

„Elég jó” orvosnak lenni A szégyen felismerése és elfogadása

KELEMEN GÁBOR

TO BE A “GOOD ENOUGH” PHYSICIAN THE IDENTIFICATION AND ACCEPTANCE OF SHAME

A szégyen témaköre – akár a hibák eltuosulását eredményező toxikus, akár a betegbiztonság javítására serkentő adaptív formában – két és fél évezreden át szinte hiányzott a medicina történetéből. A szerző a szégyen orvosi problematizálásának útját követi nyomon, elsősorban azon magyar pszichoanalitikus orvosok munkásságának tükrében, akik ebben a folyamatban szerepet játszottak. Az „elég jó” orvos koncepció tükrében vizsgálja a perfekcionizmus negatív, kiválóságot aláásó következményeit.

For two and a half millennia, the subject of shame, either in a toxic form that results in the masking of errors or in an adaptive form that may promote patient safety, has been almost missing from the narrative of medicine. The author traces the path of medical problematization of shame, mainly in the light of the work of those Hungarian psychoanalytic doctors who have played a role in this process. In the light of the concept of a “good enough” doctor, he examines the negative consequences of perfectionism for excellence.

**toxikus és adaptív szégyen,
elég jó orvos, orvosidentitás,
betegbiztonság, önreflexió**

**toxic and adaptive shame,
good enough doctor, medical identity,
patient safety, self-reflection**

dr. KELEMEN Gábor (levelezési cím/correspondence):
CGL Bromley Drug and Alcohol Service, 35 London Road BR1 1DG UK.
E-mail: gabor.kelemen@cgl.org.uk

Érkezett: 2022. január 16. Elfogadva: 2022. március 12.

<https://doi.org/10.33616/lam.32.024>

A szégyen egyaránt áthatja az orvosok és a betegek életének mindennapjait. A betegeket gyakorta a szégyen tartja vissza attól, hogy orvoshoz forduljanak, és vállalják a diagnosztikai címkézést és a potenciálisan megbélyegző kezelést. Az orvos munkájának minősége, hatékonysága, empátiás készsége, betegeivel és munkatársaival való együttműködésének színvonala pedig nagymértékben függ attól, hogy mennyire képes felismerni, tudatosítani és tanulási, illetve fejlődési tapasztalatként kezelni a tevékenységével kiküszöbölhetetlenül együtt járó szégyent. A szégyen regulációjának, az önnön szégyenünkre való reflektálásnak és a szégyen-

rezilienciának (rugalmas alkalmazkodóképességnek) „elég jó” orvoslástól elválaszthatatlan jelentőségére azonban a medicina csak az 20. század végén kezdett el ráébredni, s vált aztán egyre világosabbá ennek modern orvosidentitásban betöltött centrális szerepe.

A medicinától távol tartott szégyen

A tudományos orvoslás megalapítójának tartott *Hippokratész* (i. e. 460–377) korában az orvosi tevékenység összefonódott a filozófia művelésé-

Démokritosz észrevette, hogy az ember képes önmagában is szégyenkezni.

vel. A *fájdalmat csillapító orvosok* filozófiával is foglalkoztak, a görög *filozófusok, a bölcsesség szeretői* pedig a „Iatrike”-nek nevezett orvoslással. A „kézműves” gyógyítás elsősorban gyakorlati mesterség volt, míg a filozófia a lélekgyakorlat etikai irányultságú művészete. A társadalmi élet egyes szféráinak önállósodási, önálló mezővé szerveződő folyamatában idővel egyre markánsabbá váltak a kompetenciaterületek és a szakismeretek határai. A testi fájdalmak terápiája orvosi feladattá vált, mialatt a lélek gyötrelmeinek kezelésén több foglalkozási ág osztozott. Ebből a

medicina bizonyos részt magára vállalt, ám a lelki eredetűnek tartott szenvedés kúrálása nem volt súlyponti része a világivá váló orvoslásnak, hanem döntően vallási tennivaló maradt.

A *páciensnek* (a latin fogalom jelentése: *szenvedő*) szüksége van arra, hogy megtanulja, hogyan éljen egészségesen és miként újítsa meg az életét. Egyes idült betegségek esetében ez a diéta és egészség-magatartás társadalmi eszményekkel összeillő módosítását jelenti, míg a szintén krónikus addikciók (szertől vagy szokástól függőség) esetén az alternatív életstílus kialakításának programja gyökeres attitűdmódosulást kíván. Mindamellet a Hippokratész óta orvosi esküvel szentesített medicina az élet feltétlen megóvását és az egészség védelmét tekinti fő feladatának, függetlenül attól, hogy a beteg változtat-e az életvitelén. „Az orvosi hivatás célja az emberi élet védelme, annak fogantatásától haláláig” – deklarálja a Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe (1, I.1.3./3/). A gyógyításra való érdem kérdésének felvetése ellentétes az orvosi hivatással és a medicina missziójával. Mind Hippokratész írásai, mind pedig az eskü világossá és egyértelművé teszik a „beteg java a legfőbb törvény” szállóigévé vált maximáját. A betegnek ugyanakkor lehetnek az élet és egészség megőrzésénél, illetve javításánál fontosabbnak vélt érdekei, s ez alapján jó oka arra, hogy elutasítsa az élet és egészség szakértőjének beavatkozását. Az orvos hozzáértése kétirányú: nemcsak az élet és az egészség fenntartására, hanem az élet kioltására, s az egészség tönkretételére is alkalmazhatja szakértelmét. A beteg erre irányuló kérését azonban köteles megtagadni.

A Hippokratésznél tíz évvel idősebb *Szókratészt* (i. e. 470–399), az erkölcsfilozófia megteremtőjét nem az élet megőrzésének, hanem a *jó élet* elérésének kérdése foglalkoztatta. „A vizsgálódás nélküli élet nem emberi élet” – jelenti ki Platón (i. e. 427–347) *Szókratész védőbeszéde*

című dialógusában a nagyhírű filozófus (2, 38a6). A reflektálatlan (a jó és a rossz, illetve az erények alapján nem megvizsgált) életet emberhez méltatlannak tekintő Szókratész célkitűzését Hippokratész a medicina keretén kívül esőnek tekintette. Hippokratész a korabeli filozófia egy másik, preszókratikus eredetű ágában, a természetfilozófiát megtestesítő materialista *Démokritosz* (i. e. 460–370) tanításában látta a medicina számára hasznos tudás forrását. Démokritosz képzeletét megragadta a kozmosz természetfölöttire való utalás nélkül felfogható rendje. Hippokratész pedig hozzálátott ahhoz, hogy az emberi testben és annak betegségeiben is feltárja a személytelen, materiális törvények által létező kozmosz működési módját. Noha Démokritosz érdeklődése kiterjedt az érzelem és morál tárgykörére, beleértve a szégyen, az *aidos* témáját, Hippokratész ebben nem követte kortársát. Démokritosz észrevette, hogy a másik ember előtti szégyenkezés mellett, az ember képes önmagában is szégyenkezni. Ez az etikában új utat törő meglátás fontos lépés volt a lelkiismeret történelmi fejlődésében (3, 27. oldal). A Platón dialógusaiban több helyen tárgyalt szégyen, érdekes módon Hippokratész vonatkozásában is felbukkan, mégpedig a *Prótagorasz* című dialógusban. Az ott megszólaló, szégyenkező és elpiruló férfi azonban csak névrokona az orvostudomány atyjának (4, 312a3 és a10).

Arisztotelész (i. e. 384–322), Platón tanítványa, Hippokratésszel megegyezően orvos családból származott. Mindkettőjük apja az aszklepioszi kultusz jegyében gyógyító orvos volt. Arisztotelész elismeréssel írt a Hippokratész által kimunkált, a medicinát a vallástól elválasztó, a pontos megfigyelésre, diagnózisra, a test harmóniáját helyreállító terápiára és mindennek a lejegyzésére összpontosító új orvosi paradigmáról. Az orvos nem teremt egészséget, csupán a természetes erők mozgásba hozásával és másolásával segíti az egészség javulását. Emiatt kell az orvoslást a természetfilozófiára alapozni, állította – a patológia forrását a testnedvek harmóniájának megbomlásában látó hippokratészi orvosi ideológiát is támogató – Arisztotelész. Ám Arisztotelész arra is felhívta a figyelmet, hogy az orvosi munka eredménye gyakorta hiányos és befejezetlen. Az elégtelen gyógyítási folyamat mint eszköz sokszor nem képes kielégítő mértékben biztosítani a cél, az egészségjavulás elérését (5). Arisztotelész a munkáiban nemegyszer felbukkanó szégyent elsősorban nem rossz cselekvésre csábító és fejlődést gátló negatív érzelmeként mutatja, habár ennek a lehetőségét is szóba hozza. Az erényes élet eshetőségét vizsgáló Arisztotelész szerint a szégyen ugyan nem erény, de az egyetlen olyan

érzelem, amely révén a még nem erényes ember képessé válik jó és nemes cselekedeteket gyakorló tisztességes személlyé válni. Az erény berögződésének folyamatában a felidézett vagy előre vetített szégyen fájdalma motivál a jóra. Az önnön erkölcsi minőségében még bizonytalan személy a szégyenérzet révén ismeri fel és teszi belsővé annak tudását, hogy mi a veszélyes és gonosz, s mi az, ami értékes és érdemleges. Az ártalmas cselekmény megtorlásától való félelem mellett az előre látott jótett vágya, s a velejáró öröm és elégedettség motivál minket arra, hogy legyen bátorságunk ismételni a nagylelkűség gesztusait, amíg azok – karaktervonássá válva –, ahogy Szókratész daimónja, belső lelkiismereti hangként kezdenek automatikusan megszólalni bennünk (6).

A szégyen pozitív szerepének gondolata nem halt ki teljesen a filozófiában. A középkor tekintélyes keresztény filozófusa, *Aquinói Tamás* (1225–1274) megújította Arisztotelésznek a szégyen az erény előfeltételéről szóló koncepcióját (7). A terjedő szekularizáció ellenére, a modernitás szégyent megemlítő filozófusai – *Søren Kierkegaardtól, Friedrich Nietzschén át Jean-Paul Sartre-ig* – megőrizték azt a negatív jelentést, amelyet – az eredeti bűn keretében – a *Biblia* kölcsönzött a *Paradicsomban* bűnbe eső, s ezután meztelenségére ráébredő első emberpár érzésének. A jó és rossz tudás fájának tiltott gyümölcsét megkóstoló, szabályszegő és megszegyenült Ádámnak és Évának a becsülete és a méltósága rendült meg. *Hegel* ama kevés modern filozófus közé tartozott, aki a szégyen határokat és korlátokat megmutató szerepében pozitív, az emberi integritást védő funkciót látott (8).

A szégyen megjelenése a medicinában

Amíg a szégyennek a Bibliáig visszanyúló civilizáció történeti jelentősége van, addig a medicina historikumából a 20. századig egyszerűen hiányzott ez a tárgykör. Testet öltése az orvoslás kerekeinek és mentalitásának, az orvos-beteg kapcsolat arculatának, az orvosidentitás jellegének megváltozásával, a betegbiztonsággal kapcsolatos szükségletek igényé formálódásával kapcsolatos.

E spontán civilizációs mutáció – vagyis a két és fél ezredes kulturálisan átörökített hagyományt maradandóan módosító – folyamata a betegek kimondatlan, tudattalan egyéni szégyenének akaratlan feltárásával kezdődött. Az orvos szégyen iránti sebezhetőségének, és az orvostársadalom kollektív szégyenének kérdése még nem

vetődött fel annak a *Sigmund Freudnak* (1856–1939) a munkásságában, akinek egyáltalán nem állt szándékában az, hogy a szégyennel foglalkozzon. Amikor a *bűntudat* (pontosabban: bűnérzet) problematikáját vizsgáló Freud váratlanul szembekerült a beteg szégyenének tényével, eleinte még professzionális tudásvágyból, ám saját terápiás módszertana alapjainak lerakása után már nem annyira kíváncsiságból, mint a riválisai-val való intellektuális verseny kényszerétől hajtván kezdett észrevételeket tenni a szégyenről. Amennyiben érdekelt volna az orvostársadalom szégyene, úgy erre bőven talált volna anyagot a klórvizes kézmosás életmentő jelentőségét felismerő és klinikai osztályán bevezető, ezáltal az „anyak megmentőjévé” vált, ugyancsak Bécsben működő *Semmelweis Ignác* (1818–1865) történetében. *Semmelweis* 1847-beli innovatív meglátásának előfeltételéhez tartozott az a körülmény, hogy négy évvel korábban a bécsi egyetemen kötelezővé tették a kórbonctan gyakorlati oktatását az orvostanhallgatók számára. Ugyanakkor a bábajelöltek nem részesültek kórbonctani gyakorlati képzésben. A klinika két kórterme közül az egyik az orvostanhallgatók, a másik pedig a bábajelöltek oktatását végezte. Az orvostanhallgatók kivétel nélkül férfiak voltak, a bábajelöltek pedig egytől egyig nők. *Semmelweis* észrevette, hogy a gyermekágyi láz miatti halandóság tartósan magasabb azon a klinikán, ahol a boncolásból hullaszagú kézzel visszatérő orvostanhallgatók gyakorlatoztak. A hullaszagot eltüntető kötelező és szigorúan betartatott kézmosás nyomán a halálozási adatok látványosan javultak. Az eredményes gyakorlat jócskán megelőzte önnön elméletét. A mikroorganizmusokat azonosító *Louis Pasteur* (1822–1895) felfedezése nyomán a sebészetbe antiszeptikus eljárásokat bevezető *Joseph Lister* (1827–1912) által hozott elméleti és gyakorlati áttörést *Semmelweis* már nem érte meg. A bécsi orvosi kar korifeusai *Semmelweis* statisztikai adatait komolytalannak minősítették, és két évre rá elbocsátották az állásából. Az esetet nem lehet a gyakorlathoz képest késésben lévő tudomány szégyenének minősíteni. A tudomány világa nem azonos a hierarchikusan magasabb szinten álló életvilággal. A szégyen nem a tudomány, hanem az *emancipáció* szintjén jelentkezett. A korabeli mentalitás szerint – amit a medicina is osztott – a nők mind testileg, mint mentálisan fejletlenebbek és bizonyos fokig ellentétei, illetve kiegészítői voltak a férfiaknak (9). Az az adat, hogy a halálozásért az akkor kizárólag *férfi* orvostanhallgatók felelősek, s a csupán bábákat (*nőket*) képző klinikán szignifikánsan kisebb mértékű a halálozás, egyszerűen elfogadhatatlan a férfiuralmi társadalomban. A

kézhygiéné fogatosítása ugyan megoldást hozott a Semmelweis betegeit fenyegető veszély elhárítására, de – amint ezt *Balázs Péter* feltárta – az eljárás gyors és széles körben való elterjedésének sem a hely, sem az idő nem kedvezett (10).

Freud 1885 októberétől fél évre Párizsba utazott tanulmányútra, hogy a Salpêtrière klinikán *Jean-Martin Charcot* (1825–1893) hisztériásokat pszichoterápiával kezelő, s erről látványos, szín-

házi előadásra hasonlító bemutatókat tartó módszerét tanulmányozza. A hisztériát akkoriban a méh anatómiai és funkcionális zavarából eredő női betegségnek tartották. (A hisztéria elnevezés az uterus ógörög nevéből, a *hysterából* származik.) Éppen Freud tanul-

mányútja idején Charcot kételyt fogalmazott meg ezzel a Hippokratészre visszavezetett köröki elképzeléssel kapcsolatban, s felvetette a férfi hisztéria lehetőségét. A Charcot ötletétől felbuzduló, Bécsbe visszaérkező Freud nemcsak ismertető előadást tartott a francia neurológus férfi hisztéria tételéről, de az orvostársaság ülésén be is mutatott egy saját férfi hisztériás esetet (11). Freud akkoriban nyitott magánpraxist és igyekezett újításokkal hatékonyra tenni terápiás módszerét, amit tíz évvel később pszichoanalízisnek nevezett el. Sajátos társadalmi háttérű, zömében női eseteinek a terápiában felszínre kerülő történetét elemezve arra a feltételezésre jutott, hogy a hisztériás tünetek háttérében felnőtt férfiak, többnyire hozzátartozók általi gyermekkorú szexuális bántalmazás áll. A terápia hozzáférhetővé tette a lelkiileg traumatizáló tudatalan élményanyagot. Az ártatlan kislányokat szexuálisan zaklató, elcsábító és vérfertőzéssel megcségyenítő férfiakra szóló sejtést Freud nyilvánosan sosem nevezte „csábítási elmélet”-nek, viszont – amint ez barátjával, *Fliess*-szel való levelezéséből tudható – élénken foglalkoztatta a csábítási trauma kérdése. Hosszas vívódás után, végül 1897-ben feladta a csábítás hipotézisét. Immár nem hitte el betegeinek az incesztiozus emlékekről szóló elbeszéléseket, hanem fantáziának és vágyteljesítő álmodozásnak tekintette azokat. Ekkor született meg az Ödipusz-komplexus elmélete (12). Az új elmélet több szempontból is meglehetősen lazán használta a mitológiai anyagot. A mitológiában ugyanis egy férfi veszi feleségül a saját anyját, míg Freud klinikai eseteiben döntő többségükben nő páciensek fantáziáltak az apjukkal való szexuális kapcsolatáról. Továbbá, minthogy Ödipusz csak a nevelőanyját ismerte gyermekkorában, az ő „komplexusának”

a nevelőanyára, s nem a csak felnőttként megismert vér szerinti anyára kellett volna irányulnia. Ödipusz nem a lányait csábította el (viszont annyira megcségyenültnek érezte magát előttük, hogy kiszúrta a szemét, és – száműzetésbe vonulva – elhagyta őket). Az Ödipusz-komplexus tézis alkalmas volt arra, hogy visszaállítsa a férfiak csábítási elmélet által megtépzott közmegebecsülését.

A két elméletnek nem feltétlenül kellene kizárnia egymást, ám Freud, a korabeli orvostudomány uralkodó modellje alapján, monokauzális magyarázatra törekedett. Érdekes módon a freudi szexuális ösztönelméletet felváltani igyekvő utódok rendre arra tettek kísérletet, hogy megőrizték az egyetlen hatóokra visszavezető módszertant. Így vált például a kisebbségkérdés komplexus az adleri individuálszociológia, az önmegvalósítás a humanisztikus pszichológia, a sorskönyv pedig a tranzakcióanalízis legfőbb lélektani oksági meghatározójává. Azóta változott a gondolkodásmód. Mára elfogadottá vált az a nézet, hogy egyes, elsősorban krónikus betegségek, például az *arteriosclerosis* esetében a komplex oki struktúrából nem lehet egyetlen gyökértényezőt azonosítani, és a kezelést ennek az egyetlen faktornak a kiküszöbölésére összpontosítani (13).

A higiénia üttörője, Semmelweis és a mentálhigiéné előharcosa, Freud egyaránt a saját bőrükön tapasztalták a korabeli tudomány férfiperspektívát érvényesítő erejét. Freud elméletének férfibaráttá formálása révén tudta megőrizni a módszert, a pszichiátria terápiás eszköztárát megújító pszichoanalízist. Ilyen manőverre Semmelweisnek nem volt lehetősége. Mindamellet a csábítási elméletet felváltó Ödipusz-komplexus úgy mentesítette a szexuális erőszak vádja alól a férfiakat, hogy közben szinte kiküszöbölte a lélektani problémák terepéről a bűn és vétek problematikáját. Bűnös dolgokat álmodni és szegyenletes dolgokról fantáziálni se nem bűn, se nem szégyen. A korabeli mentalitás inkább volt befogadó a bűn helyett a *bűntudatot* tematizáló terápiás gondolkodás- és beszédmódra, mint a szégyen lelkiismerettel való felváltására. A medicina Hippokratész óta a betegségeket nem bűnök és nem isteni büntetés következményének tekinti. A lelki élet magatartás-változásban megnyilvánuló zavarainak betegséggé nyilvánítása lehetővé tette azt, hogy a terápia anélkül összpontosítson a bűntudatra, hogy közben akár csak érintse is a bűn kérdését. Ez a lelki gondoktól szenvedők szélesebb körének igényeit kielégítő kezelés természetesen nem mindenki számára volt elfogadható. *Rainer Maria Rilke* (1875–1926), a Freuddal kétszer találkozó impresszionista költő 1912-ből származó levelei-

A szégyen gátolja a megkapaszkodást, így a társas önlenyugtatóstól elzárja az egyént.

ben ellenszenvét fejezte ki a pszichoanalízissel szemben, melyet hajmeresztőnek nevezett. „Ha kiüzné az ördögeimet, az angyalaimat is eljleszténé, amit semmilyen áron nem kockáztatnék” – írta Rilke (14).

Freud összes műve 1999-es német nyelvű kiadásának tárgymutatójában a büntudatra utaló szavak, szóösszetételek (Schuld) 674-szer, míg a szégyen (Scham, Schande) fogalmi mindössze 59-szer fordulnak elő (15). Egyébként a 19. század közepétől a szégyen szó előfordulási gyakorisága egészen a 20. század végéig folyamatosan csökkent az angol nyelvű közbeszédben, különösen az USA-ban (16). A szégyen funkciójának meghatározása komoly fejtörést okozott Freud számára. Első pszichoterápiás tárgyú, az 1895-ben Breurrel közösen írt *Tanulmányok a hisztériáról* című könyvében a szégyen az elhárítás motiválójaként jelenik meg. Az elhárítás célja a szégyen fájdalmas érzése által előlegezett elutasítás tudatosulásának megakadályozása. Az 1905-ben publikált *Három értekezés a szexualitásról* című kötet a szégyent a libidinális impulzusok tudatba törése, a nemi ösztön korlátozása érdekében kialakított *reakcióképzés* keretébe helyezi. Az elfojtott vágygal ellentétes beállítódást kialakító egyén reakcióképződésként kialakuló cselekedetei, nézetei folyamatos *karaktervonássá* alakulnak. Freud a szégyent csak a fiatal- és serdülőkorban tekintette a nemi érést elősegítő, ezért hasznos érzésnek. Az erkölcsileg érett, érényes felnőtt életében azonban Freud szerint nincs helye a szégyenérzésnek (17). Freud említést tesz a szégyen exhibicionizmust gátló szerepéről, s arról is, hogy a szégyen – melynek az ógermán nyelvekben az elrejtést jelentő skem/skam a gyökere – a nemi szervek eltakarását, s ezáltal védelmét szolgálja. Egyes kutatók *A narcizmusról* című 1914-ben megjelent Freud-tanulmány alapján a Freud által akkor bevezetett *énideál* fogalmát a szégyennel hozzák összefüggésbe. Freud valóban mindkettőt az elfojtáshoz kapcsolta, de azt már nem állította, hogy egymással is rokonságban állnak (18). Összességében az mondható, hogy Freud nem dolgozott ki egységes és világos koncepciót a szégyenről. Helyenként ott is büntudatról írt, ahol valójában szégyen volt a kérdéses érzés. A szégyen mellőzése a szégyen iránti, részben család- és élettörténeti eredetű, részben az orvosszerepből adódó sebezhetősége egyaránt belejátszhat. Freud a büntudatot a szégyennél fontosabb és magasabbrendű érzelemnek tartotta. Az Ödipusz-komplexus, Freud elméletének sarokköve a büntudattal állt kapcsolatban (19).

A pszichoanalízis mozgalmát szigorú alapítói önkényvel vezető Freud leszámolt azokkal, akik

az általa megengedettnél nagyobb mértékben vitatták az egyébként folyamatosan fejlődő elméletét és terápiás gyakorlatát. Követői és tanítványai, akik számára a pszichoanalízis egyszerre jelentett szerepidentitást és biztosított tisztességet, hogy elkerüljék a mozgalomból való kiközösítést, igen óvatosan nyúltak azokhoz a témákhoz, melyekre Freud érzékeny volt. A lojalitás gyakorta került szembe a tudományos igazság keresése iránt érzett elkötelezettséggel és a kiválóságra törekvő ambíciókkal. A magyar pszichoanalitikusok kimagasló alakjainak tekintélyes hányada előbb-utóbb vállalta a kihíváskockázatot.

A szégyen tematizálódása a magyar pszichoanalitikus orvosok munkásságában

Ferenczi Sándor (1873–1933), a pszichoanalízis magyarországi meghonosítója, hat évvel a Freuddal való találkozását követően, 1914-ben az első világháború kitörése után honfitársait a *Nyugat* hasábjain arra bátorította, hogy ne szégyenkezzenek, mert nem szégyen felismerni magunkban az állatot, s ezáltal a természettel való közeli rokonságunkat (18). *Franz Kafka* (1883–1924) ekkoriban fejezte be *A per* című, a főhős K. halálával végződő regényét. K. „úgy érezte, szégyene talán még túléli őt” – jelentette be az író (21). Amikor 19 évvel később a Freud által kitesztelt és hamarosan elhunyt Ferencziről a nemzetközi pszichoanalitikus mozgalomban *Ernest Jones* (1879–1958) azt kezdte terjeszteni, hogy utolsó tanulmányai és terápiás újításai, mindenekelőtt a *Nyelvzavar a felnőttek és a gyermek között*, valamint a *kölcsönös analízis* háborodott elme szüleményei, őt is elérte a karkai K. életét túlélő szégyen végzete (22). A freudi rendszer megbolygatása eleve a tiltott gyümölcs megízlelésének szégyenét vontta maga után. A bajt csak tetézte, hogy Ferenczi Freud régi, s a mester által elvetett csábítási elméletének radikálisan módosított visszahozatalával próbálkozott. Ferenczi sem akarta a lelki traumákat kizárólag a csábítás *külső* tényezőjével magyarázni. Ugyanakkor már nem hitt a *belső* fantázia traumatikus kórnműző szerepében sem. Ehelyett egy harmadik magyarázatra, „az érem harmadik oldalára” mutatott rá; arra, hogy amire a hisztériában/neurózisban szenvedő betegek emlékeznek, az szimbolikusan, illetve metaforikusan igaz. A páciens emlékei pszichológiai/érzelmi igazságot (például a szülői szeretet elégtelenségét vagy a nem kívánt gyermek feleslegességérzését) rekonstruálnak. Ferenczi arra is rámutatott, hogy a pszichológiai

A szégyen akkor toxikus, amikor a hibák elhallgatását, és az elrontott beavatkozásból való tanulás elmulasztását eredményezi.

igazság nem zárja ki a tényleges szexuális erőszakot, azt amikor a gyermek gyengédségre vágyódását a felnőtt erotikus közeledésnek értelmezi. Az elcsábított gyermek szégyenkezik a történetek miatt, s még inkább megszágyenül, amikor a felnőtt letagadja az abúzust és súlyos hazugsággal vádolja a gyermeket.

Az 1920-as évek második felében, amikor Ferenczi kezdte megfogalmazni új koncepcióját, egyik korai tanítványa, *Hermann Imre* (1889–1984) is igyekezett felzárkózni mentorához az úttörő nézetekben. Francia nyelven írt – évtizedekkel később tanítványai által

megtalált – tanulmányában a szégyen társas, kötődéssel kapcsolatos jellegét hangsúlyozza (23). *Vizin Gabriella* és *Unoka Zsolt* a következőt írják erről: „Hermann szégyen és szorongás összehasonlításában két fő különbséget hangsúlyoz, melyek a megkapaszkodási vágy konkrét, és a közösségbe tartozás elvontabb szintjén egyaránt megnyilvánulnak: az egyik, az aktív megkapaszkodási vágy elmaradása, a másik az emberi kollektivitásból való kizártság élménye. A szorongás esetén fokozódik az aktív megkapaszkodási vágy, mivel a megkapaszkodás vagy annak megfelelője biztonságnövelő. A szégyen gátolja a megkapaszkodást, így a társas önle nyugtatástól elzárja az egyént. Minden izolált örömszerző és önle nyugtató tevékenység hátterében szégyen állhat” (24).

Az első világháború után úgy tűnt, a hazai pszichoanalitikusok Magyarországot jóval többre értékelték, mint Magyarország őket. Helyzetük ellehetetlenedésével sokan közülük a kivándorlást választották. *Alexander Ferencnek* Berline át Chicagóba, *Angyal Andrásnak* Prágán, Bécsen és Torinón át Bostonba, *Bálint Mihálynak* pedig Nagy-Britanniába vezetett az útja.

Az 1932-től a Chicagói Pszichoanalitikus Intézet első igazgatójaként működő Alexander Ferenc (1891–1964) 1938-ban, egy évvel Freud halála előtt jelentette meg a *kisebbrendűségi érzés és a bűnösség érzés kapcsolatát* elemző tanulmányát (25). A Freuddal és Ferenczivel egyaránt régi bensőséges kapcsolatot ápoló Alexander – valószínűleg okulva Ferenczi példáján – nem provokálta Freudot azzal, hogy a szégyent és a bűntudatot egyformán alapvető érzésként mutassa be, hanem ehelyett a szégyent az *Alfred Adler* (1870–1934) által népszerűvé tett kisebbrendűségi érzés fogalmával helyettesítette. Míg a bűntudatot az *én és a felettes én*, addig a kisebbrendű-

ségi/szégyen érzést az *én és az éniideal* közti ellentétből, illetve feszültségből eredeztette. Az előbbi bűnhődést és jóvátételt, az utóbbi versengést és az agressziót gerjeszt. Alexander időskorában írt pszichiátriatörténeti könyvében nem hagy kétséget afelől, hogy amikor kisebbrendűségi érzésről írt, szégyent értett alatta. Amikor szégyenkezőnk, gyengének, hiábavalónak és másokhoz képest alsóbbrendűnek érezzük magunkat, magyarázza Alexander. Ehhez hozzáteszi, hogy patológiás esetben a szégyen és a bűntudat dinamikus, körkörös viszonyban áll egymással. A tiltott szexuális vágy bűntudatot kelthet, a bűntudat cselekvésgátló és/vagy regresszióba (primitív viselkedésbe) vezető, ami szégyenkeltő; a szégyen kompenzatorikus impulzív szexuális cselekménybe visz, amit bűntudat követ stb. (26, 300. oldal). A terápiát illetően Alexander a 20. század közepén a Ferenczi által hangsúlyozott – intellektuális megértésnél sokkal lényegesebb – pozitív érzelmi tapasztalat megélését elősegítő megközelítés egyik jelentős pártolójává vált. A *korrektív emocionális élmény* Alexander által bevezetett fogalma arra a gyógyító hatásra utal, amikor a kliens a terapeutával való kapcsolatában újra átéli régi, érzelmileg elintézetlen konfliktusait, ám azokat egy új, hasznos befejezéssel.

A korán elhunyt, Amerikába szakadt Angyal András (1902–1960) felismerte, hogy a korrektív emocionális élmény *kétirányú* folyamat, amennyiben a terapeutának is gyakorolnia kell az alázat bátorságát, s elismerni sikerületlen – nem csálhatatlan és nem hibátlan emberi voltát megmutató – kommunikációs megnyilvánulásait. A páciens érzéseinek érzékeny felismerése és a szakember saját, az ideálisnál kevesebb, nem hiánytalanul példás, tehát nem hibátlan megnyilvánulásainak beismerése egymást előnyösen kiegészítő folyamat (27, 306. oldal). Bálint Mihály volt az, aki új színteret nyitott az orvosok számára ahhoz, hogy a semleges megfigyelő szerepből kilépve, botránkozásmentes, biztonságos környezetben módszeresen gyakorolják a saját hibák felismerésének és az azokból való tanulás beállítottóságát.

Az orvosi gyakorlat pszichológiájának megértését az általános orvosok munkájának keretében kezdeményező Bálint Mihály (1896–1970) a londoni Tavistock Klinikán az 1950-es évek végén olyan tanulócsoportot indított, melyben a szakemberek megismerhették és megtapasztalhatták az emocionális élmény jelentőségét. A Bálintcsoportnak nevezett képzés folyamán a résztvevők egy-egy érzelmileg megterhelő terápiás esetük tükrében beszéltek a beteggel való interakciójuk nehézségeiről, konfliktusairól. A támogató és elfogadó csoportban elmondhatták a majd-

nem elkövetett vagy valóban megtörtént – tanulási tapasztalatként kezelt – hibáikat, fejlesztheték szakmai kíváncsiságukat, figyelmüket és önreflektivitásukat, gazdagítva ezzel kompetenciájukat és professzionális identitásukat egyaránt. Bálint kapcsolatban állt az *elég jó környezet*, majd 1953-ban az *elég jó anya* fogalmát megalkotó gyermekgyógyász pszichoterapeutával, *Donald Winnicott*-tal (1896–1971). Winnicott rájött arra, hogy nem használ a csecsemő pszichológiai fejlődésének az, ha az anya saját, tökéletességre, legjobbra törekvése felülmúlja a csecsemő természetes növekedési szükségletei iránti odaadó figyelmét. A tévedés, melléfogás, elrontás teljesen nem kiküszöbölhető emberi kondíció. Éppen két, Amerikába emigrált magyar szakember, a csecsemők vizsgálatába a filmrevél vizuális episztemológiai metódusát bevezető orvos, *Spitz René* (1887–1974) és a klinikai pszichológiai tesztelés módszerét megújító *Rapaport Dávid* (1911–1960) hangsúlyozta azt, hogy nem lehet a csecsemő minden igényét minden pillanatban kielégíteni; s ez nem is volna hasznos. Az elég jó anya-gyermek kötődést nem a konfliktusmentesség, hanem a harmonikus és a nem teljesen összehangolt megnyilvánulások keveredése jellemzi (28, 29). A kommunikáció megtörésének, az unalom, a bosszúság, a csalódás vagy a szomorúság fájdalmas érzéseinek megtapasztalása nélkül a gyermek sosem válna a feszültségek túrésára, a vágykielégítés későbbre halasztására képes, alkalmazkodó egyénné. A tökéletlen emberi világban az anyáknak is képeseknek kell lenni elviselni saját tökéletlenségüket. A folyamatos apró megszakadásait, az interakció parányi zökkenőit, a ráhangolódás kismértékű késéseit, vagyis a *mikrodisszinkronizmusokat* minden harmonikus anya-gyermek kapcsolat szerves, elválaszthatatlan részeként felismerő csecsemő kutatások a 20. század végén empirikus bizonyítékokkal erősítették meg Winnicott felismerését. A filmre vett, s aztán lassított lejátszásban elemzett teljes mértékben harmonikusnak látszó kapcsolatokról az derült ki, hogy a tökéletes szinkronban levés csupán az idő 30%-át teszi ki, míg az idő nagyobb részében, 70%-át a mikrodisszinkron megnyilvánulások helyrehozataláért, javításáért folyó erőfeszítések jellemzik (30, 31).

Az önreflektív szégyen szerepe a kiválóságra törekvő elég jó orvoslásban

Bálint követői elsők közt fogtak hozzá a szakmai karbantartás részét képező, önkorrekcióna sarkalló egészséges, illetve optimális szégyen és az

elég jó orvos koncepció integrálásához (32). Míg a szégyen egészségpszichológiai, szociológiai és filozófiai kutatása erős lendületet vett a 20. század utolsó harmadában, addig az adaptív szégyen *elég jó* identitásban betöltött szerepének vizsgálata már az új évezred témája.

A változás szelét a 21. század elején a mindennapi orvoslást az úrbetegségek kutatására felváltó *James Bagian* 15 éves úrhajósi pályafutásából a földi egészségügybe való visszatérése hozta meg. A légi közlekedés biztonsága látványos javulásának tanulságait elemző Bagian felismerte, hogy míg a pilóták közel 100%-ban készek voltak bejelenteni és megbeszélni a feltevéseikkel mindazt, amit érzésük szerint jobban is elvégezhettek volna, illetve elrontottak vagy majdnem elrontottak, addig az orvosoknak legfeljebb csak a fele érzett erre hajlandóságot (33). A légiközlekedés *ártalmatlan eseménye* egyaránt veszélyezteti a személyzet és az utasok életét, míg az egészségügyben az ártalmatlan esemény mindenekelőtt a betegek életére jelent veszélyt. A légi közlekedésben a kiválóságra törekvés nem ellentétes az emberi létezésből kiküszöbölhető bizonytalanság elfogadásával. Sem az egyes emberek, sem az emberi rendszerek nem lehetnek tökéletesek. Nem léteznek teljes mértékben kockázatmentes emberi szituációk. Bagian szerint a bajok megelőzése, a károk kijavítása szempontjából az egyéni hibákkal számoló megközelítésnél sokkal hasznosabb a rendszerelvű – a rendszer ártalmatlan eseményeire figyelő – hozzáállás. Az egyéni hibák leleplezésétől való félelem titkolózást kiváltó toxikus szégyent kelt, míg a meghibásodáshoz önkéntelenül hozzájáruló vagy a majdnem meghibásodást felismerő, önmagát a rendszer részeként felfogó személy szégyene adaptív, amennyiben hibajavításra és hibamegelőzésre sarkall. A tévesztés az emberi rendszer, s e rendszerben élő ember tényezője. Az adaptív szégyen az ártó esemény észrevételére és megbeszélésére szólít fel (34). Az adaptív szégyen magában foglalja a szégyen felismerését, s a szégyennel való szembenézést (35). A szégyen akkor toxikus, amikor a hibák elhallgatását, s az elrontott beavatkozásokból való tanulás elmulasztását eredményezi. A biztonság szervezeti kultúrája nem a tökéletes, sosem hibázó emberekre akar építeni, viszont törekedhet a pácienseket sújtó károk megelőzésére. Ha valaki nem követi az előírt protokollt, akkor az okfeltáró elemzésnek keresni kell azokat a rendszertényezőket, melyek kiváltói lehettek ennek a viszonyulásnak. Mindamelllett vannak olyan esetek, amikor az egyén hibája az elsődleges. Bagian ezek közé sorolja a kriminalitást, azt, amikor valaki szándékosan rombol, és a

munkáját alkohol vagy drog hatása alatt végző ember esetét.

A kényszeres perfekcionizmus, a minden más felülíró saját tökéletességre törekvés kontraproduktív mind az önmagunkkal való megfelelő tördés, mind pedig a biztonságos és minőségi, a beteg javát szolgáló terápia szempontjából (36). Mindez nemcsak az orvosokról, hanem az egészségügyi teammunka más szereplőiről – a nővérektől a szociális munkásokig – is elmondható (37).

Az eltussolásra, elrejtésre készítő szégyen nehezen ismerhető fel. Amikor Bagian személyes

interjú során kérdezett meg orvosokat arról, hogy mi gátolja őket abban, hogy jelentsék a hibákat, akkor a leggyakrabban az orvosi műhiba adminisztratív és jogi következményei miatti aggodalmukat említették. Amikor ugyanezt a kérdést anonim kérdőívben tette fel, más válaszok születtek. A válaszok zöme a hiba miatti mélyreható szégyent nevezte meg (38).

Mindezek fényében talán megkockáztathatjuk azt a feltételezést, hogy a szégyen orvosidentitásában és egészségügyi munkában játszott szerepének kutatása előtt még sok feladat áll.

Irodalom

1. A Magyar Orvosi Kamara Etikai kódexe. 2012. <https://www.mokkem.hu/index.php/dokumentumtar/startdown/9/>
2. Platón. Szókratész védőbeszéde. In: Platón összes művei. I. kötet. Budapest: Európa; 1984. p. 399-439.
3. Wurmser L. The mask of shame. *Northvale: Jason Aronson; 1997.*
4. Platón. Prótagoras. In: Platón összes művei. I. kötet. Budapest: Európa; 1984. p. 173-266.
5. Baker SH. Aristotle on the nature and politics of medicine. *Apeiron 2021;54(4):411-49.* <https://doi.org/10.1515/apeiron-2019-0052>
6. Jimenez M. Aristotle on shame and learning to be good. Oxford: Oxford University Press; 2021. <https://doi.org/10.1093/oso/9780198829683.001.0001>
7. Knuuttila S. The emotion of shame in medieval philosophy. *Spazio Filosofico 2012;5:243-9.*
8. Binswanger L. Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins. Zürich: Niehans; 1942.
9. Lupton D. Medicine as culture. Los Angeles: Sage; 1994.
10. Balázs P. There was Semmelweis in the right place at the right time? *Kaleidoscope 2015;6(11):169-72.* <https://doi.org/10.17107/KH.2015.11.169-172>
11. Levin K. Freud's Paper 'On Male Hysteria' and the conflict between anatomical and physiological models. *Bulletin of the History of Medicine 1974;48(3):377-97.*
12. Bánfalvi A (szerk). Pszichoanalízis, filozófia, metapszichológia. Debrecen; 1996. <https://mek.oszk.hu/02000/02012>
13. Harman G. Immaterialism. Cambridge: Polity; 2016.
14. Greene JB, Norton MDH. Goodness and darkness of a poet: letters by Rainer Maria Rilke. *The Kenyon Review 1947;9(4):511-31.*
15. Freud S. Gesammelte Werke. Chronologisch geordnet. 19. Frankfurt: Fischer Taschenbuch; 1999.
16. Guo W. Responding to Freud. *CrossCurrent 2019;69(2):137-63.* <https://doi.org/10.1111/cros.12366>
17. Hazard PA. Freud's teaching on shame. *Laval théologique et philosophique 1969;25(2):234-67.* <https://doi.org/10.7202/1020145ar>
18. Lansky MR, Morrison AP. The widening scope of shame. Berkeley: Analytic Press; 1997.
19. Westerink H. A dark trace – Sigmund Freud on the sense of guilt. Leuven: Leuven University Press; 2013. <https://doi.org/10.2307/j.ctt9qdx21>
20. Ferenczi S. A veszedelmek jégkorszaka. *Nyugat 16/17. szám.* <http://epa.oszk.hu/00000/00022/00158/05160.htm>
21. Kafka F. A per. <https://mek.oszk.hu/07100/07123/07123.htm>
22. Bonomi C. Jones's allegation of Ferenczi's mental deterioration reconsidered. *International Journal of Psychoanalysis 1999;80(2):507-42.* <https://doi.org/10.1516/0020757991598882>
23. Hermann I. La honte comme angoisse sociale. *Confrontation 1982;8:167-77.*
24. Vizin G, Unoka Zs. A szégyen szerepe a mentális zavarok kialakulásában I. Elméleti háttér. *Psychiatria Hungarica 2014;29(1):14-34.*
25. Alexander F. Remarks about the relation of inferiority feelings to guilt feelings. *International Journal of Psychoanalysis 1938;19:41-9.*
26. Alexander F, Seleznick ST. The history of psychiatry. New York: Harper & Row; 1966.
27. Angyal A. Neurosis and treatment: A holistic theory. New York: John Wiley & Sons; 1965.
28. Spitz R. The first year of life. New York: International University Press; 1965.
29. Rapaport D. Interpersonal relationships, communications, and psychodynamics. In: Gill MM (ed.) The collected papers of David Rapaport. New York: Basic Books; 1967. p. 440-9.
30. Biringer Z, Emde RN, Pipp-Siegel S. Dyssynchrony, conflict and resolution: positive contributions to infant development. *American Journal of Orthopsychiatry 1997;67(1):4-19.* <https://doi.org/10.1037/h0080207>
31. Lewis JM. Repairing the bond in important relationships: A dynamic for personality maturation. *American Journal of Psychiatry 2000;157(9):1375-8.* <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.9.1375>
32. Wilke G. How to be a good enough GP. Oxford: Radcliff Medical Press; 2001.
33. Bagian J. Patient safety – It's not rocket science. Faculty Development Presentations. Paper 1. <https://jdc.jefferson.edu/facultydevelopment/1/>
34. Benau K. Shame, attachment, and psychotherapy: Phenomenology, neurophysiology, relational trauma, and harbingers of healing. *Attachment: New Directions in Psychoanalysis 2017;11:1-27.*
35. Bynum WE IV, Artino AR. Who am i, and who do i strive to be? Applying a theory of self-conscious emotions to medical education. *Academic Medicine 2018;93(6):874-80.* <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001970>
36. Fekete S. Segítő foglalkozások kockázatai – Helfer szindróma és Burnout jelenség. *Psychiatria Hungarica 1991;6(1):17-29.*
37. Erdős MB, Gomory T. "Social workers" professional identity in its social context. In: Ellis R, Hogard E (eds.). Professional identity in the caring professions: Meaning, measurement and mastery. London: Routledge; 2021. <https://doi.org/10.4324/9781003025610-5>
38. Ofri D. When we do harm: A doctor confronts medical error. Boston: Beacon Press; 2020.