az asztma klinikumában az egyéni pszichoterápiára sokkal inkább lehetőség van a különböző *kis vagy* rövid pszichoterápiák formájában. Még itt is igen ökonomikusan kell eljárnunk az indikációk felállításakor. Mindenképpen a pszichodiagnosztika és a klinikai megfigyelés anyagából, már megszerzett információinkból kell kiindulnunk. Figyelembe kell vennünk a beteg életkorát, szomatikus állapotát, a szomatikus tünetek reverzibilitását, a rendelkezésünkre álló hospitalizációs időt, a gondozás lehetőségét, a beteg kooperatív készségét és még sok más tényezőt. Ne kezdjünk egyéni pszichoterápiát, ha annak célja, feltételei nem tisztázottak, ne keltsünk a betegben nem teljesíthető elvárásokat. A félbemaradt, következetesen véghez nem vitt, eredményt nem ígérő próbálkozásokkal csak diszkreditáljuk az eljárást és feleslegesen pazaroljuk időnket. Úgy sem tudunk minden beteggel egyéni pszichoterápiát folytatni. Inkább hagyatkozzunk a már említett indirekt pszichoterápiás befolyásolásra, az autogén tréningre, a csoportos pszichoterápiára.

A rövid vagy kis pszichoterápiánkban bázis módszerünk a feltáró eljárás. Már a pszichodiagnosztika, a részletes személyiséganalízis felvételekor beindul a pszichoterápiás folyamat, a beteg oldódik, mind többet és őszintébb információt ad önmagáról. Ez felerősödik, ha a beteg érzi, hogy élettörténetének, problémáinak, titkainak közlése nemcsak érdekli a terapeutát, hanem az adatokat szakismerete, tapasztalatai felhasználásával kizárólag a beteg érdekében próbálja hasznosítani. Az élettörténeti adatok, az életvezetés zavarainak, a kudarcoknak, valamint a pozitív problémamegoldási készségeknek a felismerése, feltárá-

sa és interpretációja a terápia lényege. Az értelmezés vagy értelemadás a beteg belátásán alapul. Csak látszatra egyszerű intellektuális munka a terapeuta részéről, hogy eredményeit, az összefüggések felismerését közli a beteggel. Az interpretáció bonyolult „közös munka" a beteggel.

Ha kívülállóként nagyon okos, tapasztalt emberként közöljük a beteggel a „lelki detektív" nyomozati eredményét, a beteg sokkal nehezebben tudja elfogadni – még ha rá is jöttünk a tényleges összefüggésekre –, mintha ez a felismerés, belátás a közös pszichoterápiás munka eredménye. Ezt különösen hangsúlyoznunk kell az asztmás beteg esetében, aki maga is hajlamos a dependens viszony elfogadására, a passzivitásra, ugyanakkor az ellenállásra, elutasításra is. Az értelmezés, melynek jelentőségét az analitikusok nemcsak felismerték, hanem technikáját is magas szintre fejlesztették, alkalmas, hogy a „lelki élet", az érzelmek zűrzavarában eligazítson, a kóros, tudat alá szorult, kusza, ellentmondásos, érthetetlen és éppen ezért szorongást keltő tartalmakba rendező elvet vigyen. Ezáltal az ambivalens, diszharmonikus, konfliktusos elemek kongruensebbekké, adekvátabbakká válnak, a korrekciós mechanizmusok jobb hatásfokkal működnek. A konstruktív interpretáció segítségével, a tudatosabbá váló személyiség saját erőire is jobban tud támaszkodni a továbbiakban. Az interpretáció a pszichoterápiás intervenció kényes, de igen hasznos fegyvere.

Az exploratív kis pszichoterápia mindig kiegészíthető más, rövid pszichoterápiás módszerrel. Ha felismerjük az exploráció során a beteg centrális problémáját és abban előrehaladást vélünk elérni, erre összpontosítjuk pszichoterápiás tevékenységünket, gyakran operatív szocioterápiás intervencióval kiegészítve. A helyzet felismeréséből fakadóan alkalmazzuk a krízisterápia, a konfliktusrendezés módszereit is. Ilyenkor szükségünk lehet a kétszemélyes helyzetet túllépve heteroanamnesztikus adatokra, kapcsolatfelvételre, beszélgetésre a házastárssal. Időnként még a családterápia elemeit is igénybe vesszük. Az asztmás betegek pszichoterápiás befolyásolásának igen fontos eleme a felvilágosítás, a tanácsadás. Természetesen ez csak akkor hatásos, ha a pszichodiagnosztikára épül, ha ismereteinket szociáldiagnosztikai explorációval kiegészült ismeretek tágítják.

Szinte mindennapiak az asztmás betegek matrimoniális problémái, konfliktusai és ezek szerepe a tünetképződésben; tartós megoldatlanság esetén azok defektuálódásában. Ez következik az asztmás betegek megzavart személyiségfejlődéséből, azon belül a szexuális szerveződés retardációjából, zavaraiból. Többnyire a betegek takargatják, anullálják ilyen természetű problémáikat. Az ellenállás e téren gyakran a nagyon jó házasság, a nagyon megértő, gyengéd, együttérző élettárs kiemelésében jut kifejezésre. Szinte „kívülről tudjuk", hogy az aszt-

más nőbetegnél, akinek szülei elváltak, vagy meghalt az apa, esetleg súlyos alkoholista volt, vagyis ahol a harmonikus házasélet mintája ki sem alakulhatott, az ilyen elismerő szavak a házasságról libidóhiányt, frigiditást takarnak, a „megértés és gyengédség" pedig a házasélet hetekben-hónapokban kifejezhető intervallumait, ha nem éppen hiányát jelenti. Az ilyen betegeknél legtöbbször megoldatlan a terhességi prevenció, mert nincs szükség rá, vagy a rengeteg gyógyszert szedő beteg pont az antikoncipiens tabletták szedésétől fél.

Ezek a betegek menzeszük idején kéredzkednek haza, vagy asztmás tüneteikre hivatkozva térnek ki a „házastársi kötelesség" alól. Ha erős a beteg elhárítása az exploráció tekintetében, tapintatosan inkább indirekt módon kérdezzünk. Elmondjuk ilyen irányú tapasztalatainkat a gyerekkori traumák, a családon kívül nevelkedés és a szexuális élet zavarairól – megértő, értelmező, felmentő módon, mert a beteg maga is abnormálisnak érzi, kötelességmulasztásnak, mindenképpen szorongáskeltőnek a szexuális életét. Gyakran nagy megkönnyebbüléssel fogadja ezt az elébemenést, és ilyenkor hatásosan haladhatunk az értelmezés, a tanácsadás, a konfliktusrendezés útján.

Lényegében hasonló pszicho- és szocioterápiás módszerrel tudjuk befolyásolni a szocializáció zavaraiból következő családi, munkahelyi és egyéb interperszonális viselkedési zavarokat. Ezek explorációja gyakran könnyebb, mert több lehetőség van a konfliktusok hárítására a projekcióval.

Míg nőbetegeknél a matrimoniális problémák, férfiaknál inkább a szocializációs, egzisztenciális, karrier és önkifejtési problémák még a libidócsökkenésből következő szexuális zavaroknál (potenciacsökkenés) is gyakrabban konfliktogének.

A szituáció, konfliktusrendezés általában hálás területe az asztmás betegek pszichés gyógykezelésének. Gyakran meglepve látjuk, hogy előrehaladásunk milyen frappáns eredményt hoz a beteg szomatikus, funkcionális állapotában.

Időnként rászorulunk a Kretschmer által protreptikának nevezett agresszív pszichoterápiára. Elsősorban konverziós, hisztériás jellegű reakcióknál (asztmás rohamot utánzó hiperventilláció esetén) rejtett agresszióval (pl. hipotoniás konyhasó szubkután, intrakután adása) vagy más terápiás paradoxon jellegű interakcióval szinte kényszerítjük a beteget tünetei feladására, ugyanekkor a neurotikus konverziós feldolgozást kiváltó okokat is igyekszünk megkeresni és lehetőség szerint rendezni.

Még mindig a diadikus helyzetű pszichoterápiás módszereknél maradva, ki kell emelnünk az orvosi szuggesztió fokozott jelentőségét az asztmás betegek pszichés befolyásolásában, az egész betegvezetésben.

A szuggesztió alkalmazásának nem előfeltétele a beteg személyiségének pszichodiagnosztikus feltárása. Anélkül is alkalmazható és alkalmazzuk is. Néha nem is tudatosan, hiszen az orvos autoritásának, pontosabban kongruenciájának szinte természetes velejárója. Jelenléte a szomatikus orvoslásban is nyilvánvaló, csak sokszor nem tudatosan vagy éppen hibásan érvényesül. Az iatrogéniák, melyek annyira megterhelik az orvos–beteg kapcsolatot, az asztmás beteg kooperációs készségét, az esetek többségében téves orvosi szuggesztió következményei. Ezek éppen szuggesztív tartalmuk miatt makacsul tapadnak. Orvosi szuggesztió érvényesül a gyógyszerek placebo hatásában. Ez asztmás betegeknél nagyon jelentős lehet. Minden új gyógyszer, különösen a nehezen beszerezhető, „külföldi", sok utánjárással kapható asztmagyógyszerek az első időben lényegesen „hatásosabbak", mint pár év múlva, mikor szokottá, elérhetővé válnak, vagy éppen rákerülnek az importlistára. Az asztma klinikumában kialakult gyógyszeres polipragmázia létrejöttében a placebo hatás mellett a reklám, a gyári propaganda, a betegek közti hírverés is szerepet játszik, melyek ugyancsak sok, nem kívánatos szuggesztiót tartalmaznak. Ugyanakkor pozitív, pszichoterápiás hatású szuggesztió az is, amit laikusan az orvos „gyógyító művészetének" neveznek. Ezért az orvos etikájának egyik fontos ismérve, mire és hogyan használja fel a személyiségéből és helyzetéből következő szuggesztív készséget, képességet. Pozitív hatású orvosi szuggesztió érvényesülhet az asztmás beteg egész vezetésében, kooperatív készségének javításában, kóros, hibás légzési technikák, más promotív megnyilvánulások feladásában, az életvezetési technikák javításában, a realitást jobban tükröző megoldásokról szóló meggyőzésben. Persze a pozitív tartalmú szuggesztiónak is vannak előfeltételei. A beteg hiedelme, bizalma az orvos, a pszichológus személyét illetően, pozitív terápiás sikerek, precedensek, melyek a szuggerált tartalmak realitását alátámasztják. Emellett szükséges a szituáció teljes zártsága, ellentmondásmentessége. Ez csak akkor lehetséges, ha az együtt dolgozó orvosok az adott kérdésben a szuggesztió tartalmát illetően szemléletileg, de a terápiás gyakorlat szempontjából is egységes álláspontón vannak. Ha a beteg ellentmondó információt kap orvosaitól vagy a nővérektől, nem jöhet létre a pozitív szuggesztív hatás. Egységes álláspont nem alakítható ki az orvos-vezető tekintélyével vagy éppen parancsolgatásával, csak konstruktív vitában, együtt-tapasztalásban. A beteg szuggesztív befolyásolása is csak lépésről lépésre, a szükséges felvilágosítással, egyetértésének megszerzésével párhuzamosan érhető el. Az asztma klinikumában különösen fontos volna, ha ennek a kellően nem méltányolt eljárásnak a módszereit, alkalmazási területeit, tüneti eredményeit,

esetleges hibás alkalmazásait módszeresen tanulmányoznánk a szakspecifikus pszichoterápiás kutatás keretein belül.

Tipikusan szuggesztív pszichoterápiás eljárás a hipnózis. Történetét, pszichofiziológiai alapjait, elméleteit, módszereit Mészáros ismerteti monográfiájában. Az asztmás betegek hipnózis kezelésével is közlemények sora foglalkozik. A szerzők többnyire pozitívan ítélik meg. Maga az eljárás egyszerű, aránylag könnyen elsajátítható. A szomatikus beállítottságú orvosok ugyan tartózkodnak, sőt ellenérzést mutatnak a módszerrel szemben, főként kultikus, misztikus gyógyítási szenzációkat generáló vonásaira hivatkozva. Sokan ma sem tartják komoly, tudományosan megalapozott eljárásnak, holott impresszionáló, amikor pár perces rapport után a fonendoszkóp nélkül is hallható bronchospasztikus sípolás megszűnik. De mi is ritkán alkalmazzuk, inkább a hipnobilitás, a beteg relaxálhatóságának megállapítására, a konfliktuózus holtpontokról történő elmozdításra, konverziós tünetek kioltására stb. Technikánk egyszerű. Általában verbálszuggesztiós módszerrel kerülünk rapportba a beteggel. Tartózkodunk minden „látványosságtól", nem használunk hipnoszkópot, fixáltatásra alkalmas eszközt. Ülő helyzetben kényelmesen elhelyezkedik a beteg, tenyerét szorosan összeszorított ujjakkal térdére helyezi. Fokozatosan, csak verbális úton, monoton hangon relaxáltatjuk, soha nem érintjük meg. Amikor a relaxáció beindulását észleljük a vázizomzat tónus csökkenéséből (például szétnyílnak az összeszorított ujjak), sikerként visszajelzünk a betegnek. Ha rapportba került a beteg, főleg a ritmusos légzést segítő utasításokat adunk. Minthogy nem visszük mély hipnózisig a beteget, a kezelés befejezése semmi nehézséget nem okoz. Megsimíttatjuk a homlokát, néhány mélyebb légvétel után röviden beszélgetünk, többnyire feladatot adunk, hogy otthoni légzőtornája során vagy az asztmás roham auráját érezve, hogyan hasznosítsa relaxáló képességét. Bár hipnózissal a roham megelőzhető, csökkenteni lehet a hörgőgörcsöt, de a kialakult nagy rohamot a mi felszíni hipnózisos technikáinkkal nem tudjuk oldani. Ezért mi a csábító indikációk ellenére, csak kisegítő eljárásnak tekintjük. Eltekintve néhány hátrányától, például a beteg túlságosan kötődik, ami dependens asztmás betegnél külön is megfontolandó, nem látjuk tömeges betegellátásra alkalmas módszernek. Amúgy sem tudnánk kellő számú, hipnózis technikában jártas orvost vagy paramedikális szakembert biztosítani. Ezért a szuggesztiós eljárások közül az autogén eljárásokat, relaxáló technikákat, elsősorban az autogén tréninget tartjuk alkalmasabb, megvalósíthatóbb módszernek.

A diadikus alaphelyzetű pszichoterápiás módszerek mellett évek óta folytatjuk asztmás betegeink csoportos pszichoterápiáját. Az osztályon fekvő betegek közül 15–20 asztmás beteg, akiknél a kezelés in-

dikált, hetenként háromszor egyórás időtartamra összejön a terapeuta (orvos), ill. koterapeuta (pszichológus) jelenlétében. Kötetlenül beszélhetnek, bármilyen problémájukat, gondjukat, kritikájukat elmondhatják. Javasoljuk, hogy azt mondják ki, amit gondolnak. A terapeuták lehetőleg passzívak maradnak, hogy ne ők irányítsák a beszélgetést. Bár a csoporttagok kérdéseikkel gyakran provokálják ezt, mintegy beszéltetni akarják az orvost, aki ellenáll, hosszan hallgat, de nem hoz létre kívánatos feszültségszintet, mint a „társalgás" sem, amivel szintén próbálkoznak. Az a jó, ha megindul a beszélgetés, vitatkozás, ha élénk interakciókban jut kifejezésre a csoportdinamika hatása. Az asztmás betegek izolálódási hajlama, rossz szocializációja miatt a csoportos terápia további pszichoterápiás lehetőséget jelent az egyéni terápia mellett. A terapeuta lehetőleg az interpretációra szorítkozik. Minthogy a csoportok nagyon is nyíltak, hiszen 4–8 héten belül cserélődnek a betegek, nem tűzhetünk ki a csoportterápia elé sem távlati, személyiségátalakító célokat. Ezért csoportjainkban a nem direkt módszer előnyei kevésbé érvényesülnek, menthetetlenül nagyobb helyet kap az asztmás tünetek bizonyos egészségnevelési, kooperációs problémáinak megbeszélése. Figyelembe véve a csoport-pszichoterápia hatalmas irodalmát, kívánatos volna megint csak a szakspecifikus pszichoterápia koncepcióját követve tudományos szinten is foglalkozni az asztmás betegek kezelésének ígéretes, gazdaságos és feltétlenül hatásosnak látszó pszichoterápiás módszerével.

Kialakult a gyakorlat, hogy helybeli, illetve területi betegeink közül többen távozásuk után is bejártak a csoportba. Ebből fejlődött ki a betegek kezdeményezése, hogy az osztályról eltávozva is összejönnek kéthetenként csoportfoglalkozásra, amelybe relaxációs légzésgyakorlatokat is beépítenek. Emellett közös kulturális programot, kisebb kirándulásokat, színház-, mozi-, múzeumlátogatásokat szerveznek. Az asztmás betegek klubterápiáját igen hasznos kezdeményezésnek tartjuk, melynek támogatása, fejlesztése, elterjesztése ugyancsak kívánatos lenne.

AZ ALKOHOLIZMUS MINT NÉPBETEGSÉG

TALÁLKOZÁS ÉS ELKÖTELEZŐDÉS

Találkozásom az alkoholizmus szövevényes gondjával majdnem véletlenszerű volt. A tuberkulózis elleni küzdelem fénykorában vált mind nyilvánvalóbbá, hogy a betegek együttműködésének hiányossága veszélyezteti ügyünk sikerét. Nem tudjuk leküzdeni a tbc-járványt, ha a kezelést elutasító betegek nagy számban idültté, a fertőzés forrásává válnak. Márpedig ez volt a helyzet: a hazai tuberkulózis-járványt szinte meghatározóan jellemezte az idültté vált betegek sokasága. Nem lehetett megkerülni a problémát, a sikertelenség okát a „beteg hibájá"-ra visszavezetni, mert ettől még a fertőző beteg fertőző maradt. Azért kezdtünk módszeresen foglalkozni a tbc-s betegek személyiségével, hogy a személyiség „hibáját" szakszerűbben feltárva, eredményesebben tudjunk hatni az orvosi pszichológia módszereivel. Azt is láttuk, hogy a betegek rossz kooperációja jelentős részben az alkoholizmushoz kapcsolódik. Szakmailag felkészületlen voltam. Külföldi példák és akkor még kevés saját tapasztalatom alapján inkább csak sejtettem, hogy a problémát nem lehet döntően adminisztratív módszerrel megoldani. Pedig erre volt leginkább hajlam. 1960-ban jelent meg a 42-es kormányrendelet. Ez teljesen ingyenessé, ugyanakkor kötelezővé tette a tbc gyógykezelését, jogi alapot teremtve a fertőző alkoholista, aszociális betegek kényszerkezelésére. Ebben az időben több ezer ilyen betegünk volt. A kényszerkezeltek „zárt osztályi" kezeléséhez sok száz speciális ágy létesítésére, vagy meglevő tbc-gyógyintézetek zárttá nyilvánítására lett volna szükség.

Akkor azt hittem, érveléseim hatására kerekedett felül a problémamegoldás orvosi módszere. Ma kissé fanyarabbul szemlélem a döntés mozgatóerőit: vélhetően döntő szerepe volt az anyagi és személyi feltételek hiányának. Az alkoholizmust betegségnek, esetünkben társbetegségnek elfogadva, nem szögesdrótkerítéssel, hanem terápiás eszközökkel kerestük a megoldás útját. 1961-ben osztályunk mellett külön kis pavilon épült a fertőző alkoholista betegek számára, kifejezetten módszertani célkitűzéssel. Ez volt az első „nyitott ajtó"-rendszerű alkohol-osztály hazánkban. A feladatom az volt, hogy pár év alatt kidolgozzuk az orvosi, orvospszichológiai, orvosszociológiai, betegvezetési módszereket, amelyek segítségével meg tudjuk „oldani" az alkoholista betegek tbc-jét. Elsősorban fertőzőképességüket kellett megszüntetni, figyelembe véve betegségük társadalmi veszélyességét.

Feladatunk tehát nem az alkoholizmus, hanem az alkoholista betegek tbc-jének gyógyítása volt. Magát a feladatot valóban pár év alatt sikerült megoldani. Ugyanolyan eredménnyel tudtuk gyógyítani – gyógyszeres és műtéti kezeléssel – az alkoholista, mint a nem alkoholista tbc-s betegeket. De az alkoholizmus szempontjából ez a sajátos probléma másfajta közelítést tett szükségessé. Szakítottunk a hiedelemmel, hogy az ún. averziós (Antaethyl) kezelést nem szabad tbc esetén végezni. Nemzetközileg elsőként kidolgoztuk ennek módszerét. Szakítottunk a hánytatásos, a próbaitatásos és egyáltalán, a beteget megviselő, megalázó módszerekkel, és talán éppen ezért alkalmaztunk kezdeményezően új gyógyszereket (Dipsan, Hemineurin, Esperal), és jobban támaszkodtunk a pszicho- és szocioterápiás módszerekre, a csoportterápia, a terápiás közösség, a családterápia elemeire. Komplex, pszichoterápiásan orientált betegvezetésünk, az utókezelés (klubterápia) biztosításával mind jobb eredményeket hozott, most már az alkoholizmus gyógyításában is. Több mint kétezer alkoholista beteg ápolására mintegy 300 000 ápolási napot fordítottunk. Ezt sem „előre megfontolt szándékkal" tettük, hiszen a hosszabb ápolási időre a tbc gyógyítása miatt szorultunk. De a hosszabb ápolásnak köszönhetően tudtunk foglalkozni behatóbban az alkoholista betegek személyiségével, annak terápiás célú befolyásával. Így érett lassan a meggyőződésünk, hogy sajátos célzatú alkohológiai munkánk hasznos az alkoholizmus jobb megértése szempontjából és így lett a rövidre tervezett találkozásból egy másik, talán a tbc-nél is pusztítóbb népbetegség elleni küzdelemben most már tudatosan vállalt elkötelezettség.

AZ ALKOHOLIZMUS ORVOSI VONATKOZÁSAIRÓL

1. Az alkoholizmus fogalma, meghatározása, okai körüli kérdések

Az alkoholizmus fogalmát nehéz meghatározni. Az alkoholos italok élvezete világszerte elterjedt, sokan fogyasztanak időnként, akár rendszeresen is különböző mennyiségű alkoholt anélkül, hogy alkoholisták lennének. Nem lehet az alkoholizmust az elfogyasztott alkohol mennyiségével vagy minőségével meghatározni. Jobban segít, ha az egyének alkoholhoz kötődését vizsgáljuk. Sokan egyáltalán nem fogyasztanak alkoholt, absztinensek. Ennél többen vannak, akik időnként fogyasztanak alkoholt, de soha nem részegednek le. E két csoportot az alkoholizmus szempontjából figyelmen kívül hagyhatjuk. Vannak azonban az ún. szociális ivók, ők mérsékelten isznak, időnként alkoholosan befolyásoltakká, ittassá válnak. Persze, a szociális ivás meghatározása is problematikus, mert az ivási szokások országonként, vidékenként, rétegenként, nemenként különbözőek. A mértéktelenség is mást-mást jelent. A mértéktelenül ivókat, a lerészegedőket nevezzük általában excesszív ivóknak. Körükben is nagy különbségek vannak az elfogyasztott italok mennyiségében, a lerészegedés gyakoriságában, de a lerészegedés ténye már fordulópontot jelent. Az excesszív ivók még nem alkoholisták, de már az alkoholizmus veszélyeztetettjei, és többségük előbb-utóbb alkoholistává válik.

Alkoholistáknak azokat nevezzük, akik függő viszonyba kerültek az alkohollal, kényszerűen isznak, különben hiánytüneteket, elvonási jelenségeket mutatnak. Minthogy e csoport felismerése nehéz, a meghatározás további finomításra szorul. Könnyebb felismerni a krónikus alkoholistákat, akik testi-szellemi károsodást szenvedtek az alkoholtól.

A szakirodalomban is igen sok definíció szerepel, a meghatározások szemléleti fejlődést mutatnak. Mindinkább kifejezésre jut a társadalom-orvostan szemlélete, az alkoholizmus betegségkoncepciója.

Alkoholistának tekintjük azt a beteget, aki szociális miliőjének egyedeitől eltérően, rendszeresen iszik, az alkohollal pszichikus vagy szomatikus függőségbe került, és alkoholfogyasztása egészségi, személyiségi, társadalmi, gazdasági vonatkozásban jelentősen károsítja. Az alkoholizmus legkörültekintőbb meghatározásánál is fontosabbnak tartjuk az alkoholizmus elleni küzdelem gyakorlata szempontjából,

hogy figyelmünket minél inkább az excesszív ivásra fordítsuk. Ez jól felismerhető, és a preventív szemléletű orvoslás megfelelő hozzáállását is segíti.

Mi okozza az alkoholizmust? Az egyszerű kérdésre sem tudunk határozott választ adni, s ez önmagában arról árulkodik, hogy az alkoholizmus kóroktanában sok, kellően fel nem tárt tényezővel kell számolnunk, és nagyon is indokoltak a további kóroktani kutatások. Márpedig, ha egy betegség – és sok ilyen betegség van – kóroka nem kellően tisztázott, halmozódnak az egymást kiegészítő, sokszor egymásnak ellentmondó elméletek. Az elméletek sokaságában azonban bizonyos rend teremthető, mert az orvoslás, az orvosi gondolkodás alapvető kétfélesége, a betegség- és betegközpontú orvoslás itt is kirajzolódik. Már a kérdésfeltevést is befolyásolja.

A betegségre központosító szemlélet – a múlt században kiteljesedő „racionális-természettudományos" orvoslásnak megfelelően – az alkoholizmus biológiai, biokémiai, anyagcsere, agyszövettani vagy más szomatikus vonatkozásait kutatja. Ez az irányzat a sokirányú és nagyszámú kutatás, állatkísérlet ellenére sem váltotta be a hozzá fűzött reményeket, s forrása az alkoholizmus megítélésében mutatkozó orvosi szkepszisnek. Végső leegyszerűsítésben magát az alkoholt tekinti legfőbb kóroki tényezőnek. Érthetően ez az irányzat – minthogy a betegség monokauzális, szomatikus tényezővel megmagyarázó okát nem találja – mindig fenntartással, kétkedéssel szemléli az alkoholizmus egész betegségkoncepcióját, az alkoholizmus elleni küzdelemben pedig hajlamos a teljes absztinencia álláspontjára helyezkedni.

Annak ellenére, hogy az alkoholizmust mi idült, szomatikus megjelenésű betegség, a tuberkulózis felől közelítettük meg, és mint az orvosok többsége, hajlamosak voltunk eleinte szomatikus okokkal értelmezni, tapasztalataink azt mutatták, hogy az alkoholizmussal kapcsolatos szomatikus jelenségek inkább következmények, mint okok.

Minél többet tudtunk meg az alkoholbetegség szűkebb problémáiról, ahogy figyelmünk az alkoholista beteg ember tágabb problematikája felé fordult, annál fontosabbnak éreztük az orvospszichológiai, illetve orvosszociológiai megközelítést, a betegcentrikus orvoslás e két fontos aspektusát.

A lélektani-kóroktani elméletek – bármilyen sokfélék – lényegében két alapelgondolást tükröznek: 1. Az alkoholista beteg személyisége valamilyen korai trauma következtében vagy az élettörténetből eredően sérült. 2. Az alkoholfogyasztás pszichogén hatása – ha átmenetileg is – enyhülést ad a betegnek. Ezen túlmenően a pszichológiai elméletek már különbözőképpen magyarázzák az alkoholizmus okát. Mondhatjuk, hogy ahány személyiségtani vagy lélektani iskola, annyi elmélet.

A pszichológiai elméletek, a biológiai, szomatikus szemléletű elméleteknél átfogóbban, magasabb szinten közelítik meg a kérdést, mert a beteget mint pszichoszomatikus egységet vizsgálják. A klinikus mindennapi gyakorlatában is jóval több segítséget nyújtanak a betegség lényegének megértésében. Mégis számos problémára nem adnak magyarázatot. A személyiségfejlődés zavarai más krónikus betegségben is kimutathatók. Nem magyarázzák meg azokat a különbségeket sem, amelyek az alkoholizmus elterjedésében az egyes országok között megmutatkoznak. Nem valószínű, hogy a mohamedán országokban annyival kevesebb a személyiségfejlődésben károsodott ember. Vagy például Izraelben, ahol gyakorlatilag nincs alkoholizmus, kisebb pszichikus feszültségeknek volnának kitéve az emberek, mint Svédországban, ahol csak leírásokból ismeri a lakosság a háborút. Sokszor idézett példa az USA-ban az írek és zsidók alkoholizmusában mutatkozó, szembetűnő előfordulási különbség. Ezek a jelenségek csak pszichológiai elméletekkel nem magyarázhatók, és érthetővé teszik az alkoholizmus okainak kutatásában a szociológiai és szociálpszichológiai elméletek térhódítását, amelyek a szűkebb és tágabb környezeti, társadalmi tényezőket vizsgálják; az alkoholizmus elterjedésének és jellegzetességeinek országonként, társadalmanként, rétegenként vagy akár vidékenként, szubkultúránként megmutatkozó különbségeit. Ez a szemlélet figyelembe veszi a pszichoszomatikus iskolák eredményeit, de a beteg embert nem önmagában, hanem környezeti, társadalmi viszonyaiban értelmezi. A szűkebben vett szociálpszichológiai irányzat elsősorban az interperszonális viszonylatok hatását kutatja, és nem foglalkozik a premorbid személyiséggel; nem tartja specifikusnak. A szociálpszichológiai irány perspektívája igen biztató.

Kimondva-kimondatlanul gyakran felmerül: valóban betegség-e az alkoholizmus? A kérdés a szakemberek szemében már elavult. Jellinek munkássága nyomán a WHO-n belül 1950-ben megalakult Alkoholizmus Albizottság betegségnek és szociális problémának nyilvánította az alkoholizmust. A szakemberek hazai terepen is erőfeszítéseket tettek a betegségkoncepció elismertetéséért. Ez nemcsak elvileg, hanem gyakorlatilag is fontos volt számunkra. Az alkoholista ember moralizáló elutasításával szemben az egyetlen hatékony társadalmi segítség – ha csak nem az egyházakra kívánjuk hárítani a problémamegoldást – a hozzáértő elfogadás, a betegszerepből származó társadalmi könnyítések és kötelességek megadása az alkoholista betegnek is. A betegségkoncepció elfogadása egyben az egészségügyi organizáción belül szerény, de fokozatosan fejleszthető szervezeti kereteket nyújthat az alkoholizmus népegészségügyi ellátásában. A felvilágosítás, a tömegkommunikációs eszközök, a sajtó, rádió, a tévé munkatársai segítőink

voltak az alkoholizmus retrográd szemléletének áttörésében. Ma már a közvélemény helyesen és a továbbhaladáshoz egyelőre elégségesen tájékozott a kérdésben. A nagyobb elmaradás most a szélesebb szakrétegekben, az orvosok, az egészségügyi szervezők, az alkoholizmussal találkozó szakdolgozók között mutatkozik. Ma még az orvosok többsége – ha szavakban nem is, de néha úgy is – gyakorlatukban elutasítják az alkoholizmus betegségszemléletét. Rossz szokásnak, „káros szenvedély"-nek tartják. Etikai, morális problémát látnak benne, és úgy gondolják, a küzdelem ellene nem orvosi feladat; adminisztratív, rendőri intézkedések szükségesek. Gondoljunk csak arra, milyen sok orvos, egészségügyi dolgozó találkozik nap nap után az alkoholizmus egészségügyi kihatásaival, tehát még érintett és érdekelt is a kérdésben, mégis milyen kevesen kapcsolódnak aktívan az alkoholizmus elleni küzdelembe.

Vagyis az alkoholizmus betegségkoncepciója bizonyos szintig ismertté vált, de felemásan, nem következetesen érvényesül a szakmai körökben. Bizonyára hozzájárulnak ehhez az alkoholizmus meghatározásának, kóroktanának említett homályosságai, bonyolultsága és vitatottsága. Nehezíti az alkoholista betegkénti elfogadását, hogy az alkoholista maga is okozója betegségének, és a segítséget – különösen ha nem hozzáértően jelentkezik – gyakran elutasítja. Mindez azzal függ össze, hogy az alkoholizmus a visszavonulási anómiák csoportjába tartozik: önpusztító betegség. Hasonló az öngyilkossághoz (lényegében helyesen nevezik az alkoholizmust frakcionált öngyilkosságnak), és jellemző, hogy az öngyilkosság megelőzésének orvosi oldala ugyancsak nem problémamentes.

Az alkoholizmusnak, ennek a tömeges népbetegségnek a megfékezéséhez égetően nagy szükség volna az orvosok, egészségügyiek értő és aktív hozzáállására, tehát a betegségkoncepció mélyebb elfogadására. De nem kisebb a nehézség az egészségügy szervezői, irányítói körében. Az egészségügyi kormányzat hivatalosan elfogadta az alkoholizmus betegség, sőt hazánkban népbetegség felfogását. Így ez kötelező volna szemléletileg az egészségügy minden szervezője, irányítója számára. Jól tudjuk azonban, hogy egy elvet sokféleképpen lehet elfogadni. Lehet úgy is, hogy elfogadjuk, beépítjük tudatunkba, és döntéseink, cselekvésünk szinte magától értetődő irányítójává válik. De lehet úgy is, hogy az elfogadással kitérünk a további viták elől.

Az alkoholizmus elleni küzdelmünk anyagi, személyi és szervezeti dotációja nincs összhangban a kinyilvánított elvekkel. Minden avatott ember érzi, hogy az alkoholizmus betegségkoncepciója, tágabban az egész alkoholizmus elleni küzdelem körül lappangó harc folyik. Szerencsére nálunk, ha vannak is érdekellentétek, ezek inkább szemléleti,

kényelmi, elkötelezettségbeli különbségek, és nem egyéni anyagi érdekektől befolyásoltak. Az alkoholizmus elleni küzdelem történetileg is a magyar progresszióhoz kapcsolódott. Az alkohológiában jártas szakembereknek az is feladatuk, hogy jó szellemi munícióval lássák el a progresszív törekvések képviselőit.

2. Az alkoholizmus a személyiség és az emberi viszonylatok betegsége

Másfél évtizeden át több száz alkoholista beteget vizsgáltunk anamnesztikus módszerrel, pszichológiai tesztekkel, a klinikai megfigyelés eszközeivel. Munkánkról – Mezei Árpáddal – monográfiában számoltunk be. Foglalkoztunk az alkoholista betegek korai személyiségfejlődését károsító tényezőkkel – ezek statisztikai módszerekkel is jól ellenőrizhetők. Öt károsító tényező kiemelkedően gyakran fordult elő. Ezek:

1. a korai árvaság, a szülők pubertáskor alatti elvesztése;
2. tartós távollét a szülőktől, idegenben nevelkedés;
3. a szülők válása, tartós különélése;
4. a szülők, főleg az apa alkoholizmusa;
5. extrém rossz családi helyzet, illetve szülőkapcsolat.

Nemcsak az volt számunkra is meglepő, hogy ezek a tényezők az esetek 96%-ában megtalálhatók, hanem hogy ezek a károsító tényezők az esetek többségében halmozottan jelentkeznek. Alkoholista betegeink gyerekkorában gyakran sűrűsödtek a korai traumák. Mindezt tetézte a veszteségek váratlansága, ami még nehezebbé tette feldolgozásukat.

Személyiségvizsgálataink azt mutatták, hogy az alkoholista személyiségfejlődés nem egyik vagy másik pontján mutat sérülést, hanem úgyszólván minden vonatkozásban. Ezért alkottuk meg az alkoholista multiplex traumatizáltságának szindrómáját. E tünetegyüttes főbb jellemzőit 10 pontban foglaltuk össze:

1. Az alkoholista, még jó intellektuális képességek esetén is, általában éretlen személyiség. Személyiségfejlődése a súlyos korai traumák miatt megrekedt, bizonyos területeken fixációt vagy regressziót mutat.

2. Az alkoholistára jellemző az oralitás, melyhez szinte élősködő jellegű függőség kapcsolódik.

3. Az infantilis személyiségben a szexuális szerveződés is primitív fokon rögzül. A szexuális éretlenség különböző látens és manifeszt formákban mutatkozik meg, amelyek között kiemelkedő jelentőségű a homoszexuális ösztöntendencia.

4. A szülőkapcsolatok tekintetében megállapítható az apa-kép zavara, az apa-ideál hiánya. Ez következhet az apa elvesztéséből, a szülők válásából, az otthontól távoli nevelkedésből és – kiemelkedő gyakorisággal – az apa alkoholizmusából, az apával azonosulás zavarából. Az apai nevelés hiányossága, konfliktuózus volta meghatározó a beteg egész magatartásában, viselkedésében és általában szocializáltságában.

5. Ugyancsak nem adekvát az anyakapcsolat, az anya alkalmatlansága, vagy domináns, a családon belüli, nem nőies szerepe, az ödipális kötöttség megoldhatatlansága miatt.

6. A személyiségkárosító tényezők halmozódása és sajátos kombinálódása szintén jellemző.

7. A váratlan veszteségek rossz frusztrációtűrést, a szükségletek elhalasztásának képtelenségét okozzák.

8. A személyiségfejlődés zavarai, az életvezetésbeli kudarcok következtében súlyos önértékelési problémák jelentkeznek.

9. Mániás-depressziós, időnként paranoid mechanizmusokat alkalmaznak.

10. Destrukciós, önsorsrontó, önpusztító tendenciák érvényesülnek személyiségükben.

A sokszoros traumatizáltság tünetei már jelzik a személyiség és környezet, elsősorban a családi és társadalmi környezet megzavart viszonyait. Vizsgálataink arra utalnak, hogy a személyiségfejlődés igen súlyos zavara, bár fontos tényező lehet az alkoholizmus létrejöttében, az interperszonális viszonyok súlyos károsodása nélkül önmagában nem ad elég magyarázatot. Vagyis az emberek együttélése a családban, a társadalomban még normális egyén számára is megterhelést jelent. A társadalmi együttélés szabályai ugyanis sokfélék és szigorúak, amelyeket az egyén a társadalmasodás nyújtotta pozitívumokért (védelem, a társadalmi munkamegosztás előnyei stb.) vállal. A társas együttélés fokozottabb nehézséget jelent a gyenge, megzavart személyiségfejlődésű, sokszorosan traumatizált egyéneknek. Normális felnőttben sok minden automatizálódott, problémamentessé vált, ami az emberi ontogenezis, sőt a kultúrtörténet korábbi fázisaiban súlyos konfliktusokat okozott. A sokszorosan traumatizált, alkoholista személyiségnél azonban nehezebb külső feltételek esetén ezek a „meghaladott" konfliktusok feléledhetnek, szorongást, inadekvát viselkedést eredményezhetnek. Ebben az összefüggésben különösen fontos, hogy a kábítószerek, az alkohol élvezetének, használatának ősrégi, társadalmilag ugyan szabályozott, de átléphető, egyensúlyvesztés esetén gyakran átlépett hagyományai vannak. A lehetőséget a modern társadalom szinte felkínálja. A személyiség és a társadalmi környezet egyensúlyát az adekvátság elve fejezi ki.

Eszerint a környezet ki nem számítható változékonysága nem nagyobb, mint amit a normális személyiség el tud viselni. Ellenkező esetben „diszkomfort" érzés jön létre, mely a normális embert aktivitásra, új egyensúly keresésére készteti. A sérült, deviáns, esetünkben az alkoholista viszont pszichikus regresszióba, sajátos menekülési formákba kerül. Diszkomfort érzése tartósul, diszparitásos viszonyai keletkeznek, s az elviselhetetlenségig fokozódnak, amiket csak alkohollal, extáziskereséssel tud ideig-óráig kompenzálni. Így jutottunk el személyiségvizsgálataink során az alkoholizmus szociálpszichológiai aspektusú másik fontos tényezőjéhez, az „elviselhetetlenség szindrómához".

3. A gyógykezelési módszerek felülvizsgálatának szükségessége

Alkoholizmus elleni küzdelmünk egyik fékje a szkepticizmus az alkoholizmus gyógyíthatóságát illetően. Ez szakmai, kormányzati szinten ugyanúgy megvan, mint a közvéleményben. Van is rá ok, hiszen alkoholos gyógyeredményeink szánalmasak. A mintegy 400 alkohol-ágy, a 80 alkohológiai gondozó szanációs eredményei – bár megbízható adataink nincsenek – minden összehasonlításban rosszak. Tudják ezt az elvonókúráról megtért alkoholista szomszédai, a házmester is – pont a szakemberek ne tudnák? És még sincs számottevő változás.

A kóroktani vonatkozások áttekintéséből is kitűnt, hogy az alkoholizmus sokténye zős betegség. Ebből is következik, hogy a befolyásolására irányuló gyógyító törekvések sem lehetnek egysíkúak. Ha elfogadjuk, hogy az alkoholizmus az egész személyiség – a társadalmi környezetébe ágyazott személyiség! – betegsége, akkor csak a pszichoterápiát, a szocioterápiát, tágabb értelemben a társas viszonyok adekvát megváltoztatását tekinthetjük oki kezelésnek. Minden egyéb, az alkoholizmus befolyásolását célzó eljárás különböző értékű tüneti kezelés.

A gyógykezelés első lépése a beteg tünetmentesítése, vagyis az alkoholfogyasztás megakadályozása. Az absztinencia biztosítása nélkülözhetetlen, mert az alkoholosan befolyásolt beteg alkalmatlan a szomatikus és pszichológiai kivizsgálásra, a pszichoterápiára, az élethelyzetének rendezésére irányuló erőfeszítésekre. A második lépés az absztinencia okozta elvonási tünetek enyhítése, az alkoholos szövődmények kezelése, a táplálkozási anyagcserezavarok normalizálása. Mindez szükségessé tette az alkoholizmus klinikumában használható pszichofarmakonok, antideliráns szerek, relaxáló, adjuváló eljárások összefoglalását. Harmadik lépés a pszichodiagnosztikai bázison felépített pszichoterápia, mely lehet egyéni és csoportos. Negyedik a beteg

élethelyzetének rendezése, egyéni, családi, társadalmi, munkahelyi reedukációja, rehabilitációja, egyszóval átfogó szocioterápiája, melyet tartós gondozásnak kell követnie.

Programunk tehát a többdimenziós orvoslásról vallott nézeteinket tükrözte. Alkoholos gyógyeredményeink elsősorban attól függnek, mennyire következetesen tudjuk megvalósítani ezt a komplex programot.

De mik a rentabilitást nélkülöző, a kudarcok halmozásával járó, az amúgy is meglévő szkepticizmust fokozó, az egész terápiás személyzetet elcsüggesztő „gyógykezelés" működésének, a csődhelyzetnek az okai?

Mindenekelőtt a szemléleti hiányosságok. Még az alkoholista betegekkel foglalkozó orvosok jelentős hányada is túlértékeli a gyógyszeres kezelés várható eredményeit. Ezt a kezelési módot megfoghatóbbnak, kidolgozottabbnak, reprodukálhatónak érzik, mert egyszerűen elsajátítható, kivitelezhető, és főleg nem időigényes. Különösen vonatkozik ez a különböző averziós eljárásokra. Szinte elcsodálkozik az ember, hogy a közel fél évszázada kidolgozott „reflexkondicionáló", hánytatással járó kezelések, statisztikailag is igazolható sikertelenségük ellenére, még mindig tartják magukat – főleg alkoholelvonó rendeléseinken. Talán jobb híján, talán mert erre létesültek az „elvonó" rendelések. Ezek terápiás személyzete tartósabban kondicionálódott a módszerre, mint a betegek az alkoholundorra. Mi kezdettől tartózkodtunk ettől. Eleinte a tbc-s betegek kímélése miatt, majd jobban megismerve az alkoholista betegek személyiségét úgy véltük, jobb, ha nem tesszük ki őket újabb inzultusoknak, megalázásoknak. A reflexkondicionálás „angol" módszere, amikor a beteget ürülékével és hányadékával összezárva, napokig a permanens undor állapotában tartják, drasztikus eljárás, kigondolásában bizonyosan része volt az alkoholista betegekkel szemben minduntalan megnyilvánuló agressziónak. Az alkoholizmus gyógyításában feltétlenül szükséges absztinencia biztosításában sokkal jelentősebbnek tartottuk és tartjuk a diszulfiram-metódust, az Antaethyl-kezelést. Ha a tablettát ellenőrzötten beveszi a beteg, 24–36 óráig nem tud jelentős rosszullét nélkül alkoholos italt fogyasztani. Ezzel a „kémiai internálással" – megítélésünk szerint – csak lehetőséget kapunk a beteg hatékonyabb, oki kezelésére, a pszicho- és szocioterápiára. Hiába végzik az Antaethyl-kezelést gyakori, akár másodnaponkénti itatással, hogy félelmi és undorreakciót építsenek ki a betegben, az eljárás gyógyeredményei és különösen a tartós gyógyeredményei igen gyengék; jó, ha minden ötödik betegnél érnek el tartósabb absztinenciát. A pszichoterápia nélküli, averziós kezelés többnyire sikertelen, és éppen ezért káros is. Elhagytuk még az egy-kétszeri próbaitatásokat is,

de megmagyaráztuk a betegnek a tartós Antaethyl-szedés szükségességét, és ahhoz ragaszkodtunk. Igyekszünk megszerezni a beteg, továbbá az élettárs vagy a hozzá érzelmileg legközelebb álló személy együttműködését az Antaethyl rendszeres, hosszú ideig tartó szedéséhez. E nélkül nincs lehetőségünk pszichés befolyásolásra és a beteg élethelyzetének javítására. Az alkoholizmus kezelésének „szomatikus" leszűkítése mellett, a rendelkezésre álló igen rövid ápolási idő is eleve előkészítője a terápiás kudarcnak. Nincs idő a beteg személyiségének megismerésére, befolyásolására, együttműködésének megnyerésére. Emiatt még jobban erőltetik az itatásokat, nemegyszer kényszerítik a beteget. Ezt a beteg nem orvosi segítségként, hanem agresszióként érzékeli. Kiszabadulva az „elvonókezelés"-ről, ahová ha nem is hatósági kényszerrel került, de többnyire családi, munkahelyi nyomásra, esze ágában sincs tovább szedni az Antaethylt.

A szemléleti egyoldalúságból, a gyógyszeres kezelés voluntarista túlértékeléséből is következik, hogy ha már hangoztatják is a pszichoterápia szükségességét, annak személyi, tárgyi, főleg időbeli feltételei távolról sem biztosítottak. Elég, ha összevetjük a kezelésre, gondozásra szoruló alkoholista betegek nagy számát a kezelésükre vállalkozó és felkészült szakemberek kis számával. Ha felhagyunk jelenlegi „gyógyító" eljárásaink sok értelmetlenségével, és valóban hatékony gyógykezeléssel próbálkozunk, jelentős számú szakember bevonása szükséges.

Látnunk kell, hogy mindig „késésben" vagyunk az alkoholizmus gyógyításában, pedig az elérhető gyógyeredmény nagymértékben függ az alkoholos betegségfolyamat fázisától. Nálunk legtöbbször már csak a kontrollvesztéses vagy még inkább a krónikus fázisban kerülnek orvoshoz a betegek. Ez érthetőbbé teszi a gyenge eredményeket. A késésben megint számos hiányosságunk tükröződik: a felkutatómunka hiánya, a betegségfolyamat korai jeleinek bagatellizálása, az orvos–beteg kapcsolat, a betegvezetés hibái. Nemcsak az alkoholista beteg elfogadása hiányzik, a betegvezetési módszerek is sok kívánnivalót hagynak. Kimutathatók az autoriter, és az ezzel ellentétes, mindent ráhagyó, liberális betegvezetési stílusok gyengeségei, ugyanakkor a demokratikus vezetési stílus nehéz megvalósíthatósága. Lényegében úgy kellene a beteg kooperációját megnyernünk, hogy ne fokozzuk infantilis függőségi hajlamát, vagyis az orvos–beteg kapcsolatban a felnőtt–felnőtt viszony modelljét kell követnünk. Ez csak a kölcsönös megbecsülésre alapulhat. Látnunk kell, hogy a konformizálódó társadalmak mind nehezebben tudják integrálni a kivételes egyéneket. Az alkoholisták pedig a saját társadalmi rétegükön belül nem átlagpolgárok. Személyiségük sérülése, frusztrációtűrésük csökkenése miatt gyakran jobban érzékelik, hamarabb válik számukra elviselhetetlenné a modern társadalom

számos elidegenedett viszonylata, az emberek izolálódása, érzelmi elsivárosodása, szeretetlensége, az elmagányosodás. Egész magatartásuk, deviáns viselkedésük, életsorsuk tiltakozás a sivár emberi viszonyok ellen; persze öntudatlan, ideológia nélküli, reménytelen és főleg önpusztító tiltakozás ez. Az alkoholisták a maguk elesettségében, sokszor gyalázatukban, alkoholba fulladó, kiútkereső attitűdjükkel olyasmit nyújtanak, amire az átlagember nem képes. Már ennek felismerése is alapot ad az orvos–beteg kapcsolatban a felnőtt emberekre jellemző viszony kialakítására.

Az alkoholista betegek egyéni és csoportos pszichoterápiájában négy alapelvet követünk:

Első, hogy az alkoholisták korszerű kezelését komplex, kombinált terápiás rendszernek tekintjük. A rendszeren belül a hangsúly az oki jellegű pszicho-szocio, illetve szituációs terápián van, melyet gyógyszeres tüneti kezeléssel kombinálunk.

Második, hogy a pszichoterápiás eljárások csak akkor adekvátak, ha pszichodiagnosztikai alapokon nyugszanak. Ez feltételezi a beteg személyiségének, életkörülményeinek egyedi és részletes megismerését, megértését.

Harmadik: gondosan mérlegeljük és kidolgozzuk az indikációt. Lehetőségeink – figyelembe véve a pszichoterápiás eljárások idő- és munkaigényességét – a beteg szükségleteihez viszonyítva mindig korlátozottak. A pszichodiagnosztikai feltárás után összefoglaló képet próbálunk alkotni a beteg alapvető problémáiról, felmérjük azok megoldhatóságát, figyelembe véve a beteg életkorát, az alkoholos betegségfolyamat fázisát. Számba vesszük a beteg saját erőit, hogy családi, társadalmi, munkahelyi körülményei alapján milyen segítő és gátló tényezők adódnak. Az át nem gondolt, tervszerűtlen és nem következetes pszichoterápia elsekélyesíti az eljárást, a betegben ki nem elégíthető elvárásokat kelt, és megfosztja a pszichoterápiával foglalkozókat a sikerélménytől.

Negyedik: az alkoholista betegek pszichoterápiája nem nélkülözheti a szocioterápiás kiegészítést. A pszichológiai és szociológiai tényezők szoros kölcsönhatásban állnak egymással, sokszor szét sem választhatók.

4. A hatékony gondozás megszervezésének szükségessége és rentabilitása

Ha elfogadjuk, hogy az alkoholizmus betegség, az alkoholisták nagy számát tekintve, el kell fogadjuk népbetegség jellegét is. Vagyis más, tömeges népbetegség leküzdéséhez hasonlóan, az alkoholizmus elle-

ni küzdelem eredményessége a szervezettségtől, szakszerűségtől és a szükséges anyagi, személyi feltételek biztosításától függ. De a népbetegség jellegből az is következik, hogy az alkoholista betegek egészségügyi ellátásának, bázismódszerének nem a rövid, az igényektől a feltételek hiánya miatt messze elmaradó intézeti kezelést, hanem a permanens, szakszerű, az alkoholista személyiség ismeretén alapuló gondozást kell tekintenünk. Jelenleg az amúgy is szűk alkoholológiai kapacitást a krónikus alkoholisták, sokszor a legsúlyosabb, már defektuálódott esetek foglalják le. A kiutat csak az aktív felkutatómunka megszervezése biztosíthatja. Ez paradox törekvésnek hat, hiszen a szakhálózat a súlyos alkoholistákat sem tudja ellátni, akkor meg miért növeljük az ellátást igénylők számát? Azért, mert a még nem elhanyagolt esetek kezelése jelentősen növelné a terápiás effektust, és akadályozná a krónikus alkoholista betegállomány „utánpótlását". Ehhez szakítani kellene az alkoholizmus „szomatikus" szemléletével, azzal a nézettel, hogy a közvetlen egészségügyi feladat csak a betegség testi és lelki tüneteinek megjelenésekor, tehát már a kialakult alkoholizmusban jelentkezik.

A felkutatás gyakorlati lehetősége szempontjából az excesszív ivásra kell összpontosítanunk. Ideális lenne, ha az egészségnevelés révén ismertté válnának az alkoholos betegségfolyamat kezdeti fázisára jellemző tünetek, ha a veszélyeztetettek motiváltak lennének, hogy problémájukkal idejében a szakhálózathoz forduljanak. Ehhez az alkoholgondozókat tanácsadásra felkészült, nyitott rendelésekké kell fejlesztenünk. A betegségtudat és az ezzel szoros kapcsolatban álló együttműködési készség sokkal inkább befolyásolható a korai, mint a krónikus fázisban. Az alkoholista személyiség ismeretében – számolva a neurotikus feszültségükkel, függőségi igényükkel – egyáltalán nem látom irreális célkitűzésnek az ilyen „kezdő" alkoholista motiválását az orvos felkeresésében. Ha ez a tanácsadó, eligazító „szűrőállomás" társadalmi háttérkapcsolatokkal rendelkezne, és megfelelő szemlélettel dolgozna, sokat lendülne felkutató munkánk. Egyelőre be kellene érnünk az excesszív ivók megismerésével. A figyelemfelhívás történhet a család, a közvetlen környezetben élők, munkatársak részéről, hogy a veszélyeztetett egyének idejében orvosi segítséget kapjanak. Az excesszív ivók bejelentése az alkoholológiai szakhálózatnak a mi körülményeink között jól megszervezhető. Bejelentésre kötelezhetők falusi viszonylatban a körorvosok, védőnők, városban az üzemorvosok is. Felhívhatnák a szakhálózat figyelmét az excesszív ivókra mindazok az egészségügyiek, akik a túlzott alkoholfogyasztás következményeivel találkoznak (baleseti osztályok, detoxikáló állomások, mérgezési, öngyilkossági osztályok, mentők). Segíthetnének ebben a szakhálózatnak a rendőrségi (életvédelmi osztály, fiatalkorú és gyermekvédelmi osz-

tály, közlekedésrendészet, igazgatási osztály stb.), valamint az igazságügyi szervek (ügyészség, válóperes ügyek stb.).

Az alkoholizmus felkutatását célzó bejelentési rendszernek azonban a beteg segítését kell szolgálnia, semmiképp nem lehet retorzió, nem irányulhat a beteg ellen, különben az amúgy is sérült emberek további traumatizálásához vezethetnének a „feljelentések".

IVÁSI SZOKÁSOK A VÁLTOZÓ TÁRSADALOMBAN

A túlzott mértékű alkoholfogyasztás ellen folyó küzdelem csaknem olyan régi, mint a szeszes italok fogyasztása. A honfoglaló magyarok Pannónia földjén, a rómaiak nyomán megismerkedhettek az akkori európai színvonalat közelítő szőlőműveléssel. A letelepedett magyarokat a Szent István által behívott szerzetesek tanították földművelésre, szőlőtermesztésre. A tihanyi apátság alapítólevelében a tized alá eső termények között kiemelt helyen szerepel a szőlőtermés. De már a XI. században szót emelnek az ivási visszaélések ellen a szabolcsi és esztergomi zsinatok.

A II. világháború előtt

A középkorban a borivás Magyarországon igen elterjedt volt. Az emberek életszükségletéhez tartozott, mert az elemi igények mellett ez volt az ünnepi többlet vagy fényűzés. Ugyanakkor a Jordánszky-kódex (1516–1519) a részegséget a „fertelmességek" közé sorolja. A földesúri borkereskedelem az egyik legnagyobb jövedelemforrás volt. A mértéktelen ivást olyan nagyjaink utasították el, mint Bethlen Gábor, Zrínyi Miklós, II. Rákóczi Ferenc és olyan prédikátorok, költők, humanisták, mint Károli Gáspár, Bornemisza Péter, Hagymási Bálint. Heltai Gáspár 1552-ben *Az részegségnek és tobzódásnak veszedelmes voltáról való dialógus* című könyvét saját nyomdájában nyomtatta ki. Az ellenreformációban Pázmány Péter prédikációiban ostorozta kora torz ivási szokásait.

A borkereskedelemnél csak az égetett szeszes italok termelése és árusítása hozott nagyobb hasznot. A bordesztillálás módszere Dél-Olaszországból származik, a 11. századból. Nálunk az Anjouk idején bevándorló olaszok révén vált ismertté. A borpárlat még inkább gyógyszernek számított (aqua vitae). A 18. század második felében nálunk is meghonosodott a Dél-Amerikából származó burgonya, és elhatalmasodott az ipari szeszfőzés, a pálinkafogyasztás. A reformkor nagyjai nem késlekedtek felvenni a küzdelmet a népet, családot pusztító nyavalya ellen. Széchenyi István a *Stadium*ban figyelmeztetett a veszélyre. Kossuth Lajos 1841-ben az induló Pesti Hírlapban *Pálinkamirigy* című cikkében írta: „...bármennyire jövedelmezők legyenek is a szeszfőzőházak, mi mégis a pálinkát azon átkok közé számítjuk, melyek a népen igen nyomasztóan fekszenek". Ugyanakkor Kossuth

Absentizmus és pálinka (Pesti Hírlap 1842. május) című cikkében a túlzott radikalizmus ellen is szólt. Olyan drágává kívánná tenni a pálinkát, hogy a bor legyen olcsóbban hozzáférhető. Szóltak az alkohol ügyben Kazinczy Ferenc, Wesselényi Miklós és sokan mások.[2]

A kiegyezés után, s még inkább a századfordulón, egyre több figyelem fordult a tömegeket érintő alkoholgond felé. Ez már a szerveződő munkásmozgalom hatása, melyhez szociális érzékenységű orvosok (Hilscher Ignác, Donáth Gyula, Csillag Gyula, Thewrewk Árpád, Goldner Lipót, Oláh Gusztáv) társultak. Az antialkoholista küzdelem apostola, a svájci Auguste Forel hat ízben járt Magyarországon. Szuggesztív elkötelezettsége sokakat felrázott. Ugyanakkor megszólalt a szkepszis hangja is. A Budapesti Hírlap 1901. április 5-i számában olvashatjuk: „Ne reméljünk teljes józanságot, míg az országnak legfőbb jövedelmei között szerepel a szeszadó, amíg hasznot jelent a pálinkafőzés, a szeszkontingens."

A Budapesti Napló 1901. április 16-i számában olvashatjuk *Az alkohol* című cikket: „A szegényember számára az élet nem nyújt semmi örömet, ezért kénytelen hajszolni az alkohol hazug gyönyörét... Mégis, a pálinka elleni irtóháború olyan energiával még sohasem mutatkozott, mint ahogy most zúdul neki az emberiség átka ellen... A bécsi alkoholellenes kongresszuson (utalás a VIII. nemzetközi kongresszusra 1901. áprilisban – L. L.) szakértő államférfiak, kiváló orvostudósok és szociológusok napok óta kovácsolják a legsúlyosabb argumentumokat tudásuk és tapasztalataik legjavából... Az alkoholizmus ellenes mozgalom hullámai átcsapnak hozzánk is, és az üdvös küzdelemre való szervezkedés munkája Budapesten is megkezdődött."

1901 áprilisában megalakult az Országos Magyar Alkoholellenes Egyesület. Jelszava: „Küzdőké a siker." Tisza István véleménye viszont az volt, hogy a munkástól nem szabad elvenni a kocsmát, mert ez az egyedüli élvezete. (A vita kilencven év múltán még mindig ismerős!) Az antialkoholista harcot akkor a szociáldemokrácia viszi, s elsősorban a szakszervezeteket és az iskolákat célozza meg felvilágosító előadásokkal. Sok a tisztességes szándék, de az erőfeszítés eredménye csekély. Az alapvető ok az absztinencia-mozgalmak szinte megváltoztathatatlan, máig kísértő szemlélete, valóságismereti beszűkültsége, szektarianizmusa.

A századelő másik antialkoholista vonulata, a (kezdetben vallásos színezetű) szabadkőműves eredetű páholyokba szerveződő Good Templar mozgalom. Ez a szerveződés a múlt század derekán New Yorkból indult, és nagy nemzetközi kisugárzása volt. A magyarországi

---

2 Magyari-Kossa Gyula: *Magyar orvosi emlékek*. Budapest 1929. 4. kötet, Magyar Orvosi Könyvkiadó Társaság.

Good Templar Rend tevékenysége Madzsar József, Doktor Sándor, Dóczi Imre, Stein Fülöp, Cholnoky Jenő nevéhez fűződik. Kiállt mellette sok művész is (Juhász Gyula, Dutka Ákos, Kernstok Károly és Lyka Károly). Ady Endre az 1905-ös budapesti X. nemzetközi kongresszus alkalmával üdvözli a „kék józanság apostolait", „részegjeit egy gyönyörű józanságnak". Kételkedik, de szeretettel köszönti „a nemeseket és derekakat, kiket harcra tüzel ez a nagy emberi epidémia: az alkoholizmus. Legyen nekik igazuk" – írja.

Az első világháború alatt és után elmélyül az országos válság, vele együtt az alkohol okozta gond is. 1917-ben az Országos Alkoholellenes Liga indít kampányt. Az őszirózsás forradalom már hoz antialkoholista rendelkezéseket, a proletárdiktatúra a teljes szesztilalom mellett foglal állást. Ennek realizálására nem volt idő. Bebizonyosodik, hogy a fogyasztási struktúra változhat és változtatható. 1909-ben az alkoholfogyasztás hetvenkét százalékát a pálinka tette ki, 1920-ra ez az arány tizenhat százalékra csökkent. A pálinkafogyasztás abszolút alkoholban:

1915	1920	1925	1930	1935	(év)
4,94	2,00	1,52	0,53	0,83	(liter/fő)

A jelentősen csökkenő pálinkafogyasztás ugrásszerűen megnövekedett borfogyasztással járt. A húszas években az exportnehézségek, vámviszonyok miatt egyre több bor került belső piacra. 1925-ben a hárommillió hl-en felüli bortermésnek még az egy százalékát sem tudták exportálni. A kormány leállította a szőlőtelepítést, szőlőiket a gazdák sok helyen beszántották. A borfogyasztás alakulása:

1900	1905	1910	1925	1930	1935	1939	(év)
11,0	15,1	20,7	32,5	47,2	32,8	40,1	(liter/fő)

1933. január 1-től a bor fogyasztási adójának ötvenszázalékos csökkentését rendelték el. Tudatos alkoholpolitikával (a termelés, az ár- és az adópolitika szabályozásával) tehát bizonyítottan el lehet érni egy egészségügyi szempontból is kedvezőbb fogyasztási struktúrát.

Az Alkoholellenes Munkásszövetség (AMSZ) 1921-től egy évtizeden át ellenzéki körülmények közt vívta antialkoholista harcát. Aztán harminc évig (1931–1961) nem volt számottevő antialkoholista társadalmi szervezet.[3]

3 Kárpáti Endre: *A magyarországi alkoholizmus elleni küzdelem múltjából.* Medicina, Budapest 1979.

Alkoholpolitika a II. világháború után

Az 1945 és 1990 közti negyvenöt év három tizenöt éves periódusra bontható. Az elsőre (1945–1960) az alkoholprobléma tudomásul nem vétele, a jelzések elhárítása vagy éppen visszautasítása jellemző. Ennek megvolt a korszakot általában kifejező ideológiája. Eszerint az alkoholizmus, mint a többi deviancia is, nemkívánatos társadalmi jelenség, a kapitalizmus velejárója, illetve maradványa, ahogy mondták: „a kapitalizmus csökevénye", amely a társadalom fejlődésével spontán meg fog szűnni.

A második tizenöt éves periódusban (1960–1975) az alkoholizálás drámaian „megugrott". Az alkoholfogyasztás megduplázódott, és igen kedvezőtlenül alakult belső struktúrája. Az eddig hagyományosan borfogyasztó Magyarországon a sörfogyasztás vált meghatározóvá. Eluralkodtak az észak-keleti európai ivási szokások. Úgy is mondják, hogy a hazai ivási struktúra „russzifikálódott", de ennél összetettebb jelenségről, változásról van szó.

Rohamosan nőtt az alkoholbetegek száma. A megbetegedési és halálozási mutatók, az alkoholizmus szerepe az üzemi és közúti balesetekben, a bűnözésben, az öngyilkosságok megkétszereződésében kifejezésre juttatták a nemzet megvertségét. (Kísértetiesen emlékeztet mindez az 1848–49-es szabadságharc leverését követő történelmi időszakra.) Ez az életszínvonal-politika „siker korszakában" következett be, tehát már nem a korábbi ún. „nyomor-alkoholizmus" jelenségéről volt szó. Egy nemzet elviselhet veszteséget, vereséget, de ha jó ügyében, igazában verik meg, akkor felüti a fejét a visszahúzódó, menekülő tendencia, a visszavonulási anómia. Ennek tünete az alkoholizmus, az öngyilkosság, a népesedés hanyatlása, a bűnözés alakulása, az életkedv és életerő csökkenése, az apátiát kiváltó közéleti közöny. A hazai devianciakutatás egyértelműen igazolta, hogy nálunk – ahogyan a szabadságharc utáni évtizedekben elszaporodott az öngyilkosság, kialakult a betyárvilág – az 1956-os megverettetés után a kiugró többletdeviancia (az alkoholizmus és az öngyilkosság) a visszavonuló anómia tipikus megnyilvánulása. Szabadságára, függetlenségére, a demokráciára, az önazonosságra, a boldogulásra minden nemzetnek szüksége van, de ezek – a magyarság történelmi útját érzékelve – a mi esetünkben az életben maradás feltételei is. 1956 „értékelése" megváltozott, de tanulságainak feltárása késlekedik. Az alkoholizmus kártevésével szemben is csak akkor van esélyünk a hatékonyabb társadalmi cselekvésre, ha nem szűk „szakmai" szemléletben, hanem tágasabban, a nemzeti megújulás egészében próbáljuk megközelíteni.

Az elmondottakat a hazai alkoholfogyasztás alakulását mutató számsor igencsak alátámasztja:

1950	1955	1960	1965	1970	1975	(év)
4,9	4,5	6,1	6,8	9,1	10,1	(liter abszolút alkoholban számítva)

Ebben a második tizenötéves periódusban megalakult az Alkoholizmus Elleni Országos Bizottság. Az alkoholizmus helyzetének rosszabbodása a 60-as évek elejétől lehetetlenné tette a további elhallgatást, hárítást. A tények feltárását azonban továbbra is kelletlenül fogadták. Ellenzéki megnyilvánulásnak számított. A konstruktív, jobbító véleményekkel is ez volt a helyzet, hiszen a felszín alatti bajokra utaltak. Még kényelmetlenebb volt a hatalomnak, ha a szakszerű tényfeltárás a társadalmi cselekvés igényével, megalapozott reformjavaslatokkal társult, pl. a megelőzés, az alkohológiai szakhálózat kiépítése vagy az anyagi források feladatarányos megteremtésének igényével. Az Alkoholizmus Elleni Országos Bizottság (AEOB) tagjai, akik tényleges változásokat akartak, biztosan számíthattak elszigetelésükre. A ködösítés és halogatás bevált módszere volt az alkoholizmus társadalmi vonatkozásainak összekeverése az alkoholbeteg-ellátás ugyancsak sokrétű kérdéseivel. Ezért mutatkozott évtizedekig ellenállás a még 1959-ben javasolt Országos Alkohológiai Intézet létesítésével szemben. A pszichiátria és alkohológia szoros együttműködése helyett szembeállításukat generálták. Az összetett alkoholizmus-probléma egészségügyi problémává egyszerűsítése, és egy amúgy is megterhelt tárca hatáskörébe utalása szintén hozzátartozott a probléma-elhárítás bevált módszereihez. Ezért az AEOB több mint két évtizedes „működése" sok jó szándékú elkötelezett szakember erőfeszítése, munkája ellenére hatástalan maradt. Amolyan fügefalevélnek bizonyult, amely lehetővé tette, hogy elmaradjanak a lényegi változások.

Csak a harmadik periódusban (1975–1990), 1982-ben vált lehetővé valódi változásokra tett javaslatok publikálása.[4] Ennek nyomán alakult meg 1983-ban az Alkoholizmus Elleni Állami Bizottság (AEÁB), mely az alkoholizmus elleni küzdelem ügyét össztársadalmi gondként kezelte, és az érintett tárcák, tömegszervezetek és szakemberek bevonásával kormányzati szintre emelte. 1984-ben jöhetett létre az országos intézet és azt követően a megyei szakfőorvosi hálózat. A koncepció életrevalóságát igazolják az AEÁB kezdeti eredményei.

4 Levendel László: *Mit tehetünk az alkoholizmus elleni eredményes küzdelemért?* Társadalmi Szemle 37. 94–99. 1982.

A WHO Európai Irodájának programjához csatlakozva a nemzeti egészségvédelmi program meghirdetésével és az alkoholprobléma integrálásával nem magyarázható az alkoholizmus elleni társadalmi küzdelmek újabb megtorpanása. Nem az a baj, hogy csatlakoztunk az annyit hangoztatott Európa-programhoz, hanem hogy ez soha nem kapott nemzeti sorskérdést megillető politikai támogatást. A gazdasági válság politikai, majd általános válsággá tágulása, illetve a rendszerváltás körülményei közt érthetően elterelődött a figyelem egy bármily súlyos, mégis a válság egyik tünetét jelentő részproblémáról. Igaz, az utóbbi években is történt javulás. Az Országos Alkohológiai Intézet szerény, szigorú takarékosságot követelő költségvetési támogatással is jelentős eredményeket ért el a megyei szakhálózat kiépítése, a szakemberképzés és -továbbképzés, az önsegítő és önfinanszírozó kezdeményezések, a TÁMASZ-típusú gondozói hálózat kiépítésének beindítása, a legveszélyeztetettebb, deprivált rétegek, a munkanélküli, hajléktalan, a Nagyfáról szabadult aszociális alkoholbetegek egészségügyi, rehabilitációs és reszocializációs módszereinek kidolgozása és kipróbálása terén. Ugyanakkor nemhogy haladást, súlyos visszaesést kell megállapítanunk az alkoholizmus elleni társadalmi küzdelmünk terén. Ennek legfőbb oka egy át nem gondolt intézkedés. Az elmúlt két évben ez az alkoholizmus elleni társadalmi küzdelem teljes ellehetetlenülését okozta. Olyan időszakban, amikor ugrásszerűen növekszik a létminimum alatt élők, a depriváltak, a munkanélküliek, a hajléktalanok, a bűnelkövetők száma. 1984-től az AEÁB évi ötvenmillió költségvetési támogatást kapott (az akkori milliókból!). 1990-ben az évi működési költségvetési előirányzat négymillió forint volt, amelyből – megalázó viták során – kevesebb, mint egymilliót sikerült „kikunyerálni". 1991-ben a költségvetési előirányzatunk ötmillió volt. Az AEÁB a Vöröskereszt Székházban tizenhat függetlenített munkatárssal dolgozott. Jelenleg egyetlen teljes állású munkatárs sem maradt, a részállásban foglalkoztatottak együttes javadalmazása nem tesz ki egy diplomás fizetést. Infrastrukturális ellátás hiányában az OAI faházában (most már két szobában) meghúzódva, kegyelemkenyéren tengődik az AEB.

A jelen: prevenció és történelmi tapasztalat

Legfontosabb primér preventív feladatnak tartjuk eltorzult ivási struktúránk kijavítását. Hagyományosan bortermelő és borivó országunk súlyos, az egészségre különösen ártalmas torzulásának tartjuk a töménypszesz-fogyasztás dominanciáját. A hazai szőlőtermelés és bortermelés túltermelési válságban van. Az állam nyolcszázmillióval kénytelen dotálni a termelők talpon maradását.

Kis visszatekintés: 1921 februárjában a nemzetgyűlés megtárgyalta az 1921. IV. tc. pénzügyminiszteri törvényjavaslatot az állami italmérési jövedékről. Az antialkoholista hangvételű, vagy akárcsak az egészségügyi, morális károkat említő képviselőket lehurrogták – nyilván a proletárdiktatúra antialkoholista propagandájára emlékezők. 1922 decemberében „A szeszadóra vonatkozó némely törvényes rendelkezések módosításáról, illetve kiegészítéséről" szóló törvényjavaslat hasonló, inkább elfogult politikai, mintsem szakszerű véleményekből kavart vitát. Az alkoholkérdés körüli vita az 1927 őszén tárgyalt – 1922. XXXIII. tc. – törvényjavaslat körül válik a leghevesebbé. A szőlősgazdák érdekében szóló képviselők az akkori borkrízist, a borfogyasztás propagandáját a nemzeti üggyé nyilvánítással próbálják megoldani. Alföldy Béla orvos, országgyűlési képviselő viszont az ifjúság- és egészségvédelemben véli megtalálni a hazafias feladatot. A Szőlősgazdák Országos Egyesülete még a törvényjavaslatot benyújtó Vass József népjóléti minisztert is támadta. A Népjóléti Minisztériumot a forradalom alkotásának, a katolikus papminisztert a „forradalom szállásmesterének" nevezték. Az amerikai és finnországi szesztilalom és a sok európai országban bevezetett korlátozó intézkedések az érdekeikben érintetteket ellenakcióra serkentették. 1929 márciusában Libertas néven megalakult a Nemzetközi Szesztilalom Elleni Liga magyarországi szervezete. Az érdekek a harmincas években összehozták az addig szemben álló szeszgyárosokat és a borérdekeltségeket. Közben az Alkoholellenes Munkásszövetség absztinencia-propagandája, sajnos, inkább összekovácsolta, mint megakadályozta ezt a szövetséget.

A mai magyarországi alkohol-helyzetben a prevenció és az ivási szokások egészségesebb, hagyományos formáját kívánjuk meghonosítani anélkül, hogy a bor mint „nemzeti ital" fogyasztását hazafias cselekedetnek nyilvánítanánk. (Ahogyan a Liga hívei tették, amikor Móra Ferencet támadták.) Ma már sokat tudunk az alkoholfogyasztás kárairól, az alkoholos betegségfolyamat fázisairól, ennek a soktényezős jelenségnek az egészségügyi, pszichológiai, szociológiai stb. vonatkozásairól. Azt is tudjuk, hogy az alkohol az alkoholizmusnak nélkülözhetetlen kelléke, de nem oka. Realitásként kell tudomásul vennünk a társadalmi alkoholfogyasztás igényét, amely évezredes múltban, kulturális és sajátos nemzeti hagyományokban gyökerezik. Számba kell vennünk, hogy a hazai népességnek csak kis része utasítja el teljesen az alkoholfogyasztást. A nagy többség szociális ivó, vagyis társadalmilag elfogadott módon és mérték szerint viselkedik ivási szokásaiban. Ugyancsak kisebbségben vannak (sajnos, növekvő kisebbségben) a mértéktelen, excesszív ivók, akikből alkoholbetegek lesznek. Ha általában, differenciálatlanul emelünk szót az alkoholfogyasztással szem-

ben, eleve összekeverjük a szociális és excesszív ivókat. Alkoholizmus-ellenes tevékenységünknek az excesszív ivás, a lerészegedés ellen kell irányulnia. Tudomásul kell vennünk, hogy az állami alkoholmonopólium jelentős bevételi forrás. Erről még jobb gazdasági viszonyok közt sem szoktak lemondani. A bevétel nagy része persze a szociális, s nem az excesszív ivásból származik, abból inkább az alkoholizmus kárai erednek, beleértve a gazdasági károkat is. Kétségtelen, hogy ütközik egymással az egészségügyi és gazdasági érdek, de hozzáértéssel itt is el lehet érni, hogy relatív és a legkisebb legyen a kár. A pálinka- és borfogyasztás viszonyában egyértelműen a borfogyasztás a kisebb veszély. Ezt bizonyítja, hogy az alkohol-átlagfogyasztásban Olaszország, Spanyolország élen jár, ott mégis sokkal kevesebb az alkoholbeteg, mert a hagyományosan borivó országokban kialakult ivási szokások is protektív szerepet játszanak. Nálunk szakemberek, nemcsak alkohológus orvosok, pszichológusok, szociológusok, hanem borászati, agrártudományi szakemberek, etnográfusok stb. együttműködésére van szükség.

MÉG EGYSZER AZ AGYONBESZÉLT ALKOHOLIZMUSRÓL

A nyilvánosság a hazai alkoholizmussal mindent kipróbált: az agyonhallgatástól az agyonbeszélésig – közben a helyzet folyamatosan romlott. Újabban, különösen a devianciakutatás eredményeinek ismeretében, már nemcsak beszélni lehetett az alkoholizmus kárairól, következményeiről, hanem az alkoholfogyasztás adatainak, az egészségügyi károk mutatóinak folytonos ismétlésével szinte hozzászokott a közvélemény a probléma létezéséhez, sőt annak megoldhatatlanságához. Ezt a társadalmi tudatot erősítette a nem szakszerű vizsgálatokon, hanem becsléseken alapuló, túlzó adatok közlése az alkoholizmus elterjedtségéről, az alkoholdráma súlyosságáról. A periódust legszívesebben az „agyonbeszéléssel" jellemezném, amit sokáig nem kísért tényleges kormányzati intézkedés. Erre csak az utolsó pár évben mutatkozott szándék, de addigra mind nyilvánvalóbbá vált a gazdasági ellehetetlenülés. Még így is bizonyítható, hogy az Országos Alkohológiai Intézet, a megyei szakhálózat, a képzés és továbbképzés, az önsegítő, önfinanszírozó kezdeményezések szerény, szigorú takarékosságot követelő anyagi támogatása – az „elmaradt károk haszna" elv alapján – sokszorosan megtérül. Panaszkodtunk, hogy az alkohológia nem vonzza az orvos, pszichológus, szociális és egészségügyi szakdolgozókat, mert ezen a területen csak „megszállott" emberek vállalnak munkát. Meglepve tapasztalom, hogy ha az értelmes munka feltételét és megbecsülését biztosítjuk, az ilyen nehéz, nagy kitartást igénylő területre is szívesen jönnek jó képességű, kezdeményező szakemberek.

Az elmúlt évtizedekben hozzászoktunk, hogy a szükséges változtatásra felülről várjunk intézkedést. Mióta jórészt megszűnt ez a fajta „irányítás" – magunkra maradva, összefogással –, úgy tűnik, többre jutunk.

Alkohológiai tevékenységünk humanizálása

Egy évszázada az „alkoholizmus elleni küzdelem" hatékonyságát sajátos szemléleti szűklátókörűség, mozgalmi szektariánusság korlátozza. Ez az orvostudomány általános fejlődéséből, racionális, természettudományos irányultságából következik, amely a jelenségek értelmezésében világos, jól meghatározott okokra kíván támaszkodni. Kétségtelen, hogy az alkoholizmus összetett, sokrétű problémájában van egy

mindig meglévő biztos oksági tényező: maga az alkohol, illetve az alkoholfogyasztás. E nélkül valóban nincs alkoholizmus és ez a logika monokauzalitásra csábít, különösen a redukcionalista, betegségközpontú orvoslást követve. Hasonló leegyszerűsítő logika érvényesül az antialkoholista, és különösen az absztinens mozgalmakban. Az absztinencia-követelés, a tiltás, az adminisztratív korlátozás csekély és átmeneti hatékonysága sokszorosan bebizonyosodott. Elég, ha a harmincas évek Amerikájában a prohibíciós törvény csúfos bukására vagy legutóbb a gorbacsovi antialkoholista kampány sikertelenségére utalunk. A leegyszerűsítő logika az élet összetettségével szembesülve többnyire csődöt mond. Az emberiség évezredek óta együtt él az alkohollal, és megtanulta a mértéktartást. Ma már közhely az alkohológiában is, hogy a túlzott alkoholfogyasztás, a lerészegedés csak tünet, az igazi baj a személyiségben, az emberi, társadalmi viszonyokban van. Ezek befolyásolása, kezelése persze sokkal összetettebb tudást, több munkát igényel, mint az egyszerű „elvonó kezelés". Az antialkoholista mozgalmak is – éppen a kudarcok hatására többnyire enyhítettek az absztinencia-követelésen, és mintegy kiegyezésként a mértékletesség álláspontjára helyezkedtek, alkoholcentrikus szemléletüket azonban továbbra is megőrizték. A humanizációs törekvés lényeges vonása az alkoholpolitikában és a betegellátásban, hogy a hangsúly az alkoholról az emberre tevődjön át. Nem alkoholcentrikus, hanem emberközpontú tevékenységre van szükség.

Ez a gyakorlatban például azt jelenti, hogy egyre kevésbé az alkoholfogyasztás ellen beszélünk, sokkal inkább az egészségmegőrzésről, egyáltalán az egészség értékéről, melyet a túlzott alkoholfogyasztás valóban veszélyeztet. Ez a közelítésmód abban is tükröződik, hogy az alkoholizmus elleni bizottságot az egészségmegőrző, betegségmegelőző nemzeti program részének tekintjük, és a józan életmódot ugyanúgy propagáljuk, mint az egészséges táplálkozást, a rendszeres testmozgást, sportot, a természetjárást.

Az alkoholproblémás emberek, a hátrányos helyzetűek polgárjogi emancipációja

Fejlődésében többször megakasztott közéletiségünk gyengeségének egyik árulkodó tünete a társadalmi tolerancia alacsony szintje. Ez nemcsak az etnikai, vallási kisebbségekkel szemben nyilvánul meg, hanem a testi, szellemi fogyatékosokkal, a hátrányos helyzetűekkel, a társadalmi lejtőre kerültekkel, a legkülönbözőbb deviánsokkal szemben is. E társadalmi előítélet az alkoholproblémás, alkoholista életmódot foly-

tató embereket, az alkoholbetegeket is sújtja, ami azért is feltűnő, mert társadalmunk ugyanakkor nagyon is toleráns, kifejezetten permisszív a túlzott alkoholfogyasztás, a lerészegedés tekintetében. Például a bő torkú italozóval, a belevaló, férfias, kedvelt társasági emberrel, a jópofával, aki még részegségével is megnevetteti a barátokat. Ez a tolerancia gyorsan csap át intoleranciába, mikor az italozás következményei megmutatkoznak egyéni, családi, társadalmi szinten. Az alkoholbeteg-karrierek mutatják, hogy a társadalmilag „elengedett" ember zuhanásában a szabadesés fizikai törvényszerűségét követi, és nemritkán a baleset, a börtön vagy az öngyilkosság a vég. A társadalmi lejtő sokféle diszkriminációhoz vezet. Alulmarad a családban, a családi viszályban, a válóperben, a vagyon- és a gyermek-„osztozásban", a láthatásban. Alulmarad munkavállalóként, a bér, a munkakörülmények, a jogvédelem, az elemi emberi jogok tekintetében. Orvosszemmel különösen megdöbbentő „a minden állampolgárra kiterjedő ingyenes egészségügyben" az alkoholbetegek ellátatlansága, annak minden egészségügyi következményével.

A társadalom a maga elutasításával az alkoholproblémás és az alkoholbeteg egészségügyi ellátását, az orvosi munkát szinte minden fázisban megkérdőjelezi vagy éppen ellehetetleníti. Az alkoholbetegek gyógykezelése azért jár sokszor szánalmasan rossz eredménnyel, mert későn, idült, elhanyagolt állapotban kerülnek a szakhálózat gondjaiba. Ennek csak egyik oka az alkoholbeteg jellemző sajátossága, hogy nincs betegségbelátása, italozása módját, mértékét, következményeit, sőt jelentkező tüneteit sem érzékeli a maga veszélyességében. Az orvoshoz fordulás stigmatizál: az illető megkapja az alkoholista címkét. Ez reális félelem. Míg iszik, társasága semmi rosszat nem gondol. De ha kiderül, hogy azért nem iszik, mert kezelteti magát, akkor már alkoholista. Az ittas vezetés mindennapos dolog. Baj csak akkor van, ha történik valami, igazoltatják, megszondázzák, és ha bevallja vagy megtudják, hogy kezelteti magát, ilyenkor nem hosszabbítják meg a jogosítványát. Ezért is jutottunk olyan elhatározásra, hogy megszüntetjük az alkoholgondozók, az ún. „elvonó"-rendelések mai rendszerét, és igyekszünk ezeket a stigmatizáló elnevezéseket elfelejteni. Azon gondolkozunk, hogy megteremtsük a kezelésben indokolt és kívánatos keretek közt a teljes anonimitás feltételeit. Célunk, hogy az alkoholprobléma minél korábbi fázisában (szituáció-, konfliktusrendezés, krízisintervenció, családterápia) segítséget tudjunk nyújtani. Az alkoholproblémás emberek, az alkoholbetegek „ügyei" közismerten megszaporodnak (családi, munkahelyi, munkafegyelmi, gazdasági problémák, kihágások, kisebb-nagyobb összeütközések a rendeletekkel, a törvénnyel). Ezért alkoholbetegeknél nem elég a szűk értelemben vett orvosi keze-

lés, a lelki segélynyújtás (pszichoterápia) mellett a szociális viszonyok rendezésében is segítségre szorulnak. Szocioterápiás tevékenységünk során tapasztaljuk, hogy a tényleges bajok mellett mennyi nehézséget okoz jogaik nem ismerése, jogvédelmük hiánya és főleg az előítéletek, a diszkrimináció, és nemcsak a környezet, a társadalom, hanem a hivatal, a hatóságok részéről is. A hátrányos helyzetűek az indokoltnál, a „megérdemeltnél" is hátrányosabb helyzetbe kerülnek, mert a szegény embert még az ág is húzza. Sok jövedelem nélküli tbc-s alkoholbetegnek mi intézzük el a rokkantnyugdíját, amely hosszú munkaviszonya után jár neki. De ezt nem tudta, mert orvoshoz sem járt. Inkább betegen is alkalmi munkát végez – gyakran az élelmiszerpiacon, mert az könnyebb. Hosszú gyógykezelés, pszicho- és szocioterápia után megakad a rehabilitációs folyamat, a régi munkahely – éppen az alkoholos előzményekre hivatkozva – nem kívánja foglalkoztatni. Kétlik az elért gyógyeredmény tartósságát, és különben is leépítési gondjaik vannak, még sokkal „rendesebb" munkásokat is el kell küldjenek. Lobbizásunk a beteg rehabilitációja érdekében egyre gyakrabban sikertelen. És mi lesz, ha a struktúraváltással járó munkanélküliség tömegessé válik? Kiket sújt elsősorban? Nyilván az alkoholproblémás, hátrányos helyzetű embereket, az iskolázatlanokat, akiknél az átképzés feltételei eleve hiányoznak.

Az alkoholbeteg-ellátás mindennapi gyakorlatából vett példák érzékeltetik, hogy törekvéseinket mennyire fékezi a társadalmi intolerancia, a kialakult előítélet-rendszer. Mindez a közéletiség, az egész humán oldal sok évtizedes háttérbe szorításából következik. Az alkoholizmussal összefüggő problémák terén lemaradásunknak speciális okai is vannak. Ilyen a szakmai ismerethiány, az értetlenség az alkoholizmus mibenlétét, lényegét illetően. Rendkívül erősen hat a moralizáló megközelítés, a sokszálú, makacs probléma elutasítása – ítéletek és előítéletek alapján. Hogyan várhatjuk a társadalmi méretű szemléleti változást, míg a szakemberek (orvosok, pszichológusok, pedagógusok, más érintett humán értelmiségiek) részéről is késik?

Az alkoholbeteg-ellátás liberalizálása (a kényszerkezelés, a kötelezés kérdései)

A jogállamisággal összeegyeztethetetlen kényszerkezelési formát, annak legkirívóbb alkoholológiai jellegű intézményét – a nagyfai munkaterápiás intézetet – a nálunk bekövetkezett változások sodra megszüntette, és ezt a törvényhozás még 1989-ben szentesítette. Az 1970-es évek elején egy szovjet mintájú, félig börtön, félig egészségügyi intézmény

terve miatt összeütközésbe keveredtem az egészségügy akkori vezetőivel. Bár gyakorlati tapasztalatot csak a fertőző tbc-s alkoholbetegek kényszerkezelésével szereztem, elvileg lehetetlennek tartottam bírósági eljárás alapján, büntető jellegű intézetben, lényegében kényszermunkát végző alkoholbetegek gyógykezelését, mert ilyen körülmények közt a legjobb szándékú orvosok és orvosi munkatársak sem kerülhetnek gyógyítási helyzetbe. A 15 évig folyó „kísérlet" keserves tapasztalatokkal igazolta akkor elutasított és nehezményezett álláspontom igazát. Börtönlázadásra emlékeztető zendülés során szembesültünk a kényszergyógykezelés súlyos káraival, emberromboló hatásával.

A probléma azonban az „aszociális, minden kezelést elutasító betegek" és családjuk, környezetük veszélyeztetése szempontjaiból nem megoldott. Az Egészségügyi Törvény 35. § (l) bekezdésében meghatározott – máig is érvényben lévő – kötelezés szakmai körökben is vitatott. Gondozásra, illetve intézeti gyógykezelésre az egészségügyi hatóság határozata alapján az az alkoholista kötelezhető, aki családját, kiskorú gyermeke fejlődését, saját egészségét, környezete biztonságát veszélyezteti, vagy ismételten és súlyosan zavarja a közrendet vagy a munkahelyén a munkát. Az ilyen hatósági rendelkezésre társadalmi veszélyeztetés esetén példa az egészségügyben a fertőző betegségek, ön- és közveszélyes elmezavar stb. Az alkoholizmus pszichiátriai szövődményei (alkoholos elmezavar, delírium) beilleszthetők az elmeügyi törvénybe. De emberjogi szempontból vitatható, hogy az aszociális, a kezelést elutasító, idült alkoholbeteg kötelezhető-e gyógykezelésre. Szabad és lehet-e valakit akarata ellenére gyógykezelni? Ez már idült fertőző betegségek (például tbc) esetén is sok nehézséggel jár, alkoholbetegeknél pedig ritkán hoz eredményt. A kötelezésnél és minden kényszerítésnél célravezetőbbnek tartom a kezelést elutasító beteg pszichoszociális késztetését a kezelés önkéntes vállalására. Ehhez viszont alaposan meg kell ismernünk a beteg személyiségét, körülményeit, belső indítékait, hogy egyéniségének megfelelően segítsük testi-lelki korrekcióját, reszocializációját, orvosi és társadalmi rehabilitációját. Ez sokkal nagyobb szakértelmet, munka- és időráfordítást igénylő feladat, mint a kényszerítésre, a büntetésre, a kényszermunkára alapozó „alkoholista-kényszerkezelés". A nagyfai intézet megszűnésével az aszociális, alkohológiai szempontból is elintézetlen emberek „szabadultak", ami a családokból, a környezetből heves reakciót váltott ki, újabb terhelést okozva az amúgy is sok terhet viselő alkohológiai betegellátásnak. Mégis előrehaladás. Viszont nagy szükség volna – akár a nagyfai intézet helyén – szocioterápiás, rehabilitációs intézetre, ahol a munkanélküli, otthontalan betegek önszántukból munkát, szállást és szükség szerint gyógykezelést – akár alkohológiai kezelést is – kérhet-

nek és kaphatnak. Ha a struktúraváltás kapcsán a kelet-magyarországi területekről ingázó, és most munkahelyét, munkásszállását elvesztő ezrekre gondolok, egy ilyen jellegű intézet égetően kell. Ez emberségesebb megoldáskeresés lenne a deprivált segéd- és alkalmi munkások részére, mint a pályaudvarok, a kórház vagy a börtön. Ha pedig egyszer valaki kiszámítaná, mibe kerül az egészségügyi, kórházi megoldás, az is kiderülne, hogy az önsegítő, önfinanszírozó szocioterápiás intézet szervezése nemcsak emberségesebb, hanem sokkal olcsóbb is.

A holisztikus orvoslás szemléleti térhódítása az alkohológiában

A humanizációs törekvés az egészségügyben és a szociálpolitikában szemléleti tágításhoz kötött, mert nem a betegségnek, az adott szociális gondnak, hanem az érintett embernek kell figyelmünk központjába kerülnie. Olyan, főleg pszichoszociális betegségeknél, mint az alkohol- vagy gyógyszerfüggőség, a többdimenziós, holisztikus orvosszemléleti megközelítés nélkül szinte nincs esélye a gyógyító törekvésnek. Az alkohológiai szakellátás szükségszerű egyszerűsítés, mely egészségügyi kultúránk és szervezettségünk gyengeségéből következik, közvetlenül pedig az idült, elhanyagolt alkoholbetegek nagy számából. A fejlődés iránya kétségtelenül egy átfogóbb, általános mentálhigiénés megoldáskeresés lehet, amikor a pszichoszociális jellegű zavarok jelentkezésük korai szakában kevésbé specializálódtak, kevésbé rögzültek és kevésbé szomatizálódtak. Ahhoz, hogy a pszichiátriai, alkohológiai, drog-, neurózis-, öngyilkosság-megelőzés és -ellátás általános mentálhigiénébe integrálódjon, és szervezetileg is egységes hálózatba szerveződjön, az említett szakágak további fejlődésére, erősödésére, hatékonyabb működésére van szükség. Ennek útja pedig a holisztikus orvoslás érvényesülésén, a minél koraibb bajmegállapítás és kezelésbe vétel gyakorlatán keresztül vezet.

A kezdet az egységes addiktológiai szakma és hálózat létrehozása. Ezen a reintegrációs úton az első lépés az ún. politoxikomániás betegek ellátása. Ezek a betegek az alkoholt – a hatás fokozása céljából – nyugtatókkal, altatókkal kombinálják. Ahhoz, hogy a drogproblémával foglalkozzunk, több tapasztalatot kell szereznünk a kórházon kívüli ellátásban, az önsegítő, egymást segítő közösségek szakmai támogatásában, az egyházi, vallási közösségekkel való – nemcsak elvi, hanem gyakorlati – együttműködésben. Ez mind csak akkor valósulhat meg, ha a mostani kórházközpontú szakmai szemlélet is változik, és a kórház–gondozói együttműködéssel lehetőség lesz, hogy az ellátás zöme am-

buláns, gondozói körülmények közt történjen. A fekvőintézeti ellátás túlsúlyát az idült, elhanyagolt betegek nagy száma tartja fenn. Viszont a korai ambuláns ellátás előfeltétele minden előítéletes, stigmatizációs, kényszerítő, a beteg személyiségét, emberi jogait, méltóságát csak felszínesen, mellékesen kezelő attitűd elhagyása – megint csak az orvosi munka humanizálása. A pszichoszomatikus orvosi szemlélet nemcsak elvi, deklaratív síkon szükséges, hanem a mindennapi diagnosztikus és terápiás munkában is. Tehát a hagyományos szomatikus ellátást rendszeres pszicho- és szociodiagnosztikával, pszicho- és szocioterápiával kell kiegészítenünk. E nélkül a holisztikus orvoslás sem konkretizálódik, inkább csak divatos frázis marad. Sok kudarc vezeti rá az orvost, hogy a jószívűség, az elesettek segélyezése – legyen az egyéni, intézményi vagy éppen állami karitászból eredő – nem erősíti, nem építi a beteg személyiségét, önérzetét. Sokkal többre jutunk, ha például a szesztestvérségben megnyilvánuló, erős, csak éppen torzult szolidaritás érzéséből indulunk ki, és reszocializáló törekvéseinket az önsegítő, egymást segítő emberi viszonyokra alapozzuk. Abból a mély gödörből, melybe a beteg beleesett, nem mászhatunk ki helyette, mi csak segíthetünk a kikapaszkodásban. De ehhez is kezek kellenek, összekapcsolódó kezek. A kikapaszkodás élménye azonban az övé, ne vegyük el tőle.

SZOLIDARITÁS
A SZOCIÁLPOLITIKÁBAN

A SZEGÉNYSÉGRŐL

Ki a szegény – ki a gazdag?

Édesanyám karácsonykor lesz kilencvenöt éves. Soha nem beteg, soha nem panaszkodik. Néhány éve combcsonttörés miatt operálták. A baleset szövődményeként elvesztette járóképességét. Karosszékben tölti napjait. Feleségemmel felváltva járunk fürdetni, s ahogyan korábban az étkezés, most a fürdetés közben beszélgetünk. Lehet, hogy a témák ismétlődnek és szűkülnek, de igazán „testközeliekké" váltak. A napi eseményekkel szemben nagyobb teret kap beszélgetéseinkben az emlékezés. – Én is fürdettelek téged, fiam, de nem ilyen sok évig – mondja anyám, s kisgyerekkorom elfelejtett vagy elhomályosult emlékeit idézi. Nem egy most válik fontossá számomra. Négyéves lehettem. Anyám hazavágyott, és azon a nyáron a négy gyerekével egyhetes nyaralásra indult. Beregszászban, Lajos bátyámnál találkoztak a testvérek. Onnan mentek nagyanyámhoz a szülőfaluba, Kisbégányba. Lajos bácsi a sok gyerek és felnőtt közül, akit csak tudott, felrakott szekerére. Anyám és én lemaradtunk azzal, hogy majd csak feljutunk egy arra tartó szekérre. A szekér azonban nem jött, és mindvégig gyalogoltunk a nagy melegben a földúton. Anyám többször kérdezte, fáradt vagyok-e. – Nem, mondtam, nem vagyok fáradt. Majd újabb kérdésére – így emlékszik – azt panaszoltam: – Nem vagyok fáradt. Öreg vagyok. Öreg, mint a kabátom. Kérdőn nézek anyámra, és ő emlékeztet. Nővérem kinőtt kabátját adták rám. Én ezt sérelmeztem, mert lányosan, fordítva gombolódott és nem volt új. Most egyszerre megvillan, hogy hányszor ismétlődött fiatal koromban a „másoktól levetett ruha" rossz érzete. Apámnak az volt a nézete, hogy ugyanazért a pénzért jobb és tartósabb ruhát vehet magának, családjának a Telekin, a Kazár utcában, a használtruha-piacon. Nekem ezzel szemben valami önérzeti bajom volt. Valahogy megéreztem, hogy a szegénység kínját önérzettel lehet enyhíteni. Tizennégy éves koromtól bejáró diák voltam, és jómódú, bukdácsoló gyerekeket korrepetáltam. Korán reggel elindultam Felsőgödről két nagy karéj zsíros kenyérrel. Estig ezt ettem. Egyik tanítványoméknál – igen szép lakásuk volt – mindig le kellett vennem a bakancsomat. Pedig vigyáztam, hogy tiszta legyen, ha sáros volt, vízzel mostam le. Mégis harisnyában kellett tanítanom és az ahhoz szükséges „tekintélyért" harisnyában megküzdenem. Nagyon kedvesen kínáltak

újra meg újra, de bármilyen éhes voltam, azt mondtam: köszönöm, már ebédeltem. Ugyan hol?

Az érettségi előtt megkaptuk az előírást: zsakett nadrág, fekete zakó, fekete cipő kötelező. Összegyűjtött pénzemből csak a Telekire tellett. A szomszéd szabó bácsi vállalta, hogy kifordítja, újjávarázsolja a ruhát. A fekete félcipőt bakancsom tükörfényesre kefélésével és a nadrágom hosszabbra engedésével akartam pótolni, „leplezni". Mikor megjelentem az iskolában, kitört a röhögés. Az akkor divatos, kitömött vállú zakók közt az én falusi szabó bácsim kreációja nem keltett elismerést. A kifordított ruhán még a szivarzseb is jobb oldalra került. Talán a kinevetésnek is köszönhetem, a feltámadt dacnak, becsvágynak – Sík Sándor volt az érettségi biztosom –, hogy színjelesen érettségiztem. A befizetett érettségi bankettre már nem mentem el, „sértett önérzetem" visszatartott.

Ugyanez a ruha még azon a nyáron újra megkínzott. Marit, aki szintén Felsőgödről járt be vonattal, régóta nézegettem, s ezen a nyáron – már 15 éves volt – szívdobogtatóan szépnek láttam. „Megismerkedtünk" a Duna-parton, és a nyár végén már meghívást kaptam kis gödi házukba. Nagyon kiöltöztem – a fekete érettségi ruhámba, nem éppen a helyhez és alkalomhoz illően. Leendő apósom kedves volt, botanikai és örökléstani tanulmányaim iránt is érdeklődött. A beszélgetés során azonban célzást tett egy könnyű nyári ruhájára, amit ő már nem használ, s ami biztos jó volna rám. Vérvörös lettem, újra rám tört a használt, a levetett ruha-komplexum!

A háború utáni medikus éveimben a használt ruháknak is örültünk. Már szigorló orvos voltam, mikor a centenáriumi országos pályázati díjat elnyerve először vásároltam magamnak olcsó, de új ruhát.

Másik alkalommal anyám arra emlékszik: kisgyerekkoromtól rögeszmésen hangoztattam, hogy orvos akarok lenni. A húgom beteg lett. A doktor bácsi tüdőgyulladást állapított meg, és nagy odaadással kezelte a már elkékült, meghalni látszó kisbabát. Húgom meggyógyult és apám erején felül honorálta az orvost. Anyám emlékszik, mennyire kifaggattam őt a család számára izgalmas történés körülményeiről. Igen, orvos leszek, fogadkoztam, de én a szegényeket fogom gyógyítani. Gyerekes szentimentalizmus, vélem, majd eszembe jut Bálint Bandi barátom és több évtizeden át kezelt betegem csúfondáros élcelődése: „Az még hagyján, hogy összeszeded osztályodra a súlyos tüdőbetegeket, alkoholistákat, prostituáltakat, cigányokat, de hogy még a művészeket is..." Most, orvosi pályám vége felé egyre inkább a csavargó, csövező, börtönviselt, alkoholista, tbc-s betegek orvosa lettem. Így elszegényedtem? Vagy gyermeki fogadkozásom beteljesítését is megengedve magamnak – ilyen gazdag vagyok? Ki a szegény, ki a gazdag?

Anyámat meglátogatják unokái, dédunokái. Szívesen viszem magammal ötéves Sára unokámat. Ő segít megmosni a dédnagymama hátát. Hazamenet kérdezi: miért kell fürdetni anyukádat? Elmagyarázom. Gondolkodik, majd megszólal: „Ha nagyon öreg leszel, én is meg foglak fürdetni." Ebben biztos lehetek.

A szegénységet, annak sokféle, olykor feszítően ellentmondásos összetevőit nemcsak szociológiai tanulmányokból vagy félévszázadnyi egészségügyi-orvosi munkám mindennapjaiból ismerem. Látom persze, hogy a bevezetőben felvillantott kis mozaikok, emlékek megválasztásában, leírásában mindenütt ott bújik az önérzet, az önbecsülés, az önmutogatás, az önszeretet. Ön-ön-ön. Mondjuk ki: önzés, sajátos, humanizált önzés, amihez fogható csak a legodaadóbb szerelemben fedezhető fel. A szegénységet tudatosan vállaló, de a boldogságot makacsul kereső ember erőssége ez az önzés és önbecsülés, amiről beszélek. A szegénység sok keservének megtapasztalása vezet el a felismeréshez: az önérzet, az önbecsülés a szegény ember rejtett, erőt adó biztonsága, ha úgy tetszik: gazdagsága. A szegénység leghatékonyabb ellenszere tehát nemcsak a pénz, az anyagi javak nyújtása vagy megszerzése. Segíthet a személyes boldogság akarása, az elégedetlenség mások szegénysége, megfosztottsága, kiszolgáltatottsága miatt. A szegénység gyűlöletes, mert megaláz, elembertelenít. Ne biztassunk ezért másokat a szegénység elviselésére, és ne kívánjunk senkinek nagy gazdagságot. Magamnak és mindazoknak, akiket szeretek, nem a „tisztes szegénységet", nem is a gazdagságot kívánom, hanem a gondtalanságot, képességeink kibontakoztatásának emberhez méltó állapotát.

A szegénység – itt és most

A szegénység egyidejű a társadalmiasult ember történetével. Az emberi élet minősége a vegetatív állati létből kiemelkedve a jóléti, a fogyasztói társadalom pazarló gazdagságáig ívelt, de szegények mindig, mindenütt voltak. Magyarországon ugyan az ötvenes évektől nem volt ildomos még a szegénység fogalmát sem használni, hiszen az csak kapitalista rendszerben létezett. A politikai tiltásnál is nagyobb kárt okozott azonban szegény-ügyünk korszerű és szakszerű kezelésének megkésettsége. Már a múlt században tudósok, szociológusok kutatták a szegénység sokrétű kérdéseit a polgári fejlődés nagy gazdagságot teremtő országaiban, mikor nálunk a szellem emberei közül elsősorban az írókat, a nagy műveltségű, de inkább filozófiai, mint szociológiai képzettségű szakembereket foglalkoztatta a szegénység gondja. A szociológusok – mindvégig gyanús egyének – csak halkan, óvatosan szó-

lalhattak meg, és akkor is hátrányos helyzetűekről, halmozottan hátrányos helyzetűekről beszéltek.

Miért nem lehetett köznapi néven nevezni a szegénységet? Mert felhívás lehetett volna az azonosulásra, az önszerveződésre, érdekvédelemre? A politika „szemérmességén" túl bizonyára erről is szó volt és van. Mert ha a szegény tudja és vállalja a szegénységet és nem szégyelli, az eleve felszólító erejű, érdekérvényesítésre ösztönöz, szolidaritásra biztat. A szakemberek, a szociológusok is némileg idegenkednek a szegénység kifejezéstől. Attól tartanak, hogy a bonyolult, sokténye zős jelenséget ez leegyszerűsíti a rossz jövedelmi és anyagi viszonyokra, noha ez a szemlélet – bárhogy is nevezzük a jelenséget – mindig előtérbe került. Ezt ragadják meg a statisztikai felmérések és – sajnos – a társadalompolitikai intézkedések, például kompenzációk is többnyire erre a redukált, olykor dehumanizáltan kiemelt adatra vonatkoznak.

A szegénység valóban hátrányos, többszörösen hátrányos helyzet. Jellemző rá az alacsony jövedelem és fogyasztási szint, rossz lakáskörülmények és lakókörnyezet, nagy laksűrűség, iskolázatlanság, nehéz, egészségre ártalmas munkakörülmények, a család és főleg a gyerekek veszélyeztetettsége, deviáns családtagok és a családon belül ismétlődő agressziók; idült betegség, testi vagy szellemi fogyatékosság, idős kor, elmagányosodás, elhagyatottság, kilátástalanság, depresszió, súlyos neurotikus, mentális zavarok; alkohol- és gyógyszerfüggőség; bűnözés és mindezek következményei. Nem nehéz észrevennünk, hogy e tényezők többsége valamilyen hiányt, megfosztottságot tartalmaz. Jogosan használja az angol szociálpolitikai iskola, elsősorban Peter Townsend a depriváció fogalmát. A sokáig szemmel tartott hazai szociológusok is szívesebben beszéltek a depriváltakról, mint a szegényekről. Ilyen értelmezés jelzi a szegények kizártságát a teljes jogú állampolgárok köréből. Az amerikai szociológusok, elsősorban Miller és munkatársai még világosabban utalnak a társadalmi egyenlőtlenségre, a gazdasági egyenlőtlenségen túl, amikor megállapítják, hogy a szegénység nem csupán gazdasági szűkösség, elégtelenség, hanem politikai és társadalmi kizártság is. Bourdieu elemezte az ilyenfajta társadalmi egyenlőtlenségek szinte törvényszerű újrateremtődését. Az ő eredményei nyomán fejti ki Tarjáni József, hogy a felsőbb osztályoknál jól kimutatható a reproduktív viselkedésben a rekonverziós stratégia, ami azt jelenti, hogy a státus megőrzéséhez szükséges és az utódoknak is biztosított tudás, műveltség, viselkedési kultúra újra tőkévé, privilegizált helyzetté váltható át, és a hátrányos helyzetűek, szegények kényszerű tudatlansága, iskolázatlansága, viselkedésbeli csiszolatlansága hasonlóképpen vezet interakciós zavarokhoz vagy éppen identitás-problémához. Ilyen értelemben beszél a szegényeknél „rekonverziós kényszerről". Éppen

ebben találhatjuk meg a szociálpolitikai interakciók, különösen a karitatív jellegű segélyezés gyenge hatékonyságát, átmeneti, olykor csak problémát elodázó jellegét. A szegénység a modern társadalmakban is mélyen gyökerező, összetett jelenség. A szociológiai lexikonban Hobsbawm a pauperizmust is említi. Olyan emberek csoportjáról szól, akik külső segítség nélkül képtelenek önmaguk fenntartására. Sokan bennük látják a szűkebb értelemben vett szociálpolitika, inkább szegénypolitika alanyait. Ferge rámutat, hogy a szegénység strukturálható, elkülönítve a pauperizmus mellett a munkásság és szegényparasztság szegénységét, sőt politikai manipulációs céllal ezek szembeállíthatók, mint ahogy a két világháború közt a hatalom meg is tette.

Bárhogy is nevezzük – a szegénység a mai magyar társadalomban meglévő súlyos gond. Adatai, tényszámai ismertek. A magyarországi népesség száma 1988. január 1-jén 10 604 360, 16 760-nal kevesebb, mint előző évben. 48,2% férfi, 51,8% nő. A népességcsökkenés a 80-as években folyamatos – 7 év alatt a lakosság 1%-kal csökkent. Ha ez a tendencia folytatódik, az ezredfordulóra 200 000-rel kevesebben leszünk. 1987-ben 142 000 volt a halálozás. Halálozási mutatóink, különösen a férfi népességé – európai viszonylatban – a legrosszabbak. A születéskor várható átlagos élettartam – férfiaknál 65,7 év, nőknél 73,7 – ugyancsak nagyon rossz. A lakosság elöregedése folyamatos. 1988-ban 1 370 500 volt az öregségi nyugdíjasok száma. A hatvan évet meghaladó népesség száma: 1 965 892 (férfi 790 841, nő 175 051); a 70 éven felüliek 888 948 (férfi 325 655, nő 563 293). A keresők életszínvonala romlik, 1988-ban a reálbér a tíz évvel előtti 80%-a volt. Az életszínvonal romlása fokozottabb az idősebb, illetve a nyugdíjas népességben. Több mint 1 millió ember él a hivatalos létminimum szintje alatt. Nagy a szegénység az elnéptelenedő, elöregedő kis községekben (több mint 1000 község van, ahol a lakosok száma nem éri el az 500-at). Jelenleg is a szociálpolitikai juttatások kétharmadát az idősekre, egynegyedét a gyerekekre fordítják, a többi korosztályra mindössze 10 százalékot. A szociálisan veszélyeztetett rétegekbe kerülők száma is növekszik. Jelenleg a lakosság 18,5 százaléka 60 éven felüli. Közismert az alacsony jövedelmű, több- vagy sokgyermekes családok, a cigány népesség, az állami gondozottak, a veszélyeztetett fiatalok, a fogyatékosok, a krónikus betegek, a deviánsok – elsősorban alkoholbetegek – halmozottan hátrányos helyzete, nyilvánvaló szegénysége.

Van-e a jobbító szándékoknak, a társadalmi cselekvésnek – itt és most – esélye?

Jobbító szándékok – reális lehetőségek

Kiss Lajos írta 1939-ben *A szegény emberek élete* befejező soraiban: „Az örökös gond, baj megedzi a lelket. Minden napnak megvan a maga élménye. Haszontalan dolgokkal nincs ideje foglalkozni. De éppen sokféle és naponként más-más foglalkozása és környezete következtében lelke olyan finomságokat is felvesz és gyűjt össze, melyre jobbsorsú emberek nemigen képesek... A földről az égi mezőre veti szemét. Fölfelé néz, onnan várja az áldást, ahonnan a csapás jön."

Elmúlt ötven éve, hogy az egészségügy szolgálatába léptem. E fél évszázadban töméntelen bajt, szenvedést, emberi nyomorúságot láttam. Talán azért is, mert mindig a legsúlyosabb, legtömegesebb népbetegségek foglalkoztattak: az akkor még gyógyíthatatlan tuberkulózis, vagy most a népet pusztító alkoholizmus. Sokszor jutottam holtpontra, talán mert kicsi volt a tudásom. Soha nem szégyelltem tanácsot, segítséget kérni. Ha az sem segített, belső parancsot követve tudtam: nem szabad feladni – és újrakezdtem, ha nem is a megoldás, legalább a jobbítás keresését. A „holtpontok" idején mindig oda fordultam, ahonnan a baj jött, magához a beteg emberhez. De most már a bajmegállapító orvosétól némileg eltérő logikával. A diagnosztizáló orvos lényegében a bajt, annak okát keresi, és tudománya szerint – „lege artis" – azt akarja megváltoztatni a beteg javára. De ha a baj olyan súlyos és összetett, hogy „lege artis" már nincs esélyem, akkor a diagnosztikus munkámat tágítom. A beteg szervezetében, személyiségében, miliőjében fellelhető bajokon túl a pozitívumok, a kapaszkodók után kutatok. Amikor a „lepusztult", otthontalan, börtönviselt, csövező, csavargó, fertőző tüdőbeteg alkoholisták kerülnek nap nap után osztályomra, szinte már csak azt vizsgálom, kutatom, mi maradt a tüdejéből, légzési teljesítményéből, személyiségéből, családi, emberi kapcsolataiból. Életútját vizsgálom, hogyan jutott ide, mert az okokat kell megértenem. Talán paradoxonnak tűnik ez a lezüllött embernél – azt keresem, mi maradt emberségéből?

A bajok halmazát nem kell kutatni, azok nyilvánvalóak. A gödörbe esett ember a kapaszkodókat keresi. És ha már megint a személyes megközelítés bűnébe estem, jelzést adok e probléma-megoldási mód fejlődéséről is. A városi, az angyalföldi szegénységet gyerekkoromtól belülről ismerem. A falusi szegénység másságára a falukutató irodalom olvasása figyelmeztetett. Húszéves koromban botanikai munkám vitt Kárpátaljára. A szegénységéről hírhedt Verhovinára kíváncsiságom hajtott. Közel ötven év távlatából talán megengedhető, hogy magamat idézzem. A Földrajzi Társaság lapjában megjelent útleírásomból két részlet: „A Mencsulról már vígabban gurulunk le a Verhovina

egyik legszegényebb községe, Felsőverecke felé. A szegényes faházikók közt azonban ezen a vidéken szokatlan pompás harangtorony ragadja meg figyelmünket, mely összefügg a templom régebbi épületének bejáratával. Sokáig érdeklődtem e harangtorony építője, a gazdag és előkelő mecénás után. Végre sikerült megismernem Demján Jánost, a felsővereckei kántort, aki mezei munkáról hazatérőben elmondotta, hogy a harangtornyot az ő tervei szerint és vezetésével a falubeli mesterekkel együtt építették, a maguk erejéből. Az iskolázatlan, szegény földmíves emberek lelki emelkedettségének, vallásos buzgóságának megnyilvánulása, Demján János különös, vonzó egyénisége, érthetően mély hatással volt reám. Felsővereckéről borokával teleszórt hegyeken át, nehéz, de szép úton közelítettük meg Ábránkát, ezt az eldugott kis verhovinai falut. Visszatérünk Felsővereckére, de hamarosan folytatjuk utunkat. A falu felső határánál megállunk. Három hatalmas, legendás történetű hársfa tövében kőkereszt, kis kápolnácskával, benne színes szobrokkal, Kétoldalt vascsövek a felfakadó, ciszternában felgyülemlett, gondosan megszűrt forrásvíz számára. Mindezt Demján János, a földművelő, kántor, halottkém, kőmíves, címfestő, földmérő, a növények barátja és ismerője, hét gyermek édesapja gondolta ki és valósította meg.

Továbbmegyünk... alig negyedórányira Alsóvereckétől, útjelző mutat: Zagyilszka, 1 km. Már a falu neve is felkelti érdeklődésünket (Zagyilszka magyarul 'hegymögötti'). Átvergődünk az útnak nevezett sártengeren, hogy bejussunk a kis falucskába. Mindössze 60 háza, 340 lakosa van a falunak. Ma is dicsérem eszünket, hogy ide betértünk. A verhovinai népviseletet legeredetibb alakjában ismerhetjük meg az ilyen eldugott kis falvakban. Vasárnap reggel volt. A hívők ünneplőben sietnek a kis fatemplomocskába. A tanító és a bíró társaságában sokáig gyönyörködünk a házilag készített és díszített ruhákban. Ingeiket maguk szőtte, napon fehérített, durva vászonból készítik. A férfiak inge magas nyakú. Díszítő elemeikben a mértani idomok uralkodnak. Díszítő motívumaik gyakran ismétlődnek, de mindig más elrendezésben és más változatban. Kedvelt kézimunkájuk a keresztöltés, melyet gyakran a fonákról varrnak. A férfiak, de a nők is viselik a bőrrel szegett, halinából készült ujjast. A nők inge is dúsan kézimunkázott. Színes szoknyát, köténytt és főkötőt viselnek. Az asszonyoknak főkötőjük alatt már egy kisebb piros kendővel 'be van kötve a fejük'. Mármarosban az idősebbek még viselik a bocskort. Erre csizmában és cipőben járnak. A nők kedvelik a színes üveggyöngyből fűzött, szalagszerű nyakéket. A ruszin népviseletet minden év augusztus 28-án a Mária-napi nagy körmenet alkalmával is megismerhetjük. Ekkor minden faluból, olykor három napig tartó gyalogúton vonulnak a hívők, Mária-dalok

éneklése közben, Klastromaljára, a Basil-rend kolostorához, a búcsú színhelyére." *(Levél Kárpátaljáról.* Ifjúság és Élet 16./10. 122–126. 1941. január 15.)

Ezt írtam 1940-ben a megvetett, lenézett, koldusszegény ruszinokról, a nemzetiségi türelmetlenség, a háborút megelőző feszültségek idején. Közel negyven év után jutottam el újra Kárpátaljára. A szabad mozgást korlátozó, szigorú rendelkezéseket kijátszva mentem el Felsővereckére, Zagyilszkára. Demján János már meghalt, hiába kerestem. Házában felidéződött bennem az egykor nála töltött éjszaka. A szoba, a konyha tele volt gyerekkel. Útitársamnak, a szentmiklósi ruszin tanítónak is alig tudtak helyet szorítani. Valamiért (farkastól, rókától féltek?) még a kecskét is be kellett vinni a konyhába. A szénapadlás volt a szállásom. Elalvás előtt azon tűnődtem: vajon valóban olyan szegény ember Demján János? És főleg a puliszkán élő, de népviseletüket maguk készítő és megőrző verhovinai parasztok olyan egyértelműen és reménytelenül szegények? Fiatalkori írásomon nem nehéz felfedezni a falukutató irodalom hatását. De van benne egy felfedezés, élmény, amely máig kísér. A legnagyobb szegénységben is meglelhető az a sajátosan emberi érték, mely elviselhetővé teszi az enélkül reménytelen helyzetet. Innen eredeztetem a „szociálpolitikai elvemet", cselekvési kalauzomat, hogy a változtatáshoz, a jobbításhoz nem az elpusztulttól, azok újra és újra elsorolásától kell elindulni, hanem a még megmaradt, megszerzett, megedzett – egyedileg nagyon különböző – emberi értékektől. És ilyeneket a szegények is birtokolnak! Ezért nem hiszek az általános, mindenkire érvényes, kincstári ihletésű szociális intézkedések hatékonyságában, sokkal inkább az egyedi emberismereten alapuló szolidaritás erejében. Ezért tartom mindennél fontosabbnak a szemléleti változást, az államosított és elidegenedett, paternalista szociálpolitika humanizálását.

Ki kell mondani, hogy állam atyánk beteg. Korábbi ígéretei ellenére sem tud megvédeni bennünket a sokasodó bajoktól, biztonságunkat nem tudja garantálni. Felnőtté kell válnunk. Vigyáznunk kell egészségünkre, úgy, mint régen a szegény embernek. Szemléljük fenntartással a minden állampolgárnak biztosított magas színvonalú, teljesen ingyenes orvosi ellátás nyilatkozatát, és vessük össze a gyakorlattal. Ne keressük problémáink megoldása helyett a betegségbe menekülés illúzióját, a „leszázalékolás" szorgalmazását. Már csak azért sem, mert inflációs időben a munkaképes leszázalékoltak anyagilag is rosszul járnak. A kisembereknek a nyugdíj láthatóan nem nyújt teljes öregkori biztonságot. Úgy kell élnünk, hogy munkaképességünket megőrizzük, ne csak az anyagiakkal takarékoskodjunk. Jó családban az a legjobb befektetés, amit gyerekeinknek, a fiataloknak adhatunk. De a fiatal és

közép korosztályokban is tudatosulnia kell, hogy az öreg szülők nyugdíja mellett a korábbi segítség viszonzása várható anyagiakban, érzelmekben egyaránt. A kisnyugdíjasok helyzete már ma sem azon múlik, hogy két-, három- vagy akár ötszáz forinttal több-e a nyugdíjuk, hanem hogy milyenek családi, emberi kapcsolataik. Úgy kell éljünk, hogy soha ne szoruljunk könyöradományra, de számíthassunk korábbi erőfeszítésünk viszonzására. Sok rendezett, sőt jómódú embert ismerek, akik – különösen ha nincsen gyerekük – félnek az öregkori életszínvonal-csökkenéstől. Pénzt, aranyat, értékesíthetőnek vélt műtárgyakat gyűjtenek, de nem gondolnak arra, hogy egy rokon gyerek vagy tehetséges fiatal kitaníttatása esetleg jobb befektetés anyagi, emberi szempontból egyaránt.

Sokat hallunk a pályakezdő fiatalok gondjairól. Ez gyakran lakáskérdés, de nem csak az. Az alapprobléma, hogy ma a serdülők biológiailag hamarabb érnek, szociálisan viszont jóval lassabban. Hosszabb a tanulási és felkészülési idő, és ha védettséget, szülői túlvédettséget éreznek, meglehetősen egyoldalúan szemlélik a felnőtté válás kettősségét. A felnőtt jogait, szuverenitását előbb igénylik, mint az azzal járó felelősséget és egzisztenciális önállóságot. Az önálló lakás igénye érthető. A jó családban könnyebben meg is valósítható összefogással. De az igény – hevesen – éppen a diszfunkcionális családokban jelentkezik.

Alapvető változást kell elérnünk a szociálpolitikai szemléletben. A segélyezés enyhíthet, de csak tüneti, átmeneti értékű „gyógymód". A szociális gondoskodás tehát ne a tünetre, hanem az érintett emberre irányuljon, és úgy, hogy ebben az ő együttműködését is igénybe veszszük. Ez sokszor nehéz, éppen a legelesettebbeknél a legnehezebb.

Az ember sajátos tulajdonsága a másik ember iránti érdeklődés, a beleélés a másik helyzetébe, vagyis a képesség az együttérzésre, a törődésre. Ennek ősi formája a jótékonyság, a karitász. Ebben a kapcsolatban azonban nyilvánvaló a helyzeti egyenlőtlenség, mert a jótékonyságot gyakorló és a jótékonyságra szoruló nem egyenrangú. A társadalmiasított, még inkább az államosított karitász nem javít a helyzeten, sőt a kapcsolat elszemélytelenedése még ronthat is, hiszen az érzelmi oldal lefoszlik és csupán az anyagiakra redukálódik. A bajbajutottak segítésében fejlettebb, megbízhatóbb, az emberi méltóságot nem sértő, a személyiséget inkább erősítő kapcsolati forma a szolidaritás: az egyenrangú, azonos helyzetű, azonos sorsú, esetleg azonos bajban, veszélyben lévő emberek aktív, cselekvésben is megnyilvánuló együttérzése. A mi szociálpolitikai munkánk döntően a karitászból eredeztethető közületi gondoskodás síkján folyik. A szegényeken az „államosított alamizsnaosztásnál" többet segít a szolidaritás erősítése, a társadalmi összefogás, az önsegítés, az egymás segítése.

Az államosított, központilag vezérelt szociálpolitika jóakaratú, segítő szándékú vezetői szenvednek a költségvetési források elégtelenségétől. Mind világosabbá válik, hogy irreális a szociálpolitikai ráfordítások növekedését várni. Meglévő forrásainkat legjobban akkor hasznosíthatjuk, ha az önsegítő, önfinanszírozó mozgalmakat támogatjuk, indulási nehézségeiken segítünk.

Változtatnunk kell a segélyezés módján is, ha már más megoldást nem találunk. Nem sújtani, hanem emelni kell a szegények önérzetét. Ennek is számos kihasználatlan lehetősége van. Nálunk korán mennek nyugdíjba az emberek. Tevékeny, munkaképes ember nyugdíjazása nemcsak presztízs-, de szerepvesztéssel is jár. Arra kellene törekednünk, hogy a nyugdíj melletti foglalkoztatás ne csupán jövedelemkiegészítő célt szolgáljon, hanem az egyéni képességeket, hajlamokat ismerve, a hasznos tevékenység örömét nyújtsa. Az öreggondozásban, a szociális munkában is sok fiatal nyugdíjast lehetne foglalkoztatni. Ne segélyt, hanem – ha lehet – ilyen munkát adjunk. Az a szegény, aki a másiknak, a rászorultabbnak tud segíteni, már nem is olyan szegény. Ilyenfajta változást azonban központi intézkedésekkel nem lehet megszervezni. Ez csak emberközelben vihető keresztül.

Végül a szociálpolitika és az egészségügy integrációját nemcsak formális és felelős, minisztériumi szinten kell megvalósítani, hanem az alapellátásban is. Az együttes ellátásban nemcsak kihasználatlan lehetőségek, de anyagi tartalékok is rejlenek. Változtatást kell sürgetnünk a szociálpolitika strukturális szintjén is. A szociálpolitikai struktúra követi a centralizált intézményhálózatot. Ha jelenleg nincs mód arra, hogy „rendeletileg" áttérjünk az önkormányzati, alulról felfelé építkező szociálpolitikai hálózati rendszerre, arra kell törekednünk, hogy e vegyes, eklektikus struktúrában fokozatosan és minél jobban erősödjön az önkormányzati elem. A strukturális változás csak a politikai-intézményi reformmal és különösen az egészségügyi organizáció átalakításával képzelhető el. Több helyen javasoltam már a helyi Népjóléti Bizottságok életre segítését. A közösségek a számukra leginkább hiteles, közösségi szellemű és hozzáértő emberekből választanák meg a bizottságokat, az orvos, a pedagógus, a népművelő, a lelkész, az agronómus, a tapasztalt, intelligens, helyi emberek soraiból. Ez is segítené a szociálpolitika és egészségügy demokratikus fejlődését.

SZOLIDARITÁS A SZEGÉNYEKKEL

Elfogult vagyok és csalódott.

Elfogult vagyok az orvosi munka, az orvosi hivatás dolgában – és a magyar orvostársadalommal. Azt hiszem, senkire sem lehet hatástalan a szembesülés az emberi bajokkal, szenvedésekkel, a szakadatlan „szolgálat", a felfokozott felelősség és lehetőség a másik ember segítésére óriási teher, ami óriási erőt is ad. Hiszek az orvosi munka, a mindennapi orvosi gyakorlat személyiségformáló, személyiséget gazdagító, spontán „automatizmusában", ami tudatos építkezéssel tovább erősíthető. Ez lehet sokrétű szakmai elfogultság, de bizton állíthatom, hogy az orvoslás szemléleti tágításának szükségességét munkám kudarcai és a hazai valóság tényei értették meg velem.

Csalódott vagyok, mert most érzékelem igazán a rontást, melyet a magyar orvostársadalom egy rossz politika, egy fejlődésében megrekedt, eltorzult szemlélet és gyakorlat következtében elszenvedett.

Évek óta soroljuk népegészségügyi helyzetünk tragikusan alakuló adatait, fájdalmasan emlegetjük leszakadásunkat az európai fejlődésről. Az Egészségügyi Világszervezet Európai Irodájának koncepciója és programja nyomán, vajúdva, de megszületett az „Egészségmegőrző, Betegségmegelőző Nemzeti Program". De nem a társadalmi cselekvés igényének fokozódását váltja ki a magyar orvostársadalomból, hanem közömbösséget, melyet a kevesek aktivitása sem takarhat el. Megbetegedési, halálozási adataink szerint Európa beteg országa lettünk. Egy számban fogyatkozó nemzet orvosai belenyugodhatnak-e ebbe? Hol itt a sokat emlegetett nemzettudat, a nemzeti szolidaritás? Kivel vagyunk szolidárisak, ha nem a legrászorultabbakkal, a leginkább veszélyeztetettekkel?

A magyar orvostársadalom zöme érzéketlen maradt a szociálpolitika és egészségügy integrált szemléletében, együttes gyakorlatában rejlő lehetőségek iránt. Sajnos, az utóbbi időben már meg is fogalmazódik az illetéktelenség és az elutasítás a szociális problémák vállalásában. Sok szó esik a társadalom elszegényedő, a létminimum alatt és a társadalmi minimum alatt élő kétmilliós rétegéről, a szociális háló elégtelenségéről. A közéletben nagy a pezsgés, de az emberek többsége hallgat. Nem érdektelenek; várnak. És nem szólamokra várnak, hanem az életüket, sorsukat jobbító tudásra, cselekedetekre. Kitől remélhetnének segítséget, példamutatást, ha nem az elkötelezett, hiteles emberektől? Ebben a forrongó világban a magyar orvostársadalom akarva-akaratlanul

„helyzetbe hozza magát". Az emberek mindig tudták és tudni fogják, kik „beszélnek" és kik segítenek. Szeretetüket, megbecsülésüket aszerint osztják. Sok méltánytalanság, sérelem érte az orvosokat – például a nem tagadható hibák nagyítása, általánosítása, a rossz hangulatkeltés révén. Most kivételes alkalom nyílik az egyéni és kollektív tisztesség rehabilitációjára.

A szociális munka: szakma!

A szociális munkát, mint a gyógyító tevékenységet, lehet hozzáértően és lehet dilettáns módon, kuruzslási szinten végezni. Nálunk kitűnő szociológusok vannak, sokan értenek a szociálpolitikához, de ők elsősorban kutatnak. A szociális munka zömét közigazgatási, tanácsi hivatalnokok végzik, számukra is lesújtó hatásfokkal. Az ilyen színvonalú és hatásfokú szociális munka érthetően idegenkedést kelt a szaktudást értékelő orvosokban, egészségügyi dolgozókban. A korszerű szociális munka és az egészségügyi tevékenység hasonlósága éppen humán indíttatása – és alkalmazott módszereinek logikája – következtében kevéssé látható.

A társadalompolitika makroszintű gyakorlatától alapvetően függnek az emberek jövedelmi, fogyasztási, életszínvonalbeli viszonyai. Ha ez jól és hatékonyan működne, ha megvolnának gazdasági feltételei, kevésbé lenne szükség a mikroszintű szociális munkára. (Ehhez hasonlóan: ha a megelőzés szemlélete össztársadalmi szinten érvényesülne – hatékony egészségmegőrző, betegségmegelőző program formájában –, bizonyára kevesebb dolga, terhe volna az egészségügynek.) Amíg azonban a makroszintű szociálpolitika és az egészségügyi helyzet olyan, amilyen, nem nélkülözhetjük a makroszintű orvosi és szociális tevékenységet, és nem tekinthetünk el azok egymásra utaltságától.

Akkor van nagyobb esélye, jobb hatásfoka mindkét tevékenységnek, ha körültekintő diagnosztikus munkára, szakszerű és megbízható kórismére épül. A tágasabb, többdimenziós orvoslás gyakorlatához éppen úgy szükség van a szokásos szomatikus kivizsgáláson túl bizonyos szintű emberismeretre (személyiségtan, pszichológia, szociológia), a hazai valóság és az adott szűkebb közeg ismeretére, mint a szociális tevékenységhez. Az adekvát és ezért hatékony szocioterápia lényegében ugyanazt a tudást kívánja meg, mint a betegközpontú orvoslás. Ha figyelembe vesszük, hogy a szociális munkához sehol nincs számban és minőségben megfelelő szakemberhálózat, látnunk kell, hogy nincs kire hárítani az egészségügyben jelentkező, annak hatékonyságát lerontó vagy megakadályozó szociális problémákat. Gazdasági helyzetünk, a

hosszú kiképzési idő nem teszi lehetővé egy újabb hálózat kialakítását. Ezért tűnik észszerűnek, hogy a megoldást az egészségügyi hálózatban keressük, felhasználva és felerősítve a már meglévő lehetőségeket.

Hogyan képzelem?

A 100 000-nyi kórházi ágyból 30 000 krónikus – ez igényli a legtöbb szociális munkát. Hasznos volna azonban felmérni a 19 000 belgyógyászati ágyon ápolt, hosszú gondozási időt igénylő vagy ismételten visszatérő beteg szociális helyzetét. Mert számos szociális probléma talál „megoldást" a kórházak belosztályán, holott ez a legköltségesebb gondozás, és a beteg szempontjából sem előnyös. A szociális szolgálatban a szakorvos, pszichológus, szociális munkás, szociális nővér együttes részvétele kívánatos.

A gondozóintézetek száma 450 körül van, mintegy 640 000 beteget tartanak nyilván. Sajnos, gondozóink betegségközpontú szemlélete miatt egyre inkább szakrendelői munkát végeznek, a krónikus betegek tényleges és különösen pszichoszociális szemléletű gondozása nem fejlődött. Ugyanakkor a sok intézettel, szakemberrel rendelkező gondozói hálózatnak vannak kihasználatlan lehetőségei, intenzívebben részt vehetnének a többszörösen hátrányos helyzetűek ellátásában.

A legközvetlenebb, legnagyobb tömegű szociális munkát az alapellátásban kell végezni. Ha a demokratikus, fejkvóta szerinti finanszírozási rendszerre való áttérést összekötnénk az évtizedek óta esedékes struktúraváltással, lehetőség lenne, hogy körzeti orvosi rendelőink több munkaerős, szakmailag is értékesebb szociális-egészségügyi központokká fejlődjenek. Az anyagi érdekeltség is azt kívánná, hogy az aszociális gondokat ne drágán, medicinizált formában és ne a kórházakban kezeljék.

A szociális szolgálat az egészségügyben sokkal hamarabb és sokkal kisebb anyagi ráfordítással megvalósítható, mint a külön szociális gondozói hálózat kiépítése. Az egészségügyi hálózatban 150 000 szakdolgozó működik. Az átképzésben elsősorban ápolónőkre, gondozó- és védőnőkre, rendelői asszisztensekre gondolok. Szerény, de tisztességes többletkeresetet ígérve, az önként jelentkezőkből válogathatnánk szociális problémákra érzékenyeket. Az egészségügyi-szociális munkatársaknak meg kell tanulni az orvosi-szociológiai, szociálpolitikai alapismereteket és a gondozási gyakorlatot. Alapképzésként a szakápolónői képzéshez hasonló 10 hónapos, munka melletti képzést gondolok.

A szociális segítésre szorultak, a betegek, a kisjövedelmű vagy ellátatlan idős emberek, a hátrányos helyzetűek gondja most leginkább

az egészségügyet terheli. Az elhárítás az orvosok részéről azért is erős, mert a többletmunkához sem az anyagi, sem a szakemberi feltételek nem biztosítottak. A jobbítás lehetőségét itt is a valóság ismerete, számbavétele és az észszerűséget kereső társadalmi cselekvés nyújthatja.

A CIGÁNYSÁG GONDJA – MINDANNYIUNK GONDJA

Megengedhetem-e magamnak – egy-egy tárgykörben jártasságot, elmélyülést követelő orvos létemre –, hogy írjak a cigányságról, noha hiányosak és megbízhatatlanok az ismereteim eredetükről, évezredes történelmük, világjárásuk, szétszóródásuk és együttmaradásuk folyamatairól, mindenkori, halmozottan hátrányos helyzetükről és fennmaradásuk számomra sok vonatkozásban rejtélyes csodájáról. A logikus és tisztességes válasz a magam feltette kérdésre: nem. Ehhez történészi, etnológiai, etnográfiai, transzkulturális ismeretekre és ki tudja, még mi mindenre lenne szükségem. Ha csak a zsidók diaszpórájára és fennmaradására gondolok, érzékelem az egyistenhit, a Törvény, Jehova szellemi hatalmát – de mit tudok én Devláról, a cigány istenről, az ősi cigány vallásról?

Serdülőkoromtól izgat, foglalkoztat a szegények, a „depriváltak", a betegek, a hátrányos helyzetűek, a póruljártak, a megvetettek és megalázottak helyzete – hiszen ez az orvoslás értelme, legitimációja. Ötven évi egészségügyi munka után újra felteszem a kérdést: megengedhetem-e magamnak, hogy ne írjak a cigányságról, társadalmunk eleven, elintézetlen gondjairól, azokról a – sikereknél nem kevesebb kudarcok árán nyert – tapasztalatokról, melyeket akarva-akaratlan a cigány betegek gyógyítása során szereztem? A logikus és tisztességes válasz megint a „nem".

A mérleg két serpenyőjébe tett „nem" érvényességét, érvényesítését legalább két szubjektív tényező is befolyásolja. Életkorom, mely sürget, és félelmem, hogy megint elkéstünk. Mint ahogy a nemzetiségi kérdésben már a múlt században is elkéstünk, és Ady Endre, Jászi Oszkár és mások is csak elkésve láttatták meg történelmi tévedésünket. A magyarországi cigánykérdés az egész magyarság emberségének próbaköve, és egyben nagy kísértés újabb történelmi bűnbeesésre. A nemzetiségi kérdés, a határon túl élő, elsősorban az erdélyi magyarság sorsa révén – sok évi hallgatás, elhallgatás után – előtérbe került. De ne csapjuk be magunkat! A maréknyi német, román, szerb, szlovák kisebbség irányában folytatott nemzetiségi politika jelentősége elsősorban példateremtésében rejlik. A magyar progresszió mindig is elkötelezte magát olyan sebezhető, törékeny értékek mellett, mint a tisztesség, a tehetség megbecsülése, a más nemzetiségűekkel és fajtájúakkal szembeni tolerancia, az idegen eredetű magyarok teljes eman-

cipációja. Ma a magyar progressziónak e téren egy félig vagy rosszul elintézett és egy elintézetlen ügye van: a zsidókérdés és a jellegében, megjelenésében ettől igen különböző cigánykérdés. A hivatalos álláspont és a felszíni közmegegyezés szerint zsidókérdés nincs Magyarországon, holott a lelkekben látensen meghúzódik, s többnyire nem is agresszíven, inkább a magyarság kulturális, olykor a fajisághoz kötött értékeinek védelmében. És ott feszül a zsidókban is, az asszimilálódott magyar zsidókban a történelmileg kialakult, megrekedt félelem, sérelem, a rögzült érzékenység, a lappangó neurózis, amely primitív manipulációval is fellobbantható. Az antiszemitizmust és a zsidó neurózist is a népet sújtó nyavalyák sorában tartom számon, mely szerencsére kezdi elveszíteni népbetegség jellegét. De amíg van, nagy kárt okoz mindkettő, rontja a magyarság humán értékeit, szellemi teljesítményét, kézenfekvő eszköze a megosztásra törekvő, hatalomcentrikus politikának. A zsidókérdés Magyarországon jelenleg nem jogi kérdés, hanem a lelki egészség kérdése, és megoldása a magyarok és zsidók közös ügye. A magyarországi nemzetiségek érvényesülése arányos. A németek (svábok, szászok, cipszerek) helyzete alapvető változást mutat a felszabadulás utáni megtorló és általánosító (sokszor súlyosan igazságtalan, diszkriminatív és értékromboló) politikához képest. A németekből lett magyaroknak megadatott, hogy ma az ország legfőbb közjogi méltóságában és politikai vezetésében munkájukkal igazolják: a magyar nemzeti érdekek védelme és a magyarságtudat nem faji kérdés. A szabadabb politikai légkörben érezhetően fokozódik a magyar zsidóság biztonságérzete. A leghátrányosabb helyzetben a magyarországi cigányság van, se közel, se távol nincs anyaország. Az amerikai értelemben hangsúlyt kapott emberi jog, a kivándorlás lehetősége nem segít rajtuk. S ugyan ki fizetne értük „fejpénzt", melyik ország fogadná be őket tömegesen? Ugyanúgy nincs alternatívájuk, mint a többi hátrányos helyzetű másfél-kétmilliónyi magyarnak. Számukra is egyértelműen szól a *Szózat*: „Itt élned, halnod kell." Végül is a félmilliónyi hazai cigányság a legnagyobb idegen etnikum, a magyar nemzetiségi, emberjogi politika próbatétele. A kormányzat – megítélésem szerint – a cigányság megnyugtató társadalmi integrálását kívánja, már csak a belpolitikai konszolidáció, a közhangulat szempontjából is, hiszen a cigánykérdés megoldatlansága feszültséget, fokozódó türelmetlenséget termel. Sokaknak az a véleménye – látva a kormányzat asszimilációs-integrációs törekvését és kétségtelen nehézségeit –, hogy a cigánykérdés megoldhatatlan, másutt sem sikerült megnyugtató eredményre jutni. Ez a szkepszis azonban legalább annyira elhárító, halogató, mint a zsidókérdésben a probléma annullálása.

A cigánypolitikának ma nincs egységes, elfogadott koncepciója. Ez talán még szerencse is, mert ha történetesen a többség gondolkozásmódját, nézeteit, érdekeit tükrözné, kevéssé érvényesülnének a cigányság demokratikusan kifejezésre jutó önszerveződési, autonóm törekvései. A cigányprobléma megoldásának legnagyobb akadálya a szabadságában, demokratikus közéleti, népképviseleti, érdekképviseleti gyakorlatában erősen és tartósan korlátozott magyarság megromlott reakciója, fokozódó toleranciahiánya, az előítéletes gondolkodás, a diszkrimináció lehetősége, elszenvedése és elszenvedtetése. Ez pedig a magyar és még inkább az erdélyi történelem tanúsága szerint nem szükségszerű, nem is magyar sajátosság. A cigánykérdés megoldásának alapvető feltétele a magyar demokrácia s a magyar szabadság eszményének újraéledése, európai látóhatárú, folyamatosan építkező gyakorlata. És fordítva, a cigánykérdés mai fejlettségünkhöz viszonyított optimális megoldása nélkül a magyar demokrácia és a magyar progresszió ügye sérül, törékeny marad. Ez a felfogás és nézet persze a legnehezebb út választását is jelenti, hiszen nemcsak beszélni kell, hanem tenni, aprólékos és sok erkölcsi, anyagi erőt kívánó munkát végezni. A politikai enyhülés, a nagyobb szólás lehetősége ugyanis negatív megnyilvánulásokat is eredményez: a cigánysággal szembeni türelmetlenség, előítéletrendszer, ellenszenv „bátrabban" és hangosabban fogalmazódik meg. A tömegbázist kereső, különböző irányú és szemléletű politikai csoportosulások hallgatnak, mert jól érzik, hogy álláspontjuk nem feltétlenül népszerű, és nem tudnánk olyan összefogást elérni, mint az erdélyi magyarság ügyében.

A cigánykérdés megoldásán töprengő, tenni akaró értelmiségiek többnyire önmagukból, saját gondolkodásmódjukból, értékrendszerükből kiindulva keresik a cigányság javát.

Sokan romantikus széplélek módján közelítenek hozzájuk. A cigányság a maga elhúzódó, nomadizáló, gyűjtögető életmódja, az évszázados társadalmi kivetettség, diszkrimináció következtében a társadalmi szerveződés nagyon alacsony szintjén rekedt meg, nem tudta kitermelni a maga szuverén, politizáló értelmiségét, érdekvédelmét. Önerőből nem képesek a modernizációra, a modern társadalmi beilleszkedésre, ugyanakkor: helyettük és főleg nélkülük ezt senki nem tudja megtenni. Mi a teendő? Hogyan induljunk el?

1953-tól öt évig jártam Zalába, a megye tbc elleni küzdelmét segítő instruktorként. Már ott is szembesültem a „cigányproblémával". Mikor azonban 1958-ban Borsod megyét kaptam, tömegével szakadt rám a megoldhatatlannak látszó gond. Borsod és Szabolcs volt akkor az ország tbc-vel „legfertőzöttebb" megyéje. Feladatunk volt a fertőző krónikus tbc-s betegek gyógyításának hatékonyabb megszervezése, a

fertőző források számának csökkentése. Borsodban akkor 2600 ilyen fertőző idült beteg volt, s a kemény magot az alkoholista, aszociális és cigány betegek képezték. Egyszerűen megszöktek a tüdőgyógyintézetekből, eldobálták a tbc elleni gyógyszereket. Nem kooperáltak, és „saját hibájukból" gyógyulatlanok maradtak, fertőztek tovább, egyaránt veszélyeztetve önmagukat, családjukat, környezetüket. Osztályom valamennyi orvosmunkatársa odaadóan vett részt e feladat vállalásában, kitűnő együttműködést teremtve a Borsod megyei kollégákkal. Mégsem sikerült lényeges változást elérnünk. 1960-ban megszületett a tbc-törvény: a gyógyítás ingyenes lett, fertőző beteg esetében kötelező. A törvény segítette munkánkat az együttműködésre késztethető betegek esetében, de a cigány betegeknél alig. Hiába volt a kényszerkezelés, hiába vitte be a rendőr a cigány beteget az intézetbe, mihelyt tehette, megszökött. Ha családja, sok gyereke volt, annál inkább. Végül azt találtuk ki, hogy akivel a területi intézetben nem bírunk, azt hozzák fel Pestre, az országos intézetbe, onnan talán nehezebb megszökni. Így került osztályunkra az évek során mintegy kétszáz borsodi cigány beteg. Persze, hamar átláttuk – ők is, én is –, hogy Magyarországon nincs akkora távolság, amely bárkit is visszatartana. Hogyan lehet hát meggyógyítani az olyan beteget, aki nem akarja? Miért nem akarja? Milyen a cigány beteg, hogyan gondolkodik?

A súlyos alkoholbeteg gyakran önpusztító módon feladja magát. A cigány beteg nem ilyen. Éppen hogy élni akar, de a családja, felesége, gyermekei nélkül rosszul érzi magát, visszautasítja a kórházi kosztot, hiányérzete van, szenved. Nagyon erős a kötődése a családjához, a nagycsaládhoz, a rokonsághoz, egész környezetéhez. Ezek nélkül szorong, rémképeket lát: hozzátartozói betegek lesznek, szerencsétlenség éri őket, nélkülözik őt, féltékeny házastársára, szakadatlanul fantáziál. Hiába magyaráztam, hogy életét kockáztatja, ha megszökik, nem hitte el, mert nem érzékelte a bajt, hiszen a gyógyszerek hatására már nem volt láza, megjött az étvágya. A leghatásosabb érvnek még az mutatkozott, ha figyelmeztettem, hogy legalább a családját ne veszélyeztesse. Felhívtam a házastársát, szüleit, felnőtt gyerekeit és alkut kötöttünk: ha a gyógyszert rendszeresen szedi, azon leszünk, hogy mielőbb visszatérhessen az otthonába. Sokan havonta jártak fel ellenőrzésre és a gyógyszerekért, sokan beleegyeztek a műtéti megoldásba, hogy hamarabb hazamehessenek. A családtagok bevonása a kooperáció megszerzéséhez, az egyedi, kompromisszumos, közösen megkeresett megoldások meggyőzőbbek voltak, mint az intellektuális „felvilágosítás". Az érzelmi befolyásolás, a szuggesztív ráhatás, a diszkriminatív megnyilvánulások visszautasítása mind eredményesebbnek bizonyult. Döntőnek pedig azt tartom, hogy felismertük: a cigánykooperáció problémája

megoldható, csak át kell lépnünk a szokványos módszereken. Minél többet tudunk cigány betegeink életéről, gondolkozásmódjáról, annál eredményesebben dolgozhatunk. Egy idő után észrevettük, hogy az érkező új betegeket pozitívan befolyásolják a már régebben ápoltak. Ez is segített.

Nem célom ezúttal a cigány betegek kooperációjának orvospszichológiai ismertetése, azért hoztam csak szóba, mert sok olyan ismerethez jutottunk, melyeknek tanulságai a most megoldhatatlannak tűnő gondokban is segíthetnek, különös tekintettel a cigányok „társadalmi beilleszkedésére", Mert ez is csak együttes munkában, „kooperációban" vihető előre. Miféle tanulságokra gondolok? Betegeink személyiségvonásait figyelve érdemes megjegyeznem, hogy férfiaknál gyakori a szangvinikus, kolerikus temperamentum, ritka a flegmatikus, nőknél gyakoribbnak látszik a melankolikus temperamentum. A legjelentősebb vonás azonban a cigányoknál az, hogy az életet érzelmi oldalról közelítik meg, érzelmileg is reagálnak, az elemző helyzetfelismerés háttérbe szorul az intuíció és a hangulat fontossága mellett. Gondolkodásuk képszerű, gyakran mozaikosan tördelt. Hajlamosak az álmodozásra. Igen erős a vizuális és akusztikus elemekkel átszőtt fantáziatevékenységük. A fantáziaélet összemosódik a reális történésekkel, konfabulációra hajlamosít. A fantázia gyakran korrekciós tartalmú, a veszteségek, hiányok pótlását szolgálja. A pavlovi tipológia fogalma szerint mindezek a vonások a művésztípussal rokonítanak. Ezért vonzódnak a cigányok a zenéhez, tánchoz, ilyen irányú tehetségük, kézügyességük nyilvánvaló. A manualitás és az erős fantáziaélet a rajz, a faragás, a képzőművészeti tevékenységre is hajlamosítja őket. Ideges tüneteik konverziós jellegűek, hisztériás színezetűek.

Ezek persze nagyon általánosító megállapítások, melyeket az egyéni személyiségvonások ismerete gazdagít, színesít. A cigányról sokan azt tartják, hogy primitív, babonás, hazudik, hamisan esküszik, csal, lop stb. Amikor ezt leírom, negyedszázad után eszembe jut Ilona. Gyönyörű, 17 éves, szelíd, szófogadó cigány lány volt. Súlyos tuberkulózisa szépen gyógyult. Egyszer váratlanul hidegrázásos, magas lázzal járó tüdőgyulladás lépett fel nála. A vénás tetránra jól reagált, a gyógyszert drazsében adtuk tovább. A nővérek akkor szóltak, hogy Ilonka megtagadta a tetrán szedését. Nem értettem, hiszen eddig ilyen gondunk nem volt vele. Amikor megkérdeztem, miért nem veszi be a drazsét, sokáig hallgatott, majd röviden válaszolt: csak! De Ilonka, ez nem válasz, és nem értem magát. Megint hallgatás. Unszolásomra annyit mondott: mert zöld! És ha zöld, miért ne venné be? A válasz megint: csak! Majd nehezen, szorongva, súgva mondta: a zöld méreg. Úgy éreztem, itt az ideje, hogy megsértődjem. Ilonka, azt képzeli, hogy én

meg akarom mérgezni? Tiltakozott. Ő ezt nem gondolja. Akkor miért nem veszi be? Csak, mert méreg! A nagymamám mondta. De Ilonka! És akkor mentő ötletem támadt. Ha lekaparjuk a zöld cukorbevonatot, kérdeztem, beveszi? Akkor igen. Ezzel a kompromisszumos megoldással mindketten jól jártunk. Ilonka tüdőgyulladása meggyógyult, én meg tanultam valamit az archaikus, babonás gondolkodásról, amit az egyetemen nem tanítanak. A hazudásról, a meggyöngült valóságérzékelésről, a fantáziavilág túltengéséről, az álom és valóság összemosódásáról, a konfabulációs hajlamról a külső szemlélő úgy véli: átlátható és leleplezhető hazugság. Ilyenkor, ha a „nagy felismerés" ki is mondatik, megindul a konfliktust elhárítani akaró esküdözés, bizonykodás, átkozódás. De ha azt mondom: „Pistukám, maga ezt álmodta", vagy „Maga tudja, hogy szeretem a jópofa történeteket, és ezt nekünk találta ki", akkor a visszajelzés is megtörténik, mégis másképp zajlik az ügy. A cigány lop! A hatvanas évek elején volt egy Eta nevű betegünk – sok-sok gyerekkel és egy Rumos nevű, italkedvelő élettárssal. A gyerekek némelyikének – pontosan Eta sem tudta – Rumos volt az apja. Mindenesetre össze akartak kerülni és nagyon kuporgatták a pénzt egy kibelezett, kiszuperált autóbuszra, ami „lakókocsinak" még megfelelt. Egy nap a másik osztályról visszatérve éktelen ordítozást hallok már a lépcsőházban. A hangzavarból kihallatszik Eta átkozódó kiabálása: „Igen, én loptam el, itt van a p...ban, ide dugtam. Nézzétek meg...!" Annyi történt, hogy az egyik nőbeteg fürdéskor letette az aranyóráját és ottfelejtette a fürdőszobában, majd kis idő múlva visszament érte, de az már eltűnt. Még két cigány nőbeteg volt az osztályon (a tettest mindig a cigányban vélik felfedezni), de a gyanú Etára terelődött, mert spórolt, mindent (például eldobott üvegeket stb.) gyűjtögetett. Heves reakciójából, túlzott, de nem hiteles felháborodásából éreztem, hogy baj van körülötte. Az egyik beteg rövid tájékoztatója után Etát kiemeltem a tumultusból, bevittem a szobámba. Hagytam, hadd mesélje el ő a történteket. Ebből is kiderült, hogy ő járt a fürdőszobában. Erősítette, hogy ott senki sem volt, nem is tudott volna senkitől lopni. Higgyem el, hogy ő soha nem lop, és most sem lopott. Akkor megértettem Etát. Meg is mondtam neki. Maga nem lopta az órát, hanem ott megtalálta és senki sem volt ott. Ezt így elismerte, és szépen elhozta az órát. A főnővér vállalta a cinkosságot, hogy neki a takarítónő talált tárgyként leadta az órát, és így az visszakerült a tulajdonoshoz. Mindenki megnyugodott. Én pedig elgondolkoztam, hogy a tulajdonjog érzete nem egyik napról a másikra alakult ki bennünk sem. Hát még a gyűjtögető életmódot folytató Etánál! A tulajdon és az eltulajdonítás az ő tudatában még másképp tükröződik. Lopás, ha benyúl valaki táskájába. De amit talál, és azt sem tudja, kié, azt megtarthatja, az nem lopás. Hová

jutna a gyűjtögető életmódot folytató cigány, ha úgy akarna megélni, hogy a „becsületes megtaláló" szerepét is megpályázza?

A cigányok lopásának, ami azóta is előfordult az osztályon, főleg az alkohológiai részlegen, sajátos koreográfiája van. Az eltulajdonításban nyilvánvaló szerep jut a nélkülözésnek, a hiánynak – igaz, nem egyformán. Egyik betegünk megkapta rokkantsági nyugdíját, háromezer néhányszáz forintot. Betette az éjjeliszekrény fiókjába. Pár nappal előbb hevesi cigány embert hozott a mentő. Rendőr „gyűjtötte be" hajnalban. Semmi holmit nem hozott, pénzt se. Akart kérni a nénjétől, de a rendőr nem engedte át a szomszédba, nehogy megszökjön. Cigarettát is a betegtársaktól kért. Az előbbi beteg észrevette, hogy a fiókjában lévő pénzből hiányzik egy százas. A cigányt gyanúsította, aki tagadott. Én is azt gondoltam, belevaló tolvaj – ha jószívű – egy százast otthagy, és a többit veszi el. De másnap saját cigarettára gyújtott. A megfejtés nyilvánvaló: az ember ne kerüljön olyan megalázó helyzetbe, hogy egy cigarettája sincs. Mióta a bent fekvő betegeknek is biztosítjuk a foglalkoztatást, a kevés terápiás pénzhez jutást, csökken a „tarhálás" és még inkább a kis lopások előfordulása.

Sorolhatnám és értelmezhetném azokat a „cigány tulajdonságokat", „cigánybűnöket", a cigány szubkultúra sajátos, másfajta szabályozási morálját, törvényeit, melyeket nem értünk, nem is érthetünk. A jogi szabályozás elvont, absztraháló készséget feltételez, nem olyan primer formát, mint a cigány szubkultúra érzelmekre, ösztönökre, sokszor archaikus mechanizmusokra hagyatkozó szabályozása. Milyen más a cigány, ha énekel, táncol, zenél. Oldódik a szinte mindig benne lévő szorongás a „mi és ti" feszültsége miatt. Saját gondolati és érzelmi világában önmaga lehet, önmagát adja, ezzel hitelessé, rokonszenvessé válik.

A modernizáció a mi társadalmunkban is sok elidegenedés, humán sérelem forrása. Hát még a cigányság számára, amely ebben a „fejlődésben" nem tud lépést tartani, és némi civilizatorikus haladás mellett is inkább fokozódik zavara. A régi falusi életben volt helye a vályogvető, szegkovács, teknővájó, útkaparó, drótos, köszörűs cigánynak, és nagyon különböző presztízse a pöcegödörtisztító, a tyúktolvaj, a gombaszedő, a patkoló, a vásáros, a lókupec cigánynak. A viszonylatok – patriarchális módon – eleve személyesebbek voltak. Minden szinten befogadást nyert valamelyest a muzsikus cigány. A zene nemcsak humanizálta a viszonyokat, de a cigánynak is karaktert adott. A cigánybanda, a cigányprímás a dzsentri világ fontos „kelléke" volt, hiszen nélkülük nem lehetett mulatni. Dankó Pista útja az arisztokráciáig vezetett. Milyen fájdalmas az a csendben, hírverés nélkül elkövetett, mára szinte elfelejtett, a náci fajelmélet ihlette gaztett, amely a magyarországi

cigányok ezreit pusztította el. És a nácizmus üldözötteinek kijáró erkölcsi és anyagi jóvátétel végképp elkerülte a cigányságot, bár állítólag a németek nagy summa jóvátételt fizettek. (Sok márkát szabad lopni, tyúkot nem?) De még a földosztás gesztus-szintű élménye sem adatott meg a cigányoknak. Nem igényelték a földet, a tulajdont? Nekünk kellett volna segíteni! Megpróbáltuk? Ez a mulasztás a felszabadulás után éledező magyar demokrácia gyengeségére emlékeztet.

Ezután következett az iparosítás, a modernizáció programja. Kétségtelenül nagy változást hozott a cigány lakosság foglalkoztatása a társadalmi beilleszkedés, a megtelepedés terén. Ha valahol, akkor itt aztán szélsőségesen megmutatkozott modernizációs programunk egyoldalúsága: a gazdaságcentrikusság a humán tényező elhanyagolásával, olykor semmibevételével járt együtt. A falusi szolgáltató, iparos tevékenység, a paraszti gazdaságokban, a kommunális szolgáltatásban végzett cselédmunka is fokozatosan feleslegessé vált: a hagyományos cigányfoglalkoztatási formák ellehetetlenültek – a cigány férfiak olcsó munkaerejére azért szükség volt. Beáramolt az extenzív iparfejlesztés, főleg az építőipar, a képzettséget, szaktudást nem igénylő, a piszkos, lenézett és főleg rosszul fizetett munkák munkaerő-szükségletének gyűjtőmedencéjébe. A mi iparosításunk „idegen munkásai" a Szabolcsból, Borsodból, Békésből kikerülő cigányok voltak, az ingázó, munkásszállón, bódékban, elhagyott melléképületekben, sufnikban meghúzódó „újmagyarok". Erről a rétegről tbc-orvosként, de alkohológusként is kiterjedt ismeretekre tettem szert, s nemcsak egészségügyi vonatkozásban. Rajtuk keresztül értettem meg, hogy a cigányok a hazai másfél-kétmilliónyi deprivált, főleg a magyar falusi szegénységből származó rétegéhez tartoznak. Életmódbeli különbségeik nem olyan kirívóak, azt is mondhatnám, abba a rétegbe képesek voltak „integrálódni". Ugyanaz történt velük, mint történelmük során oly sokszor. Nyugaton kevésbé, inkább Kelet-Közép-Európa elmaradottabb részein tudtak megmaradni, ott is a faluszéli telepeken, mindig és mindenütt a települések perifériáira szorultak.

A legfőbb cigány társadalmi törvény: helyük mindenkor a sokszorosan hátrányos helyzetű népességen belül található, ahol beilleszkedésük, ha nem is gond nélküli, de még lehetséges. Talán mert a társadalmi előítélet is ebben a közegben a legkisebb. Ezt személyesen is tapasztaltam. Az alkoholosztályon, az alkoholmentes klubokban a cigányokat jobban befogadják, mint a társadalmi hierarchia „magasabb" szintjein.

A magyarországi modernizáció új szakaszához érkezett. A tovább elodázhatatlan struktúraváltásnak megint csak kárvallottjai lesznek a cigányok? Sajnos, ennek nagy az esélye, mert a feleslegessé váló, iskolázatlan, szakképzetlen munkaerőtömegben a cigányoknak predesztinált

helyük van. Ha képesek lennénk tanulni a magyar–cigány együttélés drámájából, akkor a mezőgazdasági, ipari szektor visszaszoruló foglalkoztatási igénye mellett a terebélyesedő szolgáltatási szektorban kellene helyet találni cigány polgártársainknak, ahol képességeik, tehetségük, hagyományaik szerint könnyebben megtapadhatnak. Ezért tartom most legfontosabbnak az etnikai közösségnek és a hozzá tartozó egyedek értékeinek felismerését, elfogadását, őrzését és fejlesztését. Mert csak saját értékeik „birtokbavétele" segítheti őket az új értékek befogadásában. Erőszakolni még jó szándékból sem szabad, mert abban nem lesz köszönet.

Mik azok az emberi tényezők, humán értékek, melyek a cigányságot belső építkezésük, társadalmi haladásuk útjára segíthetik? Elsőként a cigányok életigenlését, életszeretetét említem, a képességet az élet örömeire. A 20. század emberének humán válságában szembetűnő a cigányok családszeretete, primer emberi kapcsolataik érzelmileg fűtött intenzitása. Gondolok itt a cigány pajtásságra, szerelemre, az élettárshoz kötődésre, ragaszkodásra, a gyerekek és szülők szeretetére, a testvérségre, a rokoni érzés elevenségére, a nagy család, a cigánykompánia kohéziós erejére, a permanens kommunikáció igényére, szinte szükségletére – és mindezek hőfokára, intenzitására. Párhuzamosan képzeljük el a mi középosztályunk családtípusát a maga illő érzelmi visszafogottságával, csendességével, egyre csökkenő belső kommunikációjával. Mellette a cigány család érzelmi, hangulati hullámzását, a szerepmegnyilvánulás és az állandó veszekedések, civakodások, indulatkitörések szcenikáját, melybe beletartozik a sértettség, féltékenység, irigység, a brutális testi fenyítés, verekedés, a vérbosszúig terjedő megtorlás, az agresszivitás is.

Mindezt lehet visszataszítónak látni, de soha nem elidegenedett emberi kapcsolatoknak. Vajon a mi családfogalmunk a hatékonyabb? Az életben maradás, a túlélés szempontjából ez magasabb rendű? A cigányság minden csapást, viszontagságot elviselő erejének nem itt van a forrása? Az életigenlés, az életöröm kiapadhatatlannak tűnő forrása a cigányoknál a testiség, a szexuális libidó intenzitása, ez a cigányszerelem esztétikumának és dinamikájának fűtőanyaga, a cigány művészetek (ének, zene, tánc) legfőbb ihletője. Az orvos talán még többet is lát ennek a vad ösztönvilágnak aszociális megnyilvánulásaiból, amely a társadalmi előítélet és elutasítás kiapadhatatlan, hatásosan felnagyítható, általánosítható anyaga. A gátlástalanságon, az indulat vezérelte agressziókon, brutalitásokon, kriminális cselekedeteken túl a kevésbé látható vérfertőző, manifeszt incesztuózus kapcsolatok is léteznek, ami különben a deprivált rétegekben is jóval gyakoribb, mint ahogy a köztudat tartja. Depressziós, alkoholista, prostituált nőbetegeim közt

(nem cigányoknál is) az eredendő gyerekkori, serdülőkori trauma okozója gyakran az apa, főleg a részeg apa. Megfigyeltem azonban egy különbséget a cigány és a nem cigány betegek közt, amelynek nem tudom megállapítani kiterjedését, szabályszerűségét, de a tényét igen. Az ilyen trauma a nem cigány nőbetegeknél csaknem mindig frigiditáshoz vezetett, ami a prostituálódás fontos és gyakori hajlamosító tényezője. A cigány nők – úgy tűnik –, noha nagyon megsínylik, mégis jobban elviselik ezt a traumát. Számos érzelmi, életviteli torzulás, promiszkuitás forrása lehet, de frigiditást nem okoz. Én frigiditást cigány nőnél csak súlyos depresszió esetén állapítottam meg, persze nehéz eldönteni, hogy mi volt előbb. A különbség okát a szexuális libidó intenzitásbeli eltérése körül kell keresni. A testiség humán felhajtó ereje nem kis részben a test esztétikumából következik. Az előítéletes kívülálló is felismeri, sokszor provokatívnak tartja, milyen szép egy-egy fiatal cigány nő vagy férfi. Hamar tönkremennek – életmódjuk, munkavégzésük, illetve a gyakori szülés, szoptatás következtében. Ugyanakkor biztató, hogy a cigányok, főleg a nők nagy tanulékonyságot mutatnak a testkultúra, a testi higiénia, a ruházkodás terén. Ezt putrikból felkerült nőbetegeknél pár hónapos kórházi ápolás során is észleltem. Bár mindent olyan hamar megtanulnának, mint azt, hogy adjanak magukra.

Ugyanakkor egy ilyen elindulás húzó szerepű lehet további civilizatorikus, kulturális viselkedési igények szempontjából. Ha tőlem függne, nagy súlyt helyeznék a cigány szépségápolásra, talán még az iskolai oktatásba is beépíteném. A testiség, a testi szépség és az ősibb, erősebb szexuális késztetés és képesség az egyik leggyakoribb közvetítő a vegyes házasságokban. Sok nagy szerelemnek és még több szerelmi tragédiának okozója, melyekben a társadalmi előítélet a szülők, a család kitagadással fenyegető ellenzéseiben nyilvánul meg.

A cigány etnikumhoz közeledés, elfogadás útján sokat jelentenek a cigányok hagyományos népművészeti adottságai, elsősorban zene- és táncszeretetük, tudásuk és örömük, ami jelentős szocializáló tényező volt mindig, mert önbecsülésüket, és társadalmi elismerésüket is segítette. Persze itt is bőven tapasztaljuk a visszásságokat, amikor a „magasabb társadalom" ezt a képességet is saját kedvtelése, kulturális igénytelensége szerint használja, és – uraságok levetette holmijaként – felhasználja a sok kulturális kacatot, giccset énekben, táncban és még inkább a „cigányzenében". Itt az eredeti cigány folklór nyújthatna védelmet a „kulturális kizsákmányolással" szemben, különösen, ha a cigány folklór nem izolálódna, és ha a kárpát-medencei, kelet-közép-európai népek kultúrájával ezzel újra kapcsolatba juthatnának. Az összes szomszéd népek cigány etnikuma itt kelthetné életre a közös kulturális

hagyományt, és találhatna kapcsolatot, miközben a cigány folklór művelői a bartóki gondolat megbecsült „napszámosaivá" válhatnának.

A zsidók társadalmi elfogadását, asszimilációját segítette az orvosi pálya „elzsidósodása", a sok és nem is akármilyen orvos működése. A cigányok értelmiségivé válásában, a többségi népi kultúra kiteljesedésében, tömegessé és modernné válásában hasonló szerepe lehetne a cigány művészetnek. Ehhez viszont a cigány gyerekeket már most sem kis létszámú és kisegítő iskolába kellene szorítani, hanem olyan elemi iskolába, ahol a fő cél, hogy ne érezzenek sikertelenséget. Képességeik, hajlamaik révén ott segítsük őket, ahol sikerek inkább adódhatnak számukra, hogy magát az iskolát és az iskolázást szeressék meg. Ebben az iskolában az első egy-két évben ének, zene, tánc, a kézügyesség fejlesztése volna a fő tantárgy, a testkultúra, a higiéniára, szépségápolásra, étkezésre, lakáskultúrára nevelés, és csak ezután kerülne sor játékos formájú, a vizuális gondolkodásra hagyatkozó írni-olvasni tanulásra, számolásra. Jelenleg azonban még az óvoda iskolába segítő intézményeiből is kiszorulnak. Jó volna, ha az általános iskolákban és különösen a sok cigány gyereket oktató iskolákban az éneket, zenét, rajzot fiatal cigány tanítók oktatnák. Ez a középiskolát végzett cigány fiataloknak indítást jelenthetne az értelmiségi lét felé.

Azt is sokszor halljuk, hogy a papi pályán gondokat okoz az utánpótlás. Vajon bekerül cigány fiatal a papneveldébe? Pedig az egyházak, a keresztény egyházak sokat, a mostaninál többet tehetnének a társadalmi előítéletek, gyűlölködések, a krisztusi szeretetet megcáfoló mindennapi megnyilvánulásaival szemben. A cigány papok sajátosan erősíthetnék a keresztény szeretetszolgálatok, missziók hatékonyságát. És ott a sokat emlegetett „cigánybűnözés"! A deviancia-kutatás feltáró szakaszában magam is megdöbbentőnek tartottam a cigánykriminalitás arányát, a cigányság túlreprezentáltságát a börtönökben. A különböző statisztikai, demográfiai, szociológiai felmérések gyakori módszerbeli, mintavételbeli és összehasonlítási hibája, hogy a cigány–magyar prevalencia-adatokat az összmagyar és összcigány népességre vonatkoztatjuk. Pedig a korrekt összehasonlítás csak a társadalmilag hasonlóan hátrányos helyzetűekre érvényes. A másfél milliónyi nem cigány deprivált réteg bőséges kontrollcsoportot nyújt a bűnözési statisztikák összehasonlításához. A kutatási eredmények így reálisabban tükröznék a felnagyítás nélkül is súlyos problémát, és kevésbé irritálná a közvéleményt, sokakat további felnagyításokra, általánosító túlzásokra ragadtatva.

Riadalmat keltenek a magyar közvéleményben a cigány népesség demográfiai adatai. Kevésbé foglalkoztatja a közvéleményt, hogy a jóval nagyobb születési arányt a jóval alacsonyabb átlagéletkor kíséri.

A demográfiai trend alakulása erősen függ a cigányok társadalmi beilleszkedésének és társadalmi, kulturális fejlődésének eredményeitől. Aki a magyarságot félti a cigányosodástól, hatásosan egyet tehet: beáll azok sorába, akik a cigányok emberi és társadalmi felemelkedésében látják a cigánykérdés megoldását.

Mindenekelőtt a sok összetevőjű probléma szakszerű, hozzáértő, elfogulatlan feltárását, tudományos szintű elemzését, értékelését kellene elvégezni. Nem elég a tudományos kutatások leszűkítése statisztikai, demográfiai, szociológiai felmérésekre. Korszerű, a társadalmi változásokkal lépést tartó néprajzi, szociográfiai, a kialakult viszonylatokat fejlődésben feltáró történelemkutatásra éppen úgy szükség van, mint a cigányok pszichoszociális helyzetét feltáró, értelmező személyiségkutatásokra. E nélkül nem tudjuk hatékonyan segíteni a cigánymű velődés ügyét, a cigánymunka humanizálását, az adekvát foglalkoztatási stratégia kiszélesítését, a saját cigány értelmiség, vezetők képzését. A kölcsönös előítéletek leküzdésének leghatásosabb módja a megismerés, az együttműködés; az akciókutatások során formálódó nézetek szembesülése, ütközése segítené egy átfogó cigánypolitikai koncepció és cselekvési program kialakulását. A falusi cigány önkormányzat működésének kipróbálására volna lehetőség, hiszen legalább 15 község van, ahol a lakosság fele cigány, de a borsodi Rakaca község kétharmada, Kiscsécs 80%-a; a baranyai Alsószentmárton színtiszta cigány lakosságú. A megindult struktúraváltásban égetően szükséges nemcsak gazdasági érdekeltségű, hanem emberközpontú cigányfoglalkoztatási politika kialakítása. Ismerek jó képességű értelmiségieket, akik cigány származásúak vagy félcigányok. Életmódban, gondolkozásban, kultúrában teljesen elmagyarosodottak. Nem vállalják cigány eredetüket, mert úgy érzik, ezzel magyarságtudatukat sértenék. Pedig aki a cigánykérdésben „belülről" tud segíteni, legalább annyira a magyarságnak tesz semmivel nem pótolható szolgálatot.

A SZOCIÁLPOLITIKA HUMANIZÁLÁSA

A magyarországi társadalmi, politikai, intézményi reformfolyamat – noha kikerülhetetlensége, halaszthatatlansága nyilvánvaló – még mindig féloldalas, leginkább a gazdasági mechanizmus megreformálására szűkül. Lassan érlelődik a felismerés: *a humán oldal háttérbe szorulása,* a pangás itt az egész reformfolyamatot és azon belül a gazdasági reformot gátolja, vagy éppen megkérdőjelezi haladó jellegét. Aligha vitatható, hogy a felszínre került bajok okai mélyebbek annál, semhogy a „tünetképződés" helye és milyensége a társadalmi cselekvés meghatározója lehetne. Nem hiszem, hogy humán reform nélkül a gazdasági reform sikerre vihető. Az átfogó humán reform részeként foglalkoztam korábban is az egészségügyi ellátás **gondjaival,** és nyilvánvalóvá vált számomra, hogy e gondok az egészségügyön belül nem oldhatók meg, nem kezelhetők izoláltan a gazdaságtól, a szociálpolitikától. Együttlátva az egészségügyet és a szociálpolitikát, érzékelve a problémákban a szoros kapcsolódást, átfedést, alakult ki a jobbítás lehetséges közös útja: a humanizáció. Ezért, ha a szociálpolitika reformjáról szólok, egyszerűbb, ha közvetlenül a szociálpolitika humanizálásáról beszélek. Ehhez viszont szükséges megmondanom, mit értek szociálpolitikán, és mit jelent számomra a humanizálás kifejezés.

A szociálpolitika meghatározása

A szociálpolitika meghatározása azért is szükséges, mert a vele hivatásszerűen foglalkozók sem egy nyelvet beszélnek. A társadalompolitika lényegében ugyanazt jelenti, mégis mást értünk ezen. Magam is, a mindennapi szóhasználatot követve, megkülönböztetem a kettőt. A társadalompolitikában inkább a politikán érzem a hangsúlyt, a szociálpolitikában viszont a szociális beavatkozás tűnik erőteljesebbnek. Közelebbről – és pragmatikusan – a társadalompolitika a politikának olyan makroszintű, a társadalom humán szféráját érintő része, mely elvi-politikai alapon foglalkozik az életszínvonal, a foglalkoztatottság, a társadalombiztosítás, a lakáshoz jutás stb. kérdéseivel, vagy egész rétegeket (gyermek- és ifjúságvédelem, időskorúak, nyugdíjasok) érintő gondokat vizsgál, befolyásol. A szociálpolitika a társadalom diszfunkcióinak egyedi *korrekciójára, a zavarok enyhítésére irányul.* Megszokott módszere a szociális intervenció, túlnyomórészt anyagi vagy tanácsadási formában. Mindenképpen mikroszintű, a társadalmi

szolidaritásból eredeztethető beavatkozások sokfélesége. Ezért a szociálpolitikát a társadalompolitika alrendszerének tekinthetjük, még ha annak fontos, a népességet érzékenyen érintő része is. A szociálpolitika ilyen (vagy másmilyen) meghatározása önkényesnek tűnhet, de az önkényesség talán megengedhető, mert sajnos, máig sincs általánosan elfogadott álláspont a szociálpolitika helyéről, szerepéről, kompetenciájáról, mint ahogy nincs kialakult és elfogadott koncepciója, jól meghatározható intézményrendszere sem a mindennapok szociálpolitikájának. Az átfogó társadalompolitikához viszonyított alacsonyabb szint azzal fenyeget, hogy a szociálpolitika további redukciós folyamatot szenved és végül „szegénypolitikává" sorvad. Ha viszont a szociálpolitika nem a beszűkülés útját járja, máris érthetőbbé válik szoros kapcsolata az egészségüggyel, hiszen az egyén, a család egészségügyi és szociális problémái nemcsak kapcsolódnak, hanem fedik egymást, rokon természetűek, gyakran szinte elválaszthatatlanok.

A problémák együttes megoldásának keresése, az átfogó szemlélet érvényesítése is arra ösztönöz, hogy belássuk: a szociálpolitika és egészségügy hatékonysága a korszerű és a helyzet alakulásával lépést tartó társadalompolitika függvénye. Csakhogy a megmerevedett, konzervatív, bürokratikus társadalompolitika nem integrál, hanem elkülönít – redukálja a két összetartozó emberközpontos szférát. Talán nem kell részleteiben leírni és elemezni a mai szociálpolitika működési zavarait, gyenge hatékonyságát, mindenkori relatív elégtelenségét annak átlátásához, hogy az ok általános és nem csak a szociálpolitikára jellemző. A hazai szociálpolitika gyenge hatékonysága tehát főképpen *a* bürokratikus, etatista, paternalisztikus szemlélet és az ezt leképező struktúra következménye. Ezért kötődik egyértelműen a szociálpolitikai reform kikerülhetetlenül a mélyebb humanizációs folyamathoz, ezért használjuk a szociálpolitika esetében a reform szinonimájaként a szociálpolitika humanizálása kifejezést.

A humanizációról

Hajlamosak vagyunk axiómaként kezelni, hogy az orvosi vagy szociálpolitikai tevékenység eleve humanista, és művelőik humanista beállítódásúak. De nem szabad összetévesztenünk a magától értetődőt azzal, ami van. Orvosi gyakorlatunk legnagyobb hibája, hogy sokkal inkább a betegségre koncentrál, mint a betegre. A szomatikus orvoslás túltengése miatt (a technikai, laboratóriumi, számítástechnikai fejlődés mellékhatásaiként is): sivárosodik, szinte *dehumanizálódik az orvos–beteg kapcsolat.* Ugyanez mondható szociálpolitikai gyakorlatunkra, ahol a

szabályok és rendeletek, az eleve bürokratikus megközelítési mód, az állami segélyezés, az államosított karitász, olykor a hivatali „alamizsnaosztás" nem erősíti, hanem sérti a társadalom bajba jutott tagját. Az emberlét, a humánum egyik specifikuma az indíttatás és a képesség a másik ember iránti érdeklődésre, beleélésre a másik helyzetébe, az együttérzésre és a törődésre. A sorrend fontos, hiszen a másik ember iránti érdeklődés hiánya, az elidegenített viszonylat eleve megakasztja ezt a „humán" láncolatot. A nehéz helyzetbe került másik ember felé fordulás ősidőktől ismert formája a jótékonyság, a *karitász*. Ez azonban jelzi, sőt feltételezi az emberi kapcsolatban a helyzeti egyenlőtlenséget, mert a jótékonyságot gyakorló és a jótékonyságra rászoruló közti különbség vagyoni, társadalmi szempontból nyilvánvaló. De a jótékonyság „lelki" szükséglete is árulkodik a sajátosan emberi tulajdonságról. A vallási kultúrák számoltak ezzel, értették jelentőségét és valláserkölcsi neveléssel a jótékonysági hajlamot tudatosan erősítették. Kiváló és humánus eszköznek bizonyult a fent és lent, az úr és szolga, a gazdagok és szegények viszonyának szabályozására. A társadalmasított, még inkább az államosított karitász csak látszólag oldja a személyi függőség viszonylatát, az elszemélytelenedés legalább annyit ront, mint javít e kapcsolati helyzeten.

A szolidaritásról

Ez a specifikus képesség fejlettebb, megbízhatóbb, az ember méltóságát megőrző, erősítő formája. Az egyenrangú, azonos helyzetű, azonos sorsú vagy éppen veszélyeztetettségű emberek aktív, cselekvésben is megnyilvánuló együttérzése.

Annak idején a szervezkedő és öntudatosodó munkásság sem a munkaadók, a jómódúak jótékonyságában, hanem az önsegélyezésben kereste biztonságát. Nem a karitászra, hanem a szolidaritásra épített. A korai munkásmozgalom legszebb hagyományaiból sarjadt a társadalombiztosítás eszméje. Megvalósulása a modern idők legnagyobb szociális vívmánya. A fejlődés bizonyos fokán ugyanis szükségszerűvé válik – súlyosabb egyéni nehézségek, betegség, munkaképtelenség stb. esetén – a társadalmi segítés intézményesítése. De nem mindegy, milyen formában. A közületi gondoskodás, az „assistance" a karitászból, míg a biztosítás, az „assurance" a közösségi érzést jobban kifejező szolidaritásból ered. A szociális gondoskodás nálunk – a maga kezdetleges formáiban – működő rendszere inkább a közületi gondoskodást idézi. Ennek történeti okai vannak, és a kelet-európai társadalmi fejlődés jellegzetességeit tükrözi. Az oroszországi munkásmozgalom

vezetői, akik nem voltak mentesek a „népbarát" szellemi befolyástól, a népességnek a születéstől a halálig terjedő *államilag biztosított gondozását* tekintették ideálisnak, és ennek a meglehetősen paternalista megoldásnak a megvalósításáért küzdöttek. A megvalósítás módja a sztálini időben még inkább kidomborította a társadalombiztosítás erősen centralista, etatista, az öntevékenységet, az önkormányzati elemeket kiküszöbölő kelet-európai sajátosságait. A nyugat-európai típusú társadalomfejlődésben a munkásság egészségügyi, szociális ellátása kevésbé egységes és a társadalom nem minden rétegére kiterjedő formában a társadalombiztosítás kereteiben, a maga által finanszírozott rendszerben fejlődött, és a sok esetlegesség ellenére is megőrizte a társadalmi szolidaritásra utaló elemeket, szem előtt tartotta az önsegítő, önkormányzati elveket. Az átfogó, az állampolgári jogra alapuló, tehát mindenkire kiterjedő szocialista társadalombiztosítás vitathatatlan eszmei értéke mellett valóra is váltotta reményeinket. De az államosítás módja, erőltetett üteme, az anyagi és szakmai feltételek elégtelensége, a bürokratikus, elidegenített viszonylatok lélektelensége még a munkásmozgalom jó hagyományait, a szolidaritás és aktivitás érvényesülését is ellehetetlenítette. A társadalmi fejlődésnek ez a felemássága rányomta bélyegét egész további szociálpolitikai és egészségügyi helyzetünkre. Mégis, egészségügyi ellátásunk sok hiányosságát, működési zavarát kompenzálja az orvosi és egészségügyi szakismeretek szintje és a lépéstartás akarása – szociálpolitikai gyakorlatunk legfőbb baja viszont a szakismeretek hiánya, a területen eluralkodott dilettantizmus.

Dilettantizmus a szociálpolitikában

Valahogy kialakult a nézet, hogy szociálpolitikai tevékenységet minden jóindulatú, jószívű ember folytathat (persze állami pénzből), ahhoz különösebb szaktudás nem szükséges. Ha az órám elromlik, magától értetődő, hogy csak hozzáértő óráshoz vihetem. De ha az emberek, családok élete összekuszálódik, tönkremegy, annak korrekcióját az ügyintézés szabályait ismerő tanácsi tisztviselő is megpróbálhatja – különösebb előképzettség nélkül. Ha nem sikerül, úgyis a bajbajutottakban van a hiba. Természetesen nem arról van szó, hogy nálunk nincsenek olyan szociálpolitikai tevékenységre felkészült kiváló szakemberek, akik nemcsak a szükséges szociológiai, pszichológiai, jogi, közgazdasági stb. ismeretekkel rendelkeznek, hanem szemléletük is korszerű. Sajnos, ezek a tudós emberek azonban valahogy bezárultak a tudományos felmérések, kutatások „várába". Nemhogy irányítanák a szociálpolitikai gyakorlatot, de még kutatási eredményeik, kidolgozott

vagy ajánlott módszereik sem érvényesülnek. Ha olvasom a TBZ [Társadalmi Beilleszkedési Zavarok] kutatásokról beszámoló köteteket, a Bulletin sorozatot vagy a Szociálpolitikai Értesítő színvonalas köteteit, és figyelem az egyre fokozódó szociális feszültségben tevékenykedő szociálpolitikai gyakorlatot, felmerül bennem is a kérdés: megengedheti-e magának egy ilyen szegény ország a sok szakember több éves kutatása során létrehozott szellemi termék ilyen mérvű negligálását?

Szakismeretek megszerzése, szakemberképzés a szociálpolitikában

A szociálpolitika humanizálásának előfeltétele a dilettantizmus felszámolása. Ez azonban nem könnyű és nem gyorsan megvalósítható folyamat. Az egészségügyben harmincezer orvos és százezernyi szakképzett egészségügyi dolgozó működik. A szociálpolitikában a nem nagyszámú, magasan képzett szakember-gárda jobbára spontán tudományos érdeklődéssel és önműveléssel dolgozik. A terepmunkára is alkalmas szociális munkás-képzés nálunk több évtizedes késésben van, és még most is a legkezdetén állunk. Reményünk sem lehet egy sok tízezer szociális munkást igénylő szociálpolitikai szakhálózat kiépítésére – ennek szükségességét vitatom is. A fokozódó igény és a csökkenő lehetőség jellemezte konfliktuózus helyzetben kellene biztosítani a szociálpolitikai gyakorlatban működő szakismereteink megszerzését, folyamatos bővítését. Egyszerre van szükség alapismeretek oktatására és továbbképzésre. Jól látják ezt a nehézséget a vezető szociálpolitikai szakemberek. 1986-ban a Szociálpolitikai Értesítő 400 oldalas kötetet szentelt e kérdésnek, *Gayer Gyuláné* szerkesztésében. E kötetben *Ferge Zsuzsa* az általa is legsürgetőbbnek tartott szakemberképzésben – éppen mert a kérdést a gyakorlat szempontjából közelíti meg – kiemelt jelentőségűnek tartja a *szociálpolitikai oktatók képzését.* Egyetértő véleményem szerint az egységes szociálpolitika és egészségügy most két további lehetőséget kínál:

1. A szociálpolitikai ismeretek oktatását be kell építeni az orvosképzésbe, talán még nagyobb hangsúllyal az egészségügyi szakdolgozók képzésébe, és jelentőségének megfelelő helyet kell kapjon az Egészségügyi Főiskolán.

2. A szociálpolitika humanizálása nem képzelhető el valamennyi humán szakmában dolgozó szakember (pedagógus, orvos, pszichológus, szociológus, egészségügyi szakdolgozó, szociális igazgatási dolgozók, szociális szakszolgálat középszintű szakemberei stb.) emberismeretének (személyiségtani alapismeretek, személyiségfejlődéstani

ismeretek) biztosítása – egy idő után megkövetelése – nélkül. Még a társadalmilag jól beilleszkedett, pszichésen és szociálisan kiegyensúlyozott ember megismerése sem könnyű feladat. A pszichésen, szociálisan problémás emberek, az idült, gondozásra szoruló betegek, a hátrányos helyzetűek problémáit nem lehet megérteni, ha nem tudjuk az eredendő okokat feltárni. Ez pedig a korai személyiségfejlődés, az életút ismerete nélkül nem megy. Az egyedi ember megismerése, megértése óriási humanizációs lehetőség a szociálpolitikában és egészségügyben egyaránt. A humán foglalkozású szakembertől megköveteljük a képzettségét igazoló bizonyítványt, de legalább annyira kell igényelnünk a korszerű emberismeretet, jártasságot a személyiségtani ismeretekben. Ennek gyakorlati hasznosítását a személyiségdiagnosztika anamnesztikus módszere biztosítja. Az anamnézis az egyéni élettörténeten túl kiterjeszthető környezeti (családi), társadalmi és természeti, munkahelyi és települési (lakás, környezet stb.) tényezők ismeretére. Így alapozhatjuk meg szociodiagnosztikai jártasságunkat. Mindezt nem elvont gondolatok, hanem több évtizedes orvosi gyakorlatom alapján javaslom. Akár idült, tartós gondozásra szoruló tbc-s, asztmás betegeket, akár deviáns, aszociális, akár alkoholbetegeket láttam el, a kapcsolat és a betegvezetés megalapozásának tekintettem a betegség anamnézisén túl a részletes személyiség-anamnézist. Az erre fordított idő mindenkor bőségesen megtérült. Természetesen a betegek pszicho- és szociodiagnosztikája tovább finomítható, de a részletes személyiség-anamnézist egészségügyi, szociális ellátásuk kiindulópontjának tekintem.

A szociális ellátás terjedelme

A szociális ellátás szervezettségére és tervszerűségére törekedve tudnunk kell, hogy *tömeges ellátásra* vállalkozunk. A vállalható gondozási feladat a szakképzett szociális munkások számának és minőségének függvénye. Ne vállaljunk többet, mint amennyit eredményesen, de legalább eredményt remélve ellátni tudunk. A túlvállalás megint a dilettáns és már csak ezért is hiábavaló munkát fokozza. A szociális ellátás túlméretezésétől megóv az alapelv érvényesítése, hogy ne az életút, az életvezetés során felmerülő nehézségek, konfliktusok, problémák késztessenek beavatkozásra, hanem a problémamegoldási, konfliktuskezelési készség elégtelenségei, hiányossága. Minden egészséges egyénnek, családnak vannak problémái, gondjai. Ezek túlnyomó többségét az egyének, a családok, esetleg a barátok segítségével meg tudják oldani. És ez a kívánatos. Még a segítségre szorulóknál is az önsegítés és az egymás segítésének lehetőségeit kell preferáljuk. Vagyis hagyjuk békén a szoci-

ális intervencióval az egészséges, problémamegoldásra képes családokat, egyéneket. Ugyanakkor legyünk nyitottak, érzékenyek a kimondott és nem kimondott segítségkérés iránt. Itt az egyén vagy a társadalom tűrőképességét meghaladó problémák felismeréséről és a problémamegoldás segítéséről van szó. A szociálpolitikában is a preventív szemléletet kell érvényesíteni. Ha nehezebb is észrevenni az önerőből meg nem oldható, de még nem látványos bajokat – eredményesebb ilyenkor beavatkozni. Az elmérgesedett szociális, emberi, családi viszonyokban gyakran megfordíthatatlan, jóvátehetetlen károsodások keletkeznek. Ez is a szakszerű tanácsadó, lelki segély, krízisintervenciós hálózat erőteljes fejlesztését, mentálhigiénés prevencióit sürgeti. Ezen belül nagyobb hangsúlyt kell adnunk a nem specifikus szocializációs zavar korai felismerésének, mint a tünetcentrikus megelőzési szemléletnek, s ez megint szakismeretet, szakmai felkészültséget tételez fel.

Az integráció nyújtotta lehetőségek

A szociálpolitika és egészségügy integrációja a preventív, tanácsadási szolgáltatás további lehetőségét nyújtja. A jóhiszemű és felkészült körzeti orvos a szomatikus tüneteket felkínáló „beteg" esetében is felismeri az élethelyzetbeli, életvezetési zavart, és nem rázza le magáról a „funkcionális" vagy neurotikus tüneteket jelző hozzáfordulót. A körzeti gyermekorvosi hálózat a családi zavar korai felismerésével, tanácsadással befolyásolhat. A csecsemőnél, kisgyereknél mutatkozó neurotikus tünetek szinte barométer értékűek *a családi pato*lógia vonatkozásában. Ugyanakkor stigmatizáció nélkül lehetőséget nyújt a szociális intervencióra. Hátha még – különösen községekben, falun – a körzeti orvos, a körzeti gyermekorvos, a paramedikális asszisztencia kapcsolatot tud teremteni a preventív családvédelem keretében a pedagógussal, a lelkésszel, a patikussal, a humán érdeklődésű tanácsi, tömegszervezeti vezetőkkel, tekintélyes, tapasztalt emberekkel, és képes a tőlük *nyert* információkat szakszerűen feldolgozni, hasznosítani a problémás egyén vagy család érdekében. A szociális ellátás színvonalát, hatékonyságát döntően a *szakismeretek, a szaktudás erősödésétől remélem,* de nem a „nem szakemberek" kiszorítására teszek javaslatot – ellenkezőleg. A szervezett és tömeges szociális ellátásban nélkülözhetetlennek tartom a nem szakképzett, de szemléletileg és szakmai kérdésekben is korszerűen tájékoztatott, a szociális ügyekre érzékeny, intelligens emberek segítségét. A szociális ellátás személyi bázisát nem szűkíteni, hanem tágítani kell; a szakismeretek gyarapodása ne a „szociálpolitikai szekta" képződését, hanem a tágítást segítse.

A szakszerű irányításról

A dilettantizmus veszélye nem abban rejlik, hogy szakképzetlen segéderőket bevonnak, hanem abban a paradox helyzetben, hogy az irányítás és a döntés ma még gyakran laikus kézben van, a szakemberek pedig a végrehajtásra, terepmunkára kijelöltek helyzetében. Ez a paradox állapot az egész hatalmi és intézményi struktúra csökevénye, de a tanácsi szociálpolitika vonalán erősen tartja magát, a bürokrácia nyújtotta védelmi vonalak mögött. A másik védekezés a szociálpolitikai tevékenység *redukcionista irányítása,* illetve kezelése. Ennek az a veszélye – és ez nálunk jelenleg is reális –, hogy *a szociálpolitika „szegénypolitikára" redukálódik.* Az elmúlt években volt alkalmam személyes tapasztalatokat szerezni az államosított és tanácsi szociálpolitika ellenállásáról – nemcsak reformtörekvésekkel, de a koncepcionális szintű szakmai segítségnyújtással szemben is! Például a Családvédelmi Tanács tudományosan minősített szakembereinek javaslatai is mint illetéktelen beavatkozási kísérletek kerültek ismételten visszautasításra. Ennek okai feltárhatók. A szociális ellátás anyagi forrása központi költségvetésben biztosított, s mint a humán szféra más területei (oktatás, egészségügyi ellátás, művelődésügy stb.) és mint a nem termelő ágazatok, mind *krónikusan alulfinanszírozottak,* nincsenek alkupozícióban, kereteiket a „*maradékelv*" határozza meg – a jobb gazdasági helyzetben is. Ahogy az életszínvonal-politika megtorpanása elsősorban a sokgyermekes családokat, a pályakezdő fiatalokat, a fogyatékosokat, a kisnyugdíjasokat, az ellátásra szoruló öregeket érinti legérzékenyebben, a szociálpolitika dotációja a nehéz gazdasági helyzetben kettős szorításba kerül. A források szűkülnek, ugyanakkor a vele szemben támasztott igény fokozódik. A tanácsi költségvetésben a szociális juttatások elosztásánál a bürokratikus kötöttségek mellett sok szubjektív, szakmailag nem indokolható szempont is érvényesül. A szociális pénzek elosztása a terület ellenőrzésének, birtoklásának igényét erősíti. Így a hatalmi struktúrában a szociális juttatások feletti rendelkezés megemelt jelentőségű. Eddig is, de a reformtörekvések nyomán fokozottabban érezhető a feszültség a szociálpolitika birtoklása körül.

A modellképzés szükségessége

A szociálpolitikai reformtörekvések útjában ez a konzervatív, bizonyos fokig természetes ellenállás csak az egyik ok. A másik nehézség, hogy nem rendelkezünk követésre biztató, gazdaságos, hatékony szociálpolitikai modellel. Nem ismerek olyan nemzeti szociálpolitikai modellt, melyre azt mondanám, igen, ezt így kell csinálni. Attól tartok, azért

nem ismerek ilyet, mert nincs. Az általam talán legtöbbre tartott svéd, dán és finn, többnyire szociáldemokrata indíttatású jóléti államok szociálpolitikája – eltekintve a számunkra utánozhatatlan bőkezűségtől – nem mentes az elvi és gyakorlati ellentmondásoktól, kompromisszumos és hibrid megoldásoktól. Ahol a dolgozók szolidaritásából, megküzdött érdekvédelmi harcaiból kinőtt szakszervezeti hatalom is segít, még ott sem ismeretlen a szociálpolitikában *az elidegenedés, a bürokrácia, a nem* egyenlő *hozzáférés, a visszaélés mások szolidaritásával* vagy a kedvezményezettek körében a fokozódó hajlam a szociálpolitikai „kitartottságra", a társadalmi parazitizmusra. Úgy tűnik, az emberi jogok szociális vonatkozású kiszélesítése, a szervesen fejlődött demokratikus intézményrendszer sem tudja egymaga olyan fokra emelni az *ember méltóságát, amely aktív, önsegítő magatartásra késztetné a bajba jutott embert.* Az alapvető változást a szociálpolitikában, csakúgy, mint a politikában, a demokrácia erősödésétől remélhetjük. Persze, a demokrácia sem old meg alapvető szociális problémákat humán reform nélkül! Ha az *urbanizáció* során figyelembe vesszük a kialakult emberi kapcsolatokat, emberformáló és megtartó közösségeket, vagyis számolunk az emberi tényezővel, úgy állnánk-e a *deviancia* gondjával, viselnie kellene-e a fejlődésében háttérbe szorított szociálpolitikának annyi gondot, mint most? Ha a *nők emancipációja* nem rendelődik alá az extenzív iparosítás munkaerő-utánpótlási gondjának, itt tartanánk vajon a nők tényleges egyenjogúsága és még inkább emberi egyenértékűsége dolgában? Biztos, hogy a szocialista építés körülményei közt is szükségszerű a *család válsága, bomlása,* annyi „emberi" bajunk, szociálpolitikai gondunk forrása? És vajon szükségszerű volt, hogy az iparosítás, a városokra koncentrált iparfejlesztés során másfél millióan legyenek ingázók? Az ő körülményeiket, családi diszfunkcióikat látva – akár alkoholbetegeim élet- és betegségtörténetének tükrében –, elégedett lehetek-e, dicsérhetem-e az iparosítási politika körültekintő hozzáértését? Megítélésem szerint a helyzet olyan súlyos, nemcsak gazdasági, hanem politikai szempontból is, hogy *az ország talpon maradása megkívánja az emberi tényező előtérbe helyezését,* még akkor is, ha a költségvetés szorít. Az emberek nemcsak további passzív áldozatvállalásra, hanem egészségük, családjuk szociális biztonsága érdekében önsegítő aktivitásra is ösztönözhetők, ha felismerik saját érdekeiket.

Vagyis nem a szociálpolitikai gondok halasztását, hanem a legjobban érintettek bevonásával, cselekvő, önsegítő csoportosulások támogatásával – *offenzív programot javaslok.* Ennek kimondásához sem elméleti meggondolások útján jutottam. Éveken át az alkoholizmus egyre súlyosbodó kártevését látva minden elérhető fórumon szót emeltem az alkoholizmus elleni küzdelem arányos dotációja mellett. Azt javasoltam, hogy az állami alkoholjövedelem minden 100 forintjából 1 forint jusson az alkoholizmus elleni küzdelemre. Még 10 fillér sem jutott a legnagyobb egyetértés idején sem. Talán az unalomig hangoztatott sok „jó érv" kudarca segítette a felismerést: ha eddig nem kaptunk erre a célra, a nehéz helyzetben még kevésbé fogunk. Próbáljuk meg, mire juthatunk önerőből, továbbra is igényelve az elérhető anyagi támogatást. A gyógyult vagy gyógyulófélben lévő alkoholbetegek reszocializációjának modellálását vállaltuk a TBZ-kutatáson belül. Az osztályon folyó elméleti megalapozás mellett szükségesnek tartottuk a gyakorlati megvalósíthatóság kipróbálását. Úgy ítéltük meg, hogy alkoholbetegek esetében a „szesztestvérségben" kipróbált és „edzett" fokozott *szolidaritásra* lehet számítani, csak ezúttal pozitív, a talpraállást segítő értelemben. A másik támpont az alkoholbetegek ismert tulajdonsága, hogy ha nem isznak, *jól dolgoznak,* mert olyankor bizonyítanak. A modellkísérletet a Budakeszi Alkoholmentes Klubhoz kapcsolódva végeztük. Első lépésben gyógyuló betegeinknek kis szövetkezeteknél biztosítottunk „védett", vagyis szeszmentes munkalehetőséget, olyan munkaterápiát, amely annyi jövedelmet hoz, hogy önerőből rendezni tudják anyagi helyzetüket, pótolni ruházati és egyéb hiányosságaikat. Sokkalta jobbnak, a reszocializációt inkább segítőnek tartjuk ezt, mint a tanácsi vagy egyéb segélyek, munka nélkül kapott anyagi támogatások szerzését. Nem neveljük betegeinket *szociális élősködésre,* ellenkezőleg: önbizalmukat, emberi épülésüket erősítjük. A szolidaritási érzés fokozódására jellemző, hogy munkaterápiás keresetük tíz százalékát felajánlották a „klubszállás" fejlesztésére. Jelenleg már tíz embernek tudunk két bérelt lakásban szállást biztosítani spontán lakóközösséget alakítva, természetesen átmeneti jelleggel. A bérleti díjat megosztva maguk az igénybevevők fizetik. A Klub csak segít, garanciát biztosít a házigazdának. Az elmúlt évben a reszocializációs-rehabilitációs programban résztvevőknek több pénzt tudtunk munkájuk fejében juttatni, mint amennyit a Klub a szűkös tanácsi költségvetésből tíz év alatt összesen kapott. Kedvező tapasztalataink alapján rehabilitációs helyi egyesületet szerveztünk, amelynek már műhelye van, és szerződéses munkakapcsolatok révén mind több rászorulót tud foglalkoztatni. Ha

a szociálisan leginkább sérült, család nélküli, otthontalan, többnyire börtönviselt alkoholbetegekkel lehet önsegítő mozgalmat szervezni, miért ne bíznék szociális problémákkal küzdő, de társadalmilag még nem ennyire sérült emberek önsegítő érdekvédelmi csoportosulásában? Az akciókutatáshoz azonban külső segítség kellett, elsősorban a korlátozó tényezők kiküszöbölése, öntevékeny klubmozgalom, a *nem profitelvű* vállalkozás erkölcsi támogatása, az egyesületi törvény értelmes alkalmazása, anyagi támogatás adómentesség formájában stb. Ez a kísérlet azt is mutatja, hogy a szociálpolitikai öntevékenység alapvető intézményi reformot kívánna. Meg kellene szüntetni a hatalomelvonás ma még mindennapos gyakorlatát a helyi választott tanácsoktól. Lehetőséget adni a lakossági érdekvédelem demokratikus megfogalmazására. Önkormányzati, érdekvédelmi egyesületek, *önsegítő közösségek* működését támogatni, figyelni a munkaalkalmak fejlesztésére, a jobb kereseti lehetőségeket biztosító, a szociális gondokat enyhítő tevékenységekre.

A példa további tanulságok megszerzésére is alkalmas. A szociális segítésre szoruló személy ismerete nélkülözhetetlen. De a szociális korrekcióhoz nem a személyi, szociális károsodás, a torzulás megjelenési formája, mértéke, társadalmi veszélyessége, mindennek elemzése, meg- (és el-) ítélése szükséges. Azokra a humán értékekre kell figyelnünk, ami még *a* stigmatizált, megvetett, lezüllött emberben maradt a szociális dezintegráció során. Ilyen a primer szolidaritás érzés, a munka értéknek tekintése, az önpusztító, önfeladó, önbecsmérlő attitűd megfordíthatósága, a megváltozott szociális és érzelmi környezetre reagáló készség, a deviáns ember pozitív nonkonformizmusa.

Humanizáló tényezők

A reszocializációs folyamatban ezek a kapcsolatok, és nem a moralizálás, a prédikációs befolyásolni akarás használ. Habilitációs, reszocializációs törekvéseinkben (ezek képezik az aktív szociális gondozás zömét) nem elég világos a munka humán értéke, korrekciós, gyógyító szerepe. A *munka szüntelen és tudatos humanizálása szükséges.* A munka teremti meg az emberlét alapvető lehetőségét, anyagi feltételeit. Ugyanakkor alakítja, képezi, fejleszti az ember személyiségét, a családot, a kisebb és nagyobb közösséget. A természet nyújtotta kincsekhez is munka, mégpedig céltudatos, hosszú távlatokra kitervelt munka révén jutunk, tehát *az embert és nem a profitot szem előtt tartó gazdálkodással* és főleg nem rablógazdálkodással. Ez a humanizálás egyik előfeltétele. A munkavégzésünk mikéntje, emberhez méltó módja egyre

differenciáltabb, mindinkább szellemi és mind kevésbé nehéz fizikai összetevője, ami megóvja az embereket az elhasználódástól, egészségük károsodásától, a megrokkanástól. A szociálisan sérült embereknek természetesen a *munkához való viszonyuk is sérült,* háttérbe szorul a munka öröme, személyiségfejlesztő hatása – és szerepe *a létfenntartás eszközévé redukálódik.* A szociális gondozás többnyire itt is hajlandó elfogadni a munkának ezt a személyiség regresszióját tükröző, de azt elő is segítő szerepét, és elsősorban a csökkent munkaképességre figyel, annak pótlását kívánja segíteni, többnyire a létminimum szintjéig. Ezért vész el gyakran a munka gyógyító, humanizáló hatása a szociális „gondozás" során. Ahogy az átlagos népesség esetében, e téren sem elég a munkaidő csökkentésére törekednünk. A termelékenység fokozását nem lehet tartósan a munka intenzitásának emelésével biztosítani, hanem új, humánus minőségi elemek szükségesek – a szociális ellátásban alkalmazott „munkaterápia" pedig még differenciáltabb munkaviszonylatot, *több humán tartalmat igényelne.*

Rehabilitációs törekvéseink során gyakran szembekerülünk a termelés, a gazdálkodás érdekeivel. Holott humanizált viszonyok közt ez csak álkonfliktus. Tisztázni kellene, hogy az ember és a természet van-e a gazdaságért, vagy a gazdaság az emberért. A humanizálás azt jelenti, hogy a tőkével, a termelés tárgyi feltételeivel szemben a munkának és elsősorban az élő, a szellemi munkának kell becsületet adni. E humanizálás legfőbb erőforrásai a felhasználás során *sajátosa*n gyarapodni képes emberi adottságok és képességek, ezek igénybevétele, kibontakoztatása. Így a habilitáció és rehabilitáció, még a megváltozott munkaképesség esetén sem volna társadalmi nyűg. Még az ilyen képességek parlagon hagyása sem engedhető meg, nem egyeztethető össze a munka humanizálásával.

Hasonló jellegű „elintézetlen probléma" a szociális segítségre szorulók *önértékelése*. Egy társadalom kulturáltságának legfőbb ismerve viszonya az emberi szolidaritásra leginkább rászorulókkal, a gyerekekkel, az öregekkel, a betegekkel, a testi és szellemi rokkantakkal, a hátrányos helyzetűekkel. Igen élesen és a legtömegesebben az öreggondozás terén jelentkezik hiányosság. Az alapvető probléma, hogy a társadalmi, egészségügyi vívmányok fejlődésével megnőtt az emberek élettartama, de ezzel együtt nem nőtt arányosan a produktív életperiódus. A fiatalok biológiai érése gyorsult, szociális felkészülésük azonban – éppen a hosszabb iskolázási követelmények miatt — kitolódik. Nálunk az emberek hamar mennek nyugdíjba, és ez önértékelésükben, társadalmi presztízsükben, anyagi ellátottságukban ellentmondásosan tükröződik. Átfogó, elszemélytelenedett, bürokratikus intézkedésekkel a nyugdíjazás körüli feszültségek, a szereptévesztésből következő önértékelési

problémák nem oldhatók meg. Ez egyedi, személyes, idős embernek kijáró megbecsüléssel és érzelmekkel átszőtt törődést igényelne, vagyis az öreggondozás humanizálását. Ennek elmaradása, gyengesége pedig sokszorosan megbosszulja magát a társadalom erkölcsi tartásában, az egyes emberek jövő-tudatában és nagyon kézzelfoghatóan például kórházügyünk tartós csődhelyzetében. A pszichoszomatikus szemléletű orvos jól érzékeli, hogy az időskori feszültségek, a magára maradás mennyire hajlamosít betegségre, az életkorral szinte velejáró panaszok túlértékelésére, központba állítására. Az ilyen ember esetlegesen több orvosi és szociális segítséget igényel, mint amennyire ténylegesen szüksége van; máskor jól befolyásolható panaszait is elhanyagolja. A biológiai, szellemi, pszichológiai, szociális aktivitás fenntartása leginkább az érintettek önsegítő, egymást segítő attitűdje mellett képzelhető el, egy olyan öreggondozási rendszerben, ahol az idős ember megőrizheti vagy még gyarapíthatja is emberi méltóságát, önbecsülését. Olyan sokféle önkormányzati, kulturális és szociális érdekvédelmi, maga választotta, többnyire klubszerű kis közösséget képzelek, ahol kedvére való szellemi és fizikai tevékenységgel kiegészítheti nyugdíját, részt vehet a nálánál idősebbek vagy rászorultabbak gondozásában, családi, baráti kapcsolatokkal erősítheti magát, ahol hasznosíthatja, értékesítheti tapasztalatait, netán bölcsességét. Mert ebben az országban sok okos ember van, sok idős ember, de bizony bölcsesség dolgában még a szociálpolitika jobbításában is szükséget látunk.

BÜROKRATIKUS TENDENCIÁK AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

Ma a szociálpolitika, azon belül az egészségügy működését elsősorban a bürokratizmus veszélyezteti. A bürokratikus szervezetek erősen tagolt, hierarchikus felépítése hatékony lehet a munka teljesítésében, de nem segíti az alkotó tervezést. Ezért is konzervatív a bürokratikus irányzat. Az újat, az új helyzeteket a bürokratikus szervezet mintegy fenyegetőnek tekinti. Nem tudom eldönteni, hogy a felszabadulás után létrejött egészségügyi apparátus – a szocialista egészségügy nagy értéke – fokozatos elbürokratizálódásáról van-e szó, vagy csak elmaradásról. Azt is megkérdezhetném: miért nem érvényesül az új gazdasági mechanizmus szemlélete a rugalmasságra és rentabilitásra törekvés az egészségügyben?

Több mint két évtized a tbc elleni küzdelemben megtanított, hogy itt valóban küzdelemről van szó. Soha nem ment simán. Mindig is érvényesült a konzervatív és progresszív erők küzdelme. Az időleges vereséget azonban tudomásul lehetett venni, ha a front és az erőviszonyok világosak voltak. Mennyivel nehezebb, ha a cselekvés, az előrehaladás igénye azokba ütközik, akiket valamikor a cselekvés motorjaként látott az ember, akiket sok vonatkozásban példaképnek tartott és tisztelt. De éppen ez mutatja, hogy itt nem egyes emberek személyes értékéről van szó, hanem egy mechanizmusról. Ezt azért is szükségesnek tartom leszögezni, mert gondjaimat feltárva, annak éle nem irányul egyének ellen. Nem lehetne rosszabbat tenni ügyünknek, mint a problémamegoldás kísérletét személyi vonalra terelni, és személyi nézeteltéréseket provokálni. Diagnózisra kell törekednünk, mert ha a bajok nem kapnak helyes magyarázatot, nagyobb a tévutak veszélye, pl. hogy egyes irányító személyeket okoljunk.

A tbc elleni küzdelem felfutása idején a nehézségek többnyire objektiválhatóak voltak. A boldogítóan nagyszerű eredmények mindenért kárpótoltak. Most meg egyre inkább úgy érzem, hogy a népegészségügyi problémák megoldását célzó kezdeményezések, törekvések mintha más konzisztenciájú közegbe kerülnének. Konkrétan egy engem érintő területre, az alkoholizmus elleni küzdelemre utalok. Hangot adtam mindinkább megszilárduló nézetemnek, hogy előrehaladásunk legfőbb akadálya egy jól szervezett, központilag irányított szakhálózat hiányában keresendő. A problémamegoldás útjait kutatva, nosztalgikus áthallású utalásokat, hivatkozásokat tettem a tbc-organizációban

megismert lehetőségekre. Hivatkoztam arra, hogy a nehéz években ki lehetett építeni szervezetet, amely alkalmasnak bizonyult egy pusztító népbetegség megtörésére. Most miért nem lehet az alkoholizmus elleni küzdelem lényegesen kisebb anyagi igényű szervezetét létrehozni? Egy álláspont lehet helytelen, vitatható. De mikor nincs ellenvetés sem, csak nem történik semmi – az az igazi gát.

Akiknek élménye volt valamikor a „lehet", hogyan törődjenek bele a „nem lehet"-be?

ALULRÓL FELFELÉ

Szavak. Keserű, csalódott, panaszos, dühös, vádló, számonkérő és baljós szavak. Sötétek. De csak szavak. Hallom és olvasom a szavakat. Vitatkozom önmagammal: a kimondhatóságra vágytam, a dolgok, a bajok nevén nevezhetőségét kívántam, mert e nélkül nincs jobbítás, társadalmi cselekvés. Most pedig, a „bátor szókimondás" divatjában nem érzem a szabadabb légzés örömét. A bíráló szó, amely mögött nincs munka, útkeresés, új gondolat, alkotás, bizakodás – szájalás csupán. A narcisztikus önkielégítés éretlenségére emlékeztet. Azon kapom magam, hogy a jobb körökben szinte kötelező pesszimizmussal szemben már megint reménykedem. Pedig látom az ország állapotát, ismerem a gőzkazán túlnyomását csökkentő szelepmechanizmust, a demokráciát mímelő passzív toleranciát, a legyintést: „hadd beszéljenek". Mégis úgy érzem, szimatom nem csal: a felpezsdülő összevisszaságban az éledés jeleit, a felemelt fej kicsit még csodálkozó örömét is érzékelem. És ha a menekülő tömegek lelki betegségét, az életösztön, az életkedv megfáradását fölismertük, észre kell vennünk a lábadozás első jeleit is. A nemzeti sorskérdések nyilvános vitája és árnyaltabb megfogalmazása is a tápászkodás jele. Bármennyire súlyosak is e gondok, reménytelenek csak azoknak tűnnek, akik mindent felülről várnak. A nehéz életű emberek sejtik, tudják: annyi lesz, amennyit maguk megtesznek. Ha segítség érkezik, az már szerencse. De a szerencséhez is kellenek jól működő ösztönök. A jó ügyeiben annyiszor megvert magyar progresszionak egyszer már meg kell tanulnia: ott kell előremenni, ahol lehet. Le kell küzdenünk a romantikus vonzódást a nagy, de meg nem oldható „ügyek" iránt, anélkül, hogy lemondanánk megoldásukról.

A politikacsinálók évtizedek óta a gazdaság oldaláról néznek mindent. Ez a nézet uralkodott a modernizációs programban, a hatvanas évek reformtörekvéseiben, a bajok halmozódásakor pedig a stabilizációs programban is. Miközben a humán oldal mindig mellőzött vagy másodlagos szerepbe szorult, lassan érlelődik a felismerés: nem számíthatunk a gazdasági reform sikerére politikai, intézményi és humán reform nélkül.

Jól látjuk, hová jutott az országban a művelődés, az oktatás – és ami a társadalomra is figyelő orvost a legközvetlenebbül érinti – a népegészség ügye. A hetvenes években már vészes jeleit láttuk a lakosság folyamatosan romló egészségének, az új, tömeges, az életmóddal összefüggő népbetegségek szaporodásának. Ismertekké váltak az

európai országok sorrendjének végén álló megbetegedési, halálozási, népesedési mutatóink. De már van egészségvédő, betegségmegelőző programunk. Ez korszerű, az Egészségügyi Világszervezettel, illetve annak Európai Irodájával egyeztetett koncepció. Az egészségmegőrző, betegség megelőző nemzeti programban – melyet szívesen nevezznék „Egészséges Magyarországért" mozgalomnak – elsőként tolakszik megoldásra egy negyven éve deklarált, de máig elintézetlen ügyünk: az egészségügyi alapellátás jobbítása. Ezen belül is a kis és közepes települések (községek, nagyközségek) terén van esélye a reformnak.

A társadalom-orvoslás egyik meghatározó, mélyen demokratikus elve, hogy az egészségügyi szolgálatot, tehát az egészségvédelmet, a betegségmegelőzést, a gondozást és a tömeges, a mindennapi betegellátást a lehető legközelebb kell vinni az állampolgárok lakó-, illetve munkahelyéhez. Ez nemcsak az ellátottak kényelmét, a felesleges küldözgetések elkerülését szolgálja, hanem a segítő, a régi háziorvosi rendszerre emlékeztető orvos–beteg kapcsolat tartós, személyes jellegét, a családi, lakóhelyi vagy munkahelyi környezeti tényezők jobb ismeretét is, mindazt, ami szükséges egy átfogóbb, emberközpontú orvosláshoz. A népegészségügyi szervezésnek ezt a szintjét nevezik alapellátásnak. A kifejezés a forma alapvető fontosságára, meghatározó jelentőségére utal, és nem az ellátás alacsony szintjére. Az alapellátás csak egy alulról szerveződő, önkormányzati közösségben, demokratikus struktúrában érvényesülhet. Érthető, hogy leértékelődött, hiszen az egészségügyi szervezés – megfelelően az etatista, centralista, bürokratikus intézményi struktúrának – felülről lefelé történt; ezért maradt a magyar egészségügyi organizáció szinte jóvátehetetlenül kórházcentrikus. Ez a legköltségesebb, leggazdaságtalanabb forma – nemcsak a tömeges betegellátás, hanem a kórházi ellátás színvonala szempontjából is. A kórházakra olyan tömeges ellátási, gondozási, ápolási feladat hárul – éppen az alapellátás elégtelenségei miatt –, ami teljesítőképességüket feleslegesen és igen költségesen terheli. A demokratikus és ugyanakkor gazdaságosabb alapellátást biztosító szerkezetváltás programja négy évtized múltán is időszerű, holott az egészségügy valamennyi ötéves terve hangsúlyozta az alapellátás fejlesztésének szükségességét. A sokszor kinyilvánított program azonban papíron maradt, sőt.

Az egészségügyi reform és struktúraváltás csak országos, össztársadalmi vállalkozás részeként valósulhat meg, ahogy az alapellátás demokratikus reformja is kötődik a különböző települési formákban szerveződött közösségek (kis-, nagyközség, város stb.) alulról felfelé építkező, az önkormányzati tendenciákat erősítő demokratizálódási folyamatához.

A Szociális és Egészségügyi Minisztérium megalakulásával elfogadást nyert és az elvi irányításban szervezeti lehetőséget is kapott a népjóléti koncepció, az egészségügy és szociálpolitika integratív, egymást kiegészítő és erősítő kezelése. Ez azt jelenti, hogy pl. egy idős vagy nehéz helyzetű idült beteg orvosi és szociális bajaival nem elkülönítetten foglalkoznak, mivel azok az életben is együtt járnak. Ez a népjóléti elv azonban csak akkor valósulhat meg az állampolgár számára is érzékelhetően, ha az alapellátásban is mindennapi gyakorlattá válik.

Az alapellátás mai rendszerében bizonyos specializálódás mutatkozik, különösen a körzeti egészségügyi ellátásban, ahol a gyermek és fogászati körzeti ellátás is jórészt kiépült. Kevésbé elismert és jelenleg még nem elég hatékony az üzemorvosi szolgálat. Pedig az üzemorvosi tevékenység szinte predesztinál a társadalom-orvoslási, az egészségmegőrzési, betegségmegelőzési törekvések megvalósítására, a külső és belső ártalmak korai felismerésére, a korai kezelésbe és gondozásba vételre, a munkaképesség elvesztésének megakadályozására, egyszóval a többsíkú, emberközpontú orvoslásra. A betegség-központos, csak gyógyító medicina szemléletében az üzemorvoslás ilyen lehetőségei nem bontakozhatnak ki, az üzemorvoslás presztízse ezért is leértékelt. Minthogy az alapellátás reformszemléletű fejlesztését falun tartjuk legsürgetőbbnek, fontos, hogy a mezőgazdasági üzemekben meglévő vagy tervezett üzemorvosi szolgálat az igények és lehetőségek arányában fejlődjék.

A javasolt struktúraváltás realitását jól mutatja a finn példa. 1960-ban Magyarország és Finnország megbetegedési és halálozási mutatói még azonos szinten voltak. Mostanra a finnek az európai mutatók élén vannak, mi az utolsó helyen. Mi történt Finnországban? Az általános politikai, társadalmi fejlődés sodrában végrehajtották a demokratikus struktúraváltást. Korábban a finnek is a kórházfejlesztésre helyezték a hangsúlyt. A költségvetési ráfordítások aránya a hetvenes évekig 9:1 arányban oszlott meg a kórház és a járóbeteg-ellátás közt. Most az arány 4:6, az utóbbi javára. A helyi önkormányzatok és a központi támogatás általában fele-fele arányban biztosítja a pénzforrásokat, de az elmaradott, szegényebb községek központi támogatása nagyobb, akár kétharmadnyi.

Az alapellátás reformja a demokratikus egészségügyi (népjóléti) struktúraváltás első lépésének tekinthető. A falusi alapellátás hatékony reformja csak átfogó, integrált formában képzelhető el, a népjóléti szemlélet rehabilitálása révén. Azokra az előnyös és előnytelen változásokra gondolok, amelyek az elmúlt negyven évben a magyar falvakban bekövetkeztek. A falvak sajátos polgárosodási folyamatára, amikor az anyagi gyarapodás leginkább az egyéni fogyasztásba torkollt, mellyel

a falu közösségi, kulturális élete, a kommunális fogyasztás nem tartott lépést, a falvak lakosságmegtartó értékei elsorvadtak, szétestek. Az orvos, aki betegeit a munkásszállásokon lakó, az ágyrajáró, az ingázó falusiakból kapja, ezt a romlást betegei egyéni élettörténetében érzékeli és éli át. De nem kell talán adatszerűen bizonyítani, hogy a magyar faluban baj van – és nemcsak a lakosság egészségi állapotával van baj. A kikapaszkodást sürgető gondolkodás régi emlékeket idéz. A háború pusztította, front legázolta falura gondolok 1945 tavaszán. Úgy tűnt, gazdátlan maradt az ország, minden közigazgatás megszűnt, s akkor előbújtak a Nemzeti Bizottságok, és nagyon hamar kiderült, hogy a magyar faluban vannak vezetésre alkalmas emberek. 1956 őszén is akadt példa a magyar demokrácia önszerveződésére.

Minden községben kellene legyen művelődési ház, egészségház, családsegítő (szociális) szolgálat, sportlétesítmény. Kívánatos, hogy a népjóléti bizottságba orvos, pedagógus, lelkész, jogász, agronómus, gyógyszerész, más egyetemi végzettségű ember is bekerüljön. A falu értelmes és hiteles embereinek összefogása sokat lendítene a falu helyzetén, sok falu kikerülne a stagnálás vagy éppen a sorvadás állapotából – különösen, ha egyidejűleg erősödne önállósága, önkormányzata, egyszóval: alulról szerveződő demokráciája.

ELMOZDULÁS A HOLTPONTRÓL

Az elmúlt három évben – bár a politikai vezetés a nehéz gazdasági helyzetben is kiemelt jelentőségűnek nyilvánította az egészségügyet – nem következett be kedvező változás. Inkább fokozódtak a nehézségek, az elégedetlenség sem csökkent. Azok az orvosok és egészségügyi dolgozók, akik makacsságuk, önérzetük miatt mindeddig „nem adták fel", lehangoltan állapíthatják meg: a népegészség „ügye" előbb defenzívába szorult, majd a sokirányú erőfeszítések ellenére holtpontra jutott. El tudunk-e mozdulni innen? Az előrehaladáshoz szembesülnünk kell a bajok eredendően nem egészségügyi, hanem politikai természetével. Látnunk kell, mi tartozik a reformfolyamatban a politikai döntéshozókra, és mit tehetnek maguk az egészségügyiek. Egyáltalában: vannak-e az egészségügyön belül a reformfolyamatban érdekeltek? S többségben vagy kisebbségben vannak-e? Ettől is függ, támaszkodhat-e a reformfolyamat az egészségügyön belüli, demokratikus irányú változásra, vagy megint csak felülről irányított változtatásokra van lehetőség.

Az eredendő politikai hiba

Az iparban és főleg a mezőgazdaságban sok vonatkozásban megtörtént a revízió, a szociálpolitikában azonban a helyzet felmérésén alapuló reálpolitikai fordulat máig várat magára. Pedig az egészségügyben még nagyobb volt az előreszaladás. A torz, felemás kapitalista fejlődés és a háború után, amikor a szocialista fejlődés feltételeit is csak rendkívül nagy erőfeszítéssel lehetett volna biztosítani, kinyilvánították a társadalombiztosítás és az egészségügy kommunisztikus programját: mindenkinek szükséglete szerint. Ilyen célkitűzést a „jóléti államok", a szociáldemokrata egészségügyi programok sem engedhettek meg maguknak. Pedig ezek az államok nemzeti jövedelmük többszörös hányadát tudták és tudják szociálpolitikai célokra biztosítani, mint mi. S akkor tűztek ki ilyen fellegjáró célokat, amikor a tömegessé váló betegellátásnak sem személyi, sem intézményi, sem tárgyi feltételei nem voltak. A hiányt az intézmények „belső szervezéssel", az ismert „átszervezéssel", magyarán túlzsúfolással, az egészségügyi dolgozók túlterhelésével próbálták megoldani. A fokozott munkateljesítményt pedig nem a megérdemelt bérezéssel, hanem a hivatástudat sűrű emlegetésével „ellensúlyozták". Az ingyenesség propagandájával megalapozat-

lan igényeket ébresztettek a lakosságban. Ugyanakkor az egészségügy részesedése a nemzeti jövedelemből még a többi szocialista országhoz viszonyítva is alacsony maradt.

Értékeink, vívmányaink megőrzése

Hangsúlyoztam ugyan a szocialista egészségügy torzulását és az ingyenesség propagandisztikus felhasználását, de hibásnak tartanék mindenfajta visszalépést az állampolgári jogként biztosított egészségügyi szolgáltatás vívmányától. A kórházak, a rendelőintézetek és más „nagyüzemi" egészségügyi intézetek létesítése, fenntartása, fejlesztése továbbra is állami feladat, mint ahogy a gyógyszereket, gyógyászati eszközöket is lényegében az állami költségvetés biztosítja. Változtatni elsősorban a lakosságnak kevés terhet jelentő térítési díj kiterjesztésével kellene. Létezik ez most is a gyógyszerek, gyógyászati eszközök szolgáltatásában. Az egészségügyi ellátás jelenleg sem teljesen „ingyenes", pontosabban nem térítésmentes. A hálapénz-rendszer kialakulása pedig – súlyosan romboló formában – amúgy is megkérdőjelezte az ingyenesség elvét. Elsősorban felvilágosítással kellene megértetni, hogy a szocialista egészségügy alapelve nem az állam által ingyenesen nyújtott szolgáltatás, hanem az állampolgári jogon kapott társadalmi biztosítottság. Ennek terheit minimális (a mostaninál nem nagyobb) mértékben vállalja az egyén, a nagy hányadot a dolgozók (mégpedig a fizetésből élő dolgozók) bérelvonása fedezi. A betegek ápolásában, gondozásában, különösen az öregek gondozásában nem mondhatunk le a családi, a rokoni szolidaritásról. Ennek tudatosítása azért is fontos, mert az egészségügyi szolgáltatásokban az orvosilag indokolt szükségleteket a lehető legnagyobb mértekben ki kell elégíteni, de a szükségleteket nem szabad összetéveszteni az igényekkel. A dolgozók szolidaritására támaszkodó, teljes népbiztosítás nem vonatkozhat az átlagosnál jóval magasabb keresetűek plusz igényeinek kielégítésére, aminek mostanában igen gyakran tanúi lehetünk. A különleges igényeket vagy meg kell fizetni, vagy lehetőséget kell teremteni a saját költségű különbiztosításra. A „különszobás beteg"-rendszer visszatérését azonban semmiképpen sem tartom jónak, mert kórházainkban általában nincsenek meg a feltételei (a kevés különszobát súlyos vagy éppen haldokló betegeknek kell fenntartanunk), s mert az egyenlőség-elvű társadalomban méltán ellenérzést kelt. Ugyancsak ellene vagyok bizonyos piaci tendenciák, a kereslet–kínálat szemléletű szabályozás érvényesítésének az egészségügyi ellátásban. A népegészségügyi reformtörekvéseknek nem kell gépiesen másolniuk a gazdasági reform

módszereit. Elég volna, ha a gazdaságosság, az észszerű felhasználás elvét tudnánk érvényesíteni.

Megítélésem szerint éppen az egyén felelősségének, aktív részvételének és együttműködésének javítása miatt is érdemes lenne kiterjeszteni a kismértékű térítési díj alkalmazását. És ugyancsak indokolt volna felülvizsgálni táppénzrendszerünket, amely sokszor ellenérdekeltséget teremt a gyógyítással szemben, legalábbis nem ösztönzi a beteget az egészség védelmére.

A demokratikus struktúraváltás szükségessége

Ma már elég távlatunk van, hogy elfogulatlanul megítélhessük: a felszabadulás után a magyar egészségügyben forradalmi változás történt, de a népi erők politikai-hatalmi gyengesége miatt nem alulról szerveződött, hanem elsősorban a fasizmus világméretű vereségére és a szövetségesek győzelmére támaszkodott. Mint sok más területen, az egészségügyben sem ment végbe demokratikus, strukturális változás. A felülről irányított forradalom ezt nem biztosíthatja, pedig égető szükség lett volna erre az erősen hierarchizált, sok feudális maradványt, kasztszellemet is hordozó egészségügyi rendszerben. A világháború utáni nagy politikai és társadalmi változás felkészületlenül érte az orvosok többségét. Az elkötelezett, viszonylag kevés kommunista orvos inkább az egyetlen szocialista egészségügyi modell átplántálására törekedett, és a frissen megszerzett hatalom birtokában nem érzékelte a valódi demokratikus átalakulás szükségességét. A szocialista egészségügy egyik meghatározó elve, hogy az egészségvédelmet és a tömeges, mindennapi betegellátást a beteget legkönnyebben megközelíthető módon, saját környezetében, tehát a lakókörzetekben és az üzemekben kell végezni. De ez a mélyen demokratikus, nagy lehetőségeket és előnyöket kínáló koncepció is csak elégtelenül, sok tekintetben formálisan valósult meg. Ellátási rendszerünk erősen kórházcentrikus.

	1970	1980	1983
Az orvosok száma	23 524	30 842	33 035
Körzeti orvosok	3 646	4 045	4 226
Kórházi orvosok	8 065	10 644	11 172 (1982-es adat)

A kórházi orvosok száma láthatóan még mindig nagyobb mértékben nő, mint a körzeti orvosoké. Ez a „kórházcentrikus", de a kórházi ellátás színvonalát rontó szemlélet és gyakorlat gátolja a demokratikus

struktúra kialakulását és rendkívül költséges. Persze, a struktúraváltást, az alapellátás tényleges fejlesztését nem az üres körzeti orvosi állások betöltése vagy a körzeti orvosok számának gépies növelése jelenti. Az új struktúrában az alapellátás az átfogó egészségügyi és szociálpolitikai szolgálat bázisa lenne. Olyan kiemelt fontosságú kommunális intézmény, amelyben közvetlenül jelentkezhetnek az érintett lakosság egészségügyi, esetleg szociális szükségletei, és tükröződhetnek az adott település, körzet közegészségügyi érdekviszonyai is. Az alapellátás ilyen fejlesztése a települési viszonyoktól függően különböző módokon és csak fokozatosan valósítható meg. A fejlesztés azokban a községekben a legsürgetőbb, amelyekben nincsen kórház, rendelőintézet. Az alapellátás feladata lenne az idült betegek gondozása, a pszichoszociálisan orientált betegvezetés, az öreggondozás, a családvédelem, a környezetvédelem stb. Ilyen komplex társadalomorvoslási tevékenység a mostani, többnyire egyorvosos körzeti rendelőkben elképzelhetetlen. Ehhez megfelelő anyagi, személyi és tárgyi feltételeket kell biztosítani. De ha összevetjük a kórházfejlesztés költségeivel, belátjuk, hogy gazdasági szempontból is ez a sokkal előnyösebb és sokkal hamarabb megtérülő befektetés. Az átfogó egészségügyi, népjóléti tevékenységet folytató intézményhez két vagy több orvosra van szükség, asszisztensnőre, pszichológiailag képzett védőnőre, illetve szociális gondozóra, gondnoki, szervezői feladatokat is ellátó adminisztratív munkaerőre, sőt szakképzetlen, főleg fiatal nyugdíjasok foglalkoztatásával biztosítható házi gondozókra. A munkaközösség valóban bázisa lehetne az egységes egészségügyi-szociálpolitikai ellátásnak. A körzeti orvosok a területi kórház-rendelőintézet állományába tartoznának, abban a lehetőségektől függően maguk is rendszeresen dolgoznának (például 3+2 vagy 4+1 napos megosztásban), és elsősorban saját betegeik kórházi ellátásában vennének részt. Az integráció ilyen értelmezése biztosítaná a körzetben dolgozó orvosok – és ez a fiatal orvosok fejlődése szempontjából különösen fontos – szakmai továbbképzését, megemelné a körzeti orvosi munka társadalmi és szakmai tekintélyét. A kórházi orvosok szemléletére is jótékonyan hatna, ha szoros munkakapcsolatot alakítanának ki a körzetben dolgozó kollégáikkal.

A szociálpolitika és egészségügy nagyon is alkalmas az emberek közéleti érdeklődésének felkeltésére, hiszen érzékenyen és személyesen érinti őket. Úgy is mondhatjuk, jó gyakorlóterepe a közéletiség tanulásának. És van mit behoznunk ezen a téren. Az utóbbi 15–20 évben például igen megnőtt a falvak anyagi ereje. Érzékelhető ez az egyéni fogyasztásban, a házépítésben, a tartós fogyasztási cikkek vásárlásában. Az egyéni fogyasztás torzulását mutatják a szomszédával versengő díszes kapuk, kerítések, homlokzatok, az előre megvásárolt sírkövek, s egyben jelzik, hogy

az egyéni fogyasztás növekedését nem kísérte a kommunális fogyasztás színvonalának emelkedése. A közösség anyagi hozzájárulásának szinte előfeltétele, hogy a fejlesztés közvetlenül és helyben érzékelhető legyen.

Ehhez a fejlődéshez szükséges annyi bátorság, hogy kimondjuk: 100 000 kórházi ágy elegendő, különösen, ha azok funkcionálisan, műszerezettség, kórházkultúra szempontjából megfelelnek a korszerű szintnek. Egyértelművé kell tenni, hogy az extenzív fejlesztést az egészségügyben is a hatékonyabb, intenzív fejlesztésnek kell felváltania. Ha sikerül megoldani az öreggondozást, az alkoholbeteg- és a neurózis-gondozást, ez önmagában 30%-os ágyfejlesztéssel felérő kapacitásbővülést eredményez.

A reformban érdekeltek

A struktúraváltás, az egészségügy demokratizálása az alapellátásban dolgozók nyilvánvaló érdeke. A körzeti munkát nemcsak anyagilag, hanem szakmailag is vonzóvá kell tenni. A körzeti orvos munkája, különösen a falusi körzetekben, az elmaradott infrastrukturális viszonyok és a fizikai megterhelés miatt – még a motorizáció adta lehetőségeket is számba véve – többnyire férfi orvosokat igényel. A mostani és a leendő körzeti orvosokra úgy kell tekintenünk, mint az egészségügyi reform legfőbb megvalósítóira. Ugyanez elmondható a fiatal orvosokról is. Az orvosok 47%-a 40 éven aluli. A jelenlegi, még mindig erősen hierarchikus egészségügyi struktúrában szakmai fejlődésük, előrehaladásuk problematikus. A klinikákon, kórházakban maradt „szerencséseké" is az, de minthogy sokkal több a tehetséges fiatal orvos, mint a főorvosi vagy egyetemi tanári státus, szükség van a „határidős" rendeletre. Az ebbe épített feszültség azonban nem a tehetségesek kibontakozását segíti, inkább az alkalmazkodást, a külső pótmechanizmusok igénybevételét, a karrierizmust. Ezek tenyésztése a legjobbakat is tönkreteszi, hiszen az orvosnak nemcsak szakértő értelmiséginek, hanem etikus, hiteles személyiségnek kell lennie.

De nemcsak szakmai fejlődésük problematikus, hanem anyagi helyzetük is. A fiatal orvosok fizetése – kihasználva a pálya nagy vonzását – igen alacsony. A tisztességes többletmunkára alig van lehetősége. Fiatal orvos – ha például lakást, családot, gyereket akar – nem mehet a második és harmadik gazdaságba dolgozni, magánrendelőt nem nyithat, mert még nincs pénze és hírneve hozzá. De taxisofőrnek sem mehet vagy pecsenyesütőnek, mert folyamatosan tanulnia kell, nem is szólva az orvos-szereppel járó kötöttségekről. A paraszolvencia rendszere pedig inkább kizsákmányolja, mint segíti a fiatal orvosokat.

A lakossági hozzájárulás mostani rendszere nem szünteti meg az orvostársadalom lényegi problémáját. Az orvosok esetében ez nem az anyagi javak, a fogyasztás magas szintjét, a kiemelt életszínvonalat jelenti. Az orvosok szakmai fejlődéséhez nem gazdagság, hanem viszonylagos gondtalanság kell. A paraszolvencia rendszere viszont a már „befutott", pozicionált orvosoknak kedvez, és hamarabb segíti a luxusfogyasztást, a javak felhalmozását, mint a pályakezdő orvos egzisztenciális megalapozását. A csak fizetésből élők és a fiatal orvosok anyagi gondjait nem oldja meg a mostani kettős egzisztencia.

Az orvosok anyagi helyzetének, szakmai fejlődésük, képességeik kibontakoztatásának megnyugtató alakulása csak egy strukturálisan is demokratikus egészségügyi rendszerben képzelhető el. Egy demokratikus egészségügy pedig feladatcentrikus. Értékeit nem az elért pozíció, a címek, a szakmai rang, hanem a teljesítmény jelenti. Ez a magas szervezettségű egészségügyben összefogást, csapatmunkát tételez. Az erősen hierarchizált organizáció véd a lazaságtól, az anarchiától, de sokkal kevesebb embernek biztosítja az önkifejtést, a gondolkodás- és cselekvésbeli önállóságot – ez most csak a vezető orvosoknak adatik meg, bár gyakran nem élnek vele.

Az egészségügyi szakdolgozókról, az ápolónőkről

Az egészségügy demokratikus átalakulásának hiányáról beszédesen árulkodik az egészségügyi „középkáderek", a szakdolgozók, elsősorban a 42 ezer ápolónő anyagi, társadalmi helyzete, munkakörülményei, munkaterhelése. A sajtó, a rádió, a televízió, ha foglalkozik is velük, nem róluk, hanem a hiányukról beszél. Ha felmerül a krónikus hiány oka, általában nem jutnak tovább a munkához mérve aránytalanul kicsi fizetésnél. Pedig lényegesen többről van szó; elsősorban az ápolónői pálya társadalmi megbecsüléséről. Az állampolgári jogon biztosított és így tömegessé vált betegellátásban mind több feladat hárul rájuk. A szorosabb értelemben vett ápolási munka mellett a kórházakban egyre több munkát vesznek át az orvosoktól. A beteg vizsgálati protokolljának végrehajtása, a vizsgálati anyagok levétele, a gyógyszerelés, az injekciózás, az infúziók, transzfúziók előkészítése, a műszeres vizsgálatok és kezelések asszisztálása vagy elvégzése is rájuk hárul. Egyre több szakismeretet szereznek, és minél többet tudnak, annál többet bíznak rájuk. Ők pedig minél többet bíznak rájuk, annál többet nyújtanak. A munka motivációjának ez kitűnő módja, de ott van az ápolási feladat egésze, a megállás nélküli ellátás három műszakban, szombaton és vasárnap is. Egy-egy kórtermes nővérre olyan betegek jutnak, akiket naponta többször tisztába kell tenni,

etetni, mosdatni, ágytálazni kell. És szeretetet adni, gyengédséget. Hol az a munkahely, ahol ilyen, a dolgozó egész személyiségét igénybe vevő követelményekkel lehet fellépni? Ma a hivatalokban, de még az üzletekben is elégedettek vagyunk a korrekt, udvarias hangnemmel. Ugyanez az ápolónőtől ridegségnek számít. Nem vagyok elfogult az ápolónőkkel. Gyakorló orvosként jól látom más nehéz sorsú nők életét is. Egy budakeszi textilüzemben dolgozó szövőnő helyzete sem irigylésre méltó, fokozódó visszértágulataival, hörghurutjával, s azzal, hogy egyre több gépet kell kiszolgálnia. S a több és változó műszak után otthon a háztartás, a három, négy gyerek. És ha történetesen – ez is gyakori, sajnos – részegen jön haza a férje, az alvása sem biztosított. Mindez jelentkezik a fizikailag és szellemileg igénybe vett ápolónőknél is, sőt még súlyosabban. A szövőnőnek ugyanis, ha fáradt, kialvatlan, rosszkedvű, nem kell másnap a gépekre mosolyognia. Az ápolási munka többszörösen igénybe vevő terheit az egyházak is felismerték. A gyógyító-ápoló apácarendekbe kiválasztott fiatal nőket egzisztenciális, vallási, etikai, érzelmi stb. motiváló tényezők igénybevételével kondicionálták a munkára. De gondoljuk meg, hogy az apácává lett parasztlány – az élet más örömeiről lemondva – társadalmilag mekkorát emelkedett! Ugyanakkor mi, szekularizált egészségügyünkben, mikor szakismeretekben többet követelünk ápolónőinktől, mint valaha az apácanővérektől megkívántak, mit nyújtunk cserébe? Aki ismeri az ápolónők életét és helyzetét, tudja a választ. Még a rendezett családi életet élő gyermekes anyának is komoly megterhelés a több műszakos, szombatot, vasárnapot, karácsonyt sem kímélő szolgálat. Hát még ha a csonka családban maradt, a gyerekeit egyedül nevelő ápolónő helyzetét tekintjük! Látszólag kényelmesebbnek tűnik a vidékről felkerült, nővérszállókban lakó fiatal ápolónők helyzete. De a kényelmesebb életre ráterhelődik a gyesen lévők és a többgyerekesek helyett végzett szolgálat, a gyakori hosszúnapozás és túlórázás. Az egyik fiatal nővér, elismerve a gyerekeseknek járó könnyítés jogosságát, azt kérdezte, ha ő folyton szolgálatban van, hogyan lesz gyerekes. És nézzük csak meg a nővérszállón lakó fiatal ápolónő kilátásait a családi életre! Ha minden pénzét megspórolja és csak kenyéren meg vízen él, akkor sem tud összehozni semmilyen lakásra valót. Márpedig, ha férjhez megy és gyereket vár, a nővérszállót el kell hagynia. Milyen hát a társadalmi presztízse azoknak a nőknek, akikre gyerekeink, szeretteink ápolását bízzuk? Jellemző, hogy a fiatal nővérek, ha megismerkednek egy fiúval, sokszor elhallgatják foglalkozásukat. A gyenge fizetésnél is nagyobb bajnak érzem, hogy az ápolónőknek sem az egészségügy, sem a társadalom nem nyújtja a sokrétű igénybevétel és teljesítmény után kijáró tiszteletet és megbecsülést. Az is jellemző, hogy bár egyre több szó esik az egészségügyről, nem ismerek olyan orvosszociológiai tanulmányt, amely az egészségügyi

szakdolgozók helyzetét, munka- és családi viszonyait tudományos (nem publicisztikai) igénnyel feltárta, elemezte, megteremtve a demokratikus változás, a jobbítási törekvések tényismereti alapjait. Először elfogulatlan és tárgyilagos elemzésre lenne szükség, hogy aztán beszélhessünk az egészségügyi munka és az ápolónői tevékenység hibáiról és hiányosságairól is. Az érzelmi odafordulás képességén is van javítanivaló. De nem szabad elfelejtenünk az érzelmi háztartás vastörvényét: a bevétel–kiadás egyensúlyát. Szeretetet az tud adni, aki kap is.

Nők az egészségügyben. Az orvosi pálya „elnőiesedéséről"

Az egészségügy demokratikus fejlődésének egyik alapkövetelménye az egészségügyben dolgozó nők helyzetének tisztességes feltárása és számbavétele. A 200 ezer egészségügyi dolgozóból mintegy 170 000 nő. Nem túlzás, ha azt állítjuk, hogy az egészségügyi dolgozók problémája nagymértékben nő-probléma. A haladás híveinek hazánkban is egyik ihlető és szervező programja volt a nők egyenjogúsítása. Úgy tűnt, a felszabadulás meghozza a változást. De itt is az történt, hogy a hibák következményei fegyverré váltak az eszme ellenében. A magyar nők jogi és egzisztenciális felszabadítása, az emancipáció egybeesett az erőltetett ütemű iparosítással. A politikai propaganda és főleg az iparosításhoz szükséges munkaerő-tartalék biztosítása fontosabb lett, mint az emberi szempontok. A nők valóban megkaptak minden állampolgári jogot – a férfielképzelés szerint –, csak éppen a család, az anyaság társadalmi presztízséhez szükséges női jogok nem valósultak meg. Az egészségügy területén különösen érződik az elmaradás. Az orvosi pálya „elnőiesedett". A felszabadulás előtt 10%-ban működtek nők az orvosi pályán, a felszabadulás után megindult és azóta egyre fokozódik a nők beáramlása. A lakosság orvosellátottságában bekövetkezett fejlődést lényegében a nők jelenléte biztosította. A folyamatot jól mutatja az orvosok életkorát és nemét együttesen feltüntető statisztika (%).

Életkor	1970			1982		
	Férfiak	Nők	Együtt	Férfiak	Nők	Együtt
30 év alatt	11,1	10,3	21,4	6,8	9,1	15,9
30-39	17,6	12,4	30,0	14,5	16,4	30,9
40–49	15,7	5,8	21,5	13,9	10,6	24,5
50–59	7,5	1,5	9,0	10,8	4,5	15,3
60 felett	15,7	2,4	18,1	10,9	2,5	13,4
Összesen	67,6	32,4	100,0	56,9	43,1	100,0

Végül is 1983-ban a dolgozó orvosok 45%-a nő volt. Ugyanakkor érdemes megnézni a vezető orvosok, a tudományos fokozattal, egyetemi grádusokkal rendelkező orvosok nem szerinti megoszlását.

	Együtt	Férfi	Nő	
Főállású igazgató	69	63	6	(8,7%)
Kórházigazgató	210	166	44	(20,9%)
Osztályvezető főorvos	1506	1198	308	(20,4%)
Kandidátus	1313	984	329	(25,1%)
Orv. tud. doktora	240	210	30	(12,5%)
Akadémikus	14	13	1	(1,07%)
C. egyetemi tanári címet kapott	148	142	6	(4,4%)
C. egyetemi docensi címet kapott	279	252	27	(10,7%)
Egyetemi tanár	290	273	17	(5,8%)

A nők térhódítását az orvoslásban nem kíséri az orvosi pálya „csúcsai"-nak meghódítása. A jelenséget sokféleképpen lehet értelmezni. A század elején még vitatták a nők alkalmasságát az orvosi pályára. A vita eldőlt, már csak a nők vezetőképessége vitatott, de az sem elvileg, inkább a gyakorlatban. A minősítések arányát tekintve talán a nők tudományos munkára alkalmassága vitatható? Vagy az orvosnők ambíciói másfelé irányulnak? Remélhetjük, hogy őket kevésbé fertőzte meg az orvosi pályán mindinkább elburjánzó címkórság? Mindenesetre az egészségügyi vezetésnek ezt az antidemokratikus jellegét nem intézhetjük el felszínesen. Az orvosi pálya jellege, maga az orvosszerep meghatározottsága, kötöttsége külön identifikációs nehézségeket okoz a fiatal orvosnőknél. Igen erős hatással van ugyanis a fiatal orvosok fejlődésére a vezető főorvos magatartása, viselkedése, problémamegoldó, illetve elhárító módszere. A férfi vezető–női beosztott szereppár kényelmes és jól harmonizáló látszata mögött az identitászavar, az azonosulás nehézségeiből származó feszültségek húzódnak. Nem valami romantikus, feminista beállítottság, hanem nagyon is pragmatikus szempontok késztetnek ennek végiggondolására. A differenciálódás máris megmutatkozik a csecsemő- és gyermekgyógyászoknál, ahol a férfi–nő-arány 1:3; a szülészeknél viszont 9:1; az urológusoknál 20:1. A szemészetben, bőrgyógyászatban, az ideg-elmén, a laboratóriumi szakorvosok, a közegészségtan, a járványtan szakorvosai közt jelentős többségben vannak a nők. Ez a spontán, nemek szerinti belső strukturálódás helyeselhető és támogatásra méltó. A 14 ezer magyar orvosnő a hazai női emancipáció nehéz, ellentmondásos körülményei közt

választott pályát. Egyesek kifogásolják, hogy a nők kisebb számban identifikálnak főnökeik „tudományos" ambícióival, de ez sokszor a kandidatúrához szükséges cikkgyártás elmaradását jelenti. Figyelemre méltóbbnak érzem azt a biztató jelenséget, amely a maszkulin célok és pályaív helyett a női identitást erősíti. Egyre gyakoribb az orvosnőknél, hogy legalább két gyereket akarnak. Hogy ez mekkora áldozatot követel tőlük, csak az értheti meg, aki látja, mint szervezik meg napról napra életüket a fiatal kolléganők. Hogy mekkora erőfeszítésükbe kerül egyeztetni a teljes anyaságot az orvosi pálya sokféle terhelésével, a heti 1-2 éjszakai ügyeletet például, amikor másnap tovább dolgoznak. Egy orvosnőtől két gyerek nevelése – megítélésem szerint – nagyobb teljesítmény, mint a kandidatúra, a különböző címek, pozíciók megszerzése. Betegeinknek, és főként a súlyos betegeknek az egészségügy jelen állapotában különösen nagy szükségük van a nőiségre, arra az emberi kvalitásra, melyben a szépség gyengédséggel, elfogadó, megértő szeretettel, türelemmel, érzékenységgel és életigenléssel elegyedik. Illyés Gyula szavaival:

Nem a kövek és nem a fémek.
Nem amik állják az időt.
…
nem a vezényszó. Rohamra! Imához!
Hanem a megfordított vánkos.

A HAJLÉKTALAN EMBER

Szó van róluk – időszerű témává, gyakran emlegetett, nyugtalanító gonddá, a közfigyelem színpadán feltűnő szereplőkké lettek a hajléktalanok. Többes számban. Vagy a társadalmi probléma, a hajléktalanság elvont alanyaiként. Így beszélünk róluk, a hazai új szegénység sztereotip módon megnevezettjei, a kisnyugdíjasok, a megözvegyült, elmagányosodott öregek, a falusi szegények, a tanyán felejtettek, az idült betegség vagy fogyatékosság miatt tartósan munkaképtelenek, a tartósan munkanélküli szakképzetlenek, a deviánsok, a lezüllött alkoholisták, a többszörösen börtönviseltek és más depriváltak sorában. Itt vannak, de mindig a sor végén, a társadalmi lejtő legalján. Kik is hát ők, a hajléktalan emberek? Honnan sodródtak ebbe a véghelyzetbe, milyen egyéni és társadalmi erők hatottak rájuk, van-e az egyéni sorsokban közös szál? Ismerjük-e őket?

A legerősebb személyes benyomást, érdeklődést talán a televízió képernyőjén megjelenő hajléktalanok keltették a pályaudvari riportokban, ahol látni lehetett őket földön fekve, alvás közben, összekeveredve persze a „bevásárló-turizmus" kétes alakjaival és az erdélyiekkel, lengyelekkel, a legkülönfélébb tranzitutasokkal, akiknek szállodára, szobára nem telik. Mégis, a televízió érzékletesen villantotta fel az elhanyagolt, mosdatlan, földön alvó, a kinti hideg elől meghúzódni vágyó embert, a kiszolgáltatottan is megmaradt „szabadságát" féltő egyént, a valamilyen hatósági begyűjtéstől rettegők riadt mozgását, sötét arckifejezését. Ennyi személyesség is elég volt, hogy a tévénézők többségéből érzelmi választ, megrökönyödést vagy elutasítást, ellenszenvet vagy együttérzést, rendőri intézkedést sürgető indulatot vagy segíteni kész odafordulást váltson ki. A felebaráti együttérzést aztán hamarosan követi a felismerés, hogy az egyéni segítség irreális – és az egészből legfeljebb lelkifurdalás marad, egy-egy jótékonysági akció vagy az alamizsnát kolduló támogatása.

Ha valaki – akár foglalkozási „ártalomként" – mindennapi érintkezésbe kerül ezzel a sor végén tengődő, egyre növekvő létszámú csoporttal, rádöbbenhet, hogy milyen keveset tudunk a hajléktalan emberről. Nem is könnyű valós ismereteket szerezni róluk. Még azt is nehéz megbecsülni, hogy egy városban, különösen olyan nagy városban, mint Budapest, mennyien lehetnek. Nemcsak azért, mert a hajléktalanok – amíg tehetik – rejtőzködnek, hanem mert a hajléktalanság fokozatosan alakul ki, és nincs meghatározó ismérve. Nem lehet megállapítani a

személyi igazolványból – sokuknak már rég nincs személyi igazolványa, semmilyen irata –, mert a lakcím fiktív, olyan lakást jelöl, amelyben rég nem lakik, vagy sohasem lakott. Ha valakinek nincs lakása, bejelentett albérlete, de rokonként, barátként, ideiglenesen, szívességből, rövid „élettársi" kapcsolatban fedél van a feje fölött, akkor még nem hajléktalan, bár az út erre vezet: a pincékben és padlásfeljárókban meghúzódó, a várótermekben, aluljárókban „melegedő", az elhagyott, jogtalanul igénybe vett lakásrészekben, mellékhelyiségekben, sufnikban, vagy a maguk eszkábálta „fóliasátorban" időző hajléktalanokhoz.

Nehezíti a definíciót, hogy meg kell különböztetni őket a különféle csövesektől, csavargóktól. Ők nem feltétlenül a kényszerítő körülmények miatt váltak hajléktalanokká. A csöves fiataloknak csak egy része kerül ki az állami gondozottakból, sokan anyagilag kiegyensúlyozott vagy éppen jómódú családból származnak; konfliktusba kerültek a környezetükkel, és tudatosan, társadalmi oppozícióból választották a csövezést, némileg emlékeztetve a hippik alternatív életformájára. A csavargók, akik többnyire meglett korúak, és alkalmi munkából, koldulásból, a „tulajdon ellen elkövetett" vétségekből összehoznak annyit, hogy esetleg valamilyen lakáslehetőséget is biztosíthatnának maguknak, mégis a hajléktalanságot választják, mert nem akarnak például gyermektartást fizetni, nem akarják, hogy „megtalálják" őket, vagy mert így érzik „szabadnak" életüket. A tudatosan vállalt és kényszermásságból származó „aszocialitás" nemcsak szociológiailag, hanem a hajléktalanság szempontjából is különbözik.

Könnyebben felismerhető a „valódi" hajléktalan elhanyagolt külsejéről, borotválatlan arcáról, a kezében lévő, minden ingóságát, „vagyonát" rejtő reklámszatyorról, és sajátos, a mosdatlanságból, a testkipárolgásból származó szagáról, a rendszertelenül táplálkozó vagy éppen éhező ember ugyancsak jellegzetes „gyümölcsszagú" leheletéről, amit többnyire a pálinka, a bor vagy a sör szaga is „komplettizál". A tapasztalt orvos küllemükből, arcmimikájukból, mozgásukból, korai fogatlanságukból, tekintetükből minden vizsgálat és laboratóriumi ellenőrzés nélkül is látja, hogy betegek, nagyon betegek, fiatalon is öregek.

Ismereteket szerezhetünk aztán a hajléktalan emberről az irodalomból, az alkohológiai, szociológiai, szociálpszichológiai irodalomból éppúgy, mint a szépirodalomból: az amerikai „Skid Row" irodalom sokszor idézett alakjai, a világ metropoliszaiban lézengők, a párizsi metrótól a kairói temetőn át a délkelet-ázsiai közterekig mindenütt megtalálhatók; a hajléktalanok sajátos folklórja, mint couleur locale, bőséges okulással szolgálhat.

Ismereteim, személyes tapasztalataim a hazai hajléktalanok két nagy csoportjából származnak. A többség a falvakból, a modernizá-

ció során a fővárosba jött, munkásszállón lakó, ingázó embertömegből vált hajléktalanná. A kisebb rész a városi, iskolázottabb, deklasszálódott, vagy szakmunkásnak, szellemi foglalkozásúnak induló, majd tört karrierű emberek soraiból kerül ki. Kórházi, intézeti gyógykezelésük során ismerkedtem velük. Természetesen nem alkotnak reprezentatív mintát, és így jellemzőik alkalmatlanok szociografikus általánosításra, de emberismereti, orvospszichológiai látóhatáromat tágították. Sokat tanultam a hajléktalanoktól. Sorsukkal, életükkel, korai halálukkal hitelesített ismereteket adtak.

Két, szinte sematikusan ismétlődő út vezet a hajléktalansághoz, majd a betegséghez. Az egyik út Borsod-Abaúj-Zemplén, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Pest, Békés, Hajdú, Zala megyéből indul, de indulhat bármely, a nagyüzemi mezőgazdasági átállással felszabaduló és helyi ipartelepüléssel nem kompenzált, munkaerő-felesleggel jellemezhető megyéből. A hazai indusztrializáció és urbanizáció humán szempontokkal egyáltalán nem terhelt „modernizációs programjában" nem a kontraszelektált réteg indult el a városok felé. Sokkal inkább a törekvő, boldogulni akaró, nehézséget is vállaló fiatal, paraszti réteg. Elindult a jobb keresetért a városba, az építőiparba, a nagyüzemi fejlődést preferáló munkaerő-kereslet „hívására". Vállalta a munkásszállói életformát, az ingázást, a családalapítás, a házépítés, bővítés reményében. De a család hiánya, a munkásszállói szabadidő sivársága és az alkohol megteszi a magáét. A családért vállalt erőfeszítés fordított eredményhez, a család széteséséhez vezet. S a késztetés az ivásra, az életmód beszűkítésére máris fokozódik. Munkaerőhiány címén a munkahely elnéző a rendszeres alkoholizálással, s jószerével elfogadottá válik. Aztán – itt mennyire helyénvaló a képes beszéd –: betelik a pohár. Megkezdődik a lecsúszás a társadalmi lejtőn: üzemi munka helyett a kevésbé kontrollált építőipar, majd az alkalmi munka következik. A munkásszálló elvesztése után a család, illetve a munkahely elvesztése. Visszaút nincs, és tíz-tizenöt évi alkoholizálás biztosan elvezet a betegséghez, az alkoholbetegség pedig számos belgyógyászati, ideggyógyászati szervi károsodáshoz és szövődményhez. De az alkoholos életmóddal együtt jár sok kisebb-nagyobb baleset, azoknak maradványai vannak, a poros, piszkos munkahelyek (szemétszállítás) vállalása, a kitettség az időjárási viszontagságoknak és az ehhez kapcsolódó légzési betegségek, a köhögést, köpetürítést kísérő gennyes hörghurut tovább rombolja a testet és a lelket, az egész embert. Az alkoholbetegek körében legalább tízszeres a tbc előfordulása – a normális átlaghoz képest –, a hajléktalanok körében pedig százszoros. Az alkoholbetegség legismertebb következménye, a leggyakoribbnak tartott halálok a májkárosodás, a májzsugor, de nem ritkább és nem kevésbé végzetes az alkoholos szívizomelfajulás,

a heveny és idült hasnyálmirigy-gyulladás, az idegrendszeri szövődmény, és nagyon gyakori az öngyilkosság. Mindezek következtében országunkban tízezernél több – jórészt még produktív életkorú férfi hal meg évenként!

Az alkoholos életforma – irodalmi adatok szerint Amerikában is 6–7%-ban hajléktalansághoz vezet. A hajléktalanság másik sematikus útja, illetve állomásai: érettségi – katonaság – bajtársi-társasági ivások – futó nőkapcsolat egyikéből házasság sikeredik – jön a gyerek – megindul a hajsza, a túlmunka a lakásért – jön a másik gyerek – a feszített életmód hajlamosít a fokozott alkoholizálásra, megromlik az amúgy sem szilárd családi kapcsolat – egyik nő, másik nő – különélés – válás. Válás utáni osztozás: tied a lakás, a két gyerek, enyém az autó, az ingóság egy része – egyik élettársi kapcsolatot követi a másik, csak az alkoholizálás stabil, illetve fokozódik. Elúszik minden – esetleg ütközés a törvénnyel. Garázdaság, tulajdon elleni vétség miatt – börtön. Utána próbálkozás alkalmi munkával, ágyrajárással, mind reménytelenebbül, mind kiürültebben. A hajléktalanság itt is fordulópont. A budaörsi Hajléktalanok Rehabilitációs Otthonában Oross Jolán felmérést végzett. Rendkívül értékes táborszociográfiájának néhány jellemző adata: 1990-ben a táborban megfordult mintegy 700 lakó 90%-a férfi, 10%-a nő. Életkor szerinti megoszlásuk mutatja, hogy 94%-uk 60 éven aluli (ebből 14% 18 és 25 év közötti) és csak 6%-uk 60 éven felüli; a tizenéves és az öregebb hajléktalanok a hagyományos, menhelyszerű intézményekben találnak szállásra. A produktív életkorú hajléktalanok tömeges megjelenése felkészületlenül érte a társadalmat – ők kerülnek leginkább kritikus helyzetbe.

A táborlakók 72%-a vidéki, 28%-a budapesti lakos volt; Borsodból 13, Békésből 8, Pest megyéből 8, Szabolcsból 7, Csongrádból 6%-uk került Budaörsre.

Az apa foglalkozását tekintve 25% paraszti munkát végzett, 18% ipari munkás, 9% segédmunkás, 9% kisiparos volt, 8% a közlekedésben dolgozott. A megkérdezettek 12%-a nem ismeri apját, 14%-a anyját; 66%-uk nem tart kapcsolatot családjával, 25%-uk állami gondozott, 89%-uk egyedül él, s csak 11%-uk élettársi vagy házastársi kapcsolatban. A gyerekesek 79%-ának egy vagy két gyereke van, 21%-ának több, de gyerektartást csak 15%-uk fizet.

Az iskolai végzettség mutatói közül legmeglepőbb, hogy a táborban lakó hajléktalanok 18%-a egyetemet, főiskolát végzett. A diplomások aránya a hajléktalanok közt meghaladja az átlagnépességét.

Milyen hát a hajléktalan ember? Tudunk-e olyan személyiségvonásokat, amelyek – ha nem is általánosíthatók, hiszen minden ember megismételhetetlenül egyedi, és a hajléktalanságnak sok oka, eredete

van – jellegzetesen gyakoriak? Szoros és gyakori a kapcsolat az alkoholizmus és a hajléktalanság közt. De mi volt előbb? Az életút megismerésével ez tisztázható. A hazai hajléktalanok többségénél az alkoholizmus a meghatározó. Az alkoholos életforma, az alkoholos karrier vége igen gyakran a hajléktalanság. De a más okokra visszavezethető hajléktalanság is szinte megköveteli az alkoholfogyasztást. Ez az életforma elviselhetetlen alkohol nélkül. Szükség van az alkohol „kommunikációt segítő" hatására a lepusztult, minden szociális kapcsolatban minimumra redukálódott embereknél azért is, mert enélkül a hajléktalanok közül is kirekesztenék magukat.

1972-ben Mezei Árpáddal az alkoholbetegek személyiségéről írt közös monográfiánkban két tünetegyüttest emeltünk ki: a multiplex traumatizáltság és az elviselhetetlenség szindrómáját. A többszörös traumatizáltság a korai személyiségfejlődés zavarát jelenti olyan súlyos, még gyerekkorban bekövetkezett megrázkódtatásra, mint a szülő elvesztése, a korai árvaság, a szülők válása, a családon kívüli (idegenben, intézetben) nevelkedés, a szülő, főleg az apa vagy a nevelőapa súlyos alkoholizmusa. Alkoholbetegeknél ezek a traumák többnyire tragikusan halmozódnak, a veszteségek váratlanok, és feltűnő, hogy gyakran az apai nevelés hiányát, az apakép torzulását eredményezik. A korai személyiségfejlődés zavara retardált, infantilis, dependens, alacsony szintű frusztráció-tűréssel jár.

Mindezt a szexuális szerveződés, a szocializáció jelentős zavara kíséri. Az elviselhetetlenség szociálpszichológiai jellegű tünetegyüttese az egyén és a szülő, az egyén és a társadalmi környezet viszonyára vonatkozik. Lényege, hogy a modern társadalmi beilleszkedés amúgy is nagy nyomása a rosszul szocializált, sokszorosan sérült személyiségnél az elviselhetetlenségig fokozódik, aki az oldást hajlamos az alkoholban, a mámorban megtalálni.

Az alkoholbetegek százain végzett részletes személyiségvizsgálat eredményeinek, a több ezer alkoholbeteg gyógykezelése során szerzett klinikai tapasztalatoknak az igazolását látom a hajléktalan embereknél. A korai és késői frusztrációk sűrűsödnek, egymást felerősítve drámaian, pusztítóan hatnak a személyiség szomatikus és pszichikus rendszerére. Az embermivolt torzulása, sorvadása a legmegrendítőbb. Az alkoholbetegek egész életvezetését végigkíséri az önpusztító tendencia. A munkanélküliség, a hajléktalanná válás fordulópontjain már nem az önpusztítás aktivitása, hanem az önfeladás apátiája érzékelhető.

Pusztulni hagyják mindazt a belső emberi értéket, ami megmaradt. Már nemcsak a távolabbi jövő érdektelen számukra, hanem a holnap is. Az alkoholbeteget gyógyító orvosnak meg kell tanulnia, hogy az elvonási tünetek fűtötte, sokszor agresszív megnyilvánulásokat is tar-

talmazó kooperációs nehézségek kezelését lehetőleg ne kényszerítéssel, hanem a közös erőfeszítés partnerségével közelítse. A hajléktalan alkoholbeteg vezetése sokkal könnyebbnek tűnik, hiszen agresszióval sem kell számolni. Az önfeladás „szelídsége" azonban nehezebbé teszi az elmozdulást a holtpontról. Hiába soroljuk az alkoholizálás okozta károkat és fenyegető veszélyeket. Itt már csak azokra a csonkokra, torzókra támaszkodhatunk, amelyek megmaradtak a beteg személyiségéből, emberségéből. Az apátia nehéz akadály a gödörből való kikapaszkodásnál. A beteg legelőbb az emberlét, az értelmi, érzelmi élet elemi értékeit adja föl, ami a vegetáló létezés felé tolja. Ha ebbe a folyamatba nem tudunk fékezően, segítően beavatkozni, feltartóztathatatlanul zsugorodik, valósággal mumifikálódik a személyiség.

A másik mindennapos orvosi tapasztalat, hogy az önmagát feladó, idő előtt személyiség-visszafejlődésbe került ember szomatikus betegsége is – amely különben pszichoszomatikus tágítással jól befolyásolható – nehezen gyógyítható; ahogy sokan mondják: terápiarezisztens.

Szemléletesen mutatja a személyiség-regressziót a hajléktalan ember szexualitásának leépülése, sorvadása. Az ember szexualitása része az egész személyiségnek, annak érzékeny tükre. A szexualitás zavarai szinte monitorozzák a személyiségszerkezet zavarait, a személyiség integráltságának hiányát vagy elvesztését. A gyenge fejlettségű szexualitás rengeteg frusztráció okozója, hiszen az életigenlést tápláló örömforrás gyengesége, kiapadása már fiatalon is a személyiség visszafejlődését generálja. A szexualitás zavarainak negatív hatása az egész életvezetésben, a hajléktalanná válás tragédiát előkészítő fázisaiban jól követhető. A szexualitás pusztulása az emberi szexualitás többletének sorvadását mutatja legelőbb, ami a biológiai szükséglet kielégítése fölé emeli, és amit egyszerűen a szeretet és szerelem képességének gondolunk. A házastársát, családját vesztett ember szexuális lehetőségei rohamosan szűkülnek, a futó, dehumanizált, biológiai szükséglet kielégítésére redukálódó és ritkuló aktuson át a teljes ellehetetlenülésig, amibe a hajléktalan ember külső és belső feltételei hiányában lecsúszik. És itt következik be az önfeladásnak az a foka, amit „menhelyi szindrómának", az „ingyenélés tünetegyüttesének" mondanék. Ez a hajléktalan ember rehabilitációjának, reszocializációjának egyik fő akadálya. Talán azért is, mert a jótékonykodó, karitász-szellemű szociális segítő önmaga lelki szükségletére, és nem a megsegítendőre figyel – és fel sem ismeri az önfeladásnak ezt a szindrómáját. Pedig az infantilis, fokozott függőségi igény, a dependencia az alkoholbeteg személyiségében nemcsak az alkohol-addikcióban, hanem interperszonális kapcsolataiban is jól érzékelhető, sőt az intim családi, házastársi, partner-kapcsolataiban még kifejezettebb. Az alkoholbeteg személyiségében mindig

ott van az infantilis hajlam a kapcsolatok egyoldalúságára, a hajlam a társadalmi parazitizmusra, az „ingyenélés”-re. Aki ezt nem ismeri fel, nem tud sem az alkoholbetegnek, még kevésbé a hajléktalan embernek segíteni. Aki pedig felismeri és a könnyebb utat választva jótékonysági gesztusokkal akarja megoldani, az nem a beteget szereti, hanem önmagát. A lezüllött, aszociális, társadalmon kívül került alkoholbetegek rehabilitációjának ez éppúgy kulcskérdése, mint a hajléktalan ember kiemelése az apátiából. A fedél, az élelem, a megfagyás veszélyének elhárítása előfeltétele a rehabilitációnak, de távolról sem megoldása. A hajléktalan embernek a létezés szükségletei mellett testi, lelki rekreációra, embermivoltának visszaszerzésére is szüksége van. Hogyan? Mik ennek a gyakorlati lehetőségei? Mik a kapaszkodók?

Tapasztalhatjuk, hogy a lenézett alkoholbetegek – még a hajléktalanok is – talán legtovább a munka értékét becsülik. Ha már rendszeres munkára nem képesek, az alkalmi munkát keresik. Budaörsről, de máshonnan is eljárnak a Moszkva téri „köpködőre”, az emberpiacra, ahol a munkanélküliség arányában csökken a munkaerő ára, ellenértéke. Ha az alkoholbeteg alkoholizálását preventív kezeléssel biztosítjuk, teljesítménye, munkájának értéke növelhető. Az alkoholbeteg – ha nem iszik – jól dolgozik, mindent vállal, mert bizonyítani akar. Ezen alapszik a védett munkahelyek létesítésére irányuló törekvésünk. Ezt viszont megnehezíti a növekvő munkanélküliség. Az alkalmi munkán élők nem kapnak munkanélküli segélyt, a munkaerő-kínálat azonban nő, és ez beszűkíti még az alkalmi, a „fekete” munka esélyét is. Aki ismeri a munkáselbocsátások koreográfiáját, látja az alkoholproblémás munkások helyzetének hirtelen rosszabbodását. Azelőtt – a munkaerő-hiányra hivatkozva – károsan nagy tolerancia mutatkozott a munkahelyi alkoholizálással szemben. Most szinte a régi alkoholos epizódok adnak ürügyet a munkakönyvek kiosztására. Sok, még a munkahelyi közösség védelmében „kontrollált” munkás válik így munkanélkülivé, a munkásszállón lakók pedig hajléktalanná. A hajléktalanok „utánpótlása” a legkiszolgáltatottabb, legveszélyeztetettebb, szakképzetlen segédmunkásokból „biztosíttatik”. A munkaerő-gazdálkodás koncepciójában sem régen, sem most nem érvényesül humán szempont. Még a munkanélküli segélyezés formájú foglalkoztatási alap – egyénileg vagy társadalmilag – sem kerül rentábilis felhasználásra. A közérdekű munkák egyenlő esélyt adnának a legveszélyeztetettebb rétegeknek, míg a munkanélküli-segély megoldási kísérletében ez a humán mozzanat nem jut érvényre.

A másik kapaszkodó az alkoholbetegeknél ismert, gyakran torzult szolidaritás-érzés. Túl a „szesztestvérség” enyém–tied-et átlépő viselkedési formáin, megfigyelhető, hogy az aznapi létet biztosító kereset-

ből is adnak a másiknak, hogy enni és inni tudjon. Ezek az emberek utolsó falatjukat és italukat képesek hasonló helyzetben lévő társaikkal megosztani. Amikor munkára már alkalmatlanok és lopni járnak az önkiszolgáló áruházakba, ott is három-négyszemélyes közösségben „dolgoznak", és a zsákmányt (többnyire tömény szesz és kávé) megosztják, illetve ételre cserélik. Igen, ez már átmenet a kriminális közösségekhez, társadalmon kívüli közösséghez és morálhoz, de jelzi, hogy a szolidaritás, ha torz formában is, még az ilyen extrém életfeltételek között is létezik. Ezért vélem ígéretesebbnek az önsegítő, önfinanszírozó, kisközösségi formában szerveződő, védett szállás-programot a közköltségen, a közösségi karitászra támaszkodó menhelyi szisztémával szemben.

A faluról városba került és ott marginalizálódott, hajléktalanokká váltak alkoholos delíriumainak, alkoholos hallucinálásának tartalmi elemzései hívták fel figyelmünket még egy fontos mozzanatra. A személyiségfejlődésében károsodott, labilis személyiségű, falusi eredetű rétegnél jelentősek a falusi közösségi kapcsolatok, a nagy család, a komasági viszonyokkal megerősített rokonsági hálózat kiesése éppen ott, ahol a szűkebb család protektív lehetősége elveszett. Ezért törekszünk arra, hogy ha faluból városba került embereket sikerül megállítani a társadalmi lejtőn – és ez pszichoszomatikus szemléletű komplex rekreációs alkohológiai kezeléssel remélhető csupán –, visszajuttassuk őket falujukba vagy arra a vidékre, ahol a rokonság még felkutatható. Az önkormányzatok fejlődésével, a mentálhigiénés preventív TÁMASZ [Területi Általános Megelőző Addiktológiai Szakgondozó] hálózat kiépítésével még a közösségi segítségnek is nagyobb az esélye, mint a városi rengetegben.

Mindehhez új felismerés és szemléleti változás szükséges. A hajléktalanság nem az érintett ember magánügye, hanem a társadalom működési elégtelenségének tünete. Ezeket az embereket ki lehet közösíteni, lehet megvetéssel szegregálni, lehet rajtuk szánakozni, jótékonysági hajlamunkat kiélve, pillanatnyi segítségekkel helyzetüket tünetileg enyhíteni. De ezek az önpusztító emberek itt vannak. Létükkel, extravagáns, kedélyeket borzoló életformájukkal, elembertelenedésükkel nyugtalanítanak, emberképünket zavarják. Nyomorúságos életükkel, korai halálukkal figyelmeztetnek is: világunk állapota, a gyenge, a védtelen ember jövője nyugtalanító.

A HAJLÉKTALANSÁG ITT ÉS MOST

A magyarországi hajléktalanság sokak számára új jelenség. 1989 végén a hajléktalanság a tömegkommunikáció, elsősorban a tévé csatornáin át – a fokozódó szegénységgel együtt – belerobbant a társadalmi gondok sorába. A tévé közvetítette a hajléktalanok „tüntetését", de még hitelesebbek voltak a Déli pályaudvaron, majd a Keletiben meghúzódó, földön alvó hajléktalanokról készült képsorok. A megrökönyödést keltő jelenség láttán akadtak laikusok, egyházi és világi segítők – élükön Nagy Bandó Andrással és a Magyar Máltai Szeretetszolgálat vezetőjével, Kozma Imrével –, akik sopánkodás helyett a társadalmi cselekvést választották. A „pályaudvariak" előbb a fűthetetlen csillebérci úttörőtáborba kerültek, majd a budaörsi üresen álló katonai barakktáborba, amit a honvédelmi miniszter intézkedésére 1990 januárjában átengedtek nekik. Ez volt a „problémakezelés" első jelentős lépése. A lelkes kezdeményezők hamar tapasztalhatták, hogy a segíteni akarás mennyi és hányféle ellenállásba ütközik, nem is szólva a jó szándékot mindig besározni kész haszonlesőkről, az emberi nyomorúság vámszedőiről.

Az eszkaláció

Pedig a pályaudvariak csoportja csak a jéghegy csúcsa volt, és sejteni is alig engedte a jelenség tömegességét. Valójában régen lappangó, elfogadott, olykor rejtetten létezett és érett a hajléktalanság, hasonlóan a vele szorosan összefüggő munkanélküliséggel. Ahogy az 1980-as években fokozódott az úgynevezett kerítésen belüli munkanélküliség, úgy nőtt a saját lakással nem rendelkező, potenciálisan bármikor hajléktalanná válható albérlők, ágyrajárók, munkásszállón lakók száma.

Az 1980-as években még százezernyien vették igénybe a munkásszállókat. Az ingázók tömegeiből is – részint a munkásszállókon kialakult alkoholos életforma, a megromlott családi helyzet, a válások következtében – sokan elvesztették stabil családi otthonukat, és maradt az üzemi, az építőipari, a bányamunkához kötött, bizonytalansági tényezőkkel megtűzdelt munkásszállói létezés.

A munkahely elvesztésével járó hajléktalanság gondját szaporította a tbc-s megbetegedés, a baleset, a betegség miatti rokkantság, a munkaképesség elvesztése. Akiket előbb még megtűrtek, hirtelen, a „tűrhetetlen" alkoholizálás miatt, betegen vesztették el munkahelyüket és vele együtt szállásukat. Hasonló gondok voltak a börtönből szabadultaknál.

A munkanélküliség tömegessé válása, a strukturális hajléktalanság új jelenség. Nem egyedi esetekről van szó, s ezért a megoldási lehetőségek köre is – éppen a munkaerő-fölösleg miatt – igen beszűkült. Érthető, hogy a közvélemény a tömeges hajléktalanságot a rendszerváltáshoz, az ipari struktúraváltáshoz, közvetlenül a munkanélküliséghez kapcsolta.

A fejlett kapitalista országokban (Anglia, Franciaország, Németország, Egyesült Államok) igen sok orvosi, társadalom-orvoslási, alkohológiai, szociológiai, szociálpszichológiai tanulmány foglalkozik a hajléktalansággal. Lakatos Mária: *Hajléktalanság a nemzetközi irodalom tükrében* című kötetébe kétszáz tanulmányt válogatott, ismertetett, illetve értékelt az utóbbi évtized publikációs termésből. Ez mutatja, hogy már az 1970-es évektől igen sokrétű kutatás folyt. A volt szocialista államokban viszont, így hazánkban is, ahol szinte rászakadt az átalakuló társadalomra a probléma, még a dokumentációs keresőszolgálatok sem találtak publikációt ebben a témában. A szakembereket is felkészületlenül érte a jelenség.

A hazai szociológiai irodalom késve, az ellenzékiség gyanúját keltve foglalkozott a szegénység, a fokozatos elszegényedés problémájával (Ferge Zsuzsa, Szalai Júlia, Bokor Ágnes, Kemény István, Beluszky Pál, Solt Ottilia). A hajléktalanságról főleg szociológusok, szociális munkások publikáltak. Elkeserítő, hogy a reprezentatív orvosi folyóiratokban egyetlen orvosi cikk sem található, mely a harmincezerre tehető, sokféle akut és idült betegséget hordozó, kiemelkedően nagy halálozást mutató népesség egészségügyi, szakorvosi problémáját választotta volna témájául. Pedig az orvosok közismerten szeretnek publikálni, és gyakran találunk az orvosi lapokban kazuisztikai tanulmányokat ritka, esetleg öt évben egyszer előforduló betegségről. Egyetlen, kéziratban elérhető orvosi tanulmányt ismerek (Szuhay Zsolt, 1992), mely a Budaörsi Hajléktalanok Rehabilitációs Otthonának (117 személy), illetve a Pomázi Munkaterápiás Intézet II. osztályán ápolt hajléktalanok (83 beteg) adatait hasonlítja össze és öt táblázatban mutatja be életkor, iskolai végzettség, foglalkozás, korábbi betegségek, belszervi státus szerint.

Kevés orvoscsoport koncentrálja szakmai tudását a hajléktalanok egészségügyi problémáira, pedig vannak orvosi szakmák, ahol értékes, speciális ismeretek, gondozási módszerek halmozódtak fel, s ezeket alkalmazni lehetne a hajléktalanok jobb egészségügyi ellátásában. Ilyen a geriátria, azon belül a szociogeriátria, a pszichiátria, az alkohológia, a tüdőgyógyászat, a rehabilitációra is kiterjedő gondozás. Talán felülről jövő intézkedésre vártnak. A hajléktalanok problémája elsősorban társadalmi gond, de sok egészségügyi, betegellátási vonatkozása van.

Bizonytalanság a hajléktalanok számában, információhiány

Nehezíti a szakértői munkát, az egészségügyi ellátás koncepcionális és szervezeti kimunkálását, hogy a hajléktalanok száma, a hajléktalanság jellege, stádiuma (marginális, akcidentális, újkeletű, idült) nem tisztázott, még megközelítően pontos adatok sincsenek. Annál több a becslésekben az ellentmondó, elbizonytalanító adatközlés – leginkább a napilapokban. Pedig a probléma nagysága az intervenciós lehetőségek szempontjából nagyon fontos. Nem tudható, hogy az elterjedt vélemény, amely szerint a fővárosban ötezer, a vidéki városokban 25 ezer hajléktalannal kell számolni, milyen felmérésre, adatgyűjtésre, feldolgozásra, tapasztalatra hagyatkozik. Nem lehet tisztán látni, hogy a hajléktalanok válságkezelő, tüneti szintű ellátására mennyi költségvetési, önkormányzati pénzt fordítottak, és mennyi eredt civil forrásokból, egyházi és világi segítőktől, hazai és külföldi szeretetszolgálatoktól (pénz, élelem, ruha, eszköz stb., és azok értéke). Ezek ismerete nélkül nem lehet optimalizálni, racionalizálni a felhasználás módját. Becslések szerint a Népjóléti Minisztérium kétszáz milliót, a főváros 130 milliót, a vidéki önkormányzatok, egyházi és világi segítőszolgálatok ugyancsak kétszáz milliót fordítottak 1992-ben, a tervezett szociális kereteken túl, a hajléktalanság „válságkezelésére". Információs adatok hiányában nincs mód elemezni ennek a nem kis összegnek és a felhasználási módnak a rentabilitását.

Információs nehézséggel küszködnek mindazok, akik számszerű adatok birtokában szeretnének képet alkotni a hajléktalanokat ellátó intézmények számáról, férőhely-kapacitásáról, működésük jellegéről, módjáról. Eddig az adatgyűjtési kísérletek nem jártak eredménnyel. Az intézményeknek nincs bejelentési kötelezettségük. Csak azokról a szervezetekről vannak adatok, amelyek igényelték a normatív állami támogatást. (Ez most férőhelyenként és évenként ötvenezer forint.)

Miskolcon a hajléktalanok számát ötszázra becsülik, de csak a fele ismert név szerint. 1989-ben harmincmillió forintnyi költséggel állítottak helyre hajléktalanszállást. A 130 férőhelyes átmeneti szálláson havonta ezer forintot kell fizetni, a kihasználtság csak hatvanszázalékos. Az intézmény nappali melegedőt, fürdési, mosási lehetőséget, forró teát is nyújt a rászorultaknak. Az intézmény költségvetése 18 millió forint, amiből a Népjóléti Minisztérium tízmilliót, a városi önkormányzat nyolcmilliót vállal. Mindenképpen költséges megoldás.

Debrecenben ötszáz és ezer köztire becsülik a hajléktalanok számát. Ebből háromszáz a regisztrált. 52 fős éjjeli menedékhely mellett a SZETA 1990-ben 11 személyes átmeneti szállást indított.

Pécsett férfiak részére 80, nők részére 20 férőhelyes átmeneti szállás működik.

Székesfehérváron 150 hajléktalanról tudnak. Kríziskezelő Központ működik 1991 novembere óta, és több mint nyolcvan férőhelyük van.

Kecskeméten a Családsegítő Központ harmincférőhelyes átmeneti szállást működtet, és újabb szálló létesítését tervezik.

Nógrád megyében – ahol igen nagy az új szegénység – Szécsényben, Pásztón még a működő ingyenkonyha igénybevételét is szégyellik. Salgótarjánban alig van hajléktalanszállás, mert a lakosság tiltakozott ellenük.

A minisztériumi – 1990 telén alakult – válságstáb szerint 1993. januárban tízezer az állandó hajléktalan, húsz–harmincezerre becsülhető a potenciális hajléktalanok száma, és országosan háromezer hajléktalan (átmeneti, menhelyi) férőhely áll rendelkezésre.

A hajléktalanok egészségügyi, szociális ellátásában talán a szakértelem hiányzik leginkább. Szükséges lenne, hogy a hajléktalanszállásokon, menhelyeken lakókról jól szerkesztett, megbízható információkat nyújtó adatlapok készüljenek, egyénileg. Ez feltétele minden anyagi támogatásnak, szociális segélyezésnek és alapja a számítógépes adatfeldolgozásnak. Így elérhetnénk, hogy a hajléktalanok is egyedi emberként, nem pedig homogén masszaként jelennének meg az elemző vizsgálat során.

A hazai és a külföldi okok különbözősége

A hiányos és szakszerűtlen információk ellenére is képet alkothatunk a hazai hajléktalanság sajátosságairól és különbözőségeiről, például a nyugat-európai, az észak-amerikai hajléktalanokkal összevetve. Ott sokkal jelentősebb a pszichopatológiai eredet, és csak másodlagos a szociális ok, az elszegényedés, a teljes elnyomorodás. A tendencia erősödött is a nyugati országokban, ahonnan az emberjogi aktivisták nyomására – a pszichiátriai osztályok őrző funkcióját háttérbe szorítva és a kórházon kívüli gondozási módszereket előtérbe helyezve – jelentős számú ápolt került ki. Közülük is sokan váltak hajléktalanná. Kicsiben ilyen jelenséggel nálunk is találkoztunk, mikor Nagyfát – meglehetősen előkészületlenül – megszüntették, és a szabadulókat nem várta vagy nem fogadta be otthon. Persze a nyugati országokban is igen sokféle oka van a hajléktalanná válásnak. Még Észak-Amerikában is nagy különbség van a keleti és a nyugati part között: például a nyugati parton a hajléktalanok összetételében igen jelentős csoportot alkotnak a Latin-Amerikából illegálisan bevándorló tömeg lecsúszottjai.

Ha a nálunk – és talán a volt szocialista országokban másutt is – tömegesen jelentkező munkanélküliséghez is kapcsolódó hajléktalanságot elemezzük, kitetszik, hogy az strukturális jellegű. Ennek megfelelően a szociogén tényező – a társadalom védtelenebb részének általános elszegényedése, a szociális háló hiánya – a hajléktalanság ilyen méretű megszaporodásában sokkal jelentősebb, mint a pszichopatológiai eredet. Hazai hajléktalanjaink életútját vizsgálva a pszichopatologizálódás inkább következmény és főként az alkoholizmussal, annak személyiségkárosító hatásával függ össze. A hirtelen és váratlan nagymérvű munkanélküliség és hajléktalanság a kelet-közép-európai társadalmi változások következménye. Ez magyarázza a problémamegoldási törekvések erőtlenségét, a válság tüneti kezelését. Ennek hatásfoka pedig közismerten gyenge. Hatékonyabb megoldási módokra lenne szükség, mert annyit máris tudomásul kell vennünk, hogy a hajléktalanság nálunk sem átmeneti jelenség, a társadalomnak tartósan együtt kell élni vele. A kiútkeresésben mind kevesebb helye van a tűzoltásos eljárásoknak. Szemléletváltásra, a hajléktalanság ember- és nem jelenségközpontos megközelítésére van szükség. Az elsődleges – éppen az életveszélyesség miatt – az egészségügyi ellátás megteremtése. A hajléktalanok többsége polimorbid egészségkárosodásban, akut és krónikus betegségekben szenved. Orvosetikai kötelességünk, hogy megszüntessük az egészségügyi ellátásban sokszorosan bizonyítható diszkriminációt, mellyel a fiatal és középkorú hajléktalanok többszörösen nagyobb halálozási mutatójában szembesülünk.

Merre haladjunk?

A hajléktalan ember életveszélyes krízisállapotban van. Bár a probléma társadalmi, szociális eredetű, a helyzet elsősorban egészségügyi, orvosi intervenciót sürget.

A hajléktalan ember betegségein nem lehet segíteni, ha nem vesszük figyelembe a beteg személyiségét, szomatikus baján kívül a pszichoszociális és a miliőből eredő gondjait. Ehhez bajmegállapításra, egyedi diagnosztikai munkára, jobb szomatikus állapot elérésére van szükség. Az orvosi rehabilitációra fel kell készítenünk a beteget. A „rekreációs lánc" folyamatában különböző szakorvosi segítséget (belgyógyászat, alkohológia, pszichoszomatikus jártasság stb.) kell igénybe vennünk.

Mi a hajléktalanság legmakacsabb, legtömegesebb velejárójával, az alkoholizmussal, illetve az alkoholbeteg hajléktalanokkal foglalkozunk. Összehasonlíthatatlanul jobb esélye van a társadalmi beilleszkedésre, a munkavállalásra – még a munkanélküliség közepette is – és valamilyen

lakásmegoldásra, ha a hajléktalan nem alkoholista, és helyzetét életvezetésbeli vagy szociális frusztráció, interperszonális (családi, munkahelyi stb.) konfliktus idézte elő. Ilyen esetben nem az egészségügyi, hanem a szociális, esetleg a konfliktuskezelő pszichoterápiás intervenció, a szituációrendezés a fontos.

A hajléktalan ember helyzete – kialakulásának eredete szerint – olyan soktényezős, egyedileg annyira összetett, hogy eleve reménytelen minden hajléktalanra érvényes megoldási módszert alkalmazni. A hajléktalanok sokasága nem embermassza. A koncepcionális irányítás, a ráfordítható források észszerű, rentábilis elosztása csak keretet adhat az egyedi „terepmunkának". A globális rendeleti „távirányítás", bármilyen bölcs is, nem alkalmas a probléma megoldására. A központi irányító stáb legfőbb feladata a megbízható, információs szolgáltatás (adatbank) megteremtése.

A hajléktalanokat befogadó intézmények vezetői gondozottjaik egészségügyi ellátása érdekében a területileg illetékes alapellátással, a tisztiorvosi hálózat illetékes orvosával és egészségügyi munkatársaival, a szakorvosi rendelőintézet vezetőjével vehetik fel a kapcsolatot. A gondozói hálózatból legtöbbet a TÁMASZ (Területi Általános Megelőző Addiktológiai Szakgondozó) segíthet. Sajnos, a hajléktalanokkal foglalkozók sok helyen anyagi (pénz, ruha, élelem stb.) segélyek után járkálnak, és nem is jut idejük a szakmai kapcsolattartásra és együttműködésre. Az orvos-egészségügyi hálózat nem szembesült feladataival, és a hajléktalanokkal foglalkozó szociális vezetők, szociális munkások sem veszik igénybe az egészségügyi organizációban rejlő lehetőségeket.

A hajléktalanok valamilyen fedél alá juttatásának legkézenfekvőbb, legelterjedtebb formája a menhely, annak valamilyen változata. Jelenleg háromezernyi férőhely van a különböző típusú menhelyekben a hajléktalanok ellátására. Ez bizonyára nem nélkülözhető. Többnyire erre a célra felszabadított és átalakított egyszerű kivitelű, másra nem használható, el nem adható, gyenge műszaki állapotban lévő épületek, helyiségek. A hajléktalanoknak, különösen télen, első menedék, ahová válogatás nélkül mehetnek a megfagyás elől. Lényegében gyűjtőhely. Ha tartósan ottmaradásra kényszerülnek, a menedékből a további lepusztulást segítő intézmény lesz. Nemcsak a menhelyek kultúrája, higiéniás viszonyai miatt. Itt lehetetlen emberi kapcsolatokat kialakítani; az ennyire sérült, leépült emberek nemcsak befolyásolhatatlanok a rehabilitációs, reszocializációs törekvések során, de megközelíthetetlenek is.

Nagyobb, esetlegesen összeverődött csoportokban inkább a destruktív csoportdinamika kialakulásának van esélye. Az önszerveződés,

az önkorlátozás, önfegyelem helyett ellenérzés, ellenállás keletkezik minden rendszerességgel, korláttal és követelménnyel szemben. Ez terepe az agresszív megnyilvánulásoknak, melyek aztán ellenagressziót, „jó esetben" apatikus védekező formákat váltanak ki. Az amúgy is emberi viszonyait, interperszonális kapcsolatait fokozatosan redukáló hajléktalan emberben kialakul a „menhelyi szindróma", mely minden újrakezdés legfőbb gátja. A tartós menhelyi lét mindenképpen perspektíva-vesztéssel, a kilátástalanság érzésének erősödésével jár.

Arra kell törekedni, hogy a menhely, az átmeneti szállás valóban átmeneti legyen. Az egész hajléktalan népesség érdekeit akkor szolgáljuk leginkább, ha kiemeljük azokat, akikben látjuk az önsegítő, egymást támogató kis közösségekben élés feltételeit és adottságait. Kiemelés az is, hogy az alkoholproblémás embereket szakszerű alkohológiai kezelést nyújtó intézetbe segítjük. Ennek azonban csak akkor van maradandó eredménye, ha az absztinencia beállítása után védett szállásra, védett munkahelyre kerül, ahol az absztinenciát legalább egy év stabilizálási időre fenn lehet tartani. Akarata ellenére senkin sem tudunk segíteni. Ehhez minimálisan a segítségre szoruló kooperációja szükséges.

Az önsegítés legígéretesebb terepe a 10–12 hasonló helyzetű és már absztinenciára, munkavégzésre kész, újrakezdésre vállalkozó kis csoport a szeszmentes, védett szálláson. Akkor erősödik az ilyen kis közösség, amikor már ők segítenek – leginkább példájukkal – hasonló kis közösségek kialakulásában.

Budapesten és a fővárosi agglomerációban igen nehéz önálló hajlékhoz jutni, mert az albérlet, de még az ágyrajárás is drága. Sok munkanélkülit a fővárosi munkalehetőségek csábítottak Budapestre. Tulajdonképpen a fővárosban lettek hajléktalanok, amivel együtt járt vagy éppen okozója volt súlyosbodó alkoholizmusuk. A védett szálláson stabilizálódott absztinencia révén alkalmasak lehetnek a hazakerülésre, amennyiben családjuk, rokonságuk, a falubeliek előtt nem váltak végleg elfogadhatatlanná. Pedig az így stabilizált „fővárosi hajléktalan" sorsa otthon, vagy a saját szülőföld táján könnyebben megoldható. A visszatelepülés a sok kárt okozó, erőltetett iparosítási program számtalan kárvallottját rehabilitálná. Ez igazi kárpótlás volna számukra. Jó volna, ha ez a lehetőség kormányzati, de legalább az illetékes főhatóságok, a mezőgazdasági, a vidéki vállalkozási programok szintjén figyelmet keltene.

Az önsegítés az épületek helyrehozásában is érvényesülhet. De a mostaninál olcsóbb megoldás a székelyföldi előregyártott faházak felállítása, legalább kipróbálása. Tavaly a válsághelyzet kezelésére fél milliárdnál többet fordítottak. Ennek az összegnek a feléből rentábilisabb és tartósabb megoldások segíthetők.

A HAJLÉKTALANOK TELE

Írásomat eredetileg karácsonyra szántam. De a hajléktalanoknak nincs karácsonyuk, reményük, nincs jövőtudatuk, még holnap-tudatuk sem.

Hogyan húzzák ki a telet? Leginkább a fővárosi önkormányzat szociálpolitikai osztálya és a Népjóléti Minisztérium Válságkezelő Irodája foglalkozik elhelyezésükkel, szociális segítésükkel. Ez érthető, mert a hajléktalanok gondja a városokban, és elsősorban a fővárosban sűrűsödik. Jelentős anyagi ráfordítással készülnek a téli krízishelyzet átvészelésére (átmeneti, részint bérelt téli szállásokat, ingyenkonyhákat, meleg teát és zsíros kenyeret osztó melegedőket létesítenek). Ismerem a társadalom, az illetékes hatóságok jó szándékát, s éppen ezért vélem időszerűnek, hogy újra kifejtsem évtizedes „vitámat" az egész szociálpolitikai gyakorlattal, azon belül a foglalkoztatáspolitikai szemlélettel, a szociális gondoskodás módjával, megrögzött szegénypolitikai módszereivel és külön a társadalom perifériájára szorultak, a hajléktalanok problémáinak kezelésével.

Hadd fogalmazzak nyersen: egész szociálpolitikánk hordozza sok évtized szemléleti, koncepcionális és ebből következően társadalmi cselekvést korlátozó hibáit. Hordozza a drága „tüneti kezelést" és a csekély hatékonyságot, a dehumanizált, bürokratikus légkör csak külön erőfeszítéssel áttörhető viszonylatait. Nem volt igaz, hogy a legfőbb érték az ember – és ma sem igaz. A szociálpolitikában pedig a legfőbb baj az ember, és különösen a szegény, a veszélyeztetett ember lett.

A szociálpolitika még mindig homályba vesző erkölcsi parancsra, a karitászra épül. A jótékonyság valamikor kiváló és humánus szabályozó eszköznek bizonyult a szegények és a gazdagok személyes viszonyában, de az „államosított karitász" nem a másik ember felé fordulásra épül, nem hagyja érvényesülni a másik ember méltóságát nem sértő szolidaritást. Ez utóbbi ugyanis az egyenrangú, azonos sorsú vagy veszélyeztetettségű emberek aktív, cselekvésben is megnyilvánuló együttérzésére, egymásrautaltságára számít. A korszerű szociálpolitika erkölcsi alapja nem a jótékonyság, hanem az ember joga a létezésre. A jótékonyság a személyes viszonylatokban is gyakran kelti azt a benyomást, hogy inkább az adakozó lelki szükségletén segít, mint a rászoruló helyzetén. Még ellentmondásosabb ez a szociálpolitikában, ahol a jótékonyság anyagi forrása nem egyéni, hanem közösségi vagy éppen állami tulajdon. Ezért a költségvetésből fedezett segélyezés mindig kevésbé megfontolt és célirányos, hajlamos a könnyelműségre, még a pazarlás-

ra is. Szabályozója a rendeleti „előírás", a források korlátozottsága, a pénzszűke. Ezért gondolják sokan a szociális kereteket feneketlen hordónak – hiszen nincs annyi pénz a világon, amellyel fel lehetne ezeket tölteni –, a segélyezettek viszont érzéketlen szűkmarkúságnak érzik az effajta segítséget, hiszen a segély soha nem lehet elégséges.

Máris ott vagyunk szociálpolitikai rendszerünk és gyakorlatunk másik nagy hibájánál, a szociálpolitika dehumanizálásánál. Lényegében ugyanaz a gond, mint az egészségügyben; a figyelem jórészt a betegségre és nem a beteg emberre irányul. Az államosított, a csak költségvetésre támaszkodó szociálpolitika eszköze volt a személytelen elosztó, az igazi befizetők számára ellenőrizhetetlen rendszer. Erre épült a gondoskodó állam és a szociális juttatás rendszere, ez volt az állampolgári önrendelkezés, a polgárrá válás jól beépített fékjeinek egyike. A társadalmi segítségre szoruló állampolgár nem alanya, hanem tárgya volt és maradt a szociálpolitikának. A szemlélet túlélését jól mutatják a tömegessé váló munkanélküliség kezelésének, a foglalkoztatási alap felhasználásának, a munkanélküli-segély kifizetési rendszerének problémái.

Szociálpolitikánkban eluralkodott a dilettantizmus. Kitűnő elméleti szakembereink tevékenysége mellett is mintha elfogadott volna, hogy a szociálpolitikához mindenki ért, és a jószívű emberek majd eligazodnak a másik ember bajaiban.

S vajon az orvosok értenek a szociálpolitikához? Többnyire nem, de gyakorlására egyre többször rászorulnak. Emberismerettel rendelkező, empatikus orvos sok mindent ösztönösen is meg tud oldani. Vannak azonban olyan területek, ahol a szakszerű és korszerű orvosszociológiai és szociálpolitikai ismeretek megszerzése igencsak előnyös volna. Nem tartom jónak, gazdaságosnak a gyógyítási kudarc motiválta ismeretszerzést.

Több mint négy évtizede foglalkozom alkoholista tbc-s betegek gyógykezelésével. Már a hetvenes években sok olyan betegem volt, akiket sikeres gyógyító tevékenységünk hozott kritikus egzisztenciális helyzetbe. A munkásszállóról, albérletből, ágyrajárásból vagy éppen börtönből tbc-gyógyintézetbe került, és aztán a gyógyult betegnek el kellett hagynia az intézetet. De hová menjen? Se munkája, se szállása. Állapotának megfelelő munkát – akkor, a munkaerőhiány idején – nem volt nehéz találni, de a lakásszerzés nem ment könnyen. Féltek is a gyógyult betegtől, ajánlatosabb volt elhallgatni tbc-s múltját, és a gazdasági helyzet romlásával párhuzamosan nehezült rehabilitációjuk. 1971-ben hoztuk létre gyógyult betegeink gondozásának segítésére a budakeszi Otthon Klubot. Az önsegítés, az önkormányzatiság közösségalkotó elve sok gyógyult vagy gyógyuló beteget vonzott ide. Ma is

az ország legnagyobb létszámú, dinamikusan fejlődő klubja. 1985-ben kilenc gyógyuló beteget befogadó, védett (szeszmentes) szállásra alkalmas házat béreltünk. Ennek bérét, fenntartási költségét a klub megelőlegezte, de a szállón lakók egyenlő arányban havonta kifizették – ez viszont szükségessé tette, hogy dolgozzanak. Sokuknál, mert elszoktak a munkavégzéstől és táppénzből, segélyekből, alkalmi munkából éltek, ez nem kis követelmény volt. Védett, ugyancsak szeszmentes munkahelyeket szereztünk (akkor még ez is könnyebb volt), és a munkából élés fokozatos erősítésén túl az önsegítés, az önellátás, önfinanszírozás gondolatát is meghonosítottuk a rehabilitációs és reszocializációs programban. 1986-ban kezdeményeztük adventista barátaink homályban tartott közreműködésével az „Egészség" Alkoholmentes Rehabilitációs Egyesület (Budakeszi) létrehozását.

Az egyesület 1988 januárjától már legálisan, bíróság által bejegyzetten működhetett. 1989-től újabb tizenegy személyt befogadó, négyszobás családi házat béreltünk. Az egyesület kezdeti eredményeinek felmutatása lehetőséget adott pályázati pénzek elnyerésére. Az ilyen forrásokat nem „éltük fel", hanem újabb szálláshelyek biztosítására fordítottuk. Az egyesület egy megviselt, csaknem romos ház birtokába jutott, melyet maguk a rehabilitáltak hoztak rendbe és tettek lakhatóvá. Egy másik, jó állapotban lévő ház és műhely tartós használati jogához is hozzájutott az egyesület, s a két ingatlan a már bentlakóknak és a kórházból kihelyezetteknek újabb szálláslehetőséget (összesen 36 helyet) biztosít. A fokozódó munkanélküliség idején viszont egyre nehezebb rehabilitációs jellegű munkahelyet szerezni. Különösen vonatkozik ez a tbc-ből gyógyult, leromlott szervezetű, nehéz fizikai munkára nem alkalmas rehabilitáltjainkra. A könnyebb munkahelyek lehetőségét maguknak kell megteremteni. Ennek elősegítésére, rendeletileg szabályozott lebonyolítására hívtuk létre a nonprofit Főnix Alapítványt és a Novita Kft.-t, melyet rehabilitációs célszervezetnek nyilvánítottak.

Ez a budakeszi modell, mely „kísérleti telepe" lett a jórészt ön- és egymást segítő, önfenntartó módszerek alkalmazásának. Kapcsolatban vagyunk a kibocsátó alkoholológiai osztályokkal, a budakeszi TÁMASZ-gondozóval, a Budakeszi Otthon Klubbal. Talán ami Budakeszin sikerült, azt meg lehet csinálni másutt is. A modell sok jó tapasztalatot, kudarcos próbálkozást, vitatható álláspontot hozott felszínre. Hadd említsek néhányat:

1. A hajléktalan betegek sokféle károsodást szenvedtek, gondjuk csak az általános egészségügyi ellátás rendszerében oldható meg. Ezt a lehetőséget diszkrimináció nélkül kell nyújtani kórházainknak, intézményeinknek. Nem lehet esetükben a területi elvhez ragaszkodni, hiszen nincsen lakásuk. Téli hónapokban inkább pozitív diszkrimináció

szükséges. Egy régen esedékes sérvműtét vagy helyreállító műtét elvégzése az éppen nem túlterhelt sebészeti osztályon esetleg megmenti a beteget a fagyhaláltól, és irányítást kapunk feltárt betegségének további szakellátásához. Az „elrendelésnél" jobban bízom kollégáim orvosi humanizmusában – senki nem fogja őket ágyárusítással gyanúsítani.

2. A hajléktalanság igen gyakori oka az alkoholizmus és annak előrehaladottabb stádiumai. Ugyanakkor a hajléktalanok életformája feltételezi az alkoholfogyasztást. Ez az élet elviselhetetlen – télen különösen – alkohol nélkül. El kell fogadnunk, hogy a hajléktalanok, különösen a nem marginálisan hajléktalanok nagy többsége szakszerű és komplex alkohológiai ellátásra szorul. A továbbra is alkoholizáló hajléktalan betegnek nincs esélye talpra állni. Alkoholfogyasztásuk elfogadása egyenlő feladásukkal – a mértékletesség eleve nem jön szóba. Az ellátás elsősorban a fenyegető belgyógyászati szövődményekre és társbetegségekre vonatkozik, de a pozitív diszkriminációt szocioterápiás és alkohológiai osztályainknak is biztosítani kellene a téli hónapokban; ilyenkor pótolni a fiataloknál is hiányzó fogazatot, az elmaradt orvosi rehabilitációt, végrehajtani a „rekreációs lánc"-programot.

3. Nem lehet rehabilitációs, reszocializációs stratégiát kidolgozni még a fiatalabb hajléktalanoknál sem, ha nem ismerjük életútjukat, személyiségüket, korábbi munkájukat. Nemcsak a szervezetükben és személyiségükben bekövetkezett károsodásokat kell diagnosztizálnunk, hanem a pozitívumokat is meg kell ismerni, képességeiket, korábbi képzettségüket, a személyiségükből megőrzött humán értékeket fölmérni.

4. A rehabilitációs, reszocializációs program sikere megköveteli a legalább egyéves teljes absztinenciát. Részeg beteggel nem lehet pszichoterápiás, szocioterápiás munkát végezni, nem alkalmas a közösségi életre sem a szállón, sem a munkahelyen. Ez nehéz, az alkohológusok által jól ismert szakmai feladat. De a „bázisközösségek", melyek a szállón kialakulhatnak, még kellően ki nem használt lehetőséget nyújtanak.

5. A hajléktalan ember prognózisában meghatározó a „menhelyi szindróma". Ez az alkohológiai ellátásban, gondozásban nem részesülő hajléktalanoknál többnyire kialakul, különösen, ha a menhelyeken az alkoholizálást – akár szemet hunyva – tolerálják. Az ilyen beteg egzisztenciája a társadalmi parazitizmusra épül, ezért nekünk egyelőre rehabilitálhatatlannak tűnik.

6. A menhely a téli fagyban nélkülözhetetlen krízismódszer, de tartós alkalmazása a fiatal beteg prognózisát is megkérdőjelezi. A menhely olyan, mint az egészségügyi rendszerben az elfekvő osztály, de oda fiatal beteget csak biztosan gyógyíthatatlan állapotban helyeznek.

A hajléktalan számára a menhelyi élet a végállapot felé visz, vagy azt hozza előre.

Ha a beteg feladja magát, ha megmaradt erőit felhasználva sem tudjuk kimozdítani, egyik rendszer sem hatékony. Az önsegítő, önellátó rendszernek azért van nagyobb esélye, mert megviseltségében, megalázottságában is tiszteli az embert.

BÖRTÖNJÁRT BETEGEK

Hosszú orvosi pályámon – talán mert többnyire tömegesen jelentkező és idült betegségekkel foglalkoztam – mindig is sok, a törvénnyel ütköző, börtönviselt vagy éppen bűnöző beteget kezeltem. Az ötvenes években – amikor inkább csak tüdőgümőkóros betegeket ápoltunk – számuk, arányuk nem volt kirívó. Pedig az ötvenes években sok ember került börtönbe. Jellemző, hogy 1932-ben ezer felnőttből 29-et, 1952-ben 134-et ítéltek el jogerősen. A valóságos bűnözés ilyen alakulását akkor nem érzékeltem. Tudtam, hogy a nagy társadalmi és politikai változásokat kísérő megtorlások, kirekesztések, megtervezett diszkriminációk következtében sokan kerültek internálótáborba, kitelepítésre vagy börtönbe. Ez azonban a tbc-s betegek körében nem volt feltűnő.

A beszolgáltatási kötelezettségek elmulasztása, a közellátási vétségek (feketézés), a feketevágás, tervbűncselekményként is felfogható önkényes kilépés a munkahelyről ezeket a beteg és szociálisan is sérült embereket kevésbé érintette? A társadalom sajnálata és kímélete okozta, hogy a hatalmi önkénynek, a törvénytelenségeknek kevésbé váltak céltábláivá? Vagy sokkal pragmatikusabb szempontok, meggondolások érvényesültek ebben a „kíméletben": fertőző betegségük védte őket? Hiszen a fertőző betegek szállítása, fogdai vagy börtönelhelyezése is gondot okozott.

Akkor nőtt meg osztályunkon a börtönviselt betegek aránya, amikor az ötvenes évek végén felére csökkent az elítéltek száma (1959-ben már 1000 felnőttre 72), s még inkább a konszolidáció éveiben (1963-ban volt az említett mutató a legalacsonyabb, 1000 felnőttre 40). Ennek megint több oka lehet, amit a statisztikai elemzés meg sem tud közelíteni. Az ötvenes években a betegek titkolták börtönviseltségüket, és mindent megtettek, hogy ez még kórházi körülmények közt se derüljön ki. Nekem is csak szoros orvos–beteg kapcsolatban mondták el. Más volt 1956 után a börtönviseltség társadalmi megítélése. Még inkább szerepet játszhatott a paradox arányeltolódásban, hogy az 1960-as „tbc-törvény" után, amikor a fertőző tbc kezelése – a betegség társadalmi veszélyessége miatt – ingyenessé és egyben kötelezővé vált, mind több, a kezelést visszautasító, nem kooperáló, aszociális tbc-s beteg került osztályunkra. A betegek zöme pedig a tbc mellett alkoholproblémás volt.

Az orvos és a bűnelkövető

Az alkoholizmus és a bűnözés kapcsolata, átfedése régóta ismert. Sokáig melengettem a tervet, hogy az összefüggést tudományos módszerekkel is megvizsgálom. Az 1970-es években megindult deviancia-kutatás szinte kínálta az alkalmat. Magamfajta orvos, ha felismeri, hogy munkáját az ismeretek javítják, és érdeklődése sok és sokrétű tapasztalathoz segíti, vagy emberismeretét a megszokott orvosi munkától eltérő módon is tágíthatja, jobban teszi, ha a kérdés tudományos igényű kutatását az arra felkészült szakemberekre hagyja. Van azonban egy sajátos reláció, ahol olyan tapasztalatokat szerezhet, amelyeknek közreadásával gazdagíthatja a kutatómunka komplexitását, és még inkább jobbító törekvéseinek a kutatással elérhető hatékonyságát. Arra a sajátos humán viszonyra gondolok, amely a beteg ember és az orvos közt kialakulhat, amelyben a bűnelkövető beteg is képes feladni minden hatósággal, hivatallal szemben ösztönösen kialakított védekező alapállását.

Jogállamban – az emberi jogok elfogadása és érvényesülése mellett – a bűnelkövető is bizonyos jogi védettséghez jut. Ez a védettség gyakran csak közvetlen, rövid távú érdekeit szolgálja, de elzárja előle az önismerethez szükséges igazság keresését és vállalását. Önismereti őszinteség nélkül a személyiséghibáknak, a szocializáció zavarainak, sérüléseinek valódi korrekciója nem várható, és lehetetlen a személyiség belső építése, önvédelmének erősítése.

A néha katartikusan ható orvos–beteg kapcsolat nagy próbára teszi nemcsak a beteget, hanem az orvost is, figyelembe véve annak állampolgári, morális, etikai kötöttségeit. Betegeink kivizsgálásakor ugyanis – a hagyományos klinikai, laboratóriumi, eszközös vizsgálatok mellett – csaknem mindig elvégeztük a pszicho- és szociodiagnosztikai explorációt. Ez részletes interjú keretében, többnyire pszichológus munkatársak segítségével, anamnesztikus módszerrel és pszichodiagnosztikai tesztek alkalmazásával történt. Az ismeretek és problémák érzékeltetésére kiragadom néhány életút, élettörténet részletét. Az orvosi titoktartás, a beteg személyiségének védelme teszi szükségessé, hogy a különben valósághű leírásban álnevek szerepeljenek.

Az önkiszolgáló

A. Péter három évvel ezelőtt leromlott, lázas állapotban váratlanul beállított osztályunkra, és felvételét kérte. A beteget hét évvel korábban ápoltuk, akkor 27 esztendős volt. Dunántúli faluból, hatgyermekes parasztcsaládból származott. Tbc-s fertőzés miatt már 11 éves korában gyermekszanatóriumban volt. Az általános iskola elvégzése után Pestre

került szakmát tanulni, húszesztendős korában hazament, és a közeli városokba járt dolgozni. Néhány heti ismeretség után 22 évesen megnősült, mert menyasszonya azt mondta, hogy terhes. Ez nem volt igaz. Házassága – bár két kislányuk született – szerencsétlen volt. Részeges apósánál laktak, s az állandó veszekedések miatt ő is mind gyakrabban menekült a kocsmába. Munkahelye révén kaptak lakást a városban, de italozása, hiányzásai miatt elküldték. Legutóbb maszeknál dolgozott, bejelentés nélkül.

Tbc-je közben kiújult – ezt katonai szolgálata alatt fedezték fel –, de gyógyszeres kezelésre megnyugodott. A válását követő alkoholizáló, hányódó életmód mellett ismét előjött. Hozzánk 1981-ben került baloldali kavernás folyamattal. Minthogy a gyógyszeres kezelés lehetőségeit kimerítette, lebenyirtással tudtuk megoldani fertőző betegségét. Gondozói utókezelést javasolva bocsátottuk el.

Évekig nem hallottunk a betegről, mert mint a mostani felvételkor kiderült, többnyire börtönben volt. Alkoholos állapotban önkiszolgáló közértben palackos italokat lopott. Újabb találkozásunk előtt harmadszor került bíróság elé. Mint elmondta, elviselhetetlenül feszült állapotban volt: úgy érezte, inkább meghal, de nem megy újra börtönbe. Pánikreakciója irreális megoldásba torkollt. Személyazonossági igazolványát, papírjait otthagyva, a bírósági tárgyalásról megszökött. Tudomást szerzett körözéséről, s inkább ezért, mint lázas állapota miatt keresett osztályunkon menedéket. Alkoholkezelését kérte. A tbc-fellobbanás gyanúja miatt is ott kellett tartanunk. Az újabb tárgyalásra, idézésre halasztást javasoltunk. Némileg megnyugodott, teljes együttműködést mutatott. Védett szálláshoz, védett terápiás munkához segítettük. Keresetéből kiöltözött. Jogi konzultáció alapján eljárási kegyelmet, illetve próbaidőre felfüggesztést kapott. Személyazonossági igazolványát is visszaküldte a bíróság. Egy év teljes absztinencia után vállalta a megjelenést a tárgyaláson, de olyan rettegés fogta el, hogy az önsegítő rehabilitációs egyesület elnöknője elment vele, és tanúskodott is életmódbeli változásáról. Enyhe ítéletet kapott, pénzbüntetésre átválthatót. Ezt megtakarított pénzéből kifizette.

Most már munkakönyvvel dolgozott, igen eredményesen. Eltartási szerződéssel lakáslehetőséghez jutott, így a védett szállást elhagyhatta. Egyik legjobb segítőnk az egyesületben, részlegvezető. Lányairól csaknem tíz év után anyagilag is gondoskodik. Gépjárművezetői vizsgát tett, és használt gépkocsit vásárolt. A betegvezetésben a büntetés időleges felfüggesztése, a bíróság értő, humánus együttműködése a beteg rehabilitációjában és reszocializációjában igen nagy segítséget jelentett.

B. András, harmincéves betegünk származása furcsa, bizonytalan. Apja – neve szerint – szlovák születésű vasesztergályos. Erdélyi eredetű anyjának szülei jómódú kocsmárosok voltak, lányuk szakácsnőnek került fel Pestre, itt ment férjhez. Öt gyermeket szült, a testvérek négyen kék szeműek. András azonban fekete, cigány küllemű. Apja nem fogadta el fiának: kilencéves volt, amikor nevelőintézetbe adta. Az apa szigorú volt, őt is gyakran nadrágszíjjal verte. Mégsem akart nevelőotthonba menni, de anyja – a családi béke érdekében – rábeszélte. „Pedig anyám nem volt kurva."

A harmadik és negyedik osztályt rendes iskolában végezte, de mert dadogott, ötödik osztálytól gyógypedagógiai osztályba írták. Szülei sohasem látogatták meg az intézetben, ő azonban gyakran hazaszökött. Egyik nevelőotthonból a másikba került, végül javítóintézetbe küldték. Innen 18 esztendős korában hazabocsátották, de apja nem tűrte, és három hónap múlva az utcára jutott. Galeriba sodródott, lopásokban, betörésekben vett részt. Elkapták a rendőrök.

Megkezdődtek a börtönévek. Ismételt visszaesőként eddig 12 évet ült. Előfordult, hogy azért vett részt „balhéban", mert így visszakerülhetett a börtönbe. Ott legalább meleg volt és enni adtak. Szabadlábon többnyire csövezett. Többször telefonfülkében aludt. Lányokkal gátlásos volt, nehezen ismerkedett. Csak akkor tudott szorongás nélkül közeledni, ha előzőleg ivott. Gyakran adott fel jeligés házassági hirdetést. Így költözött egy alkalommal vidékre, de az esküvő előtti hétvégén Pestre utazott. Nagyon berúgott, és nem jelent meg az esküvőn. Kapcsolataiból máskor is kilépett, ha esküvő került szóba. Kapcsolatokat többnyire elvált, gyermekes, nála idősebb nőkkel tartott.

Amikor másodszor került bíróság elé, elrendelték elmeszakértői vizsgálatát, mert a kínai császár titkárának mondta magát. Hosszan, nevetve előadott szerepét gyakran játszotta el. Első börtönbüntetését jó magaviselete miatt harmadolni akarták. Ekkor megtagadta a munkát. „Ha kiszabták rám, le akarom tölteni" – mondta. A börtönben tanulta meg az alvilági zsargont és a cigány nyelvet. Szenvedélyesen olvas, gyakran színvonalas szépirodalmi könyveket, klasszikusokat és moderneket is. Vidáman meséli el egyik betörését. A lakás kirablása után leült magának kávét főzni. Azt iszogatta, amikor hazaért a tulajdonos. Ügyel rá, hogy megőrizze „jópofa" szerepét, ez azonban nem sikerül. Amikor érzékeli, hogy kibillen, szorong, és szomorúan feladja a szerepjátszást. Anyja haláláról beszél, amiről csak szabadulása után szerzett tudomást. Anyja halála után nővére segítette. Szükséglakást, munkát szerzett számára, hogy újrakezdhesse életét. A VIII. kerületi

cigánynegyedben lévő lakásban különösen szorongott, félt a cigányoktól. Inkább másutt húzta meg magát. Az újrakezdés után hamarosan ismét inni kezdett. Alkohológiai kezelés közben fedezték fel tbc-jét, illetve hogy emiatt már tüdőgyógyintézetben ápolták. Ezért kivizsgálásra, az elváltozás aktivitásának megítélése céljából utalták osztályunkra. A kétoldali gócos folyamat aktív volt, de gyógyszeres kezeléssel megoldhatónak bizonyult.

A tbc-nél jelentősebb gond volt a beteg pszichiátriai állapota, illetve tünetei: szorongása, halálfélelmei, pánikreakciói. Legutóbbi erős szorongását egyik kórtermi betegtársának halála váltotta ki. Akkori pszichiátriai vizsgálata: „Reggel leizzadok, remeg a kezem és pánikba kerülök, rettenetes halálfélelmem van. Tegnap az ablak előtt mintha láttam volna egy dobozt, és azzal beszélgettem. Azt mondtam neki, hogy mit keresel itt, meglógtál az intézetből. Ez az élményem már tavaly nyáron is volt nekem. Akkor is egy tévédobozzal. Utána én is meglepődtem, hogy a tévédobozzal beszélgettem. Mindig az az érzésem, hogy ez egy nő, farral nekem, lehajol, mintha keresne valamit. Aztán kiderül, hogy egy tévédoboz. A halálfélelem, az rettenetes. Úgy érzem, mintha már csak kezem lenne. Ilyenkor, ha lemegyek az utcára, kicsit jobb. De már arra is gondoltam, hogy autó alá lépek, csak hogy ettől az érzéstől megszabaduljak."

Pszichológiai státusz: Éber tudat, megtartott percepció. Gondolkodása a jelen problémára szűkült, magatartása segélykérő, hangulata feszült, pánikállapot, a vizsgálóval együttműködik. Figyelem felkelthető, rögzíthető, terelhető. Gondolkodás pszichomotorosan meglassult. Emlékezet megtartott, intellektus korának, képzettségének (8 ált.) megfelelően jó.

Ismételt pszichológiai vizsgálat: A beteg vizsgálata ma délelőtt hirtelen, exogén inger nélkül fellépő szorongásos roham miatt történik. A beteggel kontaktus felvehető, magatartása, helyzetfelismerése adekvát. Arckifejezése szomorú, mimikaszegény. Vegetatív szorongás aequivalens, neurológiai tünet nem észlelhető. A beteg ma reggel 10 óráig dolgozott, sövényt nyírt. Hirtelen halálfélelem fogta el, nyugtalanná vált, önként kérte a segítséget. Hallucinációs élményről (korábban explorálható volt) nem számol be. Belső feszültség, nyugtalanság, szorongás dominál. A beteg szerint erős nyugtatókat kapott. Szubjektív megfigyelése: ezektől még rosszabb lett az állapota, ha abbahagyta, könnyebb volt.

Pszichés státusz: Tiszta tudat, magatartása rendezett. Orientációs funkciók megtartottak. Gondolkodásában doxasma, hallucinatorikus mechanizmus nem fedezhető fel. Anxietásos gondolattartalmak – halálfélelem – egy betegtársa régebbi halála óta.

A betegnél ismét akut szorongásos pánikreakció lépett fel. A beteg pszichiátriai osztályon tartandó. Ezután áthelyeztük az Országos Ideg- és Elmegyógyintézetbe, ahol a pszichózis diagnózist megerősítik. Az újabb bírósági megkeresésre ezt a diagnózist közöltük. Az otthontalan betegnek sikertelenül próbáltunk védett szállót, védett munkahelyet biztosítani. Átmenetileg, minthogy tbc-je megnyugtatóan gyógyult, vidéki szocioterápiás intézetbe helyezzük.

A gázoló

L. Tibor 29 éves. Szülei pedagógusok, édesapja állami gondozott volt, így szerzett diplomát, és mindmáig állami gondozott gyerekekkel foglalkozik. Szülei házasságát ideálisként írja le: „Apám számára mindig szent volt a család, egy kis sziget, csak anyám volt és mi ketten az öcsémmel, így még ma sincs baráti körünk sem." Nagyon harmonikus családi légkörben nőtt fel, soha meg nem fenyítették. Az általános iskolában és a középiskolában is jó tanuló volt. Futballozott és profi focista lett. A középiskolát orosz tagozaton végezte, így a tanítóképző főiskolán orosz szakkollégiumba került. Mint orosz szakos, fél évet töltött a Szovjetunióban részképzésen: amikor hazajött, oroszból államvizsgázott, és felvette a testnevelés-pedagógia szakkollégiumot.

Sokáig focizott, és mint válogatott játékos anyagi biztonságot szerzett. Ebből a pénzből vette lakását is. A csapattal iszogattak, és belekeveredett egy totóbotrányba is. Későbbi feleségével évfolyamtársak voltak a főiskolán. Egy alkalommal ivott, és útközben elütött egy embert, aki a baleset következtében elveszítette fél karját. A bíróság a baleset miatt börtönbüntetésre ítélte, menyasszonya megvárta, és a szabadulás után összeházasodtak. Ekkor vidékre költözött, együtt laktak a feleség szüleivel – ahol az apa szintén nagyivó –, és együtt iszogattak az apóssal. Később az alkoholizálás olyan mértékűvé vált, hogy a feleség és az édesanyja megkérték, költözzön el.

Bár tanítói diplomája van, nagyon kevés ideig tanított, kezdetben a foci miatt, később erkölcsi bizonyítvány hiányában nem helyezkedhetett el a szakmájában. Visszaköltözve Pestre, összekerült régi csapattársaival és keményen alkoholizált. Segédmunkásként helyezkedett el. Szüleivel ritkán találkozik, nem akarja őket szomorítani. Testvérétől teljesen elhatárolja magát. Öccse most végez a teológián, felszenteltetni nem akarja magát, megnősült, és egy magukat újkeresztényeknek nevező szektával vidékre akar költözni, ahol teljes szegénységben és teljes önellátásra berendezkedve élne.

Feleségétől nem vált el, kb. hetente találkoznak. Van egy barátnője is, akivel kapcsolata kizárólag szexuális. Míg együtt élt feleségével, nem

akart gyereket, „ilyen múlttal" – börtön – nem merte vállalni. A felesége, véleménye szerint, csak azért nem válik el tőle, mert nem fiatal már, és gyereket szeretne. A beteg jövőre vonatkozó elképzelései teljesen bizonytalanok, nem tudja, mit csináljon, visszaállítsa-e a kapcsolatot feleségével, vagy keressen más partnert, aki társ is. A kezelésre önként jelentkezett, a beültetést nagyon szeretné, fél azonban távozni az osztályról, fél, hogy visszakerülve a munkahelyére és a régi társaságba, nem lesz elég ereje változtatni.

A Rorschach-teszt alapján: Elemző, áttekintő, szigorú elveken alapuló életvitelt képviselő ember, aki idealizált elvei nyomán fokozatosan távolodik a realitástól (reálindexben kóros romlás), aki az előbbiekből adódóan súlyos alkalmazkodási zavarokkal küzd. A fantázia és az irrealitás kap legnagyobb teret a tudatban. Viszonyulásaiban túlzott énesség, esetleg az ideálokból fakadó kötődésképtelenség tapasztalható. Befelé forduló, acting out-os személyiség, ideológiai etikai agresszióval. Szigorú önmagához és a külvilághoz, esetleg aszociális lázadás elképzelhető nála. „Szabálytalan" ember, eltávolodott a valóságtól, miután a valósághoz indulatok, kínos élmények fűzik, s ezeket állandóan indulattalanítani kényszerül. Az indulattalanítás schizoid jellegű, kötődéseiben, kapcsolataiban – az idealizálthoz viszonyítva – mindig kudarcos. Pszichoterápia feltétlenül javasolt, ugyanis az acting out, valamint a schizoid-jegyek előrevetítik egy későbbi pszichotikus állapot lehetőségét.

Munkaterápia, egyéni pszichoterápia eredményesnek bizonyult. Másfél éve absztinens. Feleségével kapcsolata rendeződött. Erkölcsi bizonyítvány hiányában nem taníthat, de nem is érzi alkalmasnak magát erre. Műtőssegédként dolgozik.

A részeg verekedő

D. János 39 éves szakmunkás. Édesapja katonatiszt, édesanyja háztartásbeli volt, amikor fiuk megszületett. Édesapja az elmondások szerint valahonnan az Alföldről származott. Tisztként részt vett a második világháborúban, 1945-ben megszökött és bujkált, közben találkozott későbbi felesége apjával. A fiú szülei tehát így ismerkedtek meg és házasodtak össze. Apjára azonban nem nagyon emlékszik, a nővére és ő már megvoltak, édesanyjuk a húgával volt terhes, amikor a szülők elváltak. „A katonatiszti fizetés nem volt elég a nőkre és a piára." Anyjuk magára maradt a három gyerekkel.

Az ipari iskolában a fiú kiváló tanuló volt. A katonaság után egy vidéki városban helyezkedett el. Összejövetelen ismerkedett meg későbbi feleségével, aki pesti lány volt, és rokonoknál nyaralt. Nyolc hó-

napi együtt járás után összeházasodtak, „nem volt se pénzem, se időm Pestre utazgatni". Apósáékhoz költöztek, ugyanabba a házba, de külön háztartást vezettek. Apósáékról még most is nagyon ingerülten beszél. Apósa kellékes volt a filmgyárban, s őt csak felkapaszkodott idegenként kezelte. Masszívan ivott, ilyenkor menekült előle az egész család, elsősorban anyósát piszkálta, sőt verte. Az otthoni hangulatot, légkört amorálisnak, drasztikusnak és megalázónak írja le. A veszekedések, verekedések állandóak voltak, és az ő családját sem hagyták békén. Apósa részeg állapotában hozzávágta az ásót. Kisfia kiáltására ugrott félre. Saját magát sem mentegeti: „Ilyenkor felment az agyvizem, és összecsomagoltam az öreget." Amikor kijózanodott, úgy járkált, beszélt, mintha nem történt volna semmi.

A sorozatos ramazúrik után végül is a családjával együtt – ő, a felesége és a kisfia – elmenekültek Kaposvárra. Ekkor az anyósa kezdett eljárni Kaposvárra – „látogatóba" –, később az após is megjelent, és minden kezdődött elölről. Közben megszületett a második fia is. Egy alkalommal az apósával a szomszédos bisztróban iszogattak, az apósa berúgott és ismét becsmérelte. Ő hazament, az apósa követte. Otthon úgy folytatódott a botrány, hogy kirakta a lakásból az apóst és az anyóst is. A felesége próbált a védelmükre kelni, akkor őt is kipakolta. Aztán a gyerekek sírtak, így a gyerekeket is kiküldte. A család a szomszédban aludt. Amikor kijózanodott, ment a család után, a feleségével megegyeztek, hogy újrakezdenek mindent. Reggel bement az üzembe szabadságot kérni, ekkor összeveszett a főnökével. Hazafelé ismét ivott, ismét összeveszett a feleségével, de most ő ment el otthonról. Amikor kijózanodva hazatért, megérkeztek az apósáék tehertaxival, hogy viszik haza a lányukat. Újabb botrány, kiszállt a rendőrség, és karhatalmilag biztosították a feleség elköltözését és a bútorok elvitelét. Ekkortól ő utazgatott Kaposvárról Pestre, végül is felköltözött, újra összekerült a család.

A botrányok folytatódtak, közben felfedezték, hogy a tüdejével valami probléma van. Kezdetben a körzeti orvos kezelte, később a tüdőgondozó. Amikor jobban érezte magát, elhagyta a gyógyszerek szedését, mire a köpetében sorozatosan vért fedeztek fel. Ekkor már albérletben lakott – apósa kirakta a lakásból –, és mentővel szállították kórházba. Időközben a felesége beadta a válókeresetet – nem beszélt róla, hogy miért, a későbbi beszélgetésben céloz rá, hogy a volt felesége már nem él egyedül. A válást a beteg hibájából mondták ki. A feleségével a válás óta nem találkozott, fiaival a kapcsolata jó. Örömmel meséli, hogy együtt járnak horgászni.

Intézetünk egyik osztályára alkoholos eredetű idegbénulással, súlyos tbc-vel került. Megrémítette, hogy nem tudott járni. Három hónap

után, amikor először hazaengedték, alkoholos állapotban jött vissza. Ekkor helyezték át osztályunkra. Sérelmezi, hogy alkoholisták közé tették, pedig ő csak néha iszik. Részeg verekedések, garázdaság miatt többször volt börtönben. Az osztályon jól érzi magát. A Rorschach-táblát végignevetgéli, hogy „micsoda hülyeség", megoldja, és szorgalmazza a későbbi beszélgetések lehetőségét is.

A Rorschach-teszt alapján: Gátlástalan, én-gyenge személyiség, ez a visszacsatolási kontroll hiányából fakad. Laza mentális fékek. Alacsony koncentrációs képesség, gyenge megfigyelőképesség, alacsony értelmi színvonal jellemzi. Indulati élete sekélyes. A lelki sérülés aszociális jegyeket hozott elő: szégyen és bűntudat nélküli, érzelem- és indulatszegény, szeretetképtelen, aszociális, kriminális személy, súlyos alkalmazkodási zavarokkal. Klinikailag pszichopátia valószínűsíthető, paranoid vonatkoztatási téveszmékkel.

Sok, elsősorban kooperációs és vezetési nehézség után tudtuk tbc-jét megoldani. Lakása nem volt. Egy idős asszony fogadta be, aki a szeméttelep közelében lévő lakásban félt egyedül, mert a guberálók többször betörtek, meglopták. Nem tudtuk szakképzettségének megfelelő munkához juttatni. Rokkantsági járulékát eldobott sörösüvegek összegyűjtéséből egészítette ki. Alkoholizmusát végül is nem tudtuk tartósan befolyásolni. Így prognózisa – tbc szempontból is – rossz.

A született alkoholista

E. Lajos 55 éves segédmunkás. Nagyon nehezen explorálható beteg, sorozatosan elakad, megtapad a lényegtelen mozzanatoknál. A múlt eseményeit részletesen, minden lényegtelen mozzanatra kiterjedve meséli el. Intellektuálisan életkoránál lényegesen idősebb, gondolkodása alakilag lelassult – egy-egy célképzet sokáig megtapad a tudatban, s attól nehezen eltéríthető.

A beteg egy 11 gyermekes bányászcsalád tizedik gyermeke. A családtagok közül már csak ő él. Mindegyik testvérének halálában valamilyen formában közrejátszott az alkohol. A hat fiú és a négy lány mind ivott. Apjuk is alkoholista volt, s a gyerekek már kicsi korukban megismerkedtek az alkohollal. Anyjuk nem vállalt munkát, halálát agyvérzés okozta. A betegnek jelenleg egyetlen közeli hozzátartozója az a féltestvére, aki édesanyja házasságon kívüli kapcsolatából született.

Az otthoni, családi légkörről érzelem nélkül beszél, az egyetlen tény, amit kiemel, hogy a háború után Szabadszállásra adták ki nevelőszülőkhöz. Csak hét osztályt végzett, nem szeretett iskolába járni: 12 éves korától az apjával alkalmi munkát vállalt, illetve 15 éves korától bányában dolgozott. Itt ismerkedett meg későbbi feleségével, aki szin-

tén csillés volt, s akivel 24 éven keresztül formálisan voltak házasok. A házasságkötés után két hónappal ugyanis behívták katonának. A katonaság alatt az akkor a fiával már terhes felesége egyszer sem látogatta meg. A leszerelés után ismerte meg nyolchónapos fiát, de azóta sem látta a gyereket, mert felesége „kicsapongó" életmódja miatt állami gondozásba vették, holléte után az apa sem kutatott. „Egyszer láttam életemben, most minek keressem." A katonai szolgálat alatt szerzett gépkocsivezetői jogosítványt, ettől kezdve a bányában autóbuszsofőrként dolgozott, míg ittas vezetés miatt be nem vonták a jogosítványát. Azóta segédmunkásként alkalmi munkákból él. Volt 16 éven át egy élettársi kapcsolata, belőle ikrei is születtek: egy fiú és egy lány. Mindketten kivándoroltak az NSZK-ba. Az élettársi kapcsolat felbontása a társ sűrű partnerváltogatásai miatt történt.

„Jobban tette, hogy elment, mert baj lett volna belőle, igaz, csak egyszer vertem meg." Hat évvel ezelőtt leszázalékolták, betegségét próbálták gyógyítani, de ismételten megszökött, Legutóbbi szanatóriumi kezeléséről a „jó szíve miatt küldték el": ő volt a kórház alkoholbeszerzője. Alkoholizmusát tagadja, bár az alkoholizmus jegyei a viselkedésében egyértelműen láthatóak. Intellektuálisan és etikailag fogyatékos, ezt a fogyatékosságot az élettapasztalatok és viselkedési sztereotípiák leplezik. Tudata beszűkült, gondolkodása lassú.

A Rorschach-teszt alapján: szűk látókörű, a körülményekhez tapadó ember, koncentrálásra képtelen, labilis, megbízhatatlan személy, belső energetikai töltés nélkül. A mentális fékek lazák, bár érzelmileg involvált helyzetben képes lenne a „maradék eszét" használni. Beszűkült, rigid ember, minden önismereti igény nélkül. Gondolkodása, viselkedése formalizált; affektívan kiszáradt. Viszonyulásai olyan alacsony hőfokúak, hogy valóságos társkapcsolatok nem is jönnek létre. Egész életét és életvezetését az indulattalanító, elhárító mechanizmusok vezérlik. Aszociális ember, tele sztereotípiákkal. Életkori mentális romlás, alkohol okozta intellektuális, affektív deficit jellemzi.

Az elkényeztetett

F. András 50 éves. Budapesti ötgyermekes családból származik. Apjának kocsmája, később a vásárcsarnokban üzlete volt. Két bátyja és az egyik öccse egyetemet, illetve technikumot végzett, másik öccsével ketten „lógnak ki a sorból". Az iskolában nagyon jó tanuló volt. Édesapja nem engedte, hogy műszerésznek menjen, így dacból semmilyen szakmát nem választott. Állandó munkahelye sem volt 34 éves koráig.

Első házasságát 18 évesen kötötte, ekkor a szülők lakást vásároltak számukra. A házasságból egy gyerek született. Később elváltak, és a be-

teg folytatta az általa is lumpnak tartott életet. Elmondása szerint semmit sem csinált, csak kártyázott, ivott és nőzött. Szinte mindennaposak voltak a berúgásai. Anyagi gondjai nem voltak, a szülőknek jól ment az üzlet, és a mamától mindig kapott pénzt italra, vagy éppen „elvette" a házi kasszából. Semmi sem érdekelte, sem a szülei, sem a családja. Élvezte ezt a teljesen kötetlen életet.

A katonaságtól vagányságból megszökött egy barátjával, a szökésből kocsmázás lett, puskával lövöldöztek verebekre, üvegekre, míg részegen el nem kapták őket. Ekkor börtönbüntetésre ítélték, ezt előzetesben le is ülte. Ám a leszerelés után is folytatta ugyanazt a semmittevő életmódot. Állandó törzshelye volt a barátokkal. Egy ivászat alkalmával ismerkedett meg második feleségével. Akkor is be volt rúgva, de megállapodtak, hogy másnap találkoznak. Hat hónapon keresztül udvarolt – „addig nagyon jó fiú voltam" –, majd összeházasodtak. A házasságból egy gyerek született, aki másfél évesen az NSZK-ba került. Egy ottani rokonnak nem volt örököse, így a gyerek örökölheti a gyárat.

Amikor megnősült, második felesége rábeszélésére munkát vállalt. Pavilonos volt, de megverte az orvost, másik osztályra került, a fizetését csökkentették. Munkahelyeit sorozatosan váltogatta, mindenütt verekedésbe keveredett. Egy kocsmai verekedés alkalmával három cigány megkéselte, és szétrúgták az arcát. Gyomorműtétet kellett végezni. Nyolc nap után, amikor lábra tudott állni, megivott egy korsó sört, rosszul lett, újból megműtötték. Az újbóli műtét után saját felelősségére távozott, hazafelé menet betért egy kocsmába, másnapra az egész hasfala begyulladt. Nem ment orvoshoz, az egyik barátja fölvágta a varratokat, kitisztította a sebet. Ettől kezdve nem ivott, míg a seb be nem gyógyult. A feleségét nagyon szerette. Eljárt ugyan inni, gyakran volt részeg, majdnem mindennap a kocsmában kötött ki, szeretői is voltak, de a feleségét soha nem bántotta, a szidásain csak mosolygott. Egyébként elég volt neki egy nem tetsző pillantás, és verekedést provokált.

Felesége régóta panaszkodott fulladásra, de orvoshoz nem ment. A közelmúltban meghalt. A temetésen is berúgott, „arrébb rakta" a papot, elzavarta a gyászolókat, majd leült egyedül sírni. A temetőben azóta nem volt. Feleségét nem tudja elfelejteni, kapcsolati próbálkozásai mind kudarcba fulladtak, „mindig a feleségem jutott eszembe".

Keményen ivott, napi adagja több mint egy liter vodka volt. Közben kiderült, hogy tbc-s, így került az osztályra. Alkoholistának vallja magát, és el sem tudja képzelni, hogy többé nem fog inni. Öngyilkossági szándékáról beszél, ugyanakkor látogatóba készül a fiához, tervei vannak. Krimibe illő élettörténetet mond el, közben állandóan mosolyog.

A Rorschach-teszt alapján: Nagyon alacsony válaszszám mellett alacsony színvonalú jegyzőkönyv. A szubjektív mozzanatok túlsúlya jelentkezik a percepcióban, a realitás-indexe is alacsony. Én-gyenge, gondolkodásában szubjektív, képzelete élénk, alkalmazkodásában labilis. A mentális fékek optimálisak, különféle élethelyzetekben képes jó értelmi megoldásra, ami pozitív érzelmi motiváció hatására fokozódik. Társas környezetben rosszul „beváló", kapcsolataiban frusztrált. Viselkedése beszűkült, befelé forduló, depresszív tünetképződés jellemzi. A viselkedése mellett kórosan sztereotip, alacsony szintű elhárító mechanizmusok, reaktív depresszió.

Tbc-s eredetű betegsége – gombás szövődmény miatt – lényegében gyógyíthatatlan. Rokkantsági díja és a lakásának bérbeadásából származó jövedelme egzisztenciálisan a felszínen tartja. Alkoholizmusa miatt azonban védett környezetre szorul. Így hónapokig absztinens. Excesszusai után veszélyesen leromlik. Foglalkoztatása is inkább vezetése, mint keresete szempontjából kívánatos. Rehabilitációja nem látszik megoldhatónak.

Az indulatos családszerető

G. István negyvenéves. Édesapja asztalos volt, hétvégeken falusi családi ünnepségeken zenélt. Édesanyja tsz-tag. Tízen vannak testvérek, a beteg a hatodik gyerek. Az általános iskolát elvégezte. A családban a gyerekek az anya helyettesítőiként a tsz-be jártak dolgozni. Az idősebb testvérek sorban férjhez mentek, illetve megnősültek. Ő 19 éves volt, amikor meghalt az apja, akkor az anya az új élettársával együtt elköltözött a lakásból.

A katonai szolgálat után egyedül maradt, kisebb testvérei is elköltöztek. Házasságkötése után az anyósáéknál laktak. Vagonkirakásból tartotta el családját, legutóbb kazánfűtőként dolgozott, és szolgálati lakásban laktak. Házasságából 4 gyerek született, most 14, 12, 10 és 2 évesek. A kazánfűtői munka mellett – feleségével együtt – mellékmunkákat vállalt: csigát gyűjtöttek, kosarat fontak.

Tüdőgyulladással tüdőgyógyintézetbe szállították, ahol összetűzésbe keveredett a főorvossal (kérte más kórterembe helyezését, amit a főorvos megtagadott). Egy hétvégére hazaengedték, nem ment vissza a kórházba. A rendőrség szállította be. A rendőrséggel korábban is volt összetűzése. Munkahelyén egyik kollégája lopással vádolta, ezért ivás közben összeverekedtek. A verekedés következtében a munkatársa olyan súlyosan sérült, hogy bírósági tárgyalás lett belőle, és a bíróság szabadságvesztésre ítélte. Alkoholizmusát tagadja. Az osztályon jól érzi magát. A karácsonyi ünnepeket otthon töltötte. Szeretettel beszél

a családjáról, feleségéről, gyerekeiről. Anyjától, testvéreitől teljesen elszakadt, azt sem tudja, merre laknak, évek óta nem látta őket. Könnyen teremt kontaktust, de nehezen explorálható, mondanivalóját időben és térben nagy logikai kihagyásokkal, ugrásokkal fogalmazza meg. Érzelmi megnyilvánulás csak akkor tapasztalható nála, ha családjáról beszél. Szeretne minél előbb dolgozni, hogy anyagilag segíthesse a családot. Szívesen beszélget, „addig sem unatkozom". Jelenlegi legnagyobb problémája, hogy nem mehet haza.

Gondolkodása tárgyhoz kötött, megtapad a lényegtelennél, az észlelési tudat beszűkült, mentálisan rigid. Az értelmi színvonal gyenge. Indulatait nem tudja fékezni, befolyásolható, sodorható, feszültségi toleranciája alacsony. Önismereti igénye minimális, viszonyulása a külvilághoz alacsony hőfokú, kevés inger érinti meg. Lelki élete sivár, kevés örömforrással. Élményvilága sablonos, érdeklődése beszűkült. Agresszió-mozgósítása szorongásos alapú. Másodlagos pszichikus tünetként fokozott betegségtudattal él. Alapvetően regressziós tendencia, a tájékozódási rendszer zavarával. A vizsgálatba nehezen vonható be, problémáit nem tudja kifejezésre juttatni.

Viszonylag jó együttműködésre késztettük. Ez lehetőséget adott tbc-s folyamatának megoldására. Utóbb – éppen azért, hogy enyhítsük családjának hiányát – 3–4 hetenként hazaengedtük. De amikor eljött a csigagyűjtés ideje, nem tért vissza. Utókezelése így a gondozóra maradt. Félő, hogy az alkoholizmusa leküzdésében elért eredmény nem lesz tartós.

A csöves

H. László 37 éves. Háromhónaposan került állami gondozásba. Szüleit nem ismerte. Az intézetből 16 évesen bocsátották el, azóta egy dél-magyarországi városban élt, csövezett. Többnyire pincelejárókban, pincében éjszakázott. Alkalmi munkából, szerzésből élt. Munkakerülésért, lopásért került börtönbe. Gyomorpanaszai miatt vizsgálták. Akkor fedezték fel tuberkulózisát. Így került hozzánk. Igen leromlott állapotban, kétoldali tbc-vel, teljes foghiánnyal, elhanyagoltan.

Jól vezethető, szolgálatkész, szociális, csak italos állapotban agresszív. Ezt tudja magáról, szívesen együttműködött a tbc és az alkoholizmus gyógykezelésében. Munkaterápiázott, így munkarehabilitációja nem okozott nehézséget védett szálló, védett munkahely-rendszerünkben. Ma már munkakönyves dolgozó, kórházi pavilonos. Régi környezetétől azonban még óvni kell. Szabadságai alatt „hazament", ilyen alkalmakkor kétszer is visszaesett. Másodszor szolgálat elmulasztása miatt akarták elbocsátani, a pavilon dolgozói azonban melléálltak.

A beteg túlórázik, minden ügyeletet vállal. A takarékban 150 ezer forintja van. Valamilyen lakáslehetőségre gyűjt. Még sohasem volt lakása.

A falurossza

I. Vilmos 42 éves. Először csak beutalója érkezett, a beteg nem volt hajlandó intézeti kezelésre. Beutalását a gondozóvezető külön levélben indokolta. Ebből egy részlet: „Súlyos alkoholista, aki önkényesen szakította meg tüdőgyógyintézeti kezelését. Jelenleg a jobb tüdőcsúcsban vastag falú, 10 forint nagyságú kaverna látható. Aszociális magatartású, állandó lakcíme ugyan van, de a lakás nem létezik, mert lebontották. Többszöri környezettanulmány egyértelműen jelzi, hogy disznóólban lakik, környezetében kiskorú kontaktok is élnek. Az italboltban állandó törzsvendég és sajnálatosan fertőző forrás is. Egyedül élő, problémáit megoldani képtelen. Környezetét veszélyezteti."

A beteg mentőn, rendőri kísérettel érkezett. Ruházatát nem lehetett fertőtleníteni és kimosdatása, szagtalanítása ismételt fürdetéssel volt elérhető. Kétoldali folyamat, toxikus. Delirál, zavart. Antideliráns, infúziós gyógyszeres kezelésre szorul. Akut tünetei lezajlása után megnyugszik, együttműködő.

A háború után született, egy dél-dunántúli kis faluban, paraszti családban. Két öccse van. Apját 1952-ben kuláknak minősítették, és beszolgáltatási kötelezettségének elmulasztása miatt bebörtönözték. Anyja is börtönbe került feketevágásért. A három gyerek állami gondozott lett. Anyja hamarabb szabadult, de „elkurvult", „gyereket csináltatott magának", részeges lett. A házasságon kívül született kislány a Dunába fulladt. Szülei elváltak, majd börtönből szabadulva apja szedte össze őket, és nagyanyjával nevelte a három fiút. Apja agytumorban halt meg. Anyjáról semmit nem tud, illetve nem akar tudni. Egyszer megjelent a faluban. Szóltak neki, de nem akart találkozni vele.

Húszéves korában megnősült. Betanított munkásként dolgozott. Munkatársai, ivócimborák befolyására mind többet ivott. Két év után elváltak. Testvérei eladták a feje fölül a házat: 2 liter borért és 500 forintért írta alá a szerződést. Ittasan, jogosítvány nélkül motorkerékpárt vezetett. Nyolc hónap börtönre ítélték. Ott fedezték fel tbc-jét. Börtönkórházban, majd szabadulása után a területi tüdőgyógyintézetben kezelték. Saját felelősségére távozott. Öngyilkosságot kísérelt meg gyógyszerrel. Attól kezdve csak ivott, főleg az alkalmi munkákért kapott italokat fogyasztotta. Alig evett.

Maga kérte alkoholkezelését, a beültetést. Műtéti megoldást terveztünk, de olyan szépen gyógyult tbc-je, hogy ettől a tervünktől elálltunk. Munkaterápiázott, védett szállásra került. Kiöltözött. Harma-

dik éve absztinens. Adventista barátaink egy nála idősebb asszonyhoz ajánlották kerti munkára. Egy idő után odaköltözött a szállóról. Igen szorgalmas, sokat dolgozik, és az új „sógornál" jól keres. A közelmúltban vezetői vizsgát tett, és autót vásárolt. Ezzel látogatott haza a falubeliek és a gondozóvezető főorvos nem kis csodálkozására. Rehabilitációs folyamatban most jutott el odáig, hogy már aktivizálódik és segít a klubtársaknak.

Sorsok és tanulságok

A nagyszámú kórtörténetből kiemelt néhány eset nem igényel külön elemzést. Ezek a szikár, a szakszerű orvosi és pszichológusi részletektől megnyesett élet- és betegségtörténetek önmagukért beszélnek. Néhány általánosítható következtetésre mégis alkalmat adnak.

1. A börtönviselt betegek származásukat tekintve a társadalom minden rétegéből rekrutálódnak, mégis sűrűbben a szegényebb, hátrányos helyzetű rétegekből. Az eredendő hátrányos helyzet az egyéni életek során tovább mélyül, hiszen a betegség, a büntetett előélet, az ezt követő társadalmi előítélet – nem szólva a devián életforma sajátosságairól – további, többszörös hátrányt jelentenek.

2. Az élettörténetek azonban nem mutatnak eleve patogén vagy determinisztikus társadalmi tényezőket. Egy sokat próbált nemzet tagjai ők, akik a társadalmi méretű megfosztottság következményeit egyéni élettörténésükben úgy mutatják, mint a fákban az idő múlását az évgyűrűk.

3. Egyéni életútjuk és különösen a gyerekkori traumák gyakorisága már utal a gyengék hátrányba kerülésének, kihullásának társadalmi farkastörvényére. A személyiség lélektanából jól ismert korai személyiségkárosító tényezők kimutathatók, a szocializálódás folyamatát súlyosan károsító traumák gyakran tragikusan halmozódnak.

4. A sokszorosan traumatizált személyiség szocializációs zavarai a társadalmi normák elfogadására készületlen, azzal szembekerülő, bűnelkövető karaktervonások kialakulását segítik. Ezek viszont a társadalmat irritálják, és elhárító, kiközösítő reakciókat váltanak ki. Fokozza a devián egyén és a társadalom tűrőképessége közti feszültséget, hogy elavultan börtöncentrikus büntetésvégrehajtási rendszerünk alkalmatlan a sérült személyiség korrekciójára. A börtönélet is kriminogén hatású.

5. Ha a bűnelkövetés tényét az egész élettörténet folyamatában vizsgáljuk, világossá válik, hogy a börtön a társadalom önvédelmét, a bűnelkövető elszigetelését, nem pedig hibás szocializációjának korrek-

cióját szolgálja. A börtön nevelő funkciója képmutató szólam, amely csak a társadalom megtévesztésére való. Sokkal becsületesebb a börtönbüntetést szükséges rosszként elismerni, mert az inkább serkent az adekvát és szakszerű közösségi válasz keresésére. A börtönszituáció eleve lehetetlenné teszi a pedagógiai alaphelyzetet és különösen a gyógypedagógiai, korrekciós alaphelyzetet. Csak az emberkép szimplifikáló, redukcionista szemlélete éltethet egy ilyen elvet, mely éppen a személyiség bonyolult összetettségét és a sajátos humán összetevőket hagyja figyelmen kívül. A nem adekvát, nem szakszerű megközelítési módról a hatástalanság árulkodik. A társadalmi korrekciónak ez az adminisztratív módja költséges is.

6. Az aszociális vagy antiszociális betegek gyógykezelésére, orvosi és munkarehabilitációjára, az elérhető reszocializálásra vállalkozó team számára nélkülözhetetlen a személyiség megismerése, az életút, a történések feltárása, elemzése, vagyis a szakszerű pszichodiagnosztika, a szociodiagnosztika. Csak ezek alapján lehet felismerni a személyiségben még megmaradt értékeket, lehetőségeket, amelyek kapaszkodókat jelentenek a károsodások, a fixációk, retardációk fokozatos korrekciójára.

7. Esetek százai bizonyítják, hogy az ilyen vállalkozás nem reménytelen. A sorsokat jobbra fordító korrekció jelentős részben a szakismeret, a reális célkitűzés és a befektetett munka függvénye. A beteg moralizáló megközelítése, elutasítása, kitaszítása a társadalomból reménytelenné teszi a vállalkozást.

8. Minden egyes sikeres eset példája túlmutat az egyén sorsán. Segíti a másik, a következő beteg dolgát, erősíti a rehabilitációs és reszocializációs törekvéseket. És fordítva, a be nem ismert, fel nem tárt, a betegre áthárított sikertelenségek, kudarcok, azok kimagyarázása nem segít. Inkább lefegyvereznek, a hiábavaló erőfeszítés érzését keltik a közös munka résztvevőiben. A szűkebb és tágabb társadalmi környezetben pedig a regresszív, elutasító, autoriter-adminisztratív tendenciákat erősíti.

9. Az orvos–beteg kapcsolatot mintázó pszichoszociális szemléletű megközelítés erősíti a pszichopedagógia hatékonyságát és általában a humanizációs törekvéseket.

10. A nehéz, összetett, interdiszciplináris ismereteket igénylő korrekciós módszer nem sikerül defenzív cselekvési stratégia mellett. Ez akkor is igaz, ha tudatában vagyunk: ma még nem rendelkezünk a komplett megközelítés szemléleti feltételeivel és szükséges eszközrendszerével. Gyengeségünkön csak az összefogás és egy jobban működő társadalom kialakulása segíthet.

EGY ORSZÁG GYÓGYÍTÁSA

Hányszor beszéltem, írtam az orvoshivatás egész személyiséget befolyásoló, alakító hatásáról – szaknyelven szólva: az orvosszerep erősen pervazív jellegéről. Mégis meglep, amikor rádöbbenek, hogy orvoslétem egész látásmódomat, gondolkodásomat meghatározza. Még legszemélyesebb kapcsolataimban is tetten érem a négy évtized alatt kialakult, „bejáratott" (vagy talán már rögzült?) gondolatmenetet. Mindez ellentmondásos érzelmeket kelt bennem. A szakmai beszűkülést a modern orvost fenyegető veszedelemnek tartom. Ugyanakkor érzem e látás- és gondolkodásmód segítségét a probléma-felismerés és -megoldás folyamatában, mert bátorít és valamiféle biztonságot ad a sötétbe merészkedőnek. Az orvosi tehetséghez, mint sok máshoz, szükség van adottságokra, de legalább annyira odafigyelésre, probléma-érzékenységre, tapasztalatra, gyakorlásra, amely tévedésekkel jár. S ahhoz, hogy ezeket a tévedéseket ne szemlesütve „túlélje", hanem szembenézzen velük az orvos, bátorság kell, a felszínes hiúság helyett mélyebb rátartiság. Mindezek nem a semmiből jönnek, fejleszthetők. Azt is mondhatnám, hogy az orvosi önépítkezés termékei. Mert a külső szemlélőnek talán csak misztikus jelenségnek tűnik, ami a munkájában jártas orvosnak is élmény, mikor tudat-szintre emelkedik a megérzés a panaszos vagy panasztalan beteg láttán: itt baj van, nagy baj van, nincs baj… A bajmegállapítás, az orvos diagnosztikus tevékenysége bizonyos szintig nem igényel orvosi intuíciót. A jelenségszinten mozgó, a laboratóriumi leletekre, eszközös vizsgálati eredményekre támaszkodó orvos jól boldogul e nélkül is, ha elég információja, az értékelésben elég rutinja van, és kíváncsisága, mohósága az összefüggések megértésére a „szakma szabályai szerint" kielégíthető. Az intuíció a permanens elégedetlenséghez, a mélyebb megismerés izgalmához, szenvedélyéhez kell, mindahhoz, amiből éppen megszületik, fejlődik, szövődik. Mert az orvosi intuíció nem rejtély, hanem további információk megszerzésének és felhasználásának képessége. Mi az útja ennek? Például az orvos nem elégszik meg a jelenlegi állapot, a „status praesens" észlelésével, a vizsgálati, laboratóriumi stb. leletek értékelésével, hanem a jelenségeket keletkezésükben, fejlődésükben is érteni akarja. Feltárja a kórtörténetet, az anamnézist. A történelmiség igénye a megismerésben rengeteg információt nyújthat, mert a betegségtörténet feltárása kikerülhetetlenül összefonódik az élettörténettel, a beteg személyiségének anamnézisével. De az életút vizsgálata arra is rávezet, hogy az ember

nem izolált személyiség, hanem társas lény, számos családi, munkahelyi, társadalmi kapcsolattal rendelkezik, amelyeknek zavara ront, rendezése javít a beteg helyzetén. És ez sem elég. Iparosodó, városiasodó fejlődésünkben egyre több figyelmet kelt a természeti miliő, a bioszféra változása, az ökológiai viszonylatok negatív és pozitív hatása. Így tágul az orvosi megismerés látóhatára, így gazdagszik a szokványos szomatikus orvoslás szűk határait átlépő, több dimenzióban mozogni képes orvosi tevékenység. A bajmegállapítás ilyen tágas orvosi szemléletben már az információk tömegével rendelkezik, csak élni kell vele. Hiszen a bajok megismerése során feltárulnak a bajba jutott ember lehetséges kapaszkodói, az elrendezés lehetőségei is, vagyis a gyógyítás útjai. Ezek tágítása erősíti az orvosban is a reményt, hogy a beteg helyzete javítható, hogy a betegség gyógyítható.

Ez a hosszabb bevezetés olyan, mint a mély lélegzetvétel. Tudom, nem mondok újat, ha bajokra figyelmeztetek. Az orvosnak, az egészségügyben dolgozónak meg mindennapi tevékenysége ez. De ahhoz talán kell bizonyos nagyzolás, ha egy gyakorló orvos a világ, az ország helyzetét érzékelve kimondja: baj van, nagy baj. Olyan nagy baj, hogy erről csak őszintén érdemes szólni; az elkenés, a mellébeszélés még a hallgatásnál is bűnösebb. És azt remélem, az őszinteségből fakadó hitelesség társakat toboroz, nálamnál okosabbakat, mást tudókat, hiszen a jó változásokhoz a különféle tudások összekapcsolására van szükség.

Pár évvel ezelőtt az alkoholizmusról és más devianciákról Csoóri Sándorral beszélgetve úgy fogalmaztunk, hogy beteg az ország, beteg a népe. Sokaknak nem tetszett a kifejezés, túl sommásnak és harsánynak ítélték, s joggal felvethető még az is, hogy nem az ország, hanem egész mai világunk beteg. Magam is végletesnek érzem a megfogalmazást, de bennem a betegség ténye nem pesszimizmust kelt, hanem kihívást a cselekvésre, a gyógyításra, és rögeszmésen bízom abban, hogy a más szakmájúak körében is sokan akadnak, akiket a bajok, a mégoly súlyos tünetek nem megbénítanak, hanem tenni löknek. Tudom, hogy a 19. század elejétől fel-felrémlik legjobbjainkban a nemzethalál. S én mégis vitatkozom barátaimmal, akik a népesedési, halálozási, öngyilkossági, népegészségügyi mutatóinkat látva, a társadalmi beilleszkedés szaporodó és súlyosbodó zavarait figyelve a régi, romantikus veszélyt idézik. A fenyegetettségnek ez a megfogalmazása inkább lefegyverez, csak erősíti nagy bajunkat, a beletörődést és az amúgy is fokozódó nihilizmust. Költők szavai talán mozgósíthattak, de én orvos vagyok, egészséghívő, a gyógyítás ügynöke. Számomra az egészségügyünk helyzetét jellemző mutatók nem elvont számok, hanem élő, veszélyeztetett emberek. A hasonlóan fejlett országokhoz viszonyítva nálunk rosszak a halálozási mutatók. A fiatal, 35–45 év közti férfihalálozás egész Eu-

rópában itt a legnagyobb. Világelsők vagyunk az öngyilkosságban, és élmezőnybe jutottunk az alkoholfogyasztásban, az alkohol okozta szervi károsodásban. A statisztikai mutatók persze nemcsak felfedik, de takarják is a valódi helyzetet, én azonban élményszerűen érzékelem az alkohol pusztítását a betegek szervezetében, családjában, környezetében. Hiába emeltünk szót sokan, hiába reméltük, hogy a vezetők hallgatnak ránk – születtek jó szavak, jó döntések is, de a határozatok papíron maradtak, mintha titkos ellennyomás érvényesülne. A szószólók belefáradnak, beleöregszenek, tehetetlenségükben a barátok is összekülönböznek, szkeptikussá és cinikussá lesznek, elhallgatnak. Ki akarja ezt? A helyzet évről évre romlik, emberek, családok pusztulnak. Ha mindent megtennénk, amit lehet, akkor is óriási erőfeszítésre volna szükség. De azt sem tenni meg, amit megtehetnénk, bűn, ha a felelősség nehezen is állapítható meg. Lehet, hogy akit felelősnek vél az ember, csak bűnbak.

Életem sok bajáért kárpótolt a tudat, hogy részese lehettem a hazai tbc-elleni küzdelemnek – tüdőgyógyász kollégáimmal együtt érezhettem erőfeszítésünk sikerét. A legutolsókból az elsők közé kerültünk. Bizonyára innen a remény, hogy a magamfajta orvos országos népegészségügyi gondok megoldásában hatékonyan tud dolgozni. Mára ezen a téren Európa-szerte javult a helyzet. Mi azonban nemcsak képtelenek voltunk terveink szerint gyökeresen felszámolni a tbc-t, de járványtani mutatóink megint az európai átlag alatt vannak. Pedig egyáltalán nem volt irreális az a nagy elégtételt is hordozó, öntudatunkat emelő, sérülésünket gyógyító törekvés, hogy a morbus hungaricust elsőnek a mi kis országunk számolja fel véglegesen.

Az egészségügy 7. ötéves tervében kiemelt jelentőséget kap a szív- és keringési betegségek megelőzése, gyógyítása és gondozása, a rák elleni küzdelem, a népesedési helyzettel összefüggő egészségügyi kérdések, a mentálhigiénia, azon belül az alkoholizmus. Jogosan. Hiszen megbetegedési statisztikáink egyértelműen ezekre irányítják a figyelmet. Máris ide sorolhatnám a légzőszervi (nem tbc-s) betegek, elsősorban az ún. obstruktív légzési betegek gyorsan növekvő számát. Az orvosi közvélemény is bagatellizálja az idült hörghurut jelentőségét. Ezeket a légzési betegeket a helytelen életmód, a dohányzási szokások, az iparosítás, az urbanizáció, a környezet- és a levegőszennyeződés, a rossz minőségű szénfűtés, a motorizáció stb. kárvallottjainak tekintjük. Ma már a tüdőgyulladásos betegség mintegy kétszáz kórokozóját ismerjük, az antibiotikumok és más gátlószerek egyre nagyobb választéka áll rendelkezésünkre, és mégsem csökken a tüdőgyulladásos betegek száma, sőt halálozási arányuk sem javul. Lényegében hasonlók mondhatók el a tüdőrákos megbetegedésekről és halálozásokról. Az orvosi

erőfeszítések ellenére évről évre romlik a helyzet. Ugyanez jelenik meg az üzemi, a közúti, a háztartásban bekövetkező balesetek, a mozgásszervi betegségek és károsodások, a táppénzes napok, az egészségügyi okokból rokkantosítottak esetében. Egyáltalában: mit mondhatunk egészségügyünk állapotáról? Hogy bár elfogadott a társadalom-orvoslás koncepciója, mégis éppen a tömeges betegségeknél bizonyulnak az erőfeszítések elégtelennek, éppen itt nem javul a helyzet, sok vonatkozásban inkább romlik.

Az elmúlt pár évben alkalmam volt betekinteni az orvos számára nem közvetlenül látható területekre: a kriminalitás, a gyerekkori mentálhigiénés károsodások és a felnőttkori zavarok, a neurózistól a pszichózisig terjedő betegségek világába. A szociálpolitikai reformok reményével ragadtam meg a lehetőséget, amit a Hazafias Népfront Családvédelmi Tanácsában vállalt tevékenység is kínált: képet alkotni népesedési helyzetünkről és a mai családok összetett, sokrétű gondjairól. Az eredmény nem nyújtott vigaszt. Az egészségügyben szerzett sok negatív tapasztalatom után inkább erősítette bennem az érzést, hogy a bajok gyökerei azonosak. Ha az ember csak orvosok között mozog, könnyen hiheti, hogy egészségügyi ellátásunk fő baja a technikai lemaradás, a műszerezettség hiánya. Igen, bizonyára ez is baj, de az egész ország egészségi, szociálpolitikai helyzetét tekintve világosan látom, hogy nem a fő bajunk.

Hanem? Szinte reflexesen itt lép be az orvosi gondolkodás, vállalva még a megalomániás attitűdöt is: beteg az ország. Mindenekelőtt tehát kórismére van szükség, mélyreható, tisztességes, igazmondó diagnózisra, olyanra, amiből el lehet indulni az enyhítés, a javulás, a gyógyítás útján. Máig kísért az élmény, a tbc elleni küzdelem első sikereinek korszakáról. Hatékony gyógyszerrel a betegek tünetileg gyorsan – igaz, csak átmenetileg – javultak, de sokan nem vállalták a kezelést, tömegesen gyógyulatlanul hagyták el az intézeteket. Így nőtt óriásivá idült tbc-s betegállományunk – még ma is ennek következményeivel bajlódunk. Ebben az országban a tömegek az utóbbi évtizedekben jóllakhattak, sokan el is híztak. Ennyit soha nem ettek, így nem öltözködtek, soha a gyerekeknek nem volt ilyen ellátottsága, szinte elkényeztetettsége. Mindez jó, csak ne tévesszen meg bennünket. Ne homályosítsa el azt a tényt, hogy 10 milliós országunkban másfél millió a kizsákmányolt, az önkizsákmányoló, a családjából, környezetéből kiszakadó, városba áramló, ingázó, munkásszálláson lakó, a teljes emberi, kulturális sorvadás állapotában lézengő ember. Még nem panaszkodik, mert ehet, ihat és apái helyzetéhez viszonyíthat. De ez a réteg minden elintézetlen ügyünknek kiszolgáltatott kárvallottja, fokozódó egészségügyi, szociális bajaink hordozója, utánpótlása. Velük egy sorban, csak még lenézet-

tebb állapotban él a hazai cigányság. Mindkét réteg száma nő. Értelmiségi elitünk jobbára tudomást sem vesz róluk – talán ösztönösen érzi helyzetének veszélyeztetettségét. Az önkizsákmányolókhoz csapódnak a GMK-ban pihenő nélkül 12 órákat dolgozó „pénzkeresők", a lakásra gyűjtők és az életmódot, értékrendet tévesztők, a robottal meggazdagodni remélők, akik csak anyagi javak szerzésében látnak életcélt. Nem tudom, jelentősen segítené-e oknyomozói munkánkat, ha életünk mind több területén igyekeznénk feltárni a diszfunkcionális jelenségeket. Bizonyára erősödne érzésünk, hogy nem elszigetelt jelenségről van szó és a bajok gyökerei azonosak. Mint ahogy egyes betegeim sokféle bajának megértéséhez az élettörténet megismeréséhez fordulok, figyelmem most is a múlt, a história felé irányul. Csakhogy egy ország történelmének elemzése, az összefüggések megértése tudomány, amihez a magamfajta orvos sejtései elégtelenek. Együttgondolkodó társak kellenének tehát a magyar történelem sorsfordulóinak mélyebb értéséhez.

Ami a húszas évektől történt az országgal, ha részleteiben, a történész szintjén ugyan nem ismerem, a lényegét sejtjeimben érzem. Az iskolákban szajkóznunk kellett: „Csonka-Magyarország nem ország, egész Magyarország mennyország". Micsoda bűn volt ez az én nemzedékemmel szemben. Nemcsak azért, mert uszításra használták, hanem mert azonosságtudatunkat megbetegítették. Nekünk, a húszasoknak, nem volt országunk, mert Csonka-Magyarország, ugye, nem ország… És mindez akkor történt, amikor egy bután, történelmi értelemben erkölcstelenül megcsonkított országnak nem a sebeit próbálták gyógyítani, hanem a ténylegesen létező fantomfájdalmaival manipuláltak. Nem ötletszerűen használtam a fantomfájdalom kifejezést. A személyiséglélektanban oly jelentős testvázlat fogalom megalkotója, Mejerovics is a fantomfájdalom létezéséből indult ki. A trianoni Magyarországnak a csonkolásból eredő, fogható bajai mellett ott volt és ott van még mindig – feldolgozatlanul – az ezzel járó testvázlat-zavar, a bizonytalanság méreteinek, helyzetének, képességeinek, lehetőségeinek megítélésében. Az „egyedül vagyunk" mellett ott van a „kicsinyek vagyunk". A kicsinység tudatát erősíti a múlt „nagysága", a történelmi Magyarország meg-megújuló nosztalgiája. A két világháború közti politikai vezetés, a második világháborúban elfoglalt helyünk, sorsunk ebből a most már történelmivé merevedett testvázlat-zavarból is következett. Ezt a torzulást csak fokozza a jelen geopolitikai, illetve világpolitikai helyzetének naponkénti érzékelése. Úgyis mindenről a nagyok döntenek. Mit akarhatunk mi? A trianoni országban felerősödött a tragikus hazafogalom. A haza, amit szenvedéssel, életünk árán is szeretni kell. Ezt is kijátszották az uralkodó rétegek, erők, és nézzük meg: a vesztett háborúk után mi maradt az emberekben – nem frázisokban, hanem

valóságos érzelmekben – a hazaszeretetből? Ami maradt, az megzavarodott, olykor bűntudattal keveredett. Hiszen a vesztes háború után a szerencsétlen választás, a tehetetlenség és az aktív bűnök zűrzavara jól manipulálható volt idegen célok érdekében. Meg is tették, s ez nem segítette a nemzet önismeretét.

Az internacionalizmus vörös zászlaja mellett ma is minden ünnepünkön ott van a magyar trikolór. A hazaszeretetre most is szükség van, csakhogy ezt nem lehet szólamokban erőszakolni a népre – a nép érdekei ellen. Különben is: tartósan szeretni csak jó hazát lehet. A haza, a nemzeti közösség nem áldozati oltár, hanem jóérzés, biztonság, védelem, szorongásoktól szabadító, szabadságot hozó. Az üres frázisokat pedig, mint a rontást, az élő, egészséges test nem viseli el.

Az én nemzedékem meghatározó élménye a 45-ös történelmi fordulat. Nekem, a bori koncentrációs táborba hurcoltnak, a cservenkai SS-tömegmészárlás egyik túlélőjének, és a nincstelen millióknak, az öntudatos baloldaliaknak, sok jóérzésű, reménykedő embernek igazi felszabadulás volt a háború, a fasizmus után. De nem mindenkinek. Sokaknak a vesztett háborút, a belénevelt ideológia összeomlását, a tényleges anyagi és társadalmi presztízs csökkenését, meghurcolást és sok-sok félelmet, szorongást jelentett. Az ország népe rettentően megosztott volt az osztályhelyzet, a világnézet, a személyes sors és a kapcsolatrendszerek szerint. A felcsapó vagy rejtegetett indulatok, a gyűlölködések és hazugságok, az önvád és a szerecsenmosdatás, a bosszúvágy és a megadás tépték, betegítették az országot. És akinek a felszabadulás az életet jelentette, az sem érezhetett egyértelmű boldogságot. Hiszen a felszabadulás döntően nem a belső forradalmi, népi erők műve volt, hanem az antifasiszta koalíció katonai győzelmének eredménye. Most, több évtized távlatából világosan látom, hogy a megbetegítő feszültségek elhallgatása, a tények meghamisítása mennyire nem a gyógyulás irányában hatott. A tényleges forradalmi változások, a földosztás, a demokrácia megízlelése, az újjáépítés öröme s közben a türelem és a fokozatosság megtanulása lehettek volna a szükséges gyógytényezők. Voltak esélyeink. A zsarnokság évei azonban felmorzsolták ezeket az esélyeket. A jó törekvések nem tudták megteremteni a társadalmi konszenzus szükséges fokát, a zsarnokság visszájára fordította a reményt, viszont lassanként kialakult egy másfajta egyetértés: az egész politikai visszaélés elutasítása. Az akkori értelmiség legjobbjai, a baloldali, szocialista írók, újságírók, szocializmus mellett elkötelezett új értelmiségiek, a volt népi kollégisták adtak hangot az elégedetlenségnek, vállalva az ezzel járó retorziót. 1953 és 56 között fejlődött ki nálunk buktatókkal és ellentmondásokkal, de szinte egyedülálló eltökéltséggel a lázadás a sztálinizmus és hazai válfaja ellen. Olyan kommunisták vezették ezt az

érlelődést, akik sok súlyos tévedés után ocsúdtak, akik először önmaguk ellen tudtak lázadni. 56 tragédiája, hogy a humanista-szocialista törekvések besározódhattak, a hazai progresszió gyengének bizonyult a restaurációs reakciós, konzervatív s ugyanakkor a sztálinista erőkkel szemben. Miért hozom elő ezt harminc év után, hiszen az akkori történések cselekvő résztvevői már alig élnek, kiöregedtek? Mert – és újból: a bajmegállapításhoz, az ország önérzetének, öntudatának visszanyeréséhez, a gyógyuláshoz szükség van az igaz szóra. Trianonról, 1945-ről és 1956-ról is. És 1956 a nemzet betegségtörténetében különösen meghatározó állomás.

Igaz ez akkor is, ha jól érzékeltem az 56 utáni politika pozitív vonásait. Számomra a konszolidáció évei úgy tűntek, mint a nagybeteg szanatorizálása. Ha nem hozhatott gyógyulást, segítette a túlélést, valamiféle „leengedést".

A konszolidáció üteme az 56-57-es évek után meglepő volt. Talán tévedtem, talán mégsem olyan letaglózó a csapás, ahogy a reménykedést követő reménytelenségben látszott. Az élet ment tovább, mert az emberek élni akartak.

Megszűnt a tömeges menekülés, enyhült, majd eltűnt a megtorlás. Javult az emberek megélhetése, jött az életszínvonal-politika. S a jelszó, hogy „aki nincs ellenünk, velünk van" – bevált. A fejlődés meggyorsult. Az új politikai vezetés reálisabban mérte fel és közelítette meg tömegkapcsolatait. Valamiféle kiegyezés jött létre, sajnos, nem közvetlenül a meghatározó hatalom és a közösség közt, hanem az egyéni kis kompromisszumok módszerével. A kezdetben makacskodó értelmiség kapitulációja szinte teljes volt. S még nem látszott, hogy az értelmiség domesztikálása maradandó kárt okoz. A hagyományos és meghatározó értékek devalválása máig érezhető minden bajunkon. A konszolidáció politikai sikere, a gazdasági fellendülés, a falun bekövetkezett fejlődés számomra is a gyógyulás jele volt. Úgy tűnt, hogy a régi beidegzettség, a passzív rezisztencia, az örökös kuruckodás, az ellenzékiség feladása előmozdítja az ország ügyét, segíti a józan alkalmazkodást, a sebek behegedését. Mégis ezekben a felemelkedést jelző években figyeltem fel a bajok szaporodására és súlyosbodására. Évről évre nőtt az alkoholbetegek, az öngyilkosok száma, romlott népesedési helyzetünk, nem javult a lakosság egészségi állapota, pedig az emberek tömegei jobban éltek, gyarapodtak, egyesek még gazdagodtak is. Azt gondoltam, hogy a társadalomorvoslás szemléletével „megvert" orvos helyzetéből következő rossz optika adja a sötétülő képet. A jelzéseimre, írásaimra adott reakciók is pesszimizmussal vádoltak. Idő kellett, míg fölismertem, hogy felszínes volt korábbi diagnózisom. 1956-ban nagyobb baj történt a magyar néppel, mint gondoltuk. Talán a koráb-

bi vereségei után következő elnyomás és az elszenvedett fizikai következmények sem hatoltak ilyen mélyre. A konszolidáció mögött a lelki betegség tüneteit érzékeltem, „mint akit titkos féreg foga rág". Valami megtört belülről: az a bizonyos „ősbizalom", az életigenlés. Talán mert most a passzív rezisztenciának sem látszott már értelme, és így ez az immunitást nyújtó védekezés is kiesett? Talán mert világszerte értékrendzavart lehetett tapasztalni: a távlatok helyett mindenfelé jobban nyűgözte (és nyűgözi) az embereket a jelen megragadása, a jelen anyagi értékeinek birtoklása? Mert az addig nem tapasztalt anyagi fellendülés közepette megkezdődött a tömegek menetelése a nihil, a cinizmus felé, és ami különösen fájó, bár természetes volt, hogy mindezt a fiatalok közt is érzékelni lehetett. S nekik már nem volt az én korosztályomhoz hasonló „történelmi" élményük. Az életösztön megfáradásának jeleit, a „többlet devianciákat" vizsgálva könnyen belátható, hogy ezek nálunk nem agresszív jellegűek, mint sok nyugati országban. Nem a gyilkosságok, az erőszakos bűntettek szaporodtak, nem ütötte fel fejét a terrorizmus. A visszavonulási anómia meghatározta devianciák szaporodnak, tehát az öngyilkosság, az alkoholizmus, a betegségbe menekülés, a „leszázalékolás-rokkantosítás" fokozódó igénye, a családalapítási kedv, a gyermek utáni vágy hanyatlása, a pszichikus megterhelés elviselésének csökkenő készsége (házastársi konfliktus megoldása a válás, a munkahelyié a munkahely-változtatás vagy betegállomány). Most, közel 30 évvel 56 után úgy tűnik, hogy a történelme során annyiszor traumatizált magyarság mélyen sérült a „jó években", részint mert a traumák hatása „kummulálódik" az egyénnél és eljut a legrosszabbhoz: a „minden mindegyhez", az önfeladáshoz.

Tételezzük fel, hogy ez a diagnózis a nép lelki betegségét illetően most már helytálló – mit kezdhetünk a diagnózissal? Egyetértésre jutni mindazokkal, akik képesek felelősségüket érezni, akik akarnak és részt tudnak venni a gyógyítás folyamatában. Nem az a fő baj, hogy a magyarság feladta korábbi védekező mechanizmusát, a passzív rezisztenciát. A passzív rezisztencia egy idő után többnyire haladásgátló, a régit akarja vissza és a konzervatív tendenciákat erősíti. Egy nemzetnek is, mint az egyénnek, szüksége van az aktív önépítésre, amely önérzetre alapozódhat. Feltétlenül pozitív hatású az utóbbi egy-két évtized tünete: az ország tekintélyének növekedése nyugaton s keleten is. Meg kell látni, fel kell kutatni a kapaszkodókat. Meg kell őrizni, felszínre kell hozni értékeinket. És értékké lehet a magyarság egész megszenvedett történelme. Egy Ázsiából Európába szakadt kis nép különös helyzetéből, sorsából sokféle tapasztalás fakadt. A fennmaradási képesség tudatára például elemi szükség van az önépítéshez, s talán ez segít kialakítani egy fejlettebb történelmi tudatot is.

Különösen sürgető a sokszor megvert, megbukott magyar progresszió mártírjainak, meghurcolt, beszennyezett hőseinek erkölcsi rehabilitációja. Nem nekik, nekünk van szükségünk erre az erkölcsi elégtételre. Nekünk lenne segítőnk a mártírok tetteinek differenciáltabb elemzése – a közönnyel, a nihilizmussal, az önmegtagadással szemben. Nem hagyhatjuk a „történelmi tömegsírban" azokat, akik a humanizmus, a szabadság, a demokrácia, a szocializmus eszméitől áthatva dolgoztak egy életen át és meggyőződésükért az életüket adták.

A magyarság lelki gyógyulásához szükség van annak tudatára, amit tehetségnek nevezünk. Ennek a kis népnek kiemelkedően sok a zseniális alkotója; még arra is tellett, hogy diaszpórában éljenek. Nem magyar faji adottság ez, inkább a soknemzetiségű magyarság kevertségével és főleg sok feszültséget hordozó történelmével, az átélt viharokkal, a létért való permanens küzdelem „élettapasztalatával" magyaráznám. A „tehetséges nép" fogalmát, gondolom, művész-betegeim személyiségének, életútjának, önkifejtésének követéséhez hasonlóan lehet megérteni. A művészek többsége nem tekinthet vissza konfliktusmentes, kiegyensúlyozott családi és társadalmi miliőre, életútra. Elfogulatlanul látom ennek az átlagon felüli tehetségnek a létezését, és óriási erőt, kapaszkodási lehetőséget sejtek benne az önépítéshez, a gyógyuláshoz. Nem munkál bennem semmiféle soviniszta gőg, mikor rendkívüli tehetségről szólok és közben nemcsak a kiemelkedő művészekre, alkotókra gondolok; sokkal tömegesebb jelenségnek vélem a „magyar tehetséget", s ezt iskolázatlan betegeimnél is alkalmam nyílt felfedezni. Hányszor látom a körülmények változására bekövetkező jó fordulatot, amihez az addig szunnyadó képességek, rejtett tehetségek segítenek. 35 év alatt 18 ezer olyan betegem volt, akit hónapokig, évekig kezeltem, gondoztam. Csak a tbc-s és az alkoholbetegeimre gondolva: több ezer személyiségvizsgálat (biopatográfia, pszichológiai teszt) igazolja tudományosan is állításom valóságalapját. Igen, a körülmények kedvező változása – sajnos, ezt nem lehet receptre felírni. Mint ahogy szabadságot, személyi autonómiát, önbecsülést sem. Ehhez az egész társadalom kedvező változása, fejlődése szükséges.

Nemcsak a magyarság történelmi „élettapasztalatát", a sok tehetséget tekintem még kellően ki nem aknázott értéknek, hanem magát ezt a kis országot, a „csonka" kis országot, azt, ami maradt. Trianon után az elveszett történelmi Magyarország siratása szinte elvonta a figyelmet arról, ami megmaradt. Azért is kell az említett testvázlat-zavar meggyógyítása, kis ország voltunk tudomásul vétele, vállalása, mert az ország gyógyulásához nélkülözhetetlen intenzívebb birtoklása, tájainak, vidékeinek, településeinek, a helytörténetnek, hagyományoknak és főleg az embereknek a mostaninál sokkal elmélyültebb ismerete. Iskolákban,

gyermek- és ifjúsági közösségekben, s a családok szabadidő-felhasználásában is vonzóvá, örömszerző forrássá kellene fejleszteni a honismeretet. A múltat nem tudjuk megváltoztatni, de a jelent és a jövőt formálhatjuk. A nosztalgikus történelemtudat a hazafiasság köntösében jelenik meg, és könnyen veszedelemmé válhat. Ahogy az egyénnél a fel nem dolgozott diszparitás-élmény állandó feszültséggenerátor, úgy válhat kóros mechanizmussá ez egy ország életében. Tapasztalhattuk, hogyan lesz a történelmi nosztalgiából revizionizmus, majd sodródás a fasizmus, a csatlóslét felé. De vajon a kicsinységtudat kompenzálásának nem volt-e szerepe az ötvenes évek alakulásában, a „vas és acél országa" szédületében és voluntarista kártevéseiben? Magyarország valóban kis ország. Az egész földi bioszféra 0,018%-a, a szárazföldiekhez viszonyítva is csak 0,06%. Európából területi részesedésünk egy századnyit sem ér el (0,88 %). Adhat-e védelmet és biztonságot is jelentő hazatudatot egy ilyen kis ország? A világot fenyegető katonai konfrontációs feszültségek helyzetében biztosan nem. Még nálunknál nagyobb, erősebb, történelmében kevésbé megviselt országoknak sem. Ez a helyzet csak fokozza kicsinységünk, kiszolgáltatottságunk tudatát. Nekünk egyetlen esélyünk a béke, és ezt a magyarság minden békepropaganda nélkül, az ösztöneiben érzi. A világ szegényebbjeit sokszor elkápráztató, gazdaságilag fejlett, fogyasztói társadalmak ideológiai kiéltségét, hatalmi, társadalmi, ökológiai feszültségeit, humán deficitjét érzékelve csak erősödik meggyőződésem, hogy ennek a kis országnak, ha magára talál, van és lesz mondanivalója a világ számára. Ehhez a nép tudatzavarát kell gyógyítani, leszámolni a nagy és erős országok utánzásával vagy éppen szolgai követésével.

Kicsinységünk tudata azért is terel újra és újra az erősek uszályába, mert erősíti elmaradottság-érzésünket. Miért ne azonosulhatnánk öntudatosan kis ország voltunkkal? A szomszédos Ausztria példa rá, hogy nemcsak katonai erő védhet meg kis országot. Miért ne lenne bátorságunk saját utunk választására, saját lehetőségeink kibontására? Az ország mélyebb ismerete, igazi birtokba vétele ráébreszt a fenyegető veszélyekre, de az adottságokra is.

A bioszféra féltése a kérdéssel foglalkozó gondolkodókban, írókban nagy érzelmeket mozgat. Kialakult a környezetvédő irodalomban valamilyen bibliai, prófétai, pontosabban jeremiási hangvétel. Ez nekem azért is feltűnő, mert ugyanakkor az orvosi irodalom hangneme sokkal tárgyilagosabb, ha úgy tetszik, szenvtelenebb. Jól értem, hogy a világért, a bioszféráért aggódás a természet féltéséből, szeretetéből ered. A közeli világvég szuggesztiója azonban lehangolja a közvéleményt, nem cselekvésre, hanem elégikus beletörődésre, a tehetetlenségtudat fokozására késztet.

1980-ban az ökológiai szemléletű tüdőgyógyászatról értekezve írtam a hazai szaklapban: „Természeti adottságaink kedvezőek, elsősorban a napenergiával való ellátottságunk következtében. Az évi sugárzó energiának csak 1%-át hasznosítjuk, azt is a növénytakaró révén. Ez még nem rossz, hiszen az ország több mint 80%-át növényzet borítja (56% szántó). Sajnos, erdősültségünk (16%) alacsony a környező országokhoz képest. Az erdő oxigéntermelő, asszimilációs, légtisztító, csapadékszabályozó… stb. szerepe miatt a bioszféra szempontjából a legértékesebb ökoszisztéma, melynek kisebb arányát nálunk a relatív nagyobb területű szántó és legelő pótolja. Ha horizontálisan nem is, de vertikális irányban, a napfényenergiát jobban értékesítő ökoszisztémák alakításával természeti adottságaink jobb kihasználására megvannak a lehetőségeink. Jelenlegi ismereteink mellett már nem szükségszerű elkövetni azokat a hibákat, melyek következményeit minduntalan tapasztalhatjuk. Mindez növeli társadalmi felelősségünket is". (A Magyar Szociológiai Társaság „Egészség és Társadalom" I. Vándorgyűlése. Pécs, 1979. okt. 26-án elhangzott előadás nyomán.)

Azt a kis országot, amiről mindvégig beszélek, amelyről „ábrándozom", legszívesebben Ligetmagyarországnak nevezném. Ligetmagyarország: Európa közepén, a Duna-medence ökológiai értékeit féltő, megtartó s ezzel példát mutató ország. A világ jövőjéről gondolkodó emberek sorában László Ervin, a Római Klub tagja *A modernség észrevétlen elavulása* című remek írásában is hasonlót üzen. Időszerű, hogy itt és most a „merre tovább" meghatározásakor több szkepszissel vizsgáljuk meg a bálványozott tudományos-technikai fejlődést. Már csak azért is, mert ezt a technikai forradalmat nem előzte meg, nem kísérte a filozófia, a humanista kultúra forradalma. Jól láthatjuk, hogy a szükségletek bővítése, a fogyasztói rendszer kialakítása ellentétbe kerül a szabadsággal; másképpen, de növeli a függést, a kiszolgáltatottságot, már a gyors hozzászokás miatt is. Gyakrabban kelt egzisztenciális félelmet, mint a tisztes szegénység vagy a mértéket tartani tudó, nem gazdagságra, hanem gondtalanságra törekvő élet. Mi kis ország vagyunk, sokaknál szegényebbek, de ez nem zárja ki, hogy a világ, az élet globális problémáit jobban átlátva, nagyobb bölcsességgel éljünk. Nehezebb ez annak a nemzedéknek, amely megismerte az éhezés gyötrelmét. Emberileg természetesen érthető a korlátlan jóllakás vágya, a fölhalmozás reflexe. De orvosként is megjegyzem, káros, ha ez „zabálásba" csap át. A mértéktartás az étkezésben, minden „szerzésben" nagyon is időszerű életvezetésbeli kívánalom.

A modem technika egyeduralma, ideológiája – ha valamit meg lehet csinálni, meg kell csinálni – megláttatja ennek az egyoldalú fejlődésnek a veszélyeit. A természetben, a bioszférában nap nap után

bekövetkező – betervezett! – kártevés kiáltóan figyelmeztet. Ligetmagyarország „ábrándja" nagyon is időszerűvé válik. Nem elméleti megfontolások, hanem az ország nehéz gazdasági helyzete miatt, lelassult az ország „modernizálásának" egy időben erőszakolt, majd a hazai valóságot jobban számba vevő programja. Most akarva-akaratlanul időt nyertünk a gondolkodásra, ismereteink, szaktudásunk használására. De érdekes, hogy éppen a nehéz gazdasági helyzet, a modernizálási program megtorpanásának idején figyelt fel a világ erre a kis országra. Nem a gazdasági sikereink, hanem útkeresésünk miatt. A mi gazdasági reformunk, a polarizált világ feszült előterében köztes utakat keres és talán ez érdekes a világ számára. Mezőgazdaságunk fejlődését úgy érzékelem, hogy a nagyüzemi, kemény technikájú gazdálkodáshoz sikerült lágy technikájú, hagyományosabb háztáji gazdálkodást illeszteni. Vajon az iparban a nagyüzemet kiegészítő kis vállalkozások csupán szükségletek kielégítését, anyagi ösztönzést, jobb kereseti lehetőséget biztosíthatnak csak, vagy egy nyersanyag-szegény, a nehézipar fejlesztésére önmagában nem predesztinált kis országban lehetőséget nyújthatnak a lágy technikák alkalmazására – a nagyipar teljesítményének javítására? A globális problémákat szem előtt tartó, a saját erőit ismerő ökológiai ökonómia kibontása Ligetmagyarországhoz vezet. Magam az egészségügy munkásaként négy évtizede észlelem népegészségügyünk bajait, lehetőségeinek alulmaradását, az ebből is származó feszültségeket. Az egészségügynek világszerte az a baja, ami a világnak. A specializáció, az orvosi technika kápráztató fejlődése nem oldotta meg az igazán nagy népegészségügyi gondokat. Még nálunk sem, ahol pedig a társadalom-orvoslás elvileg elfogadott, hiszen a szocialista fejlődés kardinális követelménye. Toldozgató-foltozgató kis javításokkal nem lehet megoldani a hazai gondokat. Szemléletváltásra van szükség, hozzáértő cselekvésre, amely beilleszkedik e kis ország és a tágasabb világ jobbító törekvéseibe.

A magyar mezőgazdaság kiugrását magyar csodaként is emlegették már. Pedig nem csoda volt, csak a hazai valóság, a hagyományok és értékek ismerete, és bátorság a lehetőségek megragadására. Persze kellettek hozzá a magyar paraszti világból kinőtt, elkötelezett emberek, politikusok, akik látták a paraszti érdekeket és az egész magyarság, a nemzet érdekét. Nagy gazdasági nehézségeink közepette bizonyára vezet út olyan szociálpolitikához és népegészségügyhöz, melyre új magyar csodaként figyelne a világ, s amely támasza lehetne a gyógyulást kereső magyarságnak is. Egy ilyen népegészségügyi reformvállalkozás sikere sok fejlődő és közepesen fejlett ország, egyszerűbben: a szegények számára is biztatást jelenthetne. A boldogság kék madara hátha nem a nagy, gazdag országok felhőkarcolós modern városaiban érzi jól

magát, hátha ellátogatna Ligetmagyarország szelíd tájaira, ahol nem a vagyon, a fegyverek ereje, a más népek és a természet feletti uralom, hanem a nehéz sorsban edződő tehetség, a szellem ereje, a másik ember szeretete jelenti az értékeket, az ember önérzetét, egészségét, a teljesebb életet.

A TÚLÉLŐ

AZ EREDENDŐ OLTALOM

Város és pereme

Budapesten születtem, a főváros sűrűjében, valahol a Szondy utcában. Semmit nem tudok a házról, a lakásról, amiben világra jöttem, pedig évekig naponta jártam arra, hiszen iskolám, a Kölcsey gimnázium a Munkácsy Mihály utcában volt, a szülőhely közvetlen közelében. Most döbbenek rá: kísérletet sem tettem, hogy megkeressem a házat. Hogy nem maradt emlékem e helyről, azt értem, hiszen még hároméves sem lehettem, amikor egy Kun utcai szükséglakásba költöztünk, a Teleki tér és a Tisza Kálmán tér között. Szüleimtől sem hallottam a Szondy utcai lakásról. Talán albérletben laktunk? Apám mindig szégyellte szegénységét, és hallgatott az arra utaló múltról. Városi kisgyerek létemre első emlékem – amire képszerűen emlékszem – Sáros-Magyarberkeszhez, apám szülőfalujához fűződik. Berkesz kis magyar falu Észak-Erdélyben, Nagybánya vidékén, Somkút közelében — Koltó szomszédságában. Koltó és Berkesz is a Teleki grófoké volt, a szegény Teleki családé. Petőfivel a Pozsonyi Diétán parolázó Teleki Sándorról mesélték, hogy bemutatkozáskor Petőfi megjegyezte: még életemben nem fogtam kezet eleven gróffal. Mire az megkérdezte: döglött gróffal már igen? Nos, ez a Teleki Sándor invitálta kúriájára, Koltóra, a félig-meddig leánysztöktető Petőfit Szendrey Júliával. Ebből a Teleki családból való Teleki Géza, a miniszterelnök Teleki Pál apja, akinél szolgált Berkeszen az én nagyapám, Levendel Farkas. A berkeszi történeteket szeretett Eszter nagyanyámtól hallottam, ő utolsó éveiben hozzánk került Felsőgödre, és szélütése után 17 évesen én gondoztam, ápoltam. Berkeszi nagyapámat nem ismertem, apám sem beszélt róla; csak annyit hallottam, hogy apám szülei messze laknak, az elszakított Erdélyben, Berkeszen. Azt azért valahogy éreztem, hogy apám és nagyapám kapcsolatára valami ránehezedik, mert csak nagyanyámat emlegette vágyó szeretettel. Levél sem jött soha Berkeszről, de ezt utólag magyarázza, hogy nagyszüleim írástudatlanok voltak. Késve érkezett nagyapám halálának híre – hívás a temetésre. „*Azért* elmegyek –, mondta apám anyámnak –, és Lacit is elviszem." Nagy tél volt (decemberben vagy januárban lehetett) – még nem voltam négyéves. Először utaztam apámmal, de a vonatútra nem emlékszem, csak a berkeszi érkezésünkre. Elkéstünk. Nagyanyám és apám testvérei már elmentek Somkútra a temetésre (Berkesznek nem volt temetője). Apám kérésére a szomszédok azonnal befogták a lovakat a szánba. Engem sietve bebugyoláltak szúrós, durva lópokrócba.

A szomszéd még két parasztlegényt hívott a szánra és elindultunk a nagy hóban a csengettyűs, lovak húzta szánon utánuk. Sötétedett. Innen mindenre emlékszem. Alig érhettünk ki a faluból, a lovak horkantottak, megtorpantak, az egyik ló mintha ágaskodott volna. A lovakat hajtó szomszéd gazda hátraszólt: „farkasok". Ijedtség csapott meg a felnőttekből, én pedig a feszítő, sok érdekesség mellett értetlenséggel figyeltem a dolgokat. Tudtam, hogy nagyapám Farkas, de hogy miért mondja a szángazda *farkasoknak,* ezt nem értettem. A szánon lévő fiatal férfiak, de apám is szalmacsomót markoltak össze, meggyújtották és dobálták az égő csóvákat a furcsán ugató, vonyító „kutyák" felé. Ezek voltak a farkasok. Mire Somkútra értünk, nagyapámat már elföldelték. Levendel Farkast sem élve, sem holtan nem láthattam. A családi titkokról csak 10 éves korom körül tudtam meg egyet és mást. A városi gyerek első emlékképei azonban egy sejtelmesen szép természeti tájba helyezett kis faluról vésődtek be. Lehet, hogy ez az egy-kétnapos berkeszi út volt vagy inkább lett ennyire meghatározó? Nem hiszem. Inkább szüleim szavaiból ivódott belém mindannak érzete, ami „nem város". Hiszen anyám is faluról került Pestre a világháború után, a Bereg megyei Kisbégányból, ahol már gyerekkoromban többször jártam, és nyáron heteket, hónapokat töltöttem. Anyámnak a negyedik gyereke születése után „tüdőcsúcshurutja" lett, és ezért Eizele doktor bácsi ajánlotta, hogy ha teheti, legyen falun, és sok tejet igyon. Így voltunk többször rokonoknál, például Mátyásföldön, Nagymaroson és leginkább Bégányban. Anyám komolyan vette az ajánlást, mert Antal nagyapám fiatalon halt meg tbc-ben, hét árvát hagyva maga után. Mindig boldog voltam, ha kikerültünk Pestről, a „flaszterről", a nagy bérházakból. A játszótér, a liget, később a budai hegyekbe tett vasárnapi kirándulások, majd a „botanizálás" – ezek mind a természet iránt érzett vonzódásomat akarták kielégíteni, pótolni?

A berkeszi úthoz, s főleg a farkasok közé dobott szalmacsóvákhoz még egy élményem kapcsolódik. Említettem a Kun utcai szükséglakásunkat, melyben már hatan laktunk. Ez tulajdonképpen egy utcára nyíló üzlethelyiség volt, udvarra néző, konyhának használt kisebb helyiséggel. Az utcai kijáratot lehúzott „roló" és ajtó zárta el, de hogy a hideg ne jöjjön be, az ajtó és az odaállított ruhásszekrény közti hézagot szalmával tömte ki apám. Berkeszi utazásom után már tudtam, hogy a szalma nemcsak „hőszigetelésre", hanem tűzcsóvára is igen alkalmas. A lakásunk fűtését ellátó vaskályha hamutartójából a lehulló parazsat kikapartam a szemétlapátra a piszkavassal, majd a szekrény mögötti szalmatömés alá helyeztem. Az eredmény tökéletes volt, a szalma előbb füstölt, majd lángra lobbant. A füstszagra felfigyelő apám felmérte a helyzetet és előbb a tűzoltáshoz kezdett, így én egérutat nyertem nem

mindennapi dühét látva. A szomszéd házba menekültem, remélve, hogy elbújhatok kis barátnőméknél. Rohantam fel a lépcsőn, de nem értem el a csengőt, hiába ágaskodtam. Rúgni kezdtem az ajtót – nem éppen illedelmesen kéredzkedve bebocsátásért. És éppen ez a zaj lett a vesztem, mert apám – benézve kézre kerítésem során a szomszéd házba is – erre figyelt fel. Ölbe kapott és a tűzoltásban felgyülemlett feszültséget kegyetlen elfenekelésemben oldotta. Ez sem volt kevés nekem, de további büntetésként belökött az udvarról nyíló közös klozettbe. Ott már éppen kezdtem elsiratni a verést, mikor apám – talán a nem elég hangos jajgatásból – rájött, hogy égve hagyta a villanyt. A kapcsoló kint volt, így az ajtó kinyitása nélkül is le tudta oltani a lámpát. Rám borult a sötétség és elöntött az újabb rettegési hullám: a patkányoktól. Nem is tudom, hogy az igazi patkányoktól-e vagy csak képzetüktől. Annyit tudtam, hogy a patkány alattomos, mert sötétben még a gyereket is megharapja, és harapásával megbetegíti. Gyerekkoromtól vonzódtam az állatokhoz, sokkal több állatot ismertem, mint a városi gyerekek. Természetük ismeretéből sajátos emberi karakterológiát munkáltam ki – „ez olyan, mint a..." kezdetű házi természetrajz lexikonom számára. Soha semmitől nem undorodtam, ami emberi, csak a jellemtelenségtől, az alattomosságtól. Lehet, hogy azért nem tudtam megbékülni a patkányokkal? A gyerekbandákban később a rafinált csínytevések nagymestere voltam – de apám beavatkozása radikálisan kioltotta piromániás hajlamaimat. A családban, a felnőtt és gyerek környezetemben szolid, szófogadó, jó gyereknek tartottak. Soha nem verekedtem, elképzelhetetlennek tartottam, hogy nálam gyengébbet vagy állatot bántsak. „Egyetlen" rossz tulajdonságomat emlegették otthon: a kíváncsiságot, hogy mindent „kifigyelek". Valóban, ha valami összefüggésre ráéreztem, nem hagyott nyugton. Kifigyeltem a felnőttek beszédét, talán még hallgatóztam is. Mindent tudni akartam, de amit titkoltak, vagy amit titokzatosság vett körül, az különösen izgatott. Nem sokáig laktunk a Kun utcában. Apám két szobát szeretett volna, hogy legalább a nagyobb gyerekek másik szobában aludjanak. Talált egy olcsó lakást a Víg utca 15-ben. Ez háromemeletes, gangos bérház volt, sok lakóval, sok titokzatossággal. A szegény családok mellett több lakásban szép és szépen öltözködő nénik is laktak. A szemben lévő földszintes házban csiki-csuki ablakos szobákban is szép nénik laktak. Ezekről azt mondták, hogy rossz nénik. Nem értettem, mert velem nagyon kedvesek voltak, dicsértek, megsimogattak, fésülgették a hajamat, beszélgettek velem, elmondhattam nekik, amit megfigyeltem, hallottam, és ők is meséltek nekem. Úgy éreztem, hogy szeretnek, sok mindent tanultam tőlük a jókról és a rosszakról. Úgy éreztem, hogy a

jók pártján vannak, és igazságtalannak tartottam, hogy mégis „rossz néniknek" mondták őket.

Aztán jöttek az iskola titkai – az olvasás, a számolás, az írás titkai. Szerettem iskolába járni, talán még a játszótérnél is jobban. Nekem az egész iskola nagy titokfejtőnek tűnt.

Nagyon szerettem anyámat, a három lánytestvéremet, de legjobban apám foglalkoztatott. Valami ellentmondás, kiszámíthatatlan, titokzatos volt benne. Hol nagyon jó, kedves és gyengéd volt (különösen lánytestvéreimmel), máskor meg rosszkedvű, goromba, hirtelen haragú, igazságtalan, búslakodó. Nagyon műveltnek tartottam, mert sokat olvasott, hegedült, németül tanult. Többször hallottam, hogy „ha én tanulhattam volna...". Egyszer megkérdeztem tőle, miért nem járt tovább iskolába? „Mert apám elzavart 11 éves koromban, azt mondta, hogy akkora kamaszt már nem etet. Így kerültem Simon bátyámhoz Kolozsvárra inasnak" – ennyit válaszolt, többet nem. De bennem megerősödött a sejtés, hogy itt titok lappang. Hiába próbálkoztam, nyomoztam a „családi titkot", csak 11–12 éves koromban tudtam meg – tőle. Nagyon nehezen éltünk, szeretett volna önálló, jómódú lenni, még anyám igénytelenségét is kifogásolta. Többször voltak búskomor napjai, hetei. Sok altatót szedett. Aggódtam érte. Titkon megszámoltam éjjeli szekrényében a Sevenal, a Veronal, a Medinal tablettákat, hogy tudjam, mikor mennyit vett be. Féltettem. Egyszer sokat vett be (de ezt csak én tudtam); anyámnak azt mondta, nagyon fáradt és hagyják aludni. Beosontam hozzá, figyeltem; mélyen aludt, horkolt. Megnyugodtam. Hosszú alvás után ébredezett. Ott ültem az ágya szélén. Magához húzott, és sírva mondta, hogy minden hiába, belőle nem lehet semmi, mert ő zabigyerek. Nem értettem. Szerelemgyerek – magyarázta –, nem az apja az igazi apja. Ő volt a legkisebb gyerek, mégis neki kellett elmennie leghamarabb hazulról. Azt mondta, ezt senki sem tudja, és ne mondjam el senkinek, ne beszéljünk többet erről. Ügyetlenül azt kérdeztem, hogy ki hát az apja. Már nem él, válaszolt; tanult ember volt, de vele ő sem törődött. Arra kért, hogy hagyjam magára. Kimentem, de hallgatóztam. Csak a sírása hallatszott ki az üveges ajtón. Titkát megosztotta velem (úgy tudom, csak velem), de ez később igen sok konfliktust cipelő kapcsolatunkat csak megterhelte.

Talán már akkor megtanultam valamit: a világon kevés titokzatosabb van az embernél. Ez már a Váci úton történt, ahol 1928-ban vagy 29-ben kocsmát bérelt. Születésemkor, ahogy utólag megtudtam, csapos volt. De ezt szégyellte, megalázónak tartotta. Nagyon utálta az egész italszakmát, a részegeket, maga csaknem absztinens volt. Újra és újra szabadulni akart az egésztől, az alkalmazotti sorstól. „Nem akarok más kutyája lenni" – ezt gyakran hallottam. Pedig főnökei szerették,

mert megbízható volt, nem ivott. A Kun utcában már „üzletvezető" volt, vagyis az ő nevére vett főnöke egy söntést. Alig jutottunk a Víg utcai kétszobás lakáshoz, mikor újra „maga ura" akart lenni. A Váci úton bérelt lakást, és üzletet a Lehel térnél. De ott épült már a Lehel téri templom; a kocsma napjai eleve meg voltak számolva. Tőkéje nem volt, csak adóssága. Előbb a lakbérfizetéssel késett, a tartozásai (kamatok?) nyomták. Ezeket az „üzleti ügyeit" is titkolta, mert azt tartotta, hogy „rendes ember a családban ilyenről nem beszél". De én sok mindent tudtam, mert kikutattam a polcokon a fizetési meghagyásokat, a peres bírói végzést, az árverési hirdetményeket, a halasztási kérelmeket. Végül is megtörtént az elárverezés és a kilakoltatás. Holminkat kipakolták a kapualjba. A Lőportár utcába kerültünk, egyszobás, alkóvos sötét lakásba, de az is drága volt, mert a 30-as évek válságát kísérő munkanélküliség szinte kilátástalanná tette egy ekkora család helyzetét.

Apám öngyilkossági (menekülési) kísérletei nem voltak a valóság talaján sem megalapozatlanok. Évekig állás nélkül, alkalmi munkán tengődött (kocsikísérő, pénzbeszedő volt), s látszott, hogy nem tudunk megmaradni Angyalföldön sem. Apámnak volt egy ismerőse Felsőgödön. Ő mondta, hogy a Váci Egyházmegyei Bank elad a faluban régi, olcsó kis házakat részletfizetésre. A félig téglából, félig vályogból épült egyszobás, verandás, kertes ház havi részletfizetése fele sem volt, mint a Lőportár utcai lakás havi bére. Igaz, hogy nedves volt a lakás, de jól fűthető. Az egész család kétségbeesett, hogy el kell hagynunk Pestet. Csak anyám meg én örültünk a kertnek, mondván, hogy mi abból kihozzuk a család élelmezését.

1934 tavaszán már Felsőgödön laktunk. Apám Pesten maradt egy szuterén szobában meghúzódva, egyre sikertelenebbül keresve munkalehetőséget. Szinte reménytelenné vált az én továbbtanulásom is a gimnáziumban. Apám azt akarta, hogy szakmát tanuljak. Egy villanyszerelő kisiparos ismerőse felajánlotta, hogy ősztől szerződtet tanoncnak, és viszonylag hamar – ha szorgalmas leszek – pénzkeresővé válhatok. Nem mutattam kétségbeesésemet. Hiába csökönyösködtem volna: orvos akarok lenni.

Anyám kiköltözésünkkor negyvenéves volt, de hamar kibújt belőle a falusi lány. Felástuk az elgazosodott kertet és a patakparti tőzeges, jó fekete földbe vetettünk, palántáztunk. Mindenben segítettem neki, tanultam a kertészkedést. Nemcsak tőle, a szomszédoktól is. Megtanultam sarlózni, csalánt szedni úgy, hogy ne égesse a kezem. Mert anyám kotlósokat szerzett, csirkét és kacsát keltetett. Azoknak kellett az összevágott, kevés darával megszórt csalán, tyúkhúr, salátalevél. Hamar rájöttem, hogy nem hajnalban kell zöldet szednem, mert akkor még harmatos. Vonatindulásig meghúztam a kútból az öntözéshez szüksé-

ges vizet és locsoltam a kertet. Alig vártam, hogy iskola után az első elérhető vonattal hazaérjek. Minden, még világos órára szükségem volt. Egyik szomszéd bácsitól eltanultam a nyúltenyésztés fortélyát. Neki is sarlóztam a réten, gyűjtöttem a háztartásból kikerülő káposztalevelet, torzsát, görögdinnyehéjat, szedtem az akáclombokat, az útilaput, megfonnyasztva a pillangós növényeket (lóhere, lucerna). Ismerkedtem a mezei növényekkel. Tudtam, mitől puffadnak (saláta, uborka) a nyulak, mitől lesznek „fosósak". A bácsi viszont segített, hogy jó, rácsozott aljú nyúlketrecem legyen, melybe nem ivódik bele az ürülék, mert az a rácson át a pléhtepsiben felfogható; nem lesz bűzös a „nyúltenyészetem". Mert – mondanom sem kell – a gyűjtéssel megszolgált egy-két nyulat nem ettük meg, hanem szaporulatra tartottam, és kérésemre a bácsi megfedeztette bakjával. A tanulás estére maradt. Délután jártam a mezőt, rétet, el egészen Ilkapusztáig, Bócsáig, és mi tagadás, nemcsak az állatoknak gyűjtöttem, hanem már a herbáriumom számára is préseltem a „kis Jávorkából" meghatározott növényeket. Kora nyártól már éreztük a „gazdaság" hatását a család élelmezésében. Apám naponta egy kétkilós veknit tudott küldeni velem a családnak (valami szolgálatáért kapta az egyik boltostól). Ezért iskola után előbb el kellett mennem Angyalföldre a Mohács utcába és csak Rákosrendezőtől indulhattam Gödre. Hét végén viszont – mikor apám hazajött – anyám jó ebédeket tudott varázsolni. Már nemcsak anyám és én fogadtuk el a Gödre költözés indokoltságát.

Az iskolai év végén elbúcsúztam Regős tanár úrtól. Megmondtam, hogy ősszel már nem jövök, mert tanonc leszek. Nagyon meglepődött, és üzent apámnak, hogy keresse meg őt, mert beszélni akar vele. Nem mondta meg, miért. Apám a megadott időpontra bement, de tőle is csak annyit tudtam meg, hogy Regős tanár úr becsüli szorgalmamat és segíteni fog. Talán ezért, talán a gödi „gazdálkodás" eredményének hatására észrevettem, hogy apám nem emlegeti a villanyszerelést, és néhány kijelentéséből arra következtettem, hogy számol iskolai bejárásommal. Ez a nyár, az iskolai szünet messze többet hozott, mint a gyerekkorból a pubertáskori váltást, az elindulást hozta a felnőttségbe. Pirkadatkor keltem, villanyoltás után meg a nyári konyhában – ott még nem volt villany – petróleumlámpa mellett olvastam, tanultam. Mindenre tellett idő, a kertre, a ház körüli gazdaságra. Előbb kölcsönbiciklin, majd a sajátomon bejártam a környéket; Sződ, Vác, a vácrátóti füvészkert, majd Zebegény következett, s mind messzebbre merészkedtem. A növénygyűjtő utak a magam kis egyedi honismereti mozgalmával párosultak. Bejártam Pestre is, apámhoz, meg az iskolába, ahol füvészkertet csináltunk. Holländonner tanár úr florisztikai gyűjtemény hagyatékát rendeztem. Elültettem a túrákon felkutatott, a rendszertani

beosztást tükröző füvészkertből a még hiányzó növényeket, amit bádogtáskámban szállítottam. Nem ismertem fáradtságot. Félszegségem, szorongásaim elhagytak – és nemcsak engem. A családi összefogás, a megélhetési bizonytalanság csökkenése a szegénységben is valami biztonságot adott. Megkapaszkodtunk. Ügyességem, találékonyságom nem távoli célra „raktározódott", hanem rövid lejáratúan hasznosult. A legszegényebbek közül való nyápic kis senkiből őszre, az iskolakezdésre már *valaki* lettem. Regős tanár úr, majd később Kallós Ede tanár úr is tanítványokat adott. Télre már hét tanítványt korrepetáltam.

Egyik nap három, másik nap négy gyerekhez jártam a lakásukra. Elindultam reggel 6-kor két nagy karéj zsíros kenyérrel, és este a 7.10-es vonattal indultam haza. Otthon farkasétvággyal megettem mindent, ami ebédről, vacsoráról maradt. De ha a jómódú családoknál megkínáltak, bármilyen éhes is voltam, önérzetesen és illedelmesen azt mondtam: köszönöm, már ebédeltem. Általában havi 10 pengőt kaptam egy gyerekért. 70-80 pengő keresetem akkor nagy pénznek számított. Előfordult, hogy ez volt az egész család „pénzbeli bevétele". 14 éves koromtól nem ettem más kenyeret, mint amit munkával kerestem. Korán felnőtt lettem, s egy titkos érzés társult hozzám: valami védettséget, nem elemezhető, indokolható biztonságot éreztem, aminek eredete homályban maradt bennem. Ma már tudom, hogy a város és a vidék peremén élő, az ingázásokra emlékeztetően bejáró kamasz eleven kapcsolatot tartott a természettel és ez a „befogadottság" érzésén át egzisztenciálisan és morálisan kiszámítható biztonságot nyújtott. Mit jelent ez a „morálisan" nagyobb biztonság? Felvillan bennem a Váci úti, Lehel téri gyermekbandákba „sodródásom" és közösségben élésem 9, 10, 11 éves koromból. Gyenge fizikumú gyerek voltam, talán azért is kerültem a verekedést, a durva zríket, de a csínytevésből nem maradtam ki. A legerősebb fiú, a vörös hajú Bandi volt a bandavezér. Ő különösen ragaszkodott hozzám, mert én voltam a fifikás „Levcsi". Nagy találékonyságot mutattam a jómódú, gőgös gyerekek bosszantásában, a bennünket korlátozni akaró házmesterek, csőszök, telep- és piacfelügyelők, a szigorú iskolai altisztek elbolondításában, „ludasmatyis" megleckéztetésében. Részt vettem a Lehel piaci „bugázásokban" is, de nem találtam jónak a kofák alma- vagy körtehalmából egy-egy darab elcsórását, aminek gyakran futásos menekülés volt a következménye. Javaslatomra a banda ügyetlen, de gyors lábú fiúja csent el egy-két almát, lehetőleg úgy, hogy az árus észrevegye, s előbb csak szaporázó léptekkel állt tovább, de ha üldözőbe vette a tulaj, akkor megmutatta, mit tud futásban. Mi viszont a kofa nélkül maradt kínálatból „kiszolgáltuk" magunkat és továbbálltunk. Legemlékezetesebb találmányommal, a Stollwerck automatával versenyeztem. Akkoriban váltak divatossá az

utcai automaták. 10 fillért kellett bedobni a készülékbe, s a gép ezért öt Stollwercket adott. A Frutti mellett a Stollwercket igen kedveltük, de 10 filléresünk kevés volt. Felfedeztem, hogy a pénzbedobó rés utáni pénzcsúzdán kis hézag van. Ha oda egy rövid gombostűt bevezetünk, a 10 filléres nem tud leesni. A villamosmegálló járdaszigetével szemben helyeztek el a Váci úton egy automatát. A leszállók gyakran akarták igénybe venni. Egy darabig kézzel, ököllel verték a „nem működő" gépet, majd bosszankodva odébbálltak. Találmányom ragyogóan működött, és sok elismerést szerzett a bandában (akkor még nem huligánoknak hívták a „veszélyeztetett" gyerekeket). Ez azonban nem volt kockázatmentes vállalkozás; egyszer a gombostű fejét körömmel megcsípve húztam ki a tűt és az 5 Stollwercket ártatlan pofával „felvettem", amikor egy figyelmes utas hatalmas fenékberúgással fejezte ki véleményét éles elméjű találmányomról. Egyszóval követhettem volna más utat is, és talán „viktimológiai eset" is lehettem volna. Mikor Gödről jártam be, találkoztam egyik-másik angyalföldi, Lehel téri bandatársammal, akik a nagyságák szatyrát, cekkereit cipelték, de volt, aki már ivott és kéregetett. Szégyelltem bevallani, hogy gimnáziumba járok, csak annyit mondtam, hogy elköltöztünk Pestről.

A TERMÉSZETES ÉS „CÉLIRÁNYOS” HAZASZERETET

Vannak dolgok, amelyek maguktól értetődőek, természetesek, és ezért nem is szükséges kinyilvánítanunk, beszélnünk róla. Hogy az emberek szeretik szüleiket, családjukat, gyerekeiket, természetesnek tartjuk. Még azt is, hogy az ilyen szeretet elfogultságot is hordoz... Igen, másnak is van szép, okos gyereke, unokája, no de az én gyerekem, az én unokám, hát még a dédunokám... A számunkra természetes és magától értetődő érzések másoknak megkérdőjelezhetők lehetnek. Például a hazaszeretet és még inkább az egyén önazonosságát meghatározó érzések, a szűkebb és tágabb közösséghez tartozás érzése, a nemzettudat stb.

Térségünkben a viharos változások történéseit észlelve döbbenünk rá, mivé válhatnak az emberszeretetet is képviselő természetes érzések. És megdöbbent – mint amikor nagy történelmi gonosztevők családi fényképalbumát hitetlenkedve nézzük: mi lett a szép, bájos kisgyerekből. A szép kisgyerekből és az elemi szép érzésekből hogyan fejlődhetnek ki szörnyemberek és szörnyeszmék? Ennyire kiismerhetetlen a személyiségfejlődés? A torzulás útján észre sem vesszük az első villogó jelzéseket? Így nézem előbb csak értetlenül a hazaszeretet gyakori emlegetését, némi gyanúval hallgatom túlhangsúlyozását, rosszat sejtet számomra a hazaszeretet sulykolása iskolában, tömegtájékoztatásban, mert innen indul a politikai célú manipulálás a nemzeti szimbólumokkal, folytatódik a kiközösítő (ki magyar, ki nem magyar), az osztályozva minősítő (mélymagyar – hígmagyar) nacionalizmus elfogadásával, végül mindez agresszív, háborúban, a másik megsemmisítésében megoldást kereső sovinizmusba fut. A szinte velünk született emberi érzés torzulásához vezető okok közt csaknem biztosan ott van a hazaszeretet, a nemzeti összetartozás, a közösségi érzés semmibe vevése, akár érzéketlenségből, akár doktriner ideológiai „meggondolásból”, de ott van a másik ember felé fordulás hiánya is, amely miatt meg sem születik a kérdés, miért vagy elégedetlen, boldogtalan, pótmegoldásokat kereső. Ezzel nap nap után találkozunk. A pótmegoldások két gyakori változata: az önpusztító alkohol és a másokat célba vevő gyűlölet. Minden torz út kikövezője a gyűlölet. A gyűlölet annál pusztítóbb, minél indokolatlanabb, minél esztelenebb. A gyűlöletet szítók írástudók, közéleti befolyásos emberek felelőssége óriási a rontásban, ők a kútmérgezők. A gyűlölet és erőszak útja soha nem vezetett igazi megoldáshoz,

bár mindig azzal kecsegteti mérgezettjeit; ez csak a halál, a pusztulás „megoldása" lehet.

Van hangsúlyosabb árnyalata a hazaszeretetnek, ami oltalmat, identitást kereső, a személyességet erősítő, ezt nemcsak megfigyeltem, hanem át is éltem. Petrovics-Petőfi-szindrómának nevezném, Petőfi lángoló hazaszeretetére utalva. Az ilyen hazaszeretet célja a befogadó, oltalmazó, jó haza megteremtése, fűtőanyaga a hit ennek megteremthetőségében, hit a haladásban és egyben a „népek hazája nagyvilág"-ban... Tehát soha nem kiközösítő, hanem minden embert magához ölelő, olykor romantikus kicsengésű, mint *Az apostol*ban.

Sokszor gúnyolják az újmagyarok (a svábokból, zsidókból, román, szláv eredetűekből jött magyarok) kompenzáló, emelt szintű hazaszeretetét. Amennyire racionálisan és érzelmileg elfogadhatatlannak érzem a magyarság megismerésének, megértésének minden fajelméleti és főleg fajtisztasági megközelítését, annyira értem a személyiség és az önazonosság erősítésének ezt az ember- és közösségszerető útját. A magyarság sajátos és legigazibb értékeit is a nehéz történelmi sorsban, a szétszórt, vagy kis népek sorsát végigkísérő veszélyeztetés állandó „készültségében" teremtett kultúrában, a nyelv asszimilációt segítő vonzásában látom.

Hogy a Petrovics-Petőfi-szindrómát hamar megértettem és rokonszenvvel befogadtam, bizonyára személyes okai vannak. Családomban sem magyar, sem zsidó, sem hazafias nevelést nem kaptam, mindenki magyarul beszélt (másképp nem is tudott), tehát természetesnek vettem, hogy magyar vagyok, mint azt is, hogy zsidó vagyok, mert azt megmondták, ha kérdezik, milyen vallású vagyok, azt kell válaszoljam, hogy izraelita.

Apám baka volt, csaknem végigszolgálta az I. világháborút, de soha semmilyen hazafiúi vagy katonai helytállásával nem traktált, inkább örült, hogy tüdőcsúcshurutja miatt nem a frontra, hanem a Rózsahegyi katonai tüdőgyógyintézetbe irányították. Eszter nagymamám révén ismerős volt az erdélyi falusi szegénység mentalitása, hogy a magyar az magyar, a román az román, a zsidó az zsidó, a szász az szász. Csaknem minden rokonom vegyesházasságban élt, de egész családomban senkit nem tudok, aki kikeresztelkedett volna. Az erdélyi emberek természetes együttélési képességének, és nem a toleranciára nevelés eredményének vélem. Az erdélyi történelem, a sorsszerű egymásra utaltság nevelt. Családomba soha nem hatolt be a más vallású vagy más nemzetiségű emberek idegennek, „másnak" tekintése. Soha nem éreztem idegenséget, szorongásos félelmet a „gojokkal" szemben – a goj szót is más környezetben ismertem meg. A család érintkezési, baráti körében egyaránt voltak zsidók és keresztények, az iskolában nem kellett

elhallgatnom, hogy zsidó vagyok. Bármilyen furcsa, egész gyerek- és serdülőkoromban, a húszas-harmincas évek közepéig nem érzékeltem személyesen antiszemita megnyilvánulásokat, legfeljebb hallottam róla. Hátrányos helyzetemet a család szegénységének tulajdonítottam, és nem zsidó voltomnak, mert ez nemigen különbözött a keresztény szegény gyerekek hátrányos helyzetétől.

Apám jó gyereknek tartott, csak „rögeszmésnek". Kisgyerekkorom rögeszméje volt, hogy orvos akartam lenni, és ismeretszerzésem, érdeklődésem is erre irányult. Második elemista voltam, mikor a Váci útra költöztünk és én a Sziget utcai iskolába kerültem. Tanítóm, Bódy László székely ember volt, a háború után kerülhetett Pestre, lehet, hogy menekült. Abban az időben erősödött fel az irredenta szellemű hazafias nevelés. Mi másféle hazaszeretetet tanulhattunk Bódy tanító bácsitól. Soha senki ellen nem irányult, inkább honismeret volt, erdélyi és más hazai tájak és népeinek megismerése. Szerettem a tanítómat, azt hiszem, ő is szeretett engem, még „családlátogatásra" is eljött hozzánk (pedig akkor, azt hiszem, ez nem volt előírás). Fájlaltam, hogy negyedikben már nem ő tanított. Bódy tanító bácsi kedvenc költője Petőfi volt, sok versét ismerte, elemezte és velünk is megtanultatott Petőfi-verseket. Nyolcévesen, Petőfi-„rögeszmém" idején elhatároztam, hogy veszek egy Petőfi összes költeményei kötetet. Minden fillért kuporgattam. Mikor a kirakatban megláttam a piros kötésű Petőfi-kötetet leszállított, 98 filléres áron, még nem volt elég pénzem, de nővérem kisegített 20 fillérrel, és boldogan vittem haza a könyvet. Úgy bántam vele, mint az imakönyvvel. Nemcsak végigolvastam, hanem sok verset meg is tanultam. Hazaszeretete, népszeretete, a szegények, a jók pártfogása lenyűgözött. Később Ady vagy József Attila varázsa sem homályosította el a gyerekkori Petőfi- rajongást, inkább megerősítette, teljesebbé tette.

Torokfájáson és gyomorrontáson kívül – amit nem tekintettem betegségnek, csak kellemetlenségnek – soha nem voltam beteg, nem hiányoztam az iskolából, depressziós sem voltam. Mégis, visszatérően álmodtam, hogy részt veszek saját temetésemen – nagyon sajnáltam magam, talán meg is könnyeztem korai halálomat, ugyanakkor méltányoltam szüleim és testvéreim megrendülését, ez bizonyította, hogy szeretnek, még arra is volt gondom, hogy elrendezzem temetésem méltó külsőségeit. Ehhez hozzátartozott, hogy a zsidóknak kijáró egyszerű deszkakoporsót piros-fehér-zöld zászlóval kell letakarni, és kezembe adni a 98 fillérért vásárolt Petőfi-kötetem. Szerencsére titokban tartottam rendezői utasításaimat.

Negyedik elemi után – tízéves voltam – anyám mind a négyünkkel hazament Kisbégányba. Részint ott, részint anyám Lajos bátyjánál,

Beregszászban töltöttük a nyarat. Lajos bácsi bikaerejű, nagyhangú, tréfás ember volt, mészáros, aki maga vágta le a marhákat és mérte ki mészárszékében. Vasárnap – kedvenc időtöltése volt – összeszedte saját és a rokon gyerekeket, a „pulyákat", megrakta velük szekerét, és kihajtott kis szőlőjébe. Ott aztán részt vettek a mulatságban a szomszéd parasztok és gyerekeik. Volt éneklés, szájharmonika, citera, tánc, bűvészmutatványok, tábortűz, szalonnasütés, és ha nem volt szalonna, tehéntőgyéből vágtuk ki a nyársravalót. Az én „számom" a versmondás volt, és stabil szerzőm Petőfi. A csehek alatt nem volt szabad irredenta propagandát folytatni. Vita volt, hogy Petőfi irredentának számít vagy sem. Végül is győzött a józan ész, és én mondhattam a Petőfi-verseket, de rajtam maradt a „Laci, a nagy magyar" név. Amikor Lajos bácsi kezembe nyomta a vesszőseprőt, a nyeles lapátot, és meghagyta, hogy a házuk előtt, a beregszászi köves utcán és az udvarukban söpörjem fel a lócitromokat, azt mondta: egy „ilyen nagy magyarnak" azt is tudni kell.

Sohasem beszéltem hazaszeretetemről, a zsidó gyerek érzelmei azért jó vicc és ugratási téma volt – hitsorsosaim számára. Mindenkinek fontos az oltalmazó, jó haza biztonsága, szeretete. A „hazátlan" zsidónak, ha hazát lel, ez még fontosabb. A zsidóüldözés, az elhurcolásom legfájdalmasabb ütése, testvéreim, rokonaim megölése mellett, ennek a bizalomnak a szétverése. De a gyógyuláshoz is nagyon kellett a kicsúfolt és megcsúfolt hazaszeretet.

A TAVASZ VIRÁGAI

Közel ötven éve, akkor húszévesen, két cikket írtam ezzel a címmel, és egy harmadikat (*Tavaszi csokor Szolyva környékéről*), melyeket a Magyar Földrajzi Társaság ifjúsági folyóiratában, az Ifjúság és Életben közöltem. Nem ezek voltak első írásaim. Tizenhat éves születésnapomon jelent meg *Kis Képes Növényhatározó* című, kedves barátommal, osztálytársammal, Máhr Józseffel közös „alkotásunk". Ettől kezdve egyik házi szerzője voltam az említett folyóiratnak. Írtam már addig – nem kis önbizalommal – a növény- és állatvilág közti különbségről, a növények színanyagairól, élő fényforrásokról, a szikes puszták növényzetéről, a termőtalajról, az erdő növény-szociológiájáról, a kromoszómákról, génekről és még sok mindenről. Ha tehettem, írásaimat saját növényfelvételeimmel, mikrofotogramjaimmal, barátom növényrajzaival jelentettem meg.

Ezen a mostani márciuson – hetvenedik születésnapomon – sokféle emlékből, élményből kiragadva, a tavasz virágaival szeretném köszönteni hamarosan megszülető dédunokámat. Mindig jó szívvel emlékeztem kamasz- és ifjúkorom természethez forduló igyekezetére, és talán odáig is eljutottam, hogy a „scientia amabilis"-től, a botanikától a humanista orvoslásig tartó pályámat egységesnek tartsam. Ahogyan azonban múlik az idő, akkori élményeim, ismereteim, egész életérzésem mind több jelentéssel lep meg és jelentőséget nyer mai gondolkodásomban. Elnéző mosollyal olvasom persze, fél évszázad múltán a naiv, olykor szentimentális megfogalmazásokat, a nemrég még vallásosan hívő gyerekből lett, istenhitét vesztett kamaszt, teleologikus gondolkodását, az új hit áhítatát, csodálatát a Törvény, a természeti törvények felismerése, működése iránt.

„Bámulatos a kikeleti hóvirág előrelátó gondoskodása! – szól az egyik cikk. – Alig, hogy elhullatja virágát, még a tavaszi napsugár mellett megkezdi gyűjtögető munkáját. Az asszimilálással nyert tápanyagot szorgalmasan elraktározza földalatti hagymájában. Kénytelen igyekezni munkájával, mert nyáron vagy az erdők lombkoronája, vagy a rét magasabb füvei felfogják előle az éltető napsugarat. A nyári pihenés után csak késő ősszel mozdul meg a hóvirág. Óriási munka vár most a növénykére. 8–10 cm vastag, fagyos földréteget kell áttörnie a gyenge rügynek. E nehéz feladat elvégzésére fortélyhoz fordul a hóvirág. Szalagalakú leveleinek vége szorosan összesimul és vésőt alakít. Hogy a véső tökéletesen teljesíthesse feladatát, a levél hegye keményebb szö-

vetből alakul. Ugyancsak nehéz feladat a virág bimbójának sérüléstől való megóvása. Erre a célra a két levélből külön bőrnemű virágborító lepel alakul, mely később a hideggel szemben is védelmet nyújt a virágnak. A virág a nyéllel együtt a két levél által közrefogott, vályúszerű csatornában foglal helyet. A rés szűk, ennek megfelelően a kocsány lelapított. Így tör fölfelé a hóvirág, átvésve magát nemcsak a fagyos földön, hanem sokszor még korhadó növényrészeken is. Alig emelkedik a hőmérő a fagypont fölé, megjelennek a tejfehér virágok (Galanthus = tejvirág). A virághlepelben semmilyen festékanyag nem található, fehér színét a levegővel telt járatok okozzák, mint ahogy a vízkristályok közt levegő okozza a hó fehér színét, a totál-reflexió fénytani törvénye alapján. A hóvirág számára a fehér szín a legcélszerűbb a rovarok odacsalogatására, mert ez üt el leginkább a környező avar barna színétől. A virág bókoló állású, mert ezzel csökkenti a hőkisugárzást, másrészt, mert ernyőt alkotva megóvja a virág belsejét a csapadék káros hatásától. A virágot hat lepellevél alkotja. Ezek két körben helyezkednek el. A külső három nagyobb lepel csupán a reklámozás, a rovarok odacsalogatásának szolgálatában áll. A belső három lepel is csövet alkot, amely a porzókat és a termőt védi. Ha a belső lepelleveleket megfigyeljük, rajtuk zöld vonalakat találunk. Ezek nektárt választanak ki. A nektár a csatornában a virág mélye felé szivárog, amerre a mézösvények is mutatják a rovaroknak az utat. Azonban még ilyen ügyes berendezkedés mellett is nehéz a hóvirág helyzete a megporzásnál. Ui. ilyenkor még nagyon kevés megporzásra alkalmas rovar röpköd, ezért a növény virága sokáig, 2–3 hétig is 'friss' marad. Nagy gond ilyen hosszú ideig a virágpor konzerválása. E célból a portokok nem repednek fel, hanem lefelé néző nyílásuk zárt marad és kis, sörte-szerű képlettel függnek össze. A portok csak akkor nyílik fel, mikor a nektár után kutató rovar megérinti a kis sörtét. Ilyenkor a virágpor a portokból a rovarra zúdul. A rovar ezután más virágra száll, ahol a messze kinyúló bibéhez hozzádörgöli a virágport. Ha a megtermékenyítés valamiképpen mégis elmaradna, a hóvirág létét a több éven is áttelelő hagyma biztosítja. Megtermékenyülés után három, kopáccsal nyíló tok képződik. Ekkor azonban az eddig bókoló virágkocsány is kiegyenesedik. Ugyanis ha a kocsány is lehajlana a föld felé, a mag az anyató közelében egy csomóban hullana ki, ami a növények kifejlődését és megélhetését akadályozná. Viszont, ha a kocsány kiegyenesedik, a szél a magvakat nagyobb ívben mindenfelé rázza ki. A mag elterjedését a rovarok s főleg a hangyák segítik elő."

Félévszázados „művemet" olvasgatva világosan látom, hogy amit akkor csak megsejtettem, ma azt hívom tudásnak, vagy akár hitnek, vagy mindkettőnek egyszerre. Az értelemmel, tudással megáldott

(vagy megvert?) ember félelme, kiszolgáltatottsága ezzel a nyitottsággal sem oldódik föl egészen, de enyhül talán. Ha pedig a hit és az áhítat funkcióját, a világmindenségbe vetett ember szorongásos félelmének hittel való enyhítését tekintem, szinte elhanyagolhatónak tűnik, hogy miből ered, mire vonatkozik: az isteni teremtésre vagy a természeti törvények rendjére. Lehet, hogy ez a nagyvonalúság elméletileg kifogásolható, de sem a darwinista fejlődéselmélet, sem a filozófia tudománya nem veszít az én okoskodásommal. Én meg jobban teszem, ha járom a magam útját, ha jobban fölismerem, hogy merre kell fordulnom – és ezzel már előbbre is jutok.

Utamat, pontosabban útkeresésemet sohasem elméleti meggondolások, tudományos elméletek irányították. Ezek legfeljebb csak utólag segítettek a jobb megértésben. Mindig a konkrét gondok, feladatok vagy akár rejtélyek vonzottak, mert nem művelt ember akartam lenni, még csak nem is botanikus, hanem orvos. Amit megtanultam a természettudományokból, majd a humán tudományok „levelezőtagozatán", vagy emberismeretből a betegeimtől, barátaimtól, a mindennapi életből: mind ezért kellett. És ha orvossá válásom folyamatában az ember teremtésének vagy Ádám és Éva paradicsomi történetének helye lehetett, akár gyerekkori meseként vagy jelképesen, akkor helyet adtam. Elég születést, még több halált, sok emberi sorsot, betegséget, szenvedést láttam, éltem át. Ismeretszerzés ez is, olyan, mint annak idején a természetjárás volt. Tanulságai maguktól, szinte észrevétlenül, vagy oly szelíden jönnek elő, mint évről évre a tavasz virágai. Így tudatosodik bennem valami nagyon jelentős mozzanat egész világlátásom alakulásában: a természeti és emberi környezetet még a szakszerűség feszítő igénye mellett sem tudtam (vagy akartam?) elvonatkoztatni egymástól. Világomban egyszerre volt ott az emberi környezet, a virág, a természeti környezet és azon belül a vizsgálati tárgy. Megint régi írásomból idézek:

„Egyik márciusi reggelen, amolyan se téli, se nem tavaszi napon kicsiny, Szolyva melletti falucskában járok. Elnézem a ruszinok alvó házikóit. Még az ablakokat is betapasztották sárral. Bizony az ilyen ablakokon át nemigen lehet szellőztetni. De itt hideg a tél. Alszik a falu, alszik a népe. Alig látni embert. Egyszerre csak pöttöm kisgyerek kerül az utamba. Nyakig sáros. Isten tudja, merre járt már. Kezecskéjében szorongat valamit. Leguggolok hozzá. 'Csicska' mondja és felém nyújtja kicsinyke kezét. A kis kéz kinyílik, benne tőzike virága. A gyermek arcát boldog mosoly ragyogja be. És akkor, milyen furcsa ezt így leírni, pedig úgy volt: akkor egyszerre tavasz lett.

Az élmény nagyszerűsége csak pillanatokig tart. Hamarosan túlnő rajta a kíváncsiság. Vajon hol szedte a gyermek a vidék első tavaszi

virágát? Nem kell messzire mennünk. A falu végén, az országút mellett elterülő nedves rétekről messzire fehérlik a tőzike nagy sokasága. A tavaszi tőzike (Leucojum vernum) édes testvére a mi hóvirágunknak. Együtt azonban nem fordulnak elő, hanem egymást helyettesítik, vagyis ahogy ezt szaknyelven mondják, vikariánsok. A német nem is ad külön nevet a két tavaszi virágnak (kleines und grosses Schneeglöckchen). Valóban igen hasonlítanak egymásra, annyira, hogy sokan össze is tévesztik, pedig könnyű a megkülönböztetésük. A hóvirág 1–2 héttel hamarabb jelenik meg, és erre az aránylag kicsiny frenológiai különbségre vezethetjük vissza a két növény közti eltéréseket. A korábbi hóvirág élete sokkal küzdelmesebb. Termete ennek megfelelően igénytelenebb, mint a tőzikéé. Levelük hasonló, de míg a hóvirágnak két lomblevéllel kell beérnie, ennek is óriási munkát kell végeznie, míg a fagyos talajon átvési magát, a tőzike már 3–4 levelet is hajt. Minden hóvirág-tövön csak egy kis virágot találunk, a tőzikének 3-4 virága is van, és ezek nagyobbak, feltűnőbbek. Mindkettő virágát hat lepellevél alkotja. Azonban a nagyobb hőkisugárzás megakadályozása céljából ez a hat lepel a hóvirágnál két sorban helyezkedik el. A külső három lepel nagyobb, fehér színű, a belső három jóval kisebb, zöldes. A tőzikének már nincs szüksége ilyen berendezkedésre. A virágleplek egyforma nagyok és színűek, egy sorban helyezkednek el. A hóvirág fehér virága semmilyen festékanyagot nem tartalmaz, illat nélküli. A tőzike már többet tud nyújtani, és kell is nyújtania a megporzó rovaroknak.

Fehér lepellevelei csúcsukon sárgásak. A tőzike virága illatos."

Az együttlátásra, a látóhatár tágításának igényére utal a két idézett rész a hóvirágról és a tavaszi tőzikéről. Nem a morfológiai hasonlóság és különbözőség izgatott – ez az összehasonlító növényrendszertan dolga –, hanem a struktúra és funkció egysége és jelentősége az alkalmazkodásban, ma már magától értetődő ökológiai megközelítésben. Hasonló áhítattal írtam akkor az illatos ibolya, a gyöngyvirág, a kökörcsin csodáiról és még vagy húsz tavaszi virágról, köztük olyan ritkaságokról, mint az ikrás fogasír (Dentaria glaudulosa), melynek néhány példányát Szuszkon (Bányafalun) ismertem fel, és amiért pártfogóm, Jávorka Sándor nemcsak megdicsért, de publikálta is a Botanikai Közleményekben.

Mikor a fejlődéstanból megtanultam az emberi magzat morfológiáját, élettanát az egymást követő fejlődési fázisokban, déjà vu élményként érzékeltem a teljes és tökéletes védettség meghatározó jelentőségét az embrionális életben. De hiszen ezzel a védettséggel találkoztam – kezdetlegesebb formában – az erdei aljnövényzet, még inkább a vízi növények, a „Jólétország növényei" ökológiai megismerésekor! Az anyaméhben uralkodó tökéletesen kiegyensúlyozott hőmérsékleti,

nyomási, táplálkozási és anyagcsere viszonylatok, az ideális védettség teszi lehetővé azt a gyors és bonyolultságában csodálatos fejlődést, melyben az emberi magzat kilenc hónap alatt rekapitulálja az egész törzsfejlődést, hogy az általunk ismert legfejlettebb faj egyedeként megszülessen. Otto Rank közel hetven éve végiggondolta és leírta a születés traumáját, mikor a tökéletes védettségből az újszülött brutális hirtelenséggel más környezetbe kerül: kiszakad egy más létezésbe. Az újszülött légzési képtelensége, az asphyxia az életnek ezen a pontján megismertet a fájdalomnál is nehezebben elviselhető szorongással. Hányszor láttam visszatérni ezt a szorongást asztmás betegeim rohamaiban, a légzési elégtelenség állapotaiban, mely a tényleges oxigénhiánynál is markánsabban kelti a betegben az elviselhetetlenség érzését. Talán mert „valahonnan", a kezdetektől ismerős ez az érzés?

Az újszülött szorongása sajátos, éles felsírásban oldódik. (Talán ez az előzménye az „őssikoly"-nak, melyre Janov egész neurózis-elméletét és pszichoterápiás módszerét építi.) S amikor megszületik az ember, a szerves világ fejlődésének ez a csúcsteljesítménye – totálisan kiszolgáltatott. Nincs még egy faj, melynek újszülöttjei ilyen teljes és sokáig tartó gondoskodásra szorulnak. Íme, a szervezeti tökéletesség és a tökéletes kiszolgáltatottság: együtt. Ebből adódik az emberi lét sok jellemző sajátossága, mindenekelőtt az, hogy az ember az első perctől rászorul a másik emberre, annak törődésére, szeretetére.

Az első másik ember az anya. Az újszülött, a csecsemő, a gyerek és a felnőtt ember sok hiányállapota orvosi módszerekkel, emberi igyekezettel, mindenféle segédlettel pótolható. De legnehezebb a szülő, az anya érzelmi hatását helyettesíteni, holott ez az empátia ősforrása és ősformája. Ebből ered az a biztonságélmény, az élet elviselhetőségéhez szükséges életérzés, melyet Erickson „ősbizalomnak" nevez.

Hiányát jól ismeri az, aki sokat foglalkozott önpusztító, alkoholista, öngyilkos betegekkel, „menekülő", anomiás deviánsokkal, és elemi tanulságként fogalmazódik meg, belső tapasztalatként összegződik a jól ismert közhely: nemcsak a levegő, a víz, a táplálék, de a szeretet is létfeltétel – nélküle csak szorong, vegetál az ember.

Az anyaméhben, a teljes védettség állapotában az oxigenizáció, a víz, a táplálék, a szabályozás biztosított, mintegy „magától értetődően", „természetesen" létezik. Az első légvételig tartó rémület után már a levegő is „magától értetődő" életfeltétel, és ilyen a csecsemőt tápláló, gondozó anya szeretete, törődése. Értéke akkor mutatkozik meg látványosan, ha nincs. Hiánya, elégtelensége elviselhetetlen, életveszélyes.

Betegség és fenyegetettség tódul a helyére. S a helyzet bonyolult, hiszen a megszületés után a védettség foka, mértéke a növekedéssel arányosan csökken. Kell is, hogy csökkenjen, mert az ősbizalom bár-

milyen alapvető, nem lehet mozdulatlan. Szükségessége, elementáris volta létfeltétel – de hamis illúziót is kelt a csecsemőben: a mindenhatóságot. Hiányérzetét mindig halasztást nem tűrően „közli", és sírás-hangjelzésére a szülők azonnal cselekednek, megszüntetik a hiányt, a rosszat. A csecsemő szeme lehunyásával világot semmisít meg, szemnyitásával világot teremt. A csecsemő tehát mindenható, mondhatom azt is, szeretet-zsarnok, mert nem ismeri hatalmának határait, a környező világ valóságát. (A felnőtt zsarnokok sem akarják ismerni – vagy félreismerik.) A csecsemő zsarnoki lénye a szocializáció során szelídül, ütközések során ugyan, de egészséges felnőtté érik. (Elég sok kis, közepes és nagy zsarnok is terem azért – az egész nagyokat már a történelem is számon tartja.) Végül is: érthető, hogy az ember hatalomvágya mintegy veleszületett tényező, a kezdetekben megalapozott. A védettség bonyodalmai szerteágazóak. A túlvédő, „szeretetével fojtogató" anya mellett például milyen nehéz a felnőtté válás, a leszakadás a gyermeki létről. Az én-fejlődés zavarai torkollhatnak pszicho- és karakteropathiás személyiség-struktúrába, és megtalálhatók a legkülönbözőbb devianciákban, de még a krónikus betegek megbetegedését előző (premorbid) személyiségfejlődésben is, pl. asztmás betegek esetén. A probléma-felismerés etikailag is kényszerített a pszichoszomatikus szemlélet, az egész embert átfogó, többdimenziós orvoslás irányába. Nemcsak a hatékonyabbá vált gyógyító munka, hanem a dolgok logikája vezetett arra, hogy az embert, a beteget ne környezetéből kiragadva szemléljem, hanem társadalmi (szociális medicina), majd természeti (ökológiai medicina) környezetére is figyeljek. És ezzel már vissza is kanyarodtam kamaszkorom, fiatalságom világához.

Az utóbbi évtizedekben egyre feszítőbben érzékeltem és érzékelem a magyar társadalomban most már megnevezhető totális válság jelenségeit. Az emberi viszonylatok, a humán oldal torzulásait érzem a legsúlyosabbnak, a leginkább meghatározónak az egész helyzet megértése és a kibontakozás útjainak keresése szempontjából. A magyar népesség egészének állapotát minden politikai és pártérdek felett álló nemzeti sorskérdésként kell tekintenünk. Lehet, hogy gondolkozásom kényszerpályái, problémamegoldási módjaim rögzültsége mutatja számomra a kiutat: a humán erők összefogása felé. Már nem elég a többsíkú, a többdimenziójú orvoslás megfogalmazása, a meggyőzés, a bizonyítékok felmutatása. Már nincs időnk a humanista orvoslás meggyőző eredményeinek kiteljesedésére.

Elkéstünk, ügyetlenek voltunk. Ezt a helyzetet az orvosok, egészségügyiek erőfeszítése sem tudja megváltoztatni. Egész emberképünk alakítására, új értelmezésére van szükség. Érvényt kell szereznünk az egészség eredeti, nyelvünkben csodálatosan tükröződő értelmének.

Hogyan? Ekkora kérdésre az első válasz: a mély lélegzetvétel. A második: valami szorongató diszkomfort érzés tudomásul vétele, hogy tudásom, képességeim nem elégségesek. A harmadik a megszokott, rögzült megoldási módszer: együttgondolkodó társak keresése, saját szellemi erőnk a mostaninál hatékonyabb mozgósítása. Szellemi, erkölcsi életünk megviseltsége ellenére is hat rám a sok évtizedes (talán történelmi) tapasztalat: itt újra és újra kinő a fű.

A magam hozzájárulását pedig egyre egyszerűbben tudom megfogalmazni. A személyiség ontogenezisének ismeretében, annak terminológiáját követve, igazolva látom az emberi gondolkodás nagy közhelyét: bajaink zöme az ősproblémából, a „paradicsomból kiűzetés" traumájából és az „elveszett paradicsom" utáni vágy együtteséből ered. Az egyedi személyiségfejlődés sérülései, zavarai a kiváltói a gyengeség, a meg nem felelés, az elviselhetetlenség érzésének. Előbb kiváltói, aztán tartósítói. Ha önerőből az emberi kapcsolatok és a külső körülmények kedvező alakulásából erőt, segítséget nem kap valaki, a kényes egyensúly megbomlik, a *visszaút* vágya, a *regresszió* tendenciája erősödik. Megkezdődik a menekülés a testi, lelki betegségbe, a devianciákba, az alkohol és kábítószerfogyasztásba, az öngyilkosságba. Ez a menekülő ember útja.

A beteg ember is a „visszaútra" kerül, vissza a személyiség-szerveződés korábbi fázisába, ahol még egyensúlyt talál. A betegség retrográd megoldási kísérlet. Az orvosi beavatkozás etikai legitimációja is ebben van – ezzel szemben kell hatnia a terhek enyhítésével, a személyiség erősítésével. Beismerem, ez nehezebb feladat, mint tablettát vagy injekciót adni a betegnek.

Van másik út, kell lennie. A fenyegetettségben, vészhelyzetben az állatok is kétféleképpen viselkednek. Vagy menekülnek, vagy támadnak. Ez fajonként, de egyedenként is különbözik. Sok megfigyelés, élménnyé vált tapasztalat sejtette meg velem, hogy az állatok viselkedése nem értelmezhető csak biológiai meghatározottságukkal, és a bonyolult összefüggéseket ma már modern tudományág, az etológia tanulmányozza. Igen, a fenyegetett, megtámadott ember számára is adatik a menekülés ellenében másik út. A tudás fájának gyümölcsét megkívánó, bátor ember útja. Nehéz volna tagadni, hogy mélyen ott van ebben is az eredendő állati ösztön, a támadás, az agresszió. És ha ezzel számolnunk is kell, nem lehetünk hitetlenek a humanizáció eddigi (nem könnyű és nem egyértelmű) útját és jövőbeni lehetőségeit illetően. Majd csak belátjuk, hogy a testi erőnél, a támadó fegyvereknél nemcsak etikusabb, de hatékonyabb is az ember testi és szellemi adottságainak, képességeinek, ismereteinek aktív igénybevétele, tudásának, leleményének szüntelen gyarapítása. Ez a közhely akkor is igaz,

ha nemzedékem a természettudományok, a technika rohamos fejlődésének igézetében most a század végén nem kevés csalódottsággal tekinthet az emberiség globális problémáinak állapotára. A tudós, bátor emberek hite a tudás és tudomány hatalmában veszélyesen sokakban megrendült. Pedig ismereteink gyarapodása, a gyarapodás üteme minden várakozást felülmúlt. A növekedés módja azonban olykor nem az élőlények egészséges fejlődésére, hanem a rákos daganatok burjánzására emlékeztet. A modern irodalom, költészet, a művészetek tükrözik a drámát, az ellentmondásokat, a kételyeket.

Közhellyé válva már a tömegkommunikáció mindennapi témái. Csak kiragadom az atomtudósok nagy csapatának, a fasizmus elől Amerikába menekültek – köztük sok magyar zsidó – kutatási teljesítményét, melyet a hitleri gonoszság fenyegetésének megfékezése is inspirált. Hirosimát, a hidegháború évtizedes atomfenyegetettségét megélő tudósok morális gyötrődése szememben emberségüket növeli, ugyanakkor figyelmeztet is. A tudós ember felelőssége eredményeivel arányosan növekszik. A tudás sem mindenható, és a felelősség nem választható le, nem is ruházható át. Az emberiség kurrens „közhelyproblémáit" sem lehet agyonbeszéléssel megkerülni. Újra kell gondolni, míg nem késő, a politika, a világuralmi törekvések és a nagyhatalmak viszonyát, a Nyugat–Kelet, az Észak–Dél, a fogyasztói társadalmak „eszmei" hatását, utilitarizmusát, a gazdasági gigantománia, a technikai imperativus ismert jelenségeit. Mert e nélkül nem remélhető az alapvető változás a minket most foglalkoztató kérdésben: az ember és természet viszonyában. Max Nicholson már 1969-ben megfogalmazta: „a probléma többé nem az, hogy a természet fenyegetné az embert, hanem az, hogy az ember és a természet egyaránt bajban van, mindkettőt fenyegeti a technika egyelőre gátlástalan működése". Az ENSZ 1972-es stockholmi környezetvédelmi konferenciájának, a Római Klub felhívásának érdeme, hogy felkeltette a közvélemény figyelmét a fenyegető ökológiai veszélyekre. Nekem a tavasz virágai az ember és természet viszonyában nem fogvacogtató, hanem szívet melengető érzéseket idéznek. Mert gyanútlan fiatalságomra emlékeztetnek? Nem, ez így nem igaz. Három hónappal a háború kitörése után már belekerültem az „eseményekbe". Sokat megéltem, sok mindent túléltem. A túlélő viszonya az élethez és halálhoz módosul.

Mint a természetben vagy természetközelben élő emberben, a megpróbáltban, a túlélőben is enyhül az ember természetes halálfélelme. A halál nem mindig brutális vég. Az élet szeretete elfogadhatóvá teszi a halált, mely fokozatosan és harmonikusan beépül az ember életébe, és olyan magától értetődő lesz, mint anyánk szeretete.

Nem szoktunk róla gondolkodni. Magam sem nyugtalankodom. De a tisztesség megkívánja, hogy amit kapott az ember, illik visszaadni. Soha nem szorultam hősiességre. A legreménytelenebb élethelyzetekben, mikor a ráció már rég feladta volna, mindig ott volt bennem egy lecsendesítő, nyugalmat, erőt adó érzés: védett vagyok, kibírom, nem félek.

Sokáig azt hittem, hogy a férfiembert ehhez az önbizalomhoz az anyai szeretet kitágulását jelentő, életünket kísérő, körülvevő, védelmező nőiség segíti. Írástudatlan Eszter nagyanyám bölcs világlátása, három lánytestvérem mellett anyám kivételező szeretete, egy ötven évet meghaladó, vitatkozó, civódó, de mindig a teljes bizonyosságot adó „nagy szerelem", a lánygyerek, a lányunokák, a többnyire női munkatársak részei ennek a védelmező, inspiráló nőiségnek. Öregségemre tudatosul bennem ennek a csodálatos adománynak további kitágulása, azonos neműsége a természettel, az „anyatermészettel". Nem a természet védelmére, szándékolt szeretetére van szükségünk, hanem világban létünk, önmagunk – biztonságunkat is fokozó – védelmére. Ez pedig legtermészetesebben úgy érhető el, ha nem szakadunk ki emberi és természeti környezetünkből. Nem a „vissza a természethez" kétes romantikájára van szükségünk, valami elmenekülésre a társadalomból. Az eszére, humán adottságaira, képességére támaszkodó „bátor ember" nem menekül a természetbe, és különösen nem akarja uralma alá hajtani, hanem emberhez méltóan él benne, és biztonságát, védelmét környezetében, társadalmi és természeti miliőjében keresi, ápolja, erősíti. Vonzódásom az emberi közösséghez, a közéletiséghez sem feledtetheti a természet „ontológiai elsőbbségét" a társadalmival szemben. Nem lehet jó társadalom, amely szembefordul szülőanyjával, a természettel.

A kikeleti napsugárra megmozdulnak a tavasz virágai. A hóvirág levélvésője már nekifeszül a fagyos földnek. Benne az élet tör felszínre. Tudja, mit csinál? Ugyan! Úgy van vele, mint én. Ha más szinten is, de butácskák vagyunk mind a ketten. És mégis verhetetlenek. Mert részei vagyunk valami nagy-nagy csodának: a természet világának.

A NŐSZIROM

Első „igazi" könyvem egy bábakönyv volt. Szomszédunktól, Kanitz madámtól kaptam hétéves koromban. Nem tudtam, mit jelent a madám. Végül is tőle kérdeztem meg. Válasza egyszerű volt: szülésznő. De ez csak felpörgette kíváncsiságomat. Nem győzött válaszolni újabb és újabb „lényegre törő" kérdéseimre. Ha csak tehettem, megkerestem, és ő mosolygósan, kedvesen hagyta magát gyötörni. Aztán mégis megunhatta zaklatásomat, mert előkereste régi bábaiskolai könyvét, és kölcsönadta. A zsákmányt dugdosnom kellett otthon, s az olvasásban is inkább csak másodikos nővéremtől szerzett tudásomra támaszkodhattam. Nemcsak a lényeget, de a szemléltető ábrák segítségével sok részletet is megértettem. S felfogtam, hogy jobb, ha titkolom új tudomásomat. Nővérem nyolcadik születésnapján, egy december végi estén apám a négy gyereknek elmesélte, milyen szép kis baba volt az ünnepelt, hogyan hozta csőrében a gólya, és onnan tudták meg, hogy lány, mert rózsaszínű volt a réklije. Tudván, hogy a meséből egy szó sem igaz, ártatlan képpel megkérdeztem: hogyan hozhatta nővérkémet a gólya, hiszen ezek a madarak ősszel elköltöznek melegebb vidékre, és csak tavasszal jönnek vissza. Apám elvörösödött mérgében, és nem egészen odavaló módon válaszolt: úgy, hogy ha a levesbe egy hajszál kerül, azt biztosan te találod meg a tányérodban.

Gyerekkori élményem, korán szerzett titkos ismereteim valami leszűkült biologizmus felé terelhettek volna. Nem így történt. Éppen felvilágosodottságom „szakszerűsége" védett meg a kortársi trivialitásoktól. No meg Petőfi, akinek tízéves koromban rengeteg versét betéve tudtam. A szabadság, szerelem gyermeki tisztaságának hatása lehet múló, de egy életre szólóan meghatározó is.

Kamaszkoromban – a személyiség-szerveződésnek ebben a fokozottan érzékeny időszakában – életem ösztökéje, a kíváncsiság a természet, a botanika felé fordított. A természetrajzórán azt tanultuk, hogy az élővilágot – legyen az növény, állat vagy akár az ember – alapvetően az önfenntartás és a fajfenntartás ösztöne irányítja.

Próbáltam megérteni ezt a tanítást, de csak belezavarodtam. A növények „fajfenntartása", ivari élete, a virágbiológia a megismerés és megértés ösvényein az ámuldozó fiút a csodák világába vezette. Jártam az erdőt, mezőt, a réteket. Gyűjtöttem a növényeket, meghatároztam nemüket, rendszertani helyüket, lepréseltem őket.

Herbáriumom mind vaskosabb lett, ismereteim halmozódtak, de ezek jobbára halott ismeretek voltak. Mint a múzeumokban, a tankönyvekben. Tizenhét évesen, korrepetálásból keresett kis pénzemen dupla-kihúzatú fényképezőgépet vásároltam a Teleki téri használtcikk-piacon. Most már növényfelvételeket készítettem, leírásokat, értelmezéseket, az összefüggések felismeréseit jegyzeteltem, amiből cikkek, kisebb írások keletkeztek. „Virágbiológiai korszakomban" a virágok ivari élete, a megtermékenyülés, a szaporodás útjai, módjai, ámulatot keltő leleményei sodortak. Beleszerettem a nőszirom ba. Nem csoda. Ennek a virágnak szeszélyes színpompája, a szirmok bizarr alakja, sokfélesége, szépsége megejtett. Linnét is a szivárványra emlékeztette, ha az Iris nevet adta neki. Igen, jártam a nőszirom után. Megtaláltam a nedves réteken, a legszárazabb homokon, a sziklarésekben és a patak partján, a parlagon elvadulva és kertünk díszei közt. Csak hazánkban tizenöt írisz-faj honos. Ennyire különböző ökológiai környezetben hogyan tud létezni a nőszirom? Vastag, húsos, messzire nyúló gyökérzete, függőleges állású, kard alakú, kevés napsugarat elnyelő levelei, a zöldrészeket borító viaszbevonat, a növény egész habitusa, a szárazságtűrő (xeromorf) növényekre emlékeztet. De mi szüksége van erre a mi sásliliomunknak (vízililiomnak, sásvirágnak is nevezik népiesen)? Ez az ellentmondás – ha csak a morfológiára szűkül látóhatárunk – nem oldható fel. Az átfogóbb ökológiai gondolkodás és szemlélet azonban segít. Figyelmeztet, hogy a vizes talaj, ahol a nőszirom tanyázik, a nyári forróságban kiszárad, az iszap kőkemény lesz, tehát az elpárologtatott víz nem pótolható. Kellenek a párologtatást csökkentő berendezések. De az ökológiai természetlátás fontos ökológiai szabály megismeréséhez is elvezet. Nemcsak a forró nyárban, hanem tavasszal és ősszel sem hiábavaló ez az alkalmazkodási lehetőség. A nedves talaj, ahol a nőszirom él, éppen nedvessége miatt mindig hideg. A hideg talajok pedig a növényre úgy hatnak – ez ökológiai szabály –, mint a szárazak. Mindez együtt értelmezi a nőszirom látszólag céltalan xeromorfiáját.

A „felfedezések és felismerések" csak sűrűsödtek a nőszirom virágbiológiájában. Az esztétikai élményen túlnőtt a beporzást végző rovaroknak szánt „reklámtechnika", a virágpor, a bibe védelme, az önbeporzás megakadályozása, a sikeres megtermékenyítés „természeti csúcstechnikájának" sok-sok leleménye. A háromrekeszes toktermésben pénztekercshez hasonlóan helyezkednek el a laposan nyomott magvak és a maglepel alatt található kis légterek. Valóságos kis hidroplánok – írtam –, melyeknek hajtóereje vízben az áramlás, levegőben a szél.

De ebben az együttesben valami diszharmóniát sejtettem meg, amely megkavart, mert megoldhatatlannak tűnt. Nem filozófiai, logi-

kai úton, hanem érzelmeim révén jutottam ide: az ámulat sem tudta elnémítani a kételkedést a készen kapott magyarázatokban. Ezek – bizonyára az élővilág megszerettetésének szándékával – azt sugallták, hogy az emberi civilizáció és technika eredményei megtalálhatók az élővilágban, a virágbiológiai „lelemények" technikai megoldásaiban. Ahogy a geocentrikus szemlélet torzította sokáig az ember világképét, olyan fonáknak éreztem a természet felfedező megismerésében, a természetrajzban ezt az ember-központúságot, az antropomorf megközelítést. Akkor még nem láttam a természetből kiszakadó, azt uralma alá hajtani akaró ember „tudásgőgjét", a technikai haladás bűvöletében élő, beképzelt ember dölyfét, mely annyi bajunk forrása. Csak sejtettem, amit ma már tudok, hogy a természet jelenségeinek ilyen homocentrikus leírása a teleologikus gondolkodás terméke. De ez a beképzeltség a növényi lét lényegének nem-értéséről is árulkodik. A növényvilág az élet-szerveződés elért szintjén még sokkal közelebb van az élettelen természethez, hiszen léte a napenergia, a talaj, a levegő közvetlen függőségében biztosított, ezért is helyhez kötött. Ivarélete, a megtermékenyítés közvetítőkkel (szél, víz, rovarok stb.) történik; a kimeríthetetlen „technikai lelemények" is a közvetítést célozzák. Hol van itt a fajfenntartó ösztön? Ne szépítsük: belemagyarázás ez, s még anakronisztikus is. És mégis, valahol itt is érvényesül a biogenetikai alaptörvény: a megelőző fejlettségi szintből a fejlettebb megőrzi a „biológiai megoldásokat". Persze csak átvitt értelemben beszélhetünk a virágok szerelméről. A virágok színpompája, illata, szépsége azonban megjelenik a szerelem esztétikájában. Ezt a költők, a művészek előbb és jobban tudták, mint a tudósok. A legősibb kultúrák, a népművészetek is ezt igazolják. Ami pedig a tudást illeti: vajon az ember kiszakadása a természetből – a természet feletti uralomvágytól hajtva – mennyi és milyen ismeret, készség elvesztésével járt, már csak a technikai megoldások keresése, „felfedezése" terén is? Az évmilliók során kialakult, szervesen fejlődő „természeti technológia" megértése vajon nem lehetett volna ihletője egy szelíd technikán alapuló, kevésbé erőszakos civilizatórikus fejlődésnek?

*

A fajfenntartási ösztön – ha egyáltalán használjuk még e homályos, de a köztudatba ivódott fogalmat – az állatvilágban jelentkezik. De ott is csak a magasabb fejlődési fokon levőknél, mint a gerincesek (halak, kétéltűek, hüllők, madarak, emlősök). Mert milyen ösztönéletük lehetne az egysejtű állatoknak vagy a szivacsoknak? A párzás az ivarsejtek találkozását, a megtermékenyülést célozza az ivarosan szaporodó, két-

nemű állatoknál. Ennyiben hasonló az ember szexuális biológiájához, de ez a hasonlóság is csak látszólagos. Túl az általános biológiai azonosságon, a viselkedésbeli különbségek a jellemzőek. Az állatok szezonálisan, meghatározott időszakban éreznek késztetést és alkalmasak a párzásra. Bár kétségtelen, hogy keresik párjukat, és ennek megfelelően változtatják viselkedésüket, sőt külsejüket is, de párválasztásról mégsem beszélhetünk. A madarak más viselkedése, a kakasviadalok, a szarvasok küzdelme sok antropomorf reminiszcenciát kelt még a természetvizsgáló szakemberekben is. Az állatetológiai kutatások a feltétlen reflex-cselekvéseknek, a genetikusan kódolt programoknak különböző ingerek (látás, hang, mozgás, szag stb.), illetve szignálokra bekövetkező kioldódására utalnak. Nagyfokú biologizmus kell ahhoz, hogy az ember párválasztását, szexualitását ide egyszerűsítsük. Persze az erősen homocentrikus szemlélet erre mindig is hajlamos. Lehet, hogy a természetbarátok ezzel az antropomorf látásmóddal közelíteni akarták az állatvilágot az emberhez. Talán az állatok ivaréletét kívánták „humanizálni". Nem sok eredménnyel. A megközelítés kárai jobban érzékelhetők. A szexualitásban az ember állati lealacsonyodását, bűnös élvhajhászását, paráznaságát látni éppen olyan embertelenség, mint a szerelmet a szexualitással azonosítani.

*

És az ember szerelme? Mit mondhat erről egy öreg orvos? És miért akar valamit is mondani? Soha nem foglalkoztam „tudományosan" a szerelemmel, amit tudok róla, inkább emberi, orvosi tapasztalás. Fontossága egyre nő a szememben, pedig az orvos tapasztalata egyoldalú. Többet tud zavarairól, mint örömeiről, mert a boldog szerelmesek ritkán keresik meg a magamfajta, súlyos és tömeges betegségekkel foglalkozó orvost. Számomra emberismereti szempontból a szerelem a személyiség tükre. Az egészség–betegség, egyensúly–biztonságvesztés monitora. A beteg szerelmi élete mint diagnosztikum: furcsa megközelítés. S hogy mit gondolok a szerelemről?

Sajátos emberi jelenség – a szeretet erotikus válfaja. Már a szeretet is emberhez kötődik, hasonlóan a beszédhez, a munkához, de egyik sem előzmény nélküli. Valami hasonlót, megfelelőt találunk az állatvilágban, de ez az előzmény nagyon messze van az emberi kifejlettől. Persze, hogy a beszéd, a verbális közlés nem szakítható el és nem is szakad el a kommunikáció ősibb formájától, az artikulálatlan hang, a mimika, a gesztus közlési módjától, mint ahogy a bonyolult emberi munka valahol az eldobott kő, a bot használatát is idézi. A szeretet előformáit megtaláljuk a madarak, az emlősök világában, egyes állatfajoknál.

A szerelem azonban különösen bizarr, belső ellentmondásoktól feszülő szeretetféleség. A már individualizálódott, a szexuális-biológiai kötöttségtől, beprogramozottságtól jórészt megszabadult ember sajátja. Éppen erotikus töltete miatt az állati lét mélységeihez is kapcsolódik.

Az ember felebaráti szeretete áttöri az embert embertől elválasztó falakat, és ezzel győzi le az elszigeteltség, az elidegenedettség érzését. Ugyanakkor nem kezdi ki az egyén önazonosságát, a személyiség integritását. A szerelem sóvárgó, extázist kereső, heves érzelmi töltetével az egyesülésre, a másik emberrel való egybeolvadásra – ha paroxisztikusan is –, a szerelmi aktusban beteljesülő eggyé válásra feszíti az embert.

A szerelemre vágyó sóvárgást pályakezdő orvosként a Hódmezővásárhely melletti tanyasi tüdőszanatóriumban ismertem meg. Itt többnyire gyógyíthatatlan fertőző tbc-s betegeket „izoláltak". Főorvosom a női pavilon betegeit bízta rám. Sok volt közöttük a fiatal, húsz év körüli lány, fiatal asszony. Többen szülést követően lettek betegek. Annyi év után sem nehéz felidézni a kórterem, a kúrafolyosó látványát, az ágyakon fekvő nőbetegeket, egyik-másiknak szájában hőmérő, a nagyon lázasakon vizes keresztkötés. Kezükben zsebkendő, amelyet köhögéskor, vagy ha látogatójukkal, a személyzethez tartozókkal beszélnek, reflexesen szájuk elé tartanak. Most még szebbnek tűnnek, szomorúan szépnek. Bőrük sápadt, sajátosan áttűnő, szemük csillog, tekintetük ábrándos, arcukon a láz pírja. Akkor még csak a nővérektől tudtam, hogy ki kibe szerelmes, kivel „bacizik". Minden beteg kapcsolatra vár. „Köztudott"(!), hogy a tbc-s betegek szexuális vágya felfokozott, ezt pedig csillapítani kell, mint a lázat. Akkoriban a tüdőszanatóriumokban ott voltak a tiltó táblák, melyek jelezték, hogy a betegek hová nem léphetnek, és táblák mutatták külön a férfi és külön a nőbetegek sétaútjának határát.

Kevés ismeretet kaptam készen a tüdőbetegek lelki és szerelmi életéről. A segédorvosnak sok dolga, tanulnivalója van. Mégsem tudtam megmaradni a betegismeret ilyen gyatra fokán, egy jelenség felszínén. Még nem ismertem a pszichodiagnosztikát, a teszteket; a szokásos orvosi anamnézist tágítottam. Nemcsak a betegség történéseiről, az egész életéről kérdeztem a beteget. Hagytam beszélni, ha kellett, egy-két órán át is. A kapcsolatteremtés legősibb módjára találtam, s fölfedeztem a jelenséget, melyet a szakirodalomban „anamnesztikus kiáradás"-nak mondanak. A félálomban élő, szorongó beteg leginkább fület keres és alig észrevehetően simogató tekintetet. Ezért cserébe az egyéni titkot, a soha el nem mondott élmények, érzések, vágyak sokaságát ismerheti meg az orvos.

Nem a szerelmi élet intim részletei voltak a titkok. Sokkal inkább a „mozizás"-nak nevezett nappali álmodozás feltárása. A tbc-s betegek

többsége nem elvontan, hanem képekben gondolkodik, s amit gondol, az filmszerűen pereg előtte. Ez jellemző sok kamaszra, művészre. A tbc-s betegeknél a „mozizás" igen intenzív, olykor a hallucinózist megközelítő vizuális, akusztikus elemekkel dúsul. A beteg nemcsak látja, hallja is a „filmet". Sokukban azonban félelmet kelt a jelenség, ezért is beszélnek róla nehezen. Többnyire elalvás előtt, csendkúra alatt kerülnek ilyen félálomszerű állapotba. Akkoriban nem találtam ebben jellegzeteset – sok idejük van, gondoltam, unatkoznak: a lelki hiányállapotokat próbálja kompenzálni a nappali álmodozás. A képek gyakran szexuális tartalmúak, nagy érzelmektől fűtöttek. Az álmodozás tárgya nemcsak a távol lévő szerelmes, hanem képzelt alak is lehet, olykor több személyből összerakva. Az „álomlovag" mindenképpen vonzóbb a reális partnernél, mert a fantázia mindig szárnyalóbb a realitásnál.

Ez a derealizáció persze sok boldogtalanság, kielégítetlenség forrása: állandó keresés, vágyakozás mozgatója. És ezt tartották a tbc-s betegek „felfokozott" szexualitásának!

Sokáig azt hittem, hogy a mozizás a beteg életmódjának tartozéka. Ez nem így van. A mozizás kezdeteit keresve a bajok forrásáig jutottam, a beteg korai személyiségfejlődését károsító traumákhoz vezettek a szálak. Ilyen a szülők elvesztése, a szülők válása, kikerülés a családból, a szülők – főleg az apa – alkoholizmusa. A beteg az elveszett szülőt, az elveszett családi, gyermeki boldogságot próbálja álmodozásaiban visszaszerezni. A mozizás begyakorolt életviteli segédletté, gondolkodásbeli technikává válik. A tbc-s betegek felfokozott szeretetigényét, támaszkeresését, a pár- és a pályaválasztásban, az egész életvezetésben megmutatkozó bizonytalanságát is értelmezi a személyiség fejlődésének ez a zavara, amiből az „ábránd-szerelem" is ered. Azért tükrözheti a szerelmi élet milyensége az egész személyiséget, mert a szerelem nem elkülönült része az egész embernek. Az is lehet, hogy a folyton szerelmes betegek egyszerűen csak szeretetre vágynak, megerősítő szülői, felszabadító felebaráti szeretetre. A szerelem azonban egyetlen másik emberre irányul, s majdnem olyan, mint az önszeretet. De éppen érzelmi intenzitása erőteljesen visz a másik emberhez, a másik érzékelésének, megismerésének semmilyen más módon nem elérhető lehetőségét adja. A másik ember mélységeinek megtapasztalása az emberismeretnek, de az önismeretnek is magasiskolája lehet. Bárcsak mindenkinek megadatna az ember megszeretésének ez az állati-emberi csúcstechnikája: a szerelem.

A szerelem azonban szenvedély is, olykor irracionális, esztelen erő, amely „sötét verembe" lök, ahol a sóvárgás, a megszerzés, a hódítás, az önátadás, az eggyé levés, az egyesülés vágya a hajtóerő. Csupa elszabadult ösztön és érzelem, mely nem a bölcs döntésnek, hanem az

illúziónak, az ábrándoknak, az elfogultságnak, a túlértékelésnek ad teret. Bizarr ellentmondásokkal teli szenvedély ilyenkor a szerelem, és a szeretet mellett megfér benne a szorongás és a sértődöttség, a düh és a kétségbeesés vagy a birtoklás igénye, a gyűlölködő veszekedés, a különféle agresszív megnyilvánulások sora.

A természet rendjét, szerveződésének módját érzékelve logikusnak tűnik, hogy a kölcsönösen örömszerző szexualitás a biztos alap a szerelmi kapcsolat tartósságához, a megismerés és a szeretet erősítéséhez. Ha a vágy a másik ember megismerésére, a teljes egybeolvadásra irányul, ereje nem lankad, mert célját soha el nem érheti. Ahogy az önismeretnek nincs megnyugvást adó végső határa, úgy a rejtélyes másik ember mélysége és tágassága is a határtalanság borzongását kelti. A másik ember csodálatára és tiszteletére minden ideológiánál megbízhatóbban, életszerűbben vezet és tanít a szerelem.

A személyiség-szerveződés, az önépítés során átfogó erkölcsiségig eljutó emberek számára a szerelem szenvedély-jellege, kiszámíthatatlansága, „esetlegessége" fokozatosan mérséklődik. A tartós szerelemben nagyobb helyet kap a saját ízlésnek inkább megfelelő esztétikum, a mérlegelő, összehasonlító választás, az elkötelezés és annak kinyilvánítása. A szerelem intenzív érzelmi tünetegyüttesét nem felváltják, hanem kiegészítik az egyre tudatosabb akarati tényezők. Ez a kiegészítés már megbízható alapot nyújt az együtléséhez. A szerelem éppen úgy építkezik, mint a személyiség, sokáig próba-hiba módszerrel, melyből azonban eljuthat a tudatosságig. Az elkötelezés leginkább a hűségre vonatkozik. A monogám kapcsolat, a monogám házasság erkölcsi ideálja azonban sok emberi szenvedés, megalázkodás és megaláztatás forrása is lehet. Erre csak az egészséges szexualitású, belülről vezérelt, autonóm emberek képesek. A humán többlettől lecsupaszított szexualitás, a szerelmi sóvárgás többnyire erősebb, mint a külső erkölcsi elvárás. A mindennapi élet sok konfliktusának forrása ez, melytől nem, vagy csak látszólag véd a cinizmus, a nihilizmus. A betegségre figyelő orvos – ha érdeklődését védekezésből vagy kompetenciahiány érzése miatt nem szűkíti le a betegségre, annak csak „szakmai és szakszerű" ellátására – minduntalan találkozik ilyen eredetű konfliktushelyzetekkel. Ezért ha eddig a szerelem embert építő, erősítő, személyiségtágító lehetőségeit méltattam, most a bajok eredetét említve sorolhatnám a szerelemre képtelenség, gyengeség, fejletlenség, a szerelem hiányának veszélyeit, kárait, és mindezek kapcsolatát a betegséggel, a beteg emberrel.

Egészen más személyiség-, s persze szerelem-károsodások mutatkoznak például a tbc-s és az asztmás betegeknél. Említettem a gyermekkori traumákat, amelyek a tbc-s betegek élettörténetében megtalálha-

tók. Az asztmások jellemző sérülése a megoldatlan függőségi viszony az anyával. Az asztma igen kiterjedt pszichoszomatikus irodalmában vissza-visszatér a túlvédő, a domináns anya, többnyire olyan magára maradt vagy örömtelen házasságban élő nő, aki zsarnoki módon „szereti" gyerekét, minden érzelmével a gyereket veszi körül, függőségben tartja, már-már fojtogatja szeretetével. Ilyenkor a szexuális szerveződés könnyen elakad egy infantilis, narcisztikus szinten, a szexuális késztetés csökken, az erotikus libidó gyengesége sok felnőttkori konfliktus forrása, és nagy szerepe van az asztmás beteg tünetképzésében.

Megint más az alkoholbetegek személyiségfejlődési sérülése. Itt inkább az apa hiánya vagy az apai szerep elégtelensége tapasztalható. Gyakori az apa súlyos alkoholizmusa. A korai gyerekkorban bekövetkező traumák tragikus sűrűségben halmozódnak. A frusztrációtűrés ennek megfelelően csekély. A felnőtt elviselhetetlennek érzi életét, és az italban keres oldódást. Ez persze csak átmeneti, és mind súlyosabb élethelyzetet teremt. Az alkoholbeteg hamar megfosztódik a valódi örömforrásoktól, a szerelemtől, melyre sokszor eleve képtelen. A korán jelentkező potenciazavarok miatt még a szexuális örömöktől is elesik. A baráti szeretet is csak a szesztestvérségre korlátozódik, hiszen az alkoholbeteg stigmatizált, a valódi emberi közösségen kívül kerül. Testi-lelki nyomorukban a jól látható dehumanizálódás a legfájdalmasabb. Az alkoholbetegek szerelmi életének elsivárosodásáról eszembe jut egyik „eszmecserém" Sz. Feri betegemmel. Ferinek súlyos, kavernás tüdőbajánál csak alkoholizmusa volt súlyosabb. Különben szelíd, jó fiú. Hagyta magát kezelni. Tbc-je meggyógyult. Alkoholizmusát is kézben tartottuk. A betegek ugratták, hogy nők iránt is érdeklődik, sőt, már kapcsolata is van. Örültem a hírnek, és ezt tudatni akartam Ferivel. Érdeklődésemre azonban legyintett: „Á, ez csak olyan plátói szerelem". Ekkora műveltségre nem számítottam. Kérdőn néztem rá. „Hát tudja – fogta rövidre a választ –, baszni baszik, de enni nem ad".

A szerelemképesség elvesztését, a szexualitás lefokozódását alkoholbetegek, depriváltak, börtönviseltek, hajléktalanok sokaságánál látom, és érthető ijedtséggel figyelem az egészséges fiatalok körében is a szerelmi élet elsatnyulását, a szexuális aktusra zsugorodását. Az ebből származó humán deficit beláthatatlan.

Tudom, a fogyasztói társadalom sikerkultúrájával szembesülök. Tudom, közhelyek testesülésébe botlom. S azt is tudom, némiképp komikus a szeretet- és szerelem-hívő öreg orvos tapasztalataira hivatkozni és makacsul ismételni: a szerelem a legemberibb, egészséget védő, a bajokat, az idő előtti elöregedést megelőző képességünk.

A szerelem és a fiatalság képzetének összekapcsolása, az öreg ember szerelmének megmosolygása, létezésének lekicsinylése vagy nem

ismerése az egészséges élet éveinek megrövidítéséhez vezet. Szexuális kultúránk gyengeségének jele, hogy mindkét nembeliek, de a nők különösen, az életkor előrehaladtával kötelezőnek érzik a nemi élet hanyatlását és feladását. Pedig csak azt kellene tudni, hogy a biológiai tényező – nagy jelentősége mellett – nem az egyedüli meghatározó a késztetésben. A szexuálisan egészséges nő a klimaxot követő egy-két évtizedben is képes orgiasztikus örömre, ha „nem írja le magát". A férfi potenciagyengülését is csak fokozza, ha a biológiai, hormonális meghatározottságot túlozza és depressziósan éli meg. Ha nem tudja, hogy a szerelem milyen jelentős az idős ember életében, élni akarásában. Az egészséges és hosszú élet titka ezen a területen is kereshető.

A szeretet, azon belül az erotikus szeretet, a szerelem önkörében, az emberi teljesség nélkül könnyen félreismerhető. Hiszen az emberről is mit tudunk, ha kiragadjuk az élők, a természet világából? A szerelem csodája sem közelíthető meg részjelenségként, mert az egész ember tartozéka. Ilyen értelemben beszélhetünk a szerelem ökológiájáról.

*

Tizenhét évesen a nőszirom után jártam. Egy év múlva, 1938 nyarán a felsőgödi Duna-parton megismertem Marit. Tizenöt éves volt és szívdobogtatóan szép. Összetartoztunk. 1941. június 22-én kitört a háború. Két nap múlva – most ötven éve – megesküdtünk… Egyszer összevesztem egy kedves, fiatalon meghalt pszichológus munkatársammal. Dühében ezt vágta hozzám: „mert maga monogám és grafomán". Felidéződik bennem igaza. Soha nem bókoltam, nem udvaroltam, nem volt rá szavam. A szemérmetlen személyességet leküzdve csak egy szót kellene kimondanom: köszönöm. S most is csak írtam. A nőszirom ról.

AZ ÖREG ORVOS ÉS A HALÁL

Purjesz Béla, első belgyógyász professzorom a szegedi egyetemen, nem volt jó humorú ember, bár szeretett viccelődni. Tőle hallottam bevezető előadásában az inkább meghökkentő, mint humoros kiszólását: „valamirevaló orvos ott kezdődik, ha már egy fél temetőt megtöltött betegeivel".

Közel fél évszázados gyógyító tevékenységem után bizony már „valamirevaló" orvosnak érezhetem magam. Húszezernyi, intézetben kezelt betegemre gondolva nekem is sok a halottam.

Halott embert gyerekkoromban többször is láttam, és nem emlékszem, hogy félelmet vagy megrendülést éreztem. Utcai baleseteknél támadt csoportosulástól sem húzódtam el. Szégyenkezve gondolok rá: a sajnálkozásnál erősebb volt a kíváncsiságom.

Egészségügyi pályám kórbonctanon kezdődött, mindennapos volt a „kadáver", a boncolás. A hivatásos boncmesterek, boncsegédek foglalkozási cinizmusa zavart, de inkább ízléstelennek éreztem. A háborúban, a hadműveleti területen, a koncentrációs táborban már „nem volt idő" a megrendülésre. A megrendítő élmény inkább az emberi élet értékének devalválódása, szinte semmibe vevése volt. Az elesett katona, az agyonlőtt bajtárs holttestének látásához képest is egészen más volt a tábori kórházban a sebesültek, az ápoltak halálát megélni. Más a halott ember és más az ember halála.

Végzett orvosként Hódmezővásárhely mellett, a súlyos fertőző tüdőbetegek „izolálására" működtetett kútvölgyi szanatóriumba kerültem. Itt kisebb részben önellátást segítő munkaterápiás betegeket, nagyobbrészt fiatal, előrehaladott folyamatú betegeket ápoltunk. Szinte mindennap, pontosabban minden éjszaka voltak „exit"-jeink. A sugárvérzésben, a halálfélelem rettegésében látott haláltusa drámája máig hatóan megrendített. De láttam a légzési elégtelenségig jutott haldokló tüdőbeteg szén-dioxid-narkózisban bekövetkező, eufóriásan szelíd-boldog elmúlását is.

Amikor megjelentek a hatásos tbc-elleni gyógyszerek, csökkent a tüdőbeteg halálesetek száma, bár a műtéti kockázattal, szövődményekkel együtt járó halálozás továbbra sem volt ritkaság. Annál gyakrabban találkoztunk a gyógyíthatatlan tüdőrákos betegek elvesztésével, az idült légzési betegek, az asztmások fulladásos halálával. Egyszóval közeli ismeretségben éltem és élek a halállal, megtapasztalhattam közvetlen, személyes élményként sokaságát és sokféleségét. A fiatal orvos

megrendülése az idők folyamán csökkent, ez azonban nem elfásulást, közömbössé válást jelent, még csak védekezésként sem a gyakori érzelmi terheléssel szemben. Sokkal inkább a halál természetrajzának árnyaltabb vagy szakszerűbb megismerését, és ennél is inkább az élet és halál összetartozásának, folyamat-egységének megértését.

Az orvosok nagy többségét foglalkoztatja, olykor nyugtalanítja is betegének elvesztése. Még az eleve gyógyíthatatlan beteg halála után is – szinte reflexesen – átfut rajta a szakmai felelősség, a mulasztás lehetőségének gondja. Belső nyugtalanság jelenik meg az eutanázia körüli makacs, izgatott vitában is. Ez megítélésem szerint azért van így, mert a vita nem betegközpontúan az adott betegről vagy betegekről szól – a vitatkozók saját világnézetük, erkölcsi elveik szerint érvelnek. Ezért az „elvi" síkon folyó eutanázia-vita sokkal ellentmondásosabb, kiélezettebb, mint ahogy ez a klinikai valóság mindennapjaiban történik. A gyakorlatban az orvosok többsége elutasítja az aktív eutanáziát és elfogadja – éppen emberiességi okokból – a passzív eutanáziát, vagyis a végstádiumba jutott beteget hagyja meghalni. Nem tesz erőfeszítést a reménytelenné vált küzdelem meghosszabbítására, mikor már tüneti és tudati állapotában sem remélhet jobb helyzetet.

Ha felidézem betegeim haldoklását, haláluk körülményeit, lefolyását és a magam érzelmi reakcióját, nem várt, mondhatnám paradox felismeréshez jutok. Éppen azoknak a betegeknek az elvesztése rendített meg kevésbé, akiket jól ismertem, sokáig, akár évekig kezeltem, gondoztam. Minél jobban ismertem a beteg személyiségét, minél szorosabb volt vele a kapcsolatom, annál inkább tudtam prognosztizálni az elkerülhetetlen véget, annál hatásosabban segíthettem, és talán ezért enyhébbnek éreztem a különben mindig jelentkező nyugtalanságot, az önvizsgálat szorítását. Ha a beteget nem ismertem eléggé vagy váratlanul ért a halála, ha nem volt vele igazi kapcsolatom, az akkor is levert, ha a ráció síkján tudtam, hogy magam és munkatársaim „lege artis" elláttuk. Tehát egyazon orvos is esetenként különbözőképpen reagál a beteg elvesztésére.

Ezután már nem maradhatott el a felismerés: ahogy az emberek külső megjelenésében, életvitelében, sorsában, de minden gesztusában, mozdulatában, minden választásában benne van az egész személyisége, ez a fajta holizmus benne van az élet–halál polarizált és szintetikus különbségében és azonosságában, a probléma feszítő és oldó megélésében. Ahogy az emberek, a betegek élete egyénileg nagyon különböző, haldoklásuk és haláluk is az. Az emberek élete és halála nem független egymástól, hiszen mindkettő gyökere az egyedi és megismételhetetlen személyiség. Az emberek annyiféleképpen halnak meg, ahányféleképpen élnek. Természetesen az élet-halál folyamatot befolyásolja a

természeti és társadalmi környezet. A modern városi ember általában elidegenedettebb, izolációra hajlamosabb. Ez megfigyelhető intra- és extraperszonális viszonyaiban.

A városi ember élete mozgalmasabb, kevesebb ideje van önmagára, családjára, a rokonságára, a barátokra, a szomszédokra. A közelség, a jobb közlekedési, telefonálási lehetőségek révén könnyebben elérhetők volnának, és mégis messzebb vannak. A városban összezsúfoltan élő emberek többször magányosak, izolálódtak. A falusi környezet primitívebb, elmaradottabb, értéktelenebbnek tűnő, de gyakran természetesebb, többet megőrzött az emberi közösségből, az egymásra utaltságból. Ahogy más az élet a falusi, a paraszti világban, a halál szemlélete, mibenléte is más. S mert természetközelibb, természetesebb, nem is olyan félelmetes. A városi ember nem tud mit kezdeni a halállal. Nemcsak önmagában, de környezetében is félelmet kelt a halál tudata, „megcsinált"-nak tűnik a felkészülés, nyugtalanítóbb és elfogadhatatlanabb maga a meghalás. A környezet, a család félelme a halál közeledtét érzékelve csak fokozódik. Ott is cselekvést, orvosi beavatkozást vár, remél, ahol a ráció síkján nincs ennek már esélye.

Nincs búcsúzás, elköszönés, a család, a rokonság, a barátok, a pap elhívása a haldoklóhoz, de van kórházba szállítás, kétségbeesett kívánság, sürgetés a menthetetlen megmentésére, az orvosi omnipotenciába vetett hit, és van izoláció, spanyolfal a sokágyas kórteremben. A család, a környezet szorongásos félelme megfosztja a haldoklót attól az enyhülettől is, amit a hit, a meghalás évszázados hagyományokon nyugvó szertartása nyújtott. És mert a család sem látja, nem érzékeli az élet és halál összefonódását, a családtag elvesztését csapásnak, váratlan szerencsétlenségnek érzi. Orvosi hibát, mulasztást tételez fel, szorongását másokra, más családtagokra, az orvosokra, az ápolószemélyzet vélt vagy esetleg megalapozott mulasztására vetíti. Ha viszont az emberek – maguk az orvosok, az ápolók is – az élet szerves részének fognák fel az egyén halálát, jóval több segítséget, enyhületet nyújthatnának, éppen az ismeret, a szeretet révén; s ezt az exitus „legszakszerűbb" megrendezése sem pótolhatja.

Az élet és halál különlátása teszi indokolttá és szükségessé a külön orvosi szakág létezését és művelését, a tanatológiát. A betegségre koncentráló orvos a haldokló ágyánál már tehetetlennek érzi magát, tudása végére jutottnak, emiatt gyakran látszat-, illetve pótcselekvésbe menekül, felesleges polipragmáziába téved. A beteg ember egészét látó, pszichoszomatikus, holisztikus orvos még ilyenkor is talál egyénre szabott, személyre szóló feladatot és ismeretei szerint cselekszik.

Vajon hogyan viszonyulnak az orvosok saját személyes elmúlásukhoz? Az élet és halál viszonyáról, pályájuk, orvosi gyakorlatuk során

kialakult felfogásuk, ismereteik, nézeteik mennyire befolyásolja őket ebben a szubjektivitásukat igencsak mélyen érintő kérdésben?

A legkényelmesebbnek látszó felelet, ha arra utalunk, hogy az orvosok is igen különbözőek személyiségükben, személyiségük integráltságában, így feltehetően saját haláluk előrevetítése, elfogadása, tudati feldolgozása is nagyon sokféle.

Az orvoskép, az orvosi attitűd szociálpszichológiai vizsgálata választ ad az orvosok szerepkészletének tágasságáról, az énkép és ideálkép permanens feszültségéről, mely mindenkinél, de ilyen, a személyiséget erősen formáló foglalkozásnál a személyiség építkezésének motorja. Elképzelhető, hogy éppen az élet–halál relációban ne lenne az orvoslétnek jellegzetessége? Hiszen az orvos professzionálisan is nap nap után ezzel a kérdéssel szembesül. Éppen ennek ne lenne befolyása saját személyiségére?

Az orvosok pályaíve, annak leszálló ága sokat elárul az ív egészéről, az orvosszereppel azonosulás mélységéről. Nézeteik tükrözik, amit betegeik halálával megismertek, interiorizáltak. Emiatt az orvosok pályavége, személyes elmúlása, annak jellege szinte prognosztizálható az egész pályaívből.

Az orvosok öregedése, fokozatos vagy gyors szakmai inaktivizálódása, küzdelmük egészségük, munkaképességük megtartásáért, vagy betegségbe menekülésük előrevetíti a pálya, s persze a személyes lét befejező szakaszát. Az öregedéssel járó szerepredukció ilyenkor már határozottan érvényesül, de jellemző, hogy a tágas szerepkészletből mikor, milyen összetevőket ad fel valaki, a szűkítéssel felszabaduló életviteli energia merre irányul, mely területre (magánéleti vagy hivatásbeli szféra), előre vagy hátra. Visszavonul-e a szakmai ismeretekkel még jól megtámogatott területre, vagy a részismereteket szintetizálva, esetleg globalizálva „előre" akar haladni.

A választás többnyire nem elhatározás kérdése, inkább az egész életúttól, a pályaív tudatos vagy esetleges elemeitől függő. Az életútnak ebben a szakaszában mind nagyobb jelentőséget kapnak a személyiség eredendő támaszai, erőforrásai. Mennyire tudatosult, megtartott a természet törvényeinek élménye, mennyire mélyek a gyökerek a környezetben, a természeti és társadalmi miliőben, megtartott-e ez a viszony, vagy megszakadt valamikor? És ha e kérdések elegendő ismeret és főleg önismeret hiányában nem is mindig megválaszolhatóak, a tapasztalat arra utal, hogy nem véletlenen vagy elhatározáson múlik megválaszolhatóságuk.

A tudatos életvezetés képessé teszi az egyént a tudatos felkészülésre, a szelíd, jó halálra. Még ebben a szakaszban is figyelemmel lehet az egyén szeretteire. Nem elég, ha ő felkészült már, ha van rá ereje, segít-

het szeretteinek, hogy azok is hozzászokjanak az elkerülhetetlenhez. Segítheti megnyugvásukat, megkönnyítheti majdani gyászukat, és így erősítheti szeretetük konvertálását a megmaradottak felé. Lehet, hogy az ember öntudatossága nem szűnik meg biológiai létével?

Ennél a pontnál nem kerülhetem meg a kérdést – még szemérmességtől befolyásoltan sem –, mennyiben vagyok képes saját, személyes elmúlásomról, halálomról tárgyilagosan, higgadtan gondolkodni, számot adni. Azt hiszem, képes vagyok rá.

Közelítve, majd meghaladva a hetven évet, mind jobban kívánom a hétvégi kijárást Gödre, kamasz éveim, „botanizálásom" színhelyére. Várom a nyári szabadságot. Nem gondolok külföldi utazásra, világjárásra, kongresszusi szereplésre, a kínálkozó lehetőségekkel nem élek. Csak a gödi kertre gondolok, a két öreg diófára, amit 65 évvel ezelőtt még apósom ültetett. Nem a fáradtság hajt kifelé, inkább a csend, a magamra maradás lehetősége. Az idei aszályos nyárban rettentő volt a meleg, a hetekig tartó kánikula. Ez még Gödön is nehéz volt, a Duna mellett. A nyárutó, az ősz rövid volt. Hamar sárgultak a fák levelei, a fiatalabbaké még hamarabb. A diófa kérgén évről évre megjelennek augusztusban a nagy taplógomba-kalapok és az élősködő micéliumok már mélyen behálózzák az odvas fa beteg törzsét. Mégis, ez a fa tartja sötétzölden koronáját, mert hatalmas gyökérzete révén a gödi homokon is jobban bírja az aszályt a fiatalabb fáknál.

A szőlő, a kerti gyümölcsök hamarabb érnek, a mezei iringó szára hamarabb elszárad és leválik tövéről. A henger alakú kórót turbinaként hajtja az őszi szél és segíti sok-sok érett magva elszóródását. Az így elterjedt magvakból tavasszal már kicsíráznak az utódnövénykék. Szinte életem szimbólumának tűnik ez a „tövises lapu", az „ördögszekér".

Az ősz és az elmúlás banális asszociációja még a fiatalokat is megérinti. Pedig az őszi természet nem a megsemmisítő elmúlást idézi. Inkább a dolgok rendjét. A fák, az évelő növények már a tavaszi újrakezdéshez tárolnak, az egynyáriak már szétszórták termésük fölös mennyiségű magvait.

Az őszi természet nem tragédiát, inkább szelíd történést, ilyen vagy olyan megújulást ígér. A nagycsalád, a sok unoka, a dédunoka pedig a folytatás csodáját. Ez nem allegória. Élmény.

Mi mindenre vágytam gyermekkoromtól. A versek, az irodalom vonzott. Mennyire szerettem volna rajzolni, festeni, muzsikálni, nyelveket elsajátítani és egy kicsit játszani. Egyikre sem tellett. Most döbbenten látom minden unokámban a más-más tehetség kibontakozását. Egyre inkább bennük élek, életszeretetem bennük kiteljesül. Nem remélt kamat egy különben is elvégzett munka után.

Félénk gyerek voltam. A háború, a sok-sok életveszély túlélése rég kioltotta belőlem a félelmet, a természetes halálfélelmet is. Talán azért is, mert az orvos mesterségénél fogva tegező viszonyba kerül a halállal. Arra azonban csak most figyelek, hogy az elmúlás elfogadása – a természet rendje szerint – erősít, nyugalmat ad. Ez az elmúlás, a halál humanizálása?

A TÚLÉLŐ

Jöttek értem. Mennem kellett. Nem ért váratlanul, hiszen már hónapokkal előbb tudtam, hogy ősszel mennem kell. Megígértem. Most mégis alkalmatlannak, korainak találtam az időpontot. Sok ügyem elintézetlen, tennivalóim halaszthatatlanok. Igaz, ősz van, de még csak kora ősz. „Állom a szavam – mondtam –, de egy kis halasztást kérek." „Nem lehet – hangzott a válasz –, a stáb ott van Bácstopolyán, onnan megyünk Cservenkára." Ahogy végzünk (még az éjjel), visszahoznak. Hiába szabódom. Ebben az ügyben különben sem vagyok szabad. A túlélőt egy életen át nyomja valami súly. Olyan, mint a vesztett csatából jövő hírhozóé. A túlélő személyét kíséri az alig megfogható gyanú: él. A túlélő bűntudatos, lekötelezett halott bajtársainak: hiszen él. S miért éppen ő, a több ezerből? „Rendben van – mondom a gyártásvezetőnek –, holnap reggel indulunk."

Rövid ismerkedő beszélgetés után visszavonulok: holnapi előadásomra kell készülnöm. Nem tart ez sokáig, de tovább mímelem a „felkészülést". Hogy felkészüljek? Gondolataim elszabadulnak; hatalmába kerít az évtizedekig elfojtott emlékezés. Elhessegetett, elhalványult vagy elfelejtett képek, jelenetek, szavak, érzések, történések elevenednek meg közel ötven év után. Az autó fut az egyik tetthely felé, sebességét a gondolat felülmúlja: korlátokat, jól kiépített gátakat tör át. Milyen korlátokat? Miért kellett gátakat építeni? Magamat féltettem a gyötrelmek felidézésétől, a szenvedés újraélésének lehangoló hatásától? De hiszen az orvos tartósan az élet–halál mezsgyéjén dolgozik, és élete értelmét is ott véli megtalálni. Felismerve, megértve az élet–halál szüntelen dialektikáját, az orvos ráláthat a szenvedésre, betegségre, az emberi nyomorúságra. Semmiképpen sem az elhárítás, a menekülés szimpla reflexe vezetett. A háború után mindennapi élményünk volt, hogy a frontot járt, hadifogságot, koncentrációs tábort, deportálást átélt emberek, ha személyes történetükre emlékeztek, meséltek, megkönnyebbültek. Olykor még színezték, nagyították is szenvedéseiket, mert átélésük többletet, értéket adott nekik az emberek szemében, a sajnálkozásnál és a részvétnél mélyebb elismerést.

Végül is választ kell adnom: mi tartott hát vissza? A szemérem? Évtizedekig nem beszéltem még szeretteimnek, barátaimnak sem az „erőltetett menet"-ről. Ha kérdeztek is, visszafogottan, szűkszavúan a tényekre szorítkoztam, vagyis kitértem a lényegi válasz elől. Miért? Ezt a görcsöt oldanom kell. Most, éppen most, még Cservenka előtt. Nem

lehetnek többé hitelesek szavaim az önismeret embert építő erkölcsi parancsáról, ha ezt a gubancot nem tudom fölfejteni. Sokszálú gubanc, azt már régen felfogtam. Legvékonyabb szála a fizikai szenvedésre emlékezés rossz közérzete: alig tudom felidézni. Csak a tartós éhezésre, a poloska- és bolha-invázióra emlékszem, de fizikai fájdalomra nem. Egy napig sem voltam beteg. Nem tetvesedtem el. Olyan kimerült nem lehettem, hogy ne tisztálkodjam, amíg ennek a legkisebb lehetősége megadatott. Feltörtem a jeget a vízen, de akkor is mosakodtam. A gubanc vaskosabb szála a teljes kiszolgáltatottság, a megfosztottság a szabadság minimumától, szeretteinktől, de még ezen is áttört a vágyak sarkallta képzelet, valami esztelen, megindokolhatatlan remény, hogy vége lesz, és jó vége lesz. Rossz vége lett. A remény soha nem lehet tárgyilagos, de azért segít, mert a feladás ellen hat. Nekem pedig mindennél többet ért bajtársaim messziről jött, az elutasításból és az idegenségből lassan formálódó szeretete. Ragaszkodásuk köznapian valódi dolgokra épült. Szükségük volt rám. Védtek; életben tartottak. Túlbecsültek, mert arra is szükségük volt. Ez okozná az emlékezés görcsét? Az önzetlen, a fáradhatatlan, az „önfeláldozó", az igazi közösségi ember, lám, jó üzletet csinált: ő itt van, a rászorultak, a megsegítettek, a meggyógyítottak a gödörben, a már megásott vagy maguk ásta árokban. Igen, ez is a túlélő örök homlokránca. Az emlékezés görcseit kiváltó gócok közelében járok. Próbálom tárgyilagosan rögzíteni a tényeket: egy esztelen helyzet, melyet csak a gonoszság, a hatalmi erőszak teremthet, mindenestül elragadja a félénk, szelíd gyerekembert. Értetlen az életére törő támadással szemben: büntetik, pedig nem követett el semmit. Teljesen védtelen és felkészületlen: sohasem tanult meg például gyűlölni.

Gyerekkorától sokszor volt nehéz helyzetben, de mindig a szegénység szorongatta, és ilyenkor is segített a munka, a szorgalom, a kitartás, az igyekezet, a „jó magaviselet", a tisztességtudás: a feltörekvő fiatalemberek banális értékei. Ezeket a felnőtt világ szívesen viszonozta szeretettel, segítéssel. Erre lehetett számítani. Az erőszak bűvöletében aztán ez az életviteli technika ellehetetlenül, nevetségessé válik. Az a fiatalember – milliók egyike –, akinek erkölcsisége kimerül a szeretetvárás és szeretetadás tisztességében, védtelen marad. Groteszk, kilátástalan hősszerepekre kényszerül. A felemásság, a szellemi elintézetlenség és elintézhetetlenség szorításában folytatódik az „erőltetett menet" egy életen át: a szeretet és gyűlölet, az én és a közösség, az önzés és önzetlenség; a gyávaság és a bátorság, a merészség és megfontoltság, az emberség és embertelenség, az élet és halál egymást feltételező kettősségében. Az emlékezés görcse így már érthető, de védekezésnek

elfogadhatatlan az élet értelmét kereső belső paranccsal szemben. Nem védekezem hát. Megyek tovább.

*

Nem tudtuk, hová megyünk. Századunk Érszodorán dolgozott, amikor megérkezett az áthelyezési parancs. Másfél év alatt megjártuk már Kassát, Husztot, a Máramarosi-havasokat: dolgoztunk az ukrán határon, majd Észak-Erdélyben. Most szabadságot kaptunk: ez azt jelenti, hadműveleti területre kerülünk. Szegeden kellett aztán jelentkeznem. Látom a Tiszán veszteglő, bennünket elnyelő teherhajót. Tisztán hallom a hajókürt indulást jelző sikolyát, érzem háromezer huszonéves fiú döbbenetét, a reményből és kétségbeesésből testiesen összegyúródó hangulatmasszát. Elhangzott az első parancs: kopaszra kell nyírnunk egymást. Mintha verembe zuhantam volna. Apám hangját hallom tisztán, de nagyon távolból. Szidalma átokká jegecesedett körülöttem: „Te nem szerelmes vagy, hanem önző és felelőtlen. Be vagy sorozva, háború van. Fel fogod csinálni Marit, és a gyereked már születésekor árva lesz". Halott apámmal már nem vitázhatom. Szavai durvaságánál csak igazsága volt nagyobb. Igen, egy racionális világ síkján igaza van, de ma is csalhatatlanul érzem: Mari és Juli nélkül nem csináltam volna végig az utat. Beugrik egy másik kép: elindul velem a vonat Szeged felé. Húgaim kijöttek a pályaudvarra elbúcsúzni. Kisebb húgom szalad az induló, majd gyorsuló szerelvény mellett. Kisírt szemében teljes bizonyossággal tükröződik a tudat: soha többé nem látjuk egymást. Így is lett, de ők haltak meg, nem én. De? Nővérem nem élt húsz évet, és húgaim sem sokkal többet. Miért: de? Megint a túlélő. A család túlélője!

Pozsarevácig mentünk hajóval, ott bevagoníroztak bennünket. Partizánveszély miatt kerülő úton, Zajecsár felől érkeztünk Borba. Bori rézbánya. Berlin láger. Rideg fabarakkok, emeletes priccsekkel, kiirthatatlanul hemzsegő poloskákkal. A poloskaszag. A Váci úti, Lőportár utcai, Csata utcai, Reiter Ferenc utcai lakások szaga. Az éjszakai vakaródzások és poloskavadászatok gyerekkori emlékei. Együtt van az egész.

A láger nem ijesztő. Nyár van, és a meglepetés is elvonja a figyelmemet: a szervezettség, a rendszeresség a tábor életében és a munkahelyeken. Percnyi pontossággal: ébresztő és takarodó, étkezés, sorakozó, ki- és bevonulás. Igen, ez a fasizmus szépsége: a szervezettség, rend és fegyelem. A rendszerességben van valami jogszerűség. Reggelire egyik nap árpakávé, másik nap rántott leves. 2 deka margarin, 5 deka marmaládé, 40 deka fekete kenyér mindennap. Leves délben és este, váltva szárított krumpliból vagy szárított káposztából, gyakran

tésztával. Ez járt nekünk. Az már a szervezettségen kívül esett, hogy a munkaszolgálatos szakács kanalát a tésztás mélyéről, a zsíros felszínről vagy a vizes középről meríti. Pedig ez meghatározó lehetett egész napi éhségérzetünk fokozataiban. A levesbe aprított kenyér nem volt elég a munkához. Szüntelen harc, ügyeskedés folyt – nem az ételért, a kalóriáért. Az íz mellékes (csábítása miatt inkább veszedelmes), csak a kalória fontos.

A Tagebaun dolgoztunk: síneket, talpfákat, köveket cipeltünk, csákányoztunk. Kitűnő volt a munkaszervezés. Lógni, lazsálni nem lehetett; csak a másik rovására. A todtosok vezették, ellenőrizték a munkát. Semmi atrocitás, csaknem korrekt viszonylatok. Munka a kimerültségig, de csak annyira, hogy másnap is dolgozhassunk. A felügyelő Mózer úr száján egyszer kiszaladt: „ezek még azt hiszik, hogy elhordják a hegyet". Mózer úr azelőtt szocdem volt, szervezett munkás. Most Todt Gruppenführer. „Azelőtt" kórházban dolgoztam, ezért kijelöltek elsősegélyt is nyújtó, szanitéci munkára a sínhordás mellett. Volt mentőtáskám, vöröskeresztes karszalagom. Sohasem amerikáztam segítségnyújtás címén, mert akkor másnak kellett helyettem is dolgozni. A rézbányában kisebbségben voltunk, rengeteg szerb, albán, görög fogoly-kényszermunkás dolgozott ott, igazi munkások, edzettek, munkabírók. Izzottak a németgyűlölettől, ahol tehették, ott ártottak. Értettek a munkagépekhez, ezért nem lehetett rájuk bízni, elrontották, szabotáltak. Micsoda erőt, öntudatot ad a gyűlölet! Csodálni, tisztelni kezdtem a gyűlöletet. Nekem sehogy sem megy. Megértem a kérges tenyerű szerbet, de megértem Mózer urat is. Nem egyforma minden német. Pedig sokáig így láttam őket. Már a tábori kórházban dolgoztam, amikor behoztak két wehrmachtost. Járőröztek és aknaszilánkot kaptak. Az egyiket meg kellett operálni. Zsidó orvos engedély nélkül nem operálhatott németet. A súlyos hasi műtétnél segédkeztem, majd ápoltam a beteget. Német – de beteg. Különben is, ha meghal, bennünket vonnak felelősségre. Ébredt az altatásból. Nem értettem motyogását. Egyszer csak világosan hallom a kérdést: „Megdöglött?" Nem értettem. Félig öntudatlanul, de már érthetően magyarázta: „Hát Hitler!" Akkor volt a merénylet Hitler ellen, s az eredményre volt kíváncsi a katona.

A Berlin lágerben nemcsak zsidók és kikeresztelkedett zsidók voltak: oda hozták a váci fegyházból – kegyelemből – a fegyverfogás megtagadásáért elítélt jehovásokat, nazarénusokat, adventistákat. Többnyire erdélyi parasztemberek voltak, szombatosok. Rendkívül tiszták, rendszeretők. Teljes közösségben, testvériségben éltek, mindenüket megosztották. Felvillant bennem a remény: nemcsak a gyűlölet, a szeretet is tud közösséget teremteni. A szeretetnek is van ereje. Sokan becsülték őket. Rendesen dolgoztak – szombat kivételével –, csak

a katonasapkát nem tették fel és a zsoldot nem vették fel. Szerettem beszélgetni velük, összebarátkoztunk. Mikor a táborparancsnokot, a magyarokhoz húzó Balogh ezredest leváltották, az új parancsnok, Marányi alezredes is próbálkozott velük. „Drága magyar véreim" – szólította meg őket egyik szombaton a körletben. Dicsérte munkájukat, megbízhatóságukat, rendszeretetüket. Szólamok következtek a vérző hazáról, az istentelen kommunistákkal harcban álló magyar nemzetről. „Szombaton se tagadjátok meg a haza szolgálatát!" – kanyarodott célja felé. „Az igazi hazaszeretet az volna, ha vallási meggyőződésetek ellenére is fegyvert fognátok a megtámadott haza védelmére". Lehajtott fejjel hallgattak. Egyszer csak megszólalt vezetőjük, a Prédikátor, zengő, mély hangján: „Ne hallgassatok rá, a sátán kutyája ugat". Az alezredes vörös lett, és éktelen dühében kiköttette az egész századot. Addig lógjanak, parancsolta, amíg nem fordítanak konokságukon. Többen elaléltak, eszméletüket vesztették, de egy bocsánatot kérő sem akadt. Az alezredes tehetetlensége, veresége egyértelművé vált. Talán a zsidóknál is jobban gyűlölte ettől kezdve a szombatosokat. És Csillag, a grafikus? Kitűnő portréista volt. Miután az alezredest és családját „megörökítette", bevitték a tiszti házba, hogy ott a tisztekről csináljon portrékat. Külön szobát, tiszti kosztot kapott, korlátlanul írhatott levelet. (Nekünk havonta egy nyomtatott lapot engedélyeztek, melyben több nyelven kinyomtatva közölhettük: „egészséges vagyok, jól érzem magam".) Csillag egyik levele cenzúrára került: ebben eldicsekedett, hogy milyen arany sorsa van: kevésbé dicsérte viszont az alezredes szellemi képességét. A parancsnok kegyetlenül megbosszulta a sértést: a legnyomorúságosabb cellába záratta és naponta kiköttette. Amikor csuklóin már csontig hatolt a bűzös evesedés, nekem kellett naponta kötözni, de csak azért, hogy ki lehessen kötni újra, eszméletvesztésig. Szepszisben halt meg.

Még a tél folyamán bevezényeltek munkára a tábori kórházba, afféle mindenesnek. Eleinte csak a kórtermeket, a rendelőt, a műtőt mostam fel. De hamarosan kötöztem, ápoltam, etettem a betegeket; sterilizáltam, majd műtősködtem: két kiváló sebészünknek (később vezető sebészprofesszorok) asszisztáltam, és csak azután mostam fel a műtőt. Jó ideig kint laktam a barakkban, sorban álltam az ételosztásnál, majd amikor egyre több lett a sebesült, az amputált, súlyos beteg, a tábori kórházban. A szakaszvezető és a tizedes a sok munkára hivatkozva kért egy munkaszolgálatos segítséget. A két tiszt rám hagyta a munkát, és boldogan lustálkodott. Viszont nem kellett kipucolnom a bakancsukat, nem tekintettek csicskásuknak. Éjszakai ügyeletre is beosztottak. Ott aludtam a „súlyos" kórteremben egy hordágyon. Ha kellett, tízszer is felkeltem, és mindig el tudtam aludni – csak akkor nem, ha nagyon éhes

voltam. Ezért megszoktam, hogy a vacsorámat közvetlenül a takarodó előtt ettem meg. Előfordult többször, hogy a külső táborokból beküldött betegek este értek be: ha éhesek voltak, odaadtam a vacsorámat. Így ismertem fel az önzetlenség kifinomult önzését. Biztosan tudom: jobban erősített engem élni akarásomban, hogy éhesen is odaadtam a vacsorámat, mintha megettem volna. Talán még jobban is aludtam. Észrevétlenül már gyakoroltam a túlélés technikáját. Ez az öt dekával nagyobb kenyérért folyó harc irigy, gyűlölködő világában megdöbbentő volt. Pedig nem példát akartam mutatni – magamat erősítettem.

Ahogy fokozatosan leromlottak, kimerültek a fiúk, nehezült a helyzet a kórházban: mind több lett a beteg, s egyre súlyosabbak. Felütötte fejét a tífusz. A kórházparancsnok kegyetlen döntést hozott: ki kell helyezni a beteget egy sátorba, a kórházon kívülre. S. Árpád ott maradt 40 fokos lázzal, egyedül. Ki visz neki vizet, folyadékot? A tisztesek vállukat húzták: őket erre nem kötelezhetik. Nagyon féltem. Csak azt tudtam, hogy a tífusz fertőző, de a fertőzés útját még nem ismertem. Azt is tudtam, hogy a tábor környékére sok tányéraknát telepítettek a szökés megakadályozására. Nagyon féltem, de elindultam. Klorocid még nem volt, csak lázcsillapítót adhattam és sok folyadékot. A krízis csúcsán eszméletlenné vált a beteg, majd oldódás után szépen javult. A tapasztalt orvosok kioktattak, s minél többet tudtam meg a tífuszról, annál kevésbé féltem. Az utat is kiismertem. Soha többé, semmilyen fertőző betegségtől nem féltem. Több mint negyven éve fertőző tbc-s betegeket kezelek, és sohasem jutott eszembe, hogy valami bajom lehet. Megint csak én gyarapodtam. A félénk, gyáva kisfiú azóta megöregedett, s már rég nem fél a haláltól: sokkal inkább a jellemtelenségtől. Árpád végtelenül hálás volt, élete megmentőjének nevezett. Elmondta, hogy nagyon gazdag, vas- és edény-kereskedő Szegeden. Ha egyszer hazakerülünk, és én orvos leszek, berendez nekem egy gyönyörű magánrendelőt. Megmenekült, a tartalékosokkal került haza. A háború után, mikor Marival és Julival Szegedre érkeztünk és elindítottuk a „háztartást", kellett volna egy lábos meg egy fazék. Betévedtünk az edényboltba – Árpádé volt. Azonnal megismert. És bár a bolt nem tűnt olyan gazdagnak, mint ahogy Árpád elbeszéléséből elképzeltem – egykori betegem felajánlotta, hogy ad 10% kedvezményt. Így aztán egy merőkanálra és egy konyhakésre is tellett a pénzünkből. Nem is lett soha magánrendelőm. 30 év múlva Árpád az osztályomon halt meg tüdőrákban.

Egy emlék még a halálfélelmet „leküzdő" bátorságról. Két angyalföldi vagány, két zsidó gyerek története ez. Megléptek, de a lovas fehérkozákok elkapták őket, éppen amikor ruhát cseréltek. (Marányi nem elégedett meg a sárga karszalaggal; mindenkinek elöl-hátul célpontra alkalmas, nagy, világossárga csillagot kellett felfesteni a ruhájára olaj-

festékkel; ilyen ruhában nem lehetett szökni). Marányi példát akart statuálni. Rögtönítélő tábori bíróságot hívott össze, s miután a fiúk elismerték a szökést, sőt, azt is rájuk bizonyították, hogy a partizánokhoz akartak menni, kimondták az ítéletet: golyó általi halál. Nem éltek az utolsó szó jogával. Nem kértek kegyelmet. A kivégzéshez önként jelentkezőket kértek a keretből. Erős túljelentkezés volt. Az egész tábor foglyait felsorakoztatták, hogy szemtanúi legyenek a kivégzésnek. Újra felolvasták az ítéletet, az indoklást. A két fiú szótlanul, felemelt fejjel hallgatta végig. Megölelték, megcsókolták egymást. Mindenki megdöbbent, mert mást vártak. Falhoz állították őket egymástól távol. Nem hagyták, hogy bekössék a szemüket. A sortűz-parancs elhangzásával egy időben az egyik a szabadságot, a másik Magyarországot éltette. Talán összebeszéltek. Gyönyörűen haltak meg: Marányi a „gyáva" zsidóktól is vereséget szenvedett.

A kivégző osztagba jelentkezett közvetlen feljebbvalóm a tábori kórházból: Óvári tizedes. Ez megdöbbentett. Komisz, durva hanghordozású ember volt, de inkább kifelé mutatta, hogy igaz hazafi, nemigen bántotta a fiúkat. Titkát 45 év után, most, Cservenkán értettem meg. A cservenkai kivégzés egyik falubeli, máig élő szemtanúja mondta el, hogy sokáig takargatnia kellett unokaöccsét, aki Óvárira magyarosított. Bácska visszafoglalása után, majd a háború végén visszaíratta magát Osztrovicsra. A szerbek mégis lecsukták, mert Borban volt. Ez lett a szerencséje. A magyar nyomozók nem találták meg. Egész életét rettegésben töltötte. Hosszú betegség után halt meg ez év tavaszán. Ezért is fedte fel Osztrovics bácsi a történetet. Igen, jobb, ha valaki idejekorán eldönti: hová tartozik.

*

A balkáni áttörés után a németek visszavonultak. A Berlin tábor 1944. szeptember 17-én indult. Az első lépcsőben a tényleges korosztálybelieket vitték, mert azoktól még további kényszermunkát reméltek Németországban. A tartalékosok a második lépcsőbe kerültek. A hazatérés vágyától sürgetve, aki csak tehette, az első lépcsőbe akart jutni. Így indult velünk Radnóti Miklós, és az orvosok többsége is.

Csakhogy a háború kiszámíthatatlan. Az első lépcső háromezer foglyából száz sem élte meg a felszabadulást (ma már csak 7-8 életben maradt bajtársról tudunk). A második lépcső valamivel később induló vonulatát még Szerbiában feltartóztatták a partizánok; lefegyverezték és fogságba vetették a keretet. A második lépcső csaknem hiánytalanul megmaradt, hazafelé a már felszabadult Szegednek vették útjukat a bajtársak.

A menekülő németeknek minden szerelvényre, szállítóeszközre szükségük volt: a foglyokat gyalog indították a 700 km-es útnak. A terv szerint naponta 35 km-t kellett gyalogolnia a csapatnak. Mindenki magával hurcolta, amit a holmijából szükségesnek vélt. Az élelmezést már nem tudták biztosítani, ezért kiosztották a raktárban található konzerveket – ezt is mindenki maga vitte. Talán ha két-három vaskordélyt tudtak felváltva húzni a fiúk, amin a víz, lámpa, gyertya, gyógyszerek, kötszerek és a keret csomagjai voltak felhalmozva. Már az indulásnál el kellett dönteni, ki mit bír, mitől válik meg. Bőröndnyi téli holmim, kabátom, pokrócom, orvosi könyveim, edényeim, ételmelegítőm, ruha és cipőtisztító eszközeim bánták a válogatást. De Cservenkáig őriztem a Maritól kapott Petőfi- és Ady-kötetet, a szanitéc-táskámat, a Maritól kapott lapok kis kötegét (ez most is megvan). Nem ételt vittem, hanem ehető kalóriát. Elhagytam a vekni kenyeret és vittem „vésztartalékként" egy kis doboz olívaolajat. Ez a válogatás – a szeretett verseskötetek és a zsiradék – máig szimbolizálja számomra emberi és állati létünk, a szellemi és vegetatív lét együttességét, és máig sem látom eldönthetőnek a sorrendiséget, az elsődlegességet a „kibírni, túlélni" erőltetett menetében. A szervezetlenség, az ellátatlanság további jogfosztásnak tűnt, a létezés jogának végső elvesztésével járt. Megkezdődött a gyűjtögetés az őszi mezőkön, a lopkodás, a kutatás, egy-egy cső kukorica, egy tök, egy marharépa, valami vadgyümölcs után. Megkezdődött a koldulás, erkölcsi tartásunk felmorzsolása. Némileg enyhítette mindezt a szerb falu parasztjainak sajnálkozó rokonszenve. Nekik is kevés volt, de adtak. Néha személytelenül. Kitették az útra a „felajánlást". Mentünk, és megértettem, hogy mit jelent, ha fedél van az ember feje fölött. Csaknem mindig a mezőn, tarlón, esetleg ligetes, bokros helyeken, de a szabad ég alatt éjszakáztunk. Az őszi esőben átáztak kacatjaink, és a testünkön száradva, bűzösen párologtak. Micsoda jótétemény volt ilyen éjszaka után egy kis napsütés, még a bágyadt, őszi napsütés is.

Mentünk, és mindennap több lett a vizes, befulladt kapcákban a bakancstörés, a gennyedés, a verejtékmirigy-gyulladás, a furunkulus. Eleinte sötétedésig elláttam dolgom. Az igazi orvosok egyre kevésbé bírták az egyhangú munkát, sorra kidőltek, alig vonszolták magukat. Gyertyafénynél is nyitottam a gennyes hólyagokat és keléseket, kötöztem a sebeket. A fiúk segítettek: vitték a csomagomat, számba adták az ételt, a legnagyobb vízhiányban is itattak. És nem sajnálatból, hanem érdekből, hogy képes legyek elvégezni a dolgomat. Ma sem tudom, mi segített embervoltom maradványainak megtartásában, a számba dugott étel vagy az érzelmi „garnírung". Szeretetet kaptam? Úgy éreztem. Megtanultam menetelve aludni. Hittem, hogy másnap is végig bírom. Szégyellem, de így igaz: az emberi nyomorúság e tengerében vala-

mi szemérmetlen boldogságot éreztem. Szerettem és becsültem magam, mert tudtam segíteni. De ki segített többet? Azt hiszem, a nagy adom-veszemben én kaptam többet. A túlélő kétes erkölcsisége.

Megérkeztünk Belgrádba. Menetünket már az elővárosban wehrmachtosok biztosították. Zimonyba vittek. Át kellett mennünk a városon. Szánalmas látványt nyújthattunk, mert amerre vonultunk, szinte tüntettek mellettünk. Ételt, kenyeret, gyümölcsöt, cigarettát adtak – még az ablakból is dobáltak: hiába próbálták a kísérő katonák ezt elhárítani. A szolidaritás megnyilvánulása lelket öntött a fiúkba, szinte felegyenesedtek. Zimonyban, az elhagyott kiállítási pavilonban fedél alatt alhattunk. A falakon felfedezett segélykérő feliratokból, búcsúszavakból azonban kiviláglott, hogy innen deportálták a belgrádi zsidókat. A rövid enyhülést pánikos félelem, letargia követte. Másnap hosszúnap volt, a zsidók nagyböjtje. Valahonnan enni hoztak, de sokan a böjttől remélték a megváltást, nem ettek. Dühösen elleneztem, és káros önpusztításnak véltem, szinte perbe szálltam istennel, vallással. Ez már az istentagadó hívő ember (emberhívő?) hangja, véleménye volt? Egy igazságkereső, de valamelyest mégis beszűkült nézet megnyilatkozása? Ha az ember gyenge, ha nem tud önmagából erősítést kapni, akkor hite, a külső, az isteni segítségbe vetett hite nem nyújthat támaszt, erőt a túléléshez? A kiéhezett böjtölőknek valami másképp volt fontosabb az evésnél. Bizonyára mélyebben hatott volna rám ez a lehetőség, ha érezhettem volna sűrű imádkozásuk, gyötrő halálfélelmük oldódását.

Utunk vitt tovább: Titel, Újvidék, Szenttamás. Mentünk hazafelé, ott lebegett előttünk a sóvárgott haza képe. Kimerültségünk fokozódott. A bácskai falvakban aztán a szánalom megvetéssé, az együttérzés a tolvaj csürhével szembeni elutasítássá változott. A volksbundisták puskával védték a kukoricást, a tarlórépát, az útmenti gyümölcsfákat. Először riasztó lövések csattantak, aztán elért a hátulról előre küldött segélykiáltás: Orvost! Orvost! Előttem meneteltek a nagy tapasztalatú orvosok, tanult szakemberek. A kimerültség nyűgözött mindenkit, a puskalövések keltette pánikos félelem – lehajtott fejeket, továbblépő lábakat láttam, és hallottam az egyre sürgetőbb kiáltást: Orvost! Orvost! Nem; mondtam magamnak, te nem vagy orvos, te még nem vagy orvos, súgta a hatalmába kerítő halálfélelmem, te nem mehetsz oda, neked haza kell menni Marihoz, Julihoz – ez a kötelességed. Már majdnem megnyugodtam, s elhatároztam, nem megyek hátra. S akkor megdöbbenve eszméltem rá, hogy megyek, futok hátrafelé, odaérek. Tripoli fekszik ott, megismertem. Tavasszal zúzódással ápoltam, etettem, emelgettem a kórházban. Lehajolok hozzá: látom, haslövés. Nagy vértócsa. Üveges szemek. Halott. Ez volt a hiábavaló „hősködés"? Nem

lőttek meg. Kukorica nincs, se marharépa, de még víz se. Megyek tovább; minden megy tovább.

Keresztesi Mihály, a legkedvesebb barátom, Szenttamásnál lemaradt. Zimonyban még egy éjszakába nyúló beszélgetésen életre szóló szövetséget fogadtunk a gonoszság ellen, az emberekért – a szegény, megalázott, üldözött emberekért. Egy szót sem szólt, eltűnt. Nagyon fájt. Kulánál egy horvát SS-tiszt lovon utoléri a csapatot és magyaráz valamit a keretnek. Nem Bácstopolyára megyünk a főúton, hanem balra, egy mellékúton Cservenkára.

Október első napjai: péntek, szombat? Nem tudtuk már a napokat. Beterelnek a téglagyárba. Lepihenünk a téglarakások közt. Egyszer csak megjelenik Mihály, mintha mi sem történt volna. Kivesz egy kerek kenyeret, egy cipősdobozból szilvalekvárt húz elő és nyújtja: „Én már ettem – mondja. – Egyetek!" Egy szelet kenyérért akkor bárki odaadta volna óráját, és Mihály a világ legtermészetesebb hangján mondja: „egyetek". Volt ivóvíz is. Majd csak jobbra fordul a sorsunk. Bealkonyul, nagy mozgolódás támad a gyárudvar bejárati irodája körül. Vannak, akik lövéseket hallottak. Egyszer csak a gyárudvart körülvevő, kimagasodó peremen gépfegyveres, halálfejes SS-legények jelennek meg. Elhangzik az első vezényszó: hasra! Aki mozdul, fejét felemeli, golyót kap. Egy sorozatot hallottunk nyomatéknak. Levegőbe ment? Az emberekbe? Már nem tudtunk meggyőződni róla. Arcunkat a földre szorítva fekszünk. Moccanni sem merünk. Itt a vég. Az iszonyú félelem mindenkit megbénít.

Aztán mozgás, ordítozás, tápászkodás, lökdösődés mindenfelé. Beterelnek bennünket a téglaszárítóba, talán nem a működő égetőkbe, a raktárakba. Sötét van, csak a kívülről beszűrődő fények segítenek a tájékozódásban. Alig helyezkedünk el, ordítozás, kézigránát-robbanás, sikoltozás, géppuska-sorozat hangja zuhan ránk, aztán elszórtan egy-egy lövés csattan. A szárítókban kuporgók közt feltűnik az egyik keretlegény. Azt ajánlja sajnálkozó, mentegetőző hangon, hogy minden órát, értéket, gyűrűt adjunk oda neki, mert akinél találnak valamit, azt meg is kínozzák. Újra a kézigránát, a sikoltozás, a géppuskatűz. A helyzet egyértelmű, iszonyú pánik tör ki. Hangos imádkozás, sokan a halotti imát mondják énekelve, mások átkozódnak, veszekednek. Elterjed a hír, hogy a fehérszalagosokat, a kikeresztelkedetteket nem végzik ki. Sokan széttépik ingüket és fehér karszalagot próbálnak csinálni belőle. Fokozza a hangzavart a behallatszó, erősödő kutyaugatás. A szakaszosan ismétlődő csoportos kivégzések (kézigránát, sikoltozás, gépfegyver) nyomán a kutyák már nem ugatnak, hanem vonyítanak. Bent a pánik mélyül, az emberek is vonyítanak.

Most, mikor annyi év után magamra maradok kis időre a téglagyárban, felidéződik talán legszörnyűbb élményem: nem tudom megkülönböztetni a kutyák és a rettegő emberek vonyítását. Már nem vagyunk emberek. Hiába hősködtél, hiába erőlködtél, segítettél, vagy akartál segíteni, minden akarásod semmivé lett. Nélküled is ugyanez lenne. Feleslegessé váltál. Magadon segítettél önző, önszerető módon, csak magadon! De azt is csak képzelted. Nem tudtál igazán hatni a fiúkra, se te, se Mihály, se a barátaid, se akiket bátraknak, önzetlen, közösségi embereknek tartottál. Semmiféle közösség, semmilyen közös gondolat, szándék nem volt elég. Már nem vagyunk emberek, és az állati életösztön is megbénult bennünk. A legkisebb ellenállásra sincs már erőnk, a menekülés ösztöne sem munkál, elszaladni sem próbálunk. Ez a teljes birkaság. Kimondom, miért nem tudtam, miért nem akartam beszélni évtizedekig Borról, Cservenkáról. Életem szégyene a birkalétbe süllyedés. Nemcsak a hóhér veszti el embermivoltát, hanem az áldozat is. A szégyent, hogy 40 SS-legény ellenállás nélkül elintéz háromezer fiatalembert, magyarázni lehet, de elfogadni nem. Tudom, az emberirtásnak, a népirtásnak kifinomult technikája van, és ez nem a kézigránáttal, a gépfegyvertűzzel, az egyedi és tömeges kivégzésekkel, hanem a megfélemlítéssel, az ember megalázásával, az embermivolt semmibevevésével, szétzilálásával, az emberi kötelékek szétszakításával, az egyes ember fizikai, érzelmi, gondolati izolálásával kezdődik. Ez történt velünk is. Nem fogom soha megoldani szégyenemet a hóhéraink kitanult gaztetteinek sorolásával. Az a kérdés, hogyan jutottak idáig, és az a kérdés, hogy az igényes, erkölcseire rátarti ember hogyan kerül az emberi bénultság, a birkaság állapotába?

Pirkad. Mintha belefáradtak volna az éjszakai munkába, a kézigránát-robbanások megszűntek, csak egy-egy lövés hallatszik. A kutyák összefüggő vonyítása is szakadozik. A megmaradtak, akikre nem került sor, némán várnak. S ekkor sorakozót parancsolnak a gyárudvaron. Minden holmit otthagyunk. A hosszú falu főútját keresztezve hajtanak le bennünket a Ferenc József-csatornához. Újra lövések. Véres a csatorna vize. A maradékkal itt végeznek – gondolom. Éledezik a falu. Ünneplő ruhában tűnnek fel az emberek – vasárnap van? Templomba mennek? Nem lőnek már, de mozogni nem lehet. A földre kell ülni.

Egyszer csak ráugranak a fiúkra az SS-ek: puskatussal ütlegelnek. Engem nem ér az ütés, mert az én vállamon tapos az egyik a csizmájával. A puskatus az előttem ülő fiú fejére sújt. Vér fröccsen az arcomba. Nem merem letörölni. Csak akkor nézek fel, mikor szomszédom hátára ugrik a katona. 17–18 éves szép, szőke fiú. Fehérbőrű, gyerekarcú. Szeme csillog, szinte mámorosan átszellemült a gyilkolásban, az ütlegelésben. Gyűlölnöm kellene. Behunyom a szemem, de akkor is látom

az arcát. Filmoperatőri fogásra emlékeztetően fokozatosan áttűnik rajta a Jézus-arc irgalmat, megváltást ígérő szépsége. Micsoda profán asszociáció, blaszfém képzavar! Igen, az arc szépsége zavart meg, mely nekem – naiv módon – mindig a jósággal harmonizál. Másik szégyenem: megsajnáltam az SS-legényt, a gyilkos gyerekembert. Mit tettek vele? Hogyan jutott ide? És hogyan jutottam én ide a létezés mélypontján? Az irgalomvárás szégyenlős átköltése? Nem volt irgalom.

Lehajtott fejjel kellett futni. Még rosszabb volt, ha a falvakból kijövet megállították a menetet. Ilyenkor elvittek egy-egy csoportot a kukoricásba. A puskaropogás jelezte, mi történt velük. Aztán már erre sem volt szükség. Éhséget már nem éreztünk, csak a szomjúság gyötört. Az egyik fiú lehasalt, hogy a pocsolyából igyon. Két tarkólövés. Ez járt annak is, aki összeesett, aki feladta: a megváltó két tarkólövés.

Mihállyal és Lazsával futottam egy sorban. Nem engedtek a szélen menni. Előttünk futott a két Fischer fiú, ikrek. Mindkettő szabósegéd. Mindig együtt voltak. Egy bőszoknyás néni kidobott az útra egy szakajtó krumplihéjat. Az egyik fiúnak sikerült felmarkolni belőle. Nem vették észre. Tömte a szájába. Testvére kért belőle, nem adott. Kezébe harapott a krumplihéjért.

Mihály talált a zsebében egy fél marék kukoricát. Felét ideadta, enynyit ettem Bajáig. De a pár szem kukoricában üzenet volt: valamikor emberek voltunk. Este értünk Bajára. A temetőbe tereltek. Hajnalban elindították a csoportot a Pandúr-sziget felé. Piacnap lehetett, mert az asszonyok kosarakban zöldséget, gyümölcsöt vittek. Mikor megláttak minket, rémületükben sikoltottak. Egyik-másik kosarát eldobva menekült. A temetőből jöttünk: szellemek voltunk, eleven holtak.

A Pandúr-szigeten az SS-ek visszaadtak bennünket a magyar keretnek: a fiúknak csaknem a fele még élt Baján.

Begázoltam a Duna-ágba. Nem ismertem a víztükörben magamra. Mintha nem lett volna szemem. A kiszáradástól mélyen a szemgödörbe húzódott. Teleittam magam Duna-vízzel.

Összeszedték a legsúlyosabb betegeket. A keret-kísérettel bementünk a kórházba. Az egyik fiú alig kapott levegőt. „Diftéria", mondta a gégész főorvos. „Itt kell maradnia. Ki volt vele?" Ránéztem: „én" – mondtam. A szakaszvezetőt félreparancsolta. „Akkor maga is itt marad!" – kiabált rám. Éjszaka kiürítették a kórházat. Akiket lehetett, elszállítottak. A fertőző osztály persze maradt. Hajnalban – a betegek sorban álltak a WC előtt – kimentem vizelni. Kinn egy alacsony, kirgizképű pufajkás katona bukkant elő, látva mit csinálok, rám vigyorgott. A túlélő megint haladékot kapott. Rengeteg sebesültet hoztak. Alig maradt orvos a kórházban.

Másnap munkába álltam.

FORRÁSJEGYZÉS

A magyar orvostársadalom rehabilitása, Humán reform, 1989

Az orvoslásról, Valóság, 1975

Az orvos–beteg kapcsolatról, OTKI tanfolyamon tartott előadás (1975) nyomán *Az orvos látóhatára* című könyvben, Gondolat, 1980

Az orvosi tudás összetevői, *Az orvos látóhatára* című könyvben, Gondolat, 1980

G válasz, Élet és Irodalom – Liget-melléklet, 1993

Betegcentrikus orvoslás a tüdőgyógyászatban, Tuberkulózis és Tüdőbetegségek, 1972

Légzési betegségek – társadalom, környezet, Pneumonologia Hungarica, 1980

Javaslat a hazai fertőző tbc előfordulásának visszaszorítására, Tuberkulózis és Tüdőbetegségek, 1972

A humanista tüdőgyógyásztól a humanista tüdőgyógyászatig, Pneumonologia Hungarica, 1984

Böszörményi Miklós 80 éves, Medicina Thoracalis, 1993

A hörgi asztmás betegek személyiségéről, Pneumonologia Hungarica, 1979

Hörgi asztmás betegek pszichoterápiájának módszerei, Pneumonologia Hungarica, 1981

Találkozás és elköteleződés, *Az orvos látóhatára* című könyvben, Gondolat, 1980

Az alkoholizmus orvosi vonatkozásairól, *Az orvos látóhatára* című könyvben, Gondolat, 1980

Ivási szokások a változó társadalomban, Társadalmi Szemle, 1992

Még egyszer az agyonbeszélt alkoholizmusról, *Tovább*... című kötetben, 1994

A szegénységről, Vigilia, 1989. szeptember

Szolidaritás a szegényekkel, Magyar Nemzet, 1989. június 27.

A cigányság gondja – mindannyiunk gondja, Valóság, 1988/12.

A szociálpolitika humanizálása, Társadalmi Szemle, 1988

Bürokratikus tendenciák az egészségügyben, Valóság, 1971/6.

Alulról felfelé, Hitel, 1989

Elmozdulás a holtpontról, Valóság, 1985

A hajléktalan ember, Liget, 1992/2.

A hajléktalanság itt és most, Társadalmi Szemle, 1993

A hajléktalanok tele, Népszabadság, 1993. január 13.

Egy ország gyógyítása, Liget, 1988/1.

Az eredendő oltalom, *A túlélő* című kötet, Főnix Alapítvány, 1993

A természetes és „célirányos" hazaszeretet, *A túlélő* című kötet, Főnix Alapítvány, 1993

A tavasz virágai, Liget, 1990/1.

A nőszirom, Liget, 1991/2.

Az öreg orvos és a halál, Világosság, 1992/12.

A túlélő, Liget, 1989/2.