



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

Egy rejtőzködő áramlat az orvoscépzésben¹

BÁNFALVI ATTILA²

ABSZTRAKT

Az orvoscépzés általános célja nem különbözik más felsőoktatási képzésektől: a laikusból szakembert állít elő. Különös sajátossága azonban, hogy talán itt a legnagyobb különbség a laikus és a szakemberi „világnézet” között. A nemzetközi irodalom ennek a sajátosságnak egyik oktatási vonulataként tárgyalja a nyílt és a rejtett kurrikulum megjelenését e diszkrepancia kihordásában. A rejtett kurrikulum tartalmi gyakran nem kiegészítő megerősítései a formális kurrikulumnak, hanem egyenesen azzal ellentétesek.

A formális és a rejtett kurrikulum közötti ellentét egyik legfontosabb következménye a hallgatók cinikusabbá válása. A hirdett kurrikulum az empátiát, a vele kapcsolatos odafigyelő és válaszoló képességeket, a szenvedés enyhítését, a bizalom és hűség fontosságát, és a páciens legjobb érdekének szem előtt tartását hangsúlyozza. A hallgatólagos „tananyag” azonban az objektivitást, a távolságtartást, az óvatosságot, az érzelmekkel szembeni bizalmatlanságot erősíti. Ennek következtében a „sérült gyógyító” gyakran nem előfeltétele – szemben az archaikus társadalmakkal –, hanem következménye a modern orvos mint szakember előállításának.

KULCSSZAVAK: rejtett kurrikulum, orvoscépzés, beavatás

ABSTRACT

A Hidden Stream in Medical Education

The general aim of medical education is the same as in the case of any other ones: creating a professional person from a lay one. A special characteristic of this education is a deep rift between the lay and the professional perspective. One of the main trends of this trait is the discrepancy between the open and the hidden curricula.

The contents of the hidden curricula, in many cases, cannot support the main messages of the formal one, on the contrary, they provide a different or even contradictory set of norms, values, attitudes. One of the main consequences of these discrepancies is that some medical students have been becoming more cynical since their entrance into medical education. The open curricula emphasize empathy, alleviating pain and suffering, the importance of trust and fidelity, and that the well-being of patients is one of the most important priorities. The hidden curricula

¹ Az írás a „Az orvoscépzés rejtett kurrikuluma” Magyar Felsőoktatás, 2003/4–5–6: 62–67. cikk kibővített, átdolgozott változata.

² Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar, Magatartástudományi Intézet, Egészségügyi Humán Tudományok Tanszék, egyetemi docens.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

at the same time emphasize objectivity, detachment, caution, and being suspicious against emotions. One of the outcomes of these eventually contradictory tendencies is that the 'wounded healer' is not a precondition for becoming a healer, like in archaic times, but a by-product of medical education.

KEYWORDS: *hidden curricula, medical education, initiation*

Bevezetés

„Az öngyilkosság révén bekövetkező halál esélye lényegesen magasabb az orvosok, mint a nem orvosok körében, 70%-kal magasabb a férfi orvosok, mint a népesség (beleértve más szakmákat) férfi tagjai körében, és 250-400%-kal magasabb a női orvosok, mint más nők körében” (Hampton 2005: 1189).

Becslések szerint 300-400, de a bizonytalan adatszolgáltatás miatt esetleg akár 800 orvos vet véget önkezelével életének az Egyesült Államokban. Nem pusztán amerikai jelenségről van szó, a tendencia számos más országban hasonló.

„Talán még riasztóbb az, hogy a balesetek után az öngyilkosság a leggyakoribb halálok az orvostanhallgatók körében” (Andrew 2017).

A helyzet drámaisága többeket arra készítetett, hogy vizsgálódjon az orvosok öngyilkossági „járványának” okairól, hátteréről. Az egyik lehetséges mozzanatot magának az orvoscépzésnek bizonyos vonásai jelentik. Van olyan szerző, aki némiképp módosítva a hírhedt és manapság oly népszerű poszttraumás stressz zavar (PTSD) kategóriáját, poszttraumást hallgatói zavarról beszél (*post traumatic student disorder*) (Wible 2016).

Ez arra mutat, hogy az orvoscépzés meghatározó jelentőséggel bír nemcsak a későbbi orvos hivatásszemélyiségének alakulásában, hanem abban is, hogy milyen kihordási módokat talál a hivatása gyakorlása közben felmerülő nehézségekre.

A képzés során formálódó attitűdöket nem lehet a szakma belügyének tekinteni, hiszen az elsajátított magatartás mintázat alapvetően befolyásolja az orvos-beteg viszonyt, így azt is, hogy a gyógyítás mennyire felel meg a *lege artis* követelményeknek – sőt, hogy egyáltalában miként fogalmazódnak meg ezek a követelmények.

Az Amerikai Orvosi Fakultások Szövetségének (AAMC) egykori elnöke, Jordan J. Cohen egy szerződés tervezetet ajánlott az orvoscépzésben dolgozó tanárok és diákok számára, amelyben megerősítenék elkötelezettségüket az orvoslás humanisztikus értékei mellett.

A Fakultások Szövetségének elnökeként e tervezet megfogalmazására az motíválta, hogy az orvosi hivatás iránt lecsökkent az érdeklődés. E tendencia okainak, hátterének vizsgálatakor több tényezőt felsorolva a tisztségviselő kiemeli az orvoscépzés dehumanizáló tendenciáit és megállapítja:

„Nem számít, hogy milyen sikeresek vagyunk idealisztikus és megfelelően motívált hallgatók medicinához vonzásában most, vagy a jövőben: kevés reményünk van



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

arra, hogy azonos számú idealisztikus, megfelelően motivált orvost adjunk a társadalomnak, ha nem tudjuk betemetni a szakadékot a retorika és a realitás között” (Cohen 2001).

Michael Greger könyve, a *„Szívbénulás – Egy harmadéves orvostanhallgató naplója”*³ címmel jelent meg. Személyes emlékeinek olyan naplójegyzetekben foglalt sorozata ez, amely kétharmad részben olyan kiegészítéseket tartalmaz, amelyek fogalmi, szakirodalmi háttérét sorakoztatják fel a szubjektív benyomásoknak; azaz átível a személyességtől az orvoscépzéshez kapcsolódó szakirodalmakig. Az alaphangot az előszó egy részlete így adja meg: „Kiábrándult lettem – sőt felháborodott – az orvosképzés és a medicina egésze miatt. Segíteni akarok másoknak saját illúzióik eloszlatásában” (Greger 1999: 2).

James La Fanu modern medicináról szóló történeti művében a mai medicina négy paradoxonát említi, és ezek közül az egyik: a medicina sikerei ellenére növekszik a kiábrándult – különösen fiatal – orvosok száma. Majd felteszi a kérdést: „Mi történt, amely megmagyarázza, hogy a mai fiatal orvosok sokkal kevésbé elégedettek, mint azok, akik harminc vagy annál több évvel ezelőtt szerezték diplomájukat?” (La Fanu 2011: 5)

Nyilvánvaló, hogy abban a komplex hatás- és viszonyrendszerben, amelyben korunk nyugati medicinája működik, egyetlen válságjelenségére sem lehet „monokauzális” magyarázatot találni, vagy aligha hihető, hogy egy ilyen típusú magyarázat plauzibilis lehet egy kaleidoszkópszerű társadalmi tájképen. Mindazonáltal, a hallgatóknak vagy a fiatal orvosoknak a mai medikális kultúrában megjelenő „rossz közérzetének” egyik magyarázó aspektusára több szakirodalmi hivatkozás is felhívja a figyelmet. Ezek az írások rendkívül kritikusak az orvosképzés egy – szerintük – döntő folyamatával, jellegzetességével kapcsolatban. Külön érdekessége ennek az irodalom sorozatnak, hogy gyakran nem ún. kívülálló, szakmai szempontból „underground” figurák fogalmazták meg kritikájukat, hanem az orvosi szakma megbecsült, köztisztelőben álló képviselői.

E mögött a jelenség mögött pedig az húzódik, hogy kiterjedt és jelentős válság vagy hanyatlás jelenségeket érzékelnek a nyugati, különösen az amerikai medicinában. Némi leegyszerűsítéssel e folyamatot a medicina *dehumanizációjával* és *deprofesszionizációjával* szokták leírni, amely azt a kettős folyamatot foglalja magában, hogy az orvoslás egyre inkább elveszíti hagyományos humanista értékeit, mechanizálódik, és a technika-technológia háttérbe szorítja az emberi dimenziókat, miközben más szereplők megjelenése és befolyásának növekedésének hatására a szakmai kontroll egyre inkább kicsúszik az orvosok kezéből.

³ A „heart failure” kifejezés címnek választásával a szerző nyilvánvalóan a szív és az érzelmek metaforikus és kultúránkban mélyen gyökerezett kapcsolatát használja fel.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

A dehumanizáció folyamatának genealógiáját követve találunk rá a kutatók az orvosképzésre, és ebben mai meghatározó problémaként az ún. *rejtett kurrikulum* jelenségére.

A jelen tanulmány döntően angolszász irodalmat használ, és szinte teljesen kizárja a nem túl vastag magyar szakirodalmat. Ennek pedig az a – meglehetősen vitatható – magyarázata, hogy az orvostanhallgató lét problémái nagyon világosan fogalmazódnak meg ebben a külföldi irodalomban, de nem lenne helyes, ha ezek alapján tudományos érvényű extrapolációt hajtánánk végre a magyar helyzetre vonatkozóan. Némi óvatos töprengésre azért van lehetőség, és ezt a tanulmány végén meg is jelenik.

A rejtett kurrikulum sajátosságai

Az orvosképzésen belül a jelenséget először valószínűleg Frederic W. Hafferty írta le.

Az ő meghatározásában az „érzékletlen és cinikus orvosok”⁴ (nem általában az orvosokról van szó) kiképzése mögött egy sajátosan kettős képzési struktúra áll, amelyben a formálisan tanított és hirdetett képzési anyag mellett egy informális vagy rejtett tanterv⁵ húzódik meg. „A legnagyobb része annak, amit a beavatottak a medicinán belül fontosnak tartott értékekben, attitűdökben, hitekben és az ezekkel kapcsolatos viselkedésekben belsővé tesznek nem a formális kurrikulumon belül történik, hanem egy látensebb útján, egy „rejtett kurrikulum révén [...] valójában, amit ebben a rejtett kurrikulumban „tanítanak”, gyakran ellentétes lehet azoknak a kurzusoknak a céljaival és tartalmával, amelyeket formálisan felajánlanak” (Hafferty – Franks 1994: 864–865).

A rejtett kurrikulum „...aláássa, hogy másokkal törődő, etikus szakemberek legyünk. A kollegialitás, a betegközpontú gyógyítás és az etikus gyakorlat gyakran alárendelődnek a tényszerű tudásnak vagy a gyakorlati realitások félre söprik ezeket. [...] A diákok a nyitott gondolkodástól a zárt gondolkodás felé; az intellektuális kíváncsiságtól a csak a szűkebben vett tényekre való korlátozottság felé; az empátiától az érzelmi közöny felé, az idealizmustól a cinizmus felé; és gyakran az udvariasságtól

⁴ Vö.: „Az egyik olyan terület, ahol a hallgatók fejlődésével kapcsolatban egyetemes egyetértés van, az, hogy az orvosképzés a hallgatókat és a rezidenseket cinikusabbá és érzékletlenebbé teszi” valamint „Az a deszenzitizáció és brutalizáció, amely a klinikai képzéssel együtt járhat, itt senki számára sem újság”. Hundert, E. M. et al. (1996): Characteristics of the Informal Curriculum and Trainees’ Ethical Choices. In: Academic Medicine, Jun;71(6): 624–642.

⁵ Az irodalomban megkülönböztetik az informális és a rejtett kurrikulumot azon az alapon, hogy „a rejtett kurrikulum szélesebb fogalom, mert magában foglalja a formális órák során rejtetten átadott uralgó kultúrát is, míg az informális kurrikulum a rejtett kurrikulum alhalmaza, amely az órákon, kórházi gyakorlatokon, és hasonlókon kívül történik” (Hundert et al. 1996). A fogalmi zavar elkerülése miatt a továbbiakban a szélesebb értelmű rejtett kurrikulummal foglalkozunk.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

és gondoskodástól az arrogancia és az ingerlékenység felé mozdulnak el” (Mahood 2011: 983).

Hangsúlyozni kell, hogy a rejtett kurrikulum önmagában lehet semleges a hirdetett képzési célok és értékek szempontjából, de mégis konszenzus áll fenn abban a tekintetben, hogy valójában szakadék van a hirdetett és a hallgatólagos értékek között.

A hirdetett értékek az empátiát, a szenvedés enyhítését, a bizalmat és a hűséget hangsúlyozzák, és azt, hogy a páciens érdekének mindenek fölé helyezése a legfőbb érték, a rejtett kurrikulum ezzel szemben az objektivitást, a távolságtartó óvatosságot, az érzelmekkel, a páciensekkel, és minden más szereplővel szembeni bizalmatlanságot kultiválja.⁶

Loretta Kopelman egy korábbi, de más szerző (Stempsey 1999) által is relevánsnak tartott vizsgálata arra utal, hogy a hallgatók „azt tartják, hogy a kinyilvánított hivatásbeli célok túlságosan csalódást keltően valósulnak meg. Némelyek azt állítják, hogy képzésük sokkal inkább elszegényítette, mint táplálta azokat az ideálokat, amelyek arra motiválták őket, hogy orvossá váljanak [...] Azt mondják nekik, hogy úgy kezeljék a pácienseket, és úgy tekintsenek rájuk, mint olyan személyekre, akik együttérzést, törődést és tiszteletet érdemelnek, de azt találják, hogy nincs idejük és energiájuk így viselkedni.” (Kopelman 1983: 2007)

A rejtett kurrikulum erősebbnek mutatkozik a formálisnál, mert sokkal szorosabb szálakkal fűződik a hallgatók mindennapi tevékenységéhez, mint az órákon inkább csak a beszédhez kötött, hangoztatott értékek. Sokkal inkább kapcsolódik magához a hallgatói életformához, és az ún. egyetemi játszamához (Ahola 2000), azaz az egyetemi túléléshez szükséges készségek elsajátításához, mint a mindennapi ténykedéstől mégiscsak leválasztott előadások vagy szemináriumok a maguk mesetérseges terével és atmoszférájával.

Az orvosképzésben megjelenő rejtett kurrikulum eltorzítja az orvosi hivatást. Ez a tendencia főként három sajátosságban nyilvánul meg: az érzelmi távolságtartásban (*detachment*), a feljogosítottság érzésében (*entitlement*), és a nem-reflektív hivatásgyakorlásban (*non-reflective professionalism*).⁷

Az érzelem vagy érzelem nyilvánítás ellenesség – úgy tűnik fel – az egyik legdrámaibb eleme a rejtett kurrikulum üzeneteinek. „Az orvostanhallgatók számoltak be legmagasabb százalékban saját sírásuk negatív társadalmi következményeiről” (Wagner et al. 1997: 13)⁸. Az érzelmek illegitimitásának előállításában szerepet játszik az a sajátos „objektivitás kultusz”, amely a tudományos tevékenység értékrend-

⁶ Vö.: Coulehan – Williams 2001.

⁷ Vö.: Coulehan – Williams 2001.

⁸ Vö.: „A rezidenseknek szisztematikusan azt tanítják, hogy nyomják el érzelmeiket, és egyáltalán ne mutassanak ki semmilyen érzelmet. Nem kapnak alkalmat arra, hogy beszéljenek érzelmeikről, vagy egyáltalán elismerjék, hogy vannak érzelmeik – és azokat a rezidenseket, akik érzelmeiket mutatnak, nyilvánosan szankcionálják” Graham, S. B. (1991): When Babies Die. In: Medical Teacher, 13: 171–175.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

jének e fontos aspektusát kiterjeszti az orvosi hivatásgyakorlás egészére – mintegy magától értetődőnek tekintve ezt az ugrást. Az objektivitás és a szubjektivitás nem pusztán *episztemológia* vagy módszertani kategóriák többé, hanem egyenesen a jó és a rossz morális értékével felruházott fogalmak: a jó orvos objektív, a rossz orvos szubjektív. Ha nem képes a szubjektivitását visszaszorítani, akkor mintegy *etikai* vétséget követ el.

Tárgyunk szempontjából fontos, hogy az érzelmi távolságtartás nem a szakma inherens követelményeiből és tradicionális értékeiből fakad, hanem a kétféle kurikulum közötti diszkrepancia személyes és persze közösségi feldolgozásából. Ebből a szempontból az objektivitás igény mindenek felettisége pusztán racionalizáció.

A feljogosítottság érzése a traumatizált, eredeti identitásában sérült hallgató kétségbeesett kísérlete kisebbségség élményének ellentétébe fordítására. Úgyiszlván a „legjobb” módszere annak, hogy a beavatási folyamata során személyiségének erőteljes átalakítására, újra rendezésére kényszerített hallgató cserében megkapja a „Lám, volt értelme, így kerültem be a 'kiválasztottak' közé” identitását. A kétféle kurikulum létrehozta kognitív disszonancia „a-szenvedés-a-megszeretéshez-vezet” hipotézist idézi meg. A szenvedések eszerint nem az ezeket okozó rendszer ellen fordítják a hallgatót, hanem ellenkezőleg – és éppen a feljogosítottság érzését is felkínálva – örömekre értelmeződnek át.⁹ Természetesen az orvosi hivatás magas társadalmi presztízse, a hallgatók képzésébe fektetett munkája és erőfeszítései megalapoznak egy bizonyos mértékű „feljogosítottságot”, itt azonban ez átcsap egyfajta „felsőbbrendűség” érzésbe: „Nekem több jár, mint más szakmák képviselőinek.”

A fő hatások között harmadikként felsorolt „nem-reflektív szakmaiság” oktatási szempontból a legmeghökkenőbb sajátosság. Végtére is – kérdezhetnénk – magának a felsőoktatási képzésnek nem egyik legfontosabb célja-e a gondolati reflexió kialakítása és kultiválása mind szakmai, mind általánosabb értelmiségi szempontból?

Ez annál is különösebb vonása az orvosképzésnek, mert úgy tűnik fel, szembe megy az általános kulturális tendenciával, ti. a késő modern nyugati társadalom „kényszeres” reflektivitásával. „A kételkedés, a modern kritikai ész mindent átható sajátossága, áthatja mind a mindennapi életet, mind a filozófiai tudatosságot, és a mai társadalmi világ általános egzisztenciális dimenzióját alkotja.” [...] az önazonosság reflektíven szervezett vállalkozássá válik. A self reflektív projektuma, amely koherens, de mégis állandóan revideált életrajzi narratívák fenntartásából áll, az absztrakt rendszereken átszűrt többszörös választások összefüggésében megy végbe” (Giddens 1991: 3, 5). Úgy látszik, hogy a mindent átható reflektivitás ellen a medicális képzés többé-kevésbé sikeresen immunizálta magát. A természettudományos módszertant ideálnak tekintő biomedicina – a mai nyugati medicina fő áramaként – a kriticismust is jórészt a tudományos módszer szabályos alkalmazásának felügye-

⁹ Vö.: Greger: 1999: 191–194.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

letében meríti ki, és a medicina „kultúrkritikájára” nem fogékony. Éppen ezért nem is hajlandó a mindennapi praxis filozófiai-etikai előfeltevéseit vizsgálni:

„...a hallgatóktól elvárják, hogy internalizálják azt a „tényt”, hogy „alapvető” karakterüket a képzési folyamat nem befolyásolja [...] Ha olyan medikális kultúra veszi őket körül, amely bizonyos érzéseket, az introspekciót vagy a személyes reflexiót rosszallja és agyonnyomják őket az alaptudományos kurrikulummal, amely a gépies memorizációt hangsúlyozza, akkor az orvostanhallgatók a képzési folyamat meglehetősen korai szakaszában reflektív rövidlátásra tesznek szert” (Hafferty – Franks 1994: 866).

A nem-reflektív attitűd egyben egyik legfontosabb biztosítéka a rendszer változatlanságának. „A fiatal orvosok körében egy ilyen nem-reflektív hivatásrendi identitás adoptálása talán a leggyakoribb módszer a hallgatólagos és a kifejezett tanulás közötti konfliktust kibékítésére” (Coulehan – Williams 2001: 600–601).

Miképpen lehetséges a rejtett kurrikulum, mi az értelme?

A nyílt és a rejtett kurrikulum közötti diszkrepancia úgy tűnik fel, nem valamilyen anomália, abnormalitás, hanem minden oktatási rendszer és forma sajátossága. Leegyszerűsítve nem jelent mást, minthogy az élet sohasem „zengi be az iskolát” oly módon, hogy ne lenne valamilyen mértékű különbség az „ott kint” tapasztaltak és az iskolában tanultak között; e tekintetben az iskola sokkal inkább a *kell*-t és nem a *van*-t képviseli. Mégis az orvoscépzésben mintha az ideálok és a valóság között – olykor a hallgatókat sokkoló módon – szélesebb lenne a szakadék, mint más hivatások esetében. Mármost felvetődik a kérdés, hogy ha a rejtett kurrikulum ilyen, a képzés alapvető céljait illetően rossz következményekhez vezet – olykor mintha éppen a hirdettettnél ellentétes hivatásszemélyiség vonásokat eredményezne –, hogyan állhat ez a konstelláció elő. Nyilvánvalóan nincs „intelligens tervező”, vagy valamiféle „szuper bizottság”, amely döntött a nyugati orvoscépzés e mély diszkrepanciájának bevezetéséről és fenntartásáról. Ha pedig mégis úgy látszik, hogy *mutatis mutandis* az egész nyugati orvoscépzés sajátosságáról van szó, akkor valamiféle általános kulturális logikának kell itt érvényesülnie. Jelentős erőknak kell hatnia ahhoz, hogy ez az ellentmondás a nyugati kultúrában tartósan általános jelenséggé álljon fenn, amelyet noha ennek a kultúrának a szereplői – ha reflektálnak a jelenségre – problémaként értékelnek, de amelynek megváltoztatásához hiányzik a kellő motiváció, és amely makacsul újra termelődik.

Minthogy *par excellence* kulturális jelenségről van szó, ezért mélyen gyökerezettségét és sok szálon való meghatározottságát feltételezhetjük. Ha e két szempont találkozásánál keresgélünk a válaszok után, akkor a következő tényezők szembe ötlők:



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

1. Az orvosképzés logikája és folyamata megfelel minden szakemberképzés jellegzetességének: a laikusból szakembert kell előállítani. Minthogy a szakember hivatásszemélyiségének vonásai minden szakma esetében *többé-kevésbé* eltérnek a laikus, ún. átlagember vonásaitól, ezért minden szakmai képzés a személyiség "megdolgozását" is jelenti. A személyiség megváltozása mindig magában foglal több-kevesebb szenvedést, amely nélkül a szükséges változások nem mennének végbe. *No pain, no gain* (ha nincs fájdalom, akkor nincs nyereség) közkeletű angol mondás igazsága ebben az esetben is érvényesül. Csakhogy az orvosképzés azon ritka képzések közé tartozik, amelyekben a szakemberré váláshoz szükséges személyiségváltozások inkább a *több*, mint a *kevesebb* mértékébe tartoznak. Azaz, az orvosláshoz szükséges személyiség és környezetéhez való viszonya erősen különbözik a laikus attitűdjeitől. A betegséghez, a beteg személyhez, a testhez, a halálhoz és a halotthoz való hivatásos magatartás „elsajátításához” mélyreható személyiségbeli változások szükségesek. Ez azt jelenti, hogy az orvossá válás messze nem pusztán tudományos, kognitív ismeretek elsajátítását jelenti; nem egyszerűen az egyetemi játszma által tananyagnak nevezett tartalmak „agyi elraktározását”, olykor memorizálását, „biflá-zását” jelenti, hanem mindenek előtt olyan magatartásformák, értékek, normák bensővé tételét, amelyek hosszabb távon sokkal inkább meghatározzák a jövődő orvos sorsát, mint a tudományosan egyébként változékony „tankönyvi” ismeretek. Úgy is fogalmazhatjuk, hogy az orvosképzés „trükkje” az, hogy a nyilvános, pusztán tiszta tudományként prezentált tudás „függönye” mögött a jövődő orvos számára gyakran észrevétlen, ám sokkal meghatározóbb, és mélyebbre ható változások zajlanak le, amelyek annál hatékonyabban alakítják át a laikus személyiségét, minél kevésbé tűnik fel számára működésük. Röviden: a hallgató azt hiszi, hogy a tudományt és az ehhez kapcsolódó technikákat tanul meg, miközben messze ható módon személyisége változik meg.

2. A különféle kultúrák jól ismerték és alkalmazták az átmeneti rítusokat vagy beavatási szertartásokat, amelyek éppen azt hivatottak szolgálni, hogy az egyik személyiség állapotból és a vele járó társadalmi státuszból átvezesse, olykor átkényszerítse a beavatandót – alkalmasint a gyermek helyzetéből a kultúra teljes jogú „polgárának” státuszába. Ez olyan élményekbe való bevezetését jelentette a beavatandónak, amelyek révén elsajátította a gyermekből felnőtté váláshoz szükséges személyiségvonásokat és intellektuális ismereteket; a beavatási szertartás mássá tette a beavatandót, mint a szertartás előtt volt, és ez közösségi megerősítést is kapott. „Filozófiai értelemben a beavatás az egzisztenciális helyzetben beállt alapvető változással egyenértékű; az újonc a megpróbáltatásokból a beavatása előttihez képest egy teljesen más létezőként kerül ki; egy *másikká* válik” (Eliade 1994: X).

A mély, egész személyiséget átalakító beavatási szertartások a modernitásban szinte észrevétlenné váltak. Nyilván nem tűntek el teljesen, hanem olykor időben annyira elnyúltak, hogy intenzitásuk legyengült, így a beavatandók kisebb adagok-



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

ban kapják a „változni valókat”, ezt hívjuk például az oktatási rendszerben zajló nevelésnek/nevelődésnek. Előfordulhat azonban, hogy a személyiségi változások mélysége és az ezek végbevételére rendelkezésre álló idő rövidsége mintegy érzékelhetővé, láthatóvá teszi a beavatási szertartás ősi struktúráját. Ha gyors, ám ugyanakkor mély változásra van szükség, akkor még a modern kultúra is atavisztikus megoldáshoz kénytelen folyamodnia. Ez vonatkozik az orvosképzésre is: a laikusból rövid idő alatt attól sok vonásban és azok mélységében eltérő gyógyító szakember előállításának szükséglete előhívja a régi alakzatokat, „archetípusokat”. Ezért a modern ember számára – aki önmagát történeti lényként, saját története „termékeként” fogja fel – felsejlik annak az archaikus embernek a felnőtté válása, aki nem egy időben elnyúló nevelés, kulturálódás eredménye, hanem a gyermeknek mintegy meg kell halnia ahhoz, hogy felnőttként újjá szülessen – a mi esetünkben ez a laikus és a szakember viszonyára vonatkozik.

A modern értelemben vett személyiség fejlődése – a fent elemzett okok miatt – keveredik a laikus halálával és a szakember „megszületésével”. E történeti értelemben vett „pillanatok alatti” átváltozás már csak azért is szükséges, mert a modern felsőoktatás főként az oktatás kognitív, racionális tartalmaira, az ismeret átadásra és elsajátításra helyezi a hangsúlyt, amely önmagában véve elégtelen a szükséges hivatásszemélyiség előállításához. Túlzás lenne tehát azt állítani, hogy a modern orvosképzés leírható az archaikus beavatási szertartás mintájára, de az talán joggal megállapítható, hogy bizonyos vonásai nagyban emlékeztet az átmenet rítusokéra. A laikus személyiség „szertartásosan” előírt halála azonban „halálközeli” élmények megélését követeli a hallgatóktól.

A beavatás rítus három szakasza ezt a „meghalást” inherensen hordozza, amelyet a régi és az új élet közötti „senki földjén” tartózkodás, majd az újjászületés követ:

1. A résztvevők el(le)választása – szeparáció – korábbi társadalmi helyzetükt(r)ől;
2. Az átmenet szakasza, a liminális fázis, amelyben a résztvevők „sem-sem” helyzetbe kerülnek. Már elszakadtak korábbi státuszuktól, de még nem szereztek meg az új attribútumait. E szakasz fő sajátossága a beavatandó fokozatos pszichés megnyitása az új tudás iránt; az egzisztenciális szorongásából fakadó éhség az új elsajátítására.
3. Újra integrálódás szakasza, amelyben a beavatandók bevonódnak és elmélyednek az új társadalmi helyzetükbe.¹⁰

¹⁰ Vö.: „Van Gennep megmutatta, hogy az átmeneti rítusokat vagy „átmeneteket” mindig három fázis jellemzi: elkülönülés, marginalitás (vagy *limen*, ami latinul küszöböt) jelent) és egyesülés. Az első fázis (az elkülönülés) olyan szimbolikus viselkedésformát tartalmaz, amely egy személy vagy egy csoport leválását jelképezi vagy a társadalmi struktúra egy korábbi, rögzített pontjáról, vagy egy adott kulturális feltételrendszerről (egy „állapotról”), netán mindkettőről. A közbülső, „liminális” szakaszban a rituális szubjektum (az „utazó”) jellemzői bizonytalanok; olyan kulturális területen halad át, amely alig vagy egyáltalán nem emlékeztet a múltbéli vagy az eljövendő állapokra. A harmadik szakaszban (újra egyesülés vagy visszafogadás) az átmenet beteljesedik” (Turner 2002: 107).



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

A beavatási szertartás első fázisának döntő feladata a beavatandó elválasztása korábbi életétől. Míg az archaikus szertartásokban ez gyakran a korábbi családi környezetből való kiemelés révén megy végbe, a modern orvosképzésben a korábbi élettől való elválasztás a rendkívüli mennyiségű tanulási követelmények révén megy végbe. A hallgató csak a tanulásra összpontosít azzal, hogy „privát életére”, családjára, barátaira, párkapcsolatára, hobbijaira, egyáltalában vett önmagára, egész korábbi életére majd a vizsgák és számonkérések után szán időt és energiát. Azonban az elővételezett szabadidő és az ezzel járó „önmegvalósítás” helyett rendszerint újabb tanulmányi kötelességek következnek. Ez olyan egzisztenciális beszűkülést idéz elő a hallgatóban, hogy fokozatosan és szinte észrevétlenül meggyengülnek a laikus életéhez fűződő kötelei, ráadásul „összezárva” a sok hasonló helyzetű társával, ez a helyzet természetesnek, alternatíva mentesnek is tűnik fel.

Noha a résztvevők különböző személyiségűek, amelyet az egyénekre szabott didaktikus módszerekkel lehetne kezelni, de az átmeneti rituálék ezt a problémát úgy oldják meg, hogy a résztvevőket, időlegesen azonos, alacsony kognitív szintre redukálják: a „vagy-vagy”, „fehér vagy fekete” gondolkodásmód nem enged meg alternatív lehetőségeket vagy nézeteket. Ez az előfeltétele annak a kognitív újra szerveződésnek, amely az igazi pszichés átalakulással együtt jár. „Az orvosi fakultáson ez „csőlátáshoz” [*tunnel vision*] vezet, amelyben a medikális tan mindenek felettévé válik” (Davis-Floyd – Robbie 1987: 297).

„Az irritáló irreleváns tananyagok „biflázása” a „lefárasztó” technika révén a beavatás hatásosságát növeli. E túlterheltség egyik következménye a beavatandó fokozódó izolációja” (Davis-Floyd – Robbie 1987). Az elszigetelt, korábbi (szub)kultúrájától elválasztott, abból kiszakított hallgató komoly, identitásvesztéshez kötődő szorongásokat élhet meg. Régi egzisztenciális vonatkoztatási rendszerének elbizonytalanodásával párhuzamosan nyílik meg az új identitás felé. Az új identitás vonásai pedig a techno-tudományos medicina értékrendszerén alapulnak. Ez azt jelenti, hogy a laicitás világából és az ott megélt betegszerepből hozott humanisztikus ideálok megkopnak. Így a hallgatónak újra kell definiálnia viszonyát ezekhez azzal, hogy be kell lépnie új hivatásrendjébe. A „szenvédő emberiséggel” együtt érző gyógyító ideálja és az új követelmények közé új értékek lépnek. A beavatás liminális szakasza éppen ezeket „préseli” nagy erővel a hallgató személyiségébe. Az individualitástól megfosztó gyakorlatok, a páciens korlátozottan cselekvőnek [*agency*] tekintése, az orvos és beteg különbségének hangsúlyozása, a mechanizáció, az empátia csökkentése és a morális távolságtartás (Haque – Waytz 2012) a laikus idealizmusától erősen különböző attitűdjeinek a bensővé tétele csak a laicitással való viszonylag gyors, de egyben mély szakítás révén mehet végbe, amelyet a beavatás történelmileg bevált technikáinak alkalmazása tesz lehetővé. A beavatási szertartások nevezhetők „traumatizáló technikáknak” is, amelyek hasonló mechanizmusokat működtetnek, mint a „közönséges” trauma folyamatok. Egy fontos tényező azonban megkülönbözt-



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

teti az ilyen jóindulatú traumákat a rosszindulatúaktól. Míg mind a beavatás, mind a trauma első lépcsőben a korábbi személyiség nagymértékű rombolásával jár, addig a beavatás végső fázisában egy új, értelmes világba vezet be az újoncot, a közönséges trauma esetében az új értelem megtalálása elmarad, és a traumatizált a liminális szakaszban, mintegy a senki földjén marad.

Ezt az egzisztenciális kétségekkel teli állapotot jelenítik meg a manapság poszt-traumatikus stressz zavarnak nevezett kórkép tünetei. Úgy tűnik fel, hogy az orvosképzés végén megszerzett új identitás nem képes teljesen kárpótolni az elvesztett laikus ideálokat, azok nem hálnak meg a hallgató számára, mert mélyen gyökereznek a nyugati kultúra orvosképzésében, amely sohasem cserélte fel ezeket teljesen a test-mérnökséggel járó normákra. Ezért olyan új gyógyító állhat csak elő, aki mintegy örökké magán hordozza a beavatás sebeit, saját „gyermeki” ideáljai együtt élnek új szakemberi énképével. A „szakember”-ben pedig a szak előtag hol az ember kibővíthetője, hol fosztóképzője – mindenekelőtt ember, aki technikai tudással bír vagy mindenekelőtt technikus, akiben olykor felsejlenek a humanisztikus ideálok és az ezeknek megfelelő viselkedésvonások.

3. A sérült gyógyító

A drasztikus identitás átalakulás drámai élményekkel jár, amelyekre így tekint vissza a neves orvosi antropológus:

„Az orvosképzés traumatikus időszak lehet, de rendszerint sokkal inkább az, mint amennyire szükség lenne... eltöprengtem azon, hogy mind az a szenvedés, amely az orvostanhallgatókra és a fiatal orvosokra nehezedik talán *nem* teljesen véletlen. Nem pusztán az erős munkaterhelés, az alváshiány, a nem megfelelő személyzet és a hiányos források kérdése, hanem bizonyos mértékig szándékoltnak tűnik. Egyfajta beavatás, egy primitív átmeneti rítus egy ezoterikus és védett hivatásba – abba, amit az antropológusok „gyógyító kultusznak” hívnak. A gyógyítóvá válás érdekében talán lényeges lehet a valamilyen módon való sérültté válás. [...] Az orvosképzésben az, hogy korán kivagy téve traumatikus élményeknek azt jelenti, hogy felkészítenek a betegségnek és a halálnak arra a végtelen folyamatára, amellyel elkerülhetetlenül találkozni fogsz, és így könnyebbé válik az ezekkel való megbirkózás. De vannak olyanok, akik számára azok a sérülések, amelyek arra vannak szánva, hogy megvédjék őket, talán az ellenkező hatást váltják ki. Talán még el is pusztítják őket” (Helman 2014: 113).

„Közülünk számosan – talán nem mindenki – ezekből az élményekből sérült gyógyítóként emelkedik ki. Örül annak, hogy végre *igazi* orvossá vált, de, bizonyos szinten, mélyen megsebzett is” (Helman 2014: 112–113).

A modern orvosképzés látszólag tagadja a görög mitológiából eredő, és azóta számos módon megerősített sebzett gyógyító toposzát. Hiszen úgy jeleníti meg a gyógyítót, mint aki talán némi morális fölényrel bír ugyan az átlagemberekkel szemben, de sajátos társadalmi státuszát mindenképp a tudáshoz, nevezetesen



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

a tudományos tudáshoz való viszonya alapozza meg. Ennek pedig semmi köze a sebzettséghez: ebből a szempontból igazából mindegy is, hogy az orvos személyesen sérült-e vagy sem, ami fontos az a tudományos-technikai tudás alkalmazása. Az orvossá váláshoz e szerint nem szükséges a sebzettség, inkább akadályozó, kiiktatandó tényező, amely meg is nehezítheti a kívánatos objektív alapállás gyakorlását, szemben a „normális”, „ép lelkű” gyógyítóval, aki személyiségének nyugodt felszínét nem zavarják mélyről jövő érzelmi hullámlások. (Talán jobb is, ha nincs mélysége, csak felszín[esség]e.)

Továbbá, míg korábban a sebzettség a gyógyítóvá válás előfeltétele volt, addig a modern orvosképzés nem törődik a sebzettséggel mint bemeneti követelménnyel, de úgy tűnik fel, hogy előállítja a sebzettséget a „beavatási szertartása” során. Vagyis a modern medicina látszólag közömbös a sebzettség, mint a gyógyítóvá válás archaikus és alapvető követelménye iránt, miközben a képzési folyamatban rendszerszerűen előállítja azt. Mintha az nem bemeneti, hanem inkább kimeneti követelménye lenne az orvossá válásnak.

Egyébként a sebzettség a gyógyító esetében valami olyasmit jelent, amelyet manapság lelki sebzettségnek vagy a személy sebzettségének neveznénk, amely ha testi tünetekben is jelenik meg, a személyiség, a hivatás személyiség megéréséhez szükséges, sőt elengedhetetlen sajátosság – nem pusztán szomatikus tünet. Amikor a modern medicinában újra felbukkan, akkor annak perifériáján, a lélekgyógyászatban – és annak is *nem* a medikális szegmensében – jelzi az orvos személyiségének fontosságát egy olyan korban, amikor ez nem tűnt érdeklegesnek. C. G. Jung, aki a témát újra felveti, így fogalmaz:

„Minden túlzás nélkül mondhatjuk, hogy a mélyreható kezelések sikere legalább fele részben az orvos önvizsgálatán múlik, hiszen ő csak azt tudja rendbe tenni betegében, ami őbenne már rendben van. Nem tévedés azt mondani, hogy beteg eltalálja, megindítja, megdöbbeníti, megérinti: saját sebesülésének mértékétől függ, mennyire tud gyógyítani. A sebesült orvosról szóló görög mítosz is erről mesél, nem másról” (Jung 2002: 117).

A sebzettség döntően a gyógyító vagy segítő hivatáshoz szükséges személyiségjegyek (együttérzés, empátia stb.) megéréséhez szükséges és nem a technikai ismeretek megszerzéséhez vagy fejlesztéséhez, azaz éppen nem azokhoz a vonásokhoz, amelyek a tudományos-technikai tudáshoz kellenek. A sebész technikai tudása mint megfelelő eljárások ismerete független attól, hogy neki magának van-e olyan betegsége, amelyet a betegében éppen kezelni készül. Sőt, a pszichiáter – pedig ő a lélek orvosa lenne – diagnosztikus és gyógyszer alkalmazási képessége sem függ lelki sebzettségétől, ha ez nem más, mint tünetek betegségkategóriákhoz rendelése, illetve a megfelelő diagnózishoz megfelelő biokémiai hatóanyag rendelése. Természetesen itt inkább hangsúlybeli különbségekről van szó, hiszen a tudományos ismeretek megszerzéséhez komoly motivációt jelenthet a saját sérülés enyhítésének igénye. Mindazonáltal, azok a sebek, amelyeket *Kheiron* (az első sebzett gyógyító)



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

vagy a sámánná válók hordoztak az egész személyiség bevonódását és átalakulását igényelték és nem valamiféle testileg jól lokalizálható, szervi problémaként jelentek meg. *A sebzett gyógyítónak az egész világa sérült és nem pusztán valamelyik test tája.*

Éppen így az orvusképzésben mint beavatásban a hallgató egész laikus világa sérül (alkalmasint omlik össze), azaz a beavatás „normális” folyamata részeként egyben a sebek gyógyítási „módszereinek” is fel kellene kínálkozniuk. Úgy tűnik fel azonban, hogy a rejtett kurrikulum tipikus tartalmainak egyik fontos „támadási iránya” az, hogy úgy sebződjön meg a jövő gyógyítója, hogy ez a sebzettség azután mint a gyógyítás szempontjából lényegtelen, szerepet nem játszó tényező jelenjen meg. Legfeljebb szakmai szempontból az a jelentősége, hogy akadályozója lehet a szakember szakszerű tevékenységének – de semmiképpen sem lehet az orvos épülésének fontos tényezője. A modern orvos sebzett szakember, aki számára sem a sebzettség, sem annak esetleges spontán enyhülése nem reflektált. Ez inkább egy olyan kognitív-intellektuális egyoldalú túlfejlettséghez vezet, amely egyfelől a szakma technikai-tudományos aspektusait hangsúlyozza, másrészt az orvos „megoldatlan” személyiségét háttérbe szorítja – ezek pontosan azok a vonások, amelyek a modern medicina működtetéséhez szükségesek. Az orvos megsebzettségét ekképpen tagadó, elrejtő és így dehumanizálónak nevezhető tendenciák elevenen tartják a sebeket és komoly akadályokat gördítenek a jövő orvos önmagára találásának, önmagát gyógyítóként való megélésének útjába. Ez egyben lehetővé teszi a beavatott új orvos számára egy alapvetően „lélektelen”, a beteget, orvost eltárgyasító, elidegenedett rendszerbe való gyötrelmes beilleszkedést, és az abban való frusztráló munkálkodást.

4. A modern medicina gyakorlatának és a humanisztikus ideáljainak ellentmondása.

A feszültség mindenekelőtt abban van, ahogy a medicinát övező kultúra saját alapvető ellentmondásait orvoslásába plántálja, és annak aktorait is ezek kihordására és újratermelésére készíti:

„Minden kultúrának megvan az árnyéka, valamilyen módon elfojtja polgárai egészségességét. Rávesz bennünket, hogy korlátozzuk magunkat azzal, hogy egészségünk bizonyos részeit elutasítja. [...]”

Az orvosi kultúra erősíti annak a nagyobb kultúrának az értékeit, amelyet szolgálni próbál. Talán ezért néznek tisztelettel a gyógyítókra, sikeres embereknek tekintve őket. Tapasztalatom szerint azok, akiket sikeresnek ismernek el rendszerint a legmélyebb kulturális sebeket hordozzák. Az orvosok sérüléseket szenvednek képzésük során. Azt tanítják nekünk, hogy az objektivitás egy sérthetetlen helyzet. De az objektivitás rendszerint sérülékennyé tesz bennünket. Az objektív helyzetből senki sem fér hozzá emberi erőforrásaihoz. Nem sírhatsz, búsulhatsz vagy imádkozhatsz. Még azt sem tudhatod, hogy szeretnek-e azok az emberek, akiket szolgálsz. Az objek-



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

tivítás sérülékennyé teszi az orvost a kiégés iránt. Megakadályoz bennünket abban, hogy értelmet találjunk. [...] Az értelmet csak eredeti kapcsolatokon keresztül lehet megtalálni” (Remen 2000).

Az orvosképzés nyílt és rejtett kurrikulumának ellentmondásossága pontosan tükrözi a modern nyugati medicina gyakorlatának és e gyakorlat mögött álló ideálok „egyrészt-másrészt kultúráját”. Már a kezdetektől világos volt ez a gondolkodók és a kritikus megfigyelők előtt. Amikor *Abraham Flexner* azért ünneplik, mert az amerikai orvosképzést szigorú tudományos alapokra helyezve újíttatta meg, akkor nem szabad megfeledkezni arról, hogy tizenöt évvel híres jelentésének leadása után a változásokat értékelve azt is megfogalmazta, hogy “A tudományos medicina Amerikában – fiatal, erőteljes és pozitívista – ma sajnálatosan nélkülözi a kulturális és a filozófiai háttérrel” (Flexner 1925: 18). Az eredetileg szükséges tudományosság immár „túlpörgött”, a humanisztikus, a medicinát „művészetté” tevő vonások pedig háttérbe szorultak. Egy mai orvos-kutató ezt így látja: „Az orvosképzés első két évében megtanulandó hatalmas mennyiségű alap orvostudományi tárgyak mellett, az egyik legfontosabb feladat az, hogy a hallgatók megtanuljanak különbséget tenni a „páciens” és a „személy” között.

Mindannyian tudjuk, hogy a személy olyan valaki, akinek „Én-sége” van, tudatossággal és szubjektív élménnyel, érték és céltudattal, mint nekünk. A páciens azonban egy test, amelyben a fájdalom és a betegség élményeit olyan objektív jelenségekként kell felfogni, amelyek a tudomány eszközeivel megfigyelhetők és verifikálhatók” (Abramson 2004: 206).

Nincs itt helye a modern medicina egész történetén végighúzódnó törésvonal részletes tárgyalására, amelynek egyébként tengernyi irodalma van. Ez a hasadás olyan jelentős, hogy azt is mondhatnánk ez az egyik identitás képzője korunk orvoslásának, ami nélkül nem lenne az, ami: a modern orvoslás meghatározó sajátossága az élet feletti technikai uralom kibontakozása, amely az ember olyan eltárgyasításával jár együtt, amely egyben a humanisztikus vonások visszaszorulását is jelenti. A változás jól követhető: *Luke Fields* híres, *Az orvos* c. festményén, amelyen egy haldokló gyermek ágya mellett töprengő, technikailag tehetetlen, ám ugyanakkor erőteljesen a páciensre figyelő orvost látunk (háttérben a kétségbeesett szülővel). „...az orvos keveset tehetett azért, hogy megmentse a fiút a tuberkulózis baktérium pusztításától [...] mégis aligha lehet kétségünk afelől, hogy mind a gyermek a festményen, mind a szülei az ablaknál tudták, hogy az orvos egyedül a gyermekkel törődik” (Wachter 2015: 26). Ma az orvos technikailag sokkal többre képes, de egyben mintha a páciens szolgájából a technika szolgájává vált volna – sokkal kevesebbet van pácienssel, és sokkal többet törődik a páciensről szóló, de immár tőle távol kerülő adatokkal. Az orvostanhallgató például a pácienssel való együttérzés orvosi erényeiről hall elméleti előadást, de a gyakorlatban esetleg a páciens adatait tanulmányozza egy számítógép képernyőn – a pácienssel való személyes törődés, sőt találkozás helyett.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

A nyílt és a rejtett kurrikulum eltérései tehát nem pusztán a képzésben rejlő problémák, hanem a modern nyugati medicina, az ún. biomedicina ellentmondásainak leképeződését jelentik a képzésben. A nyílt kurrikulum szerint olyan orvosokat kellene előállítani, akik a páciens egyszerre képesek tárgyként és emberként kezelni, és „művészien” (art) képesek a két nézőpontot váltogatni a hippokratészi követelmények minél jobb érvényesülése, azaz a páciens érdekében. A rejtett kurrikulum ezt az egyensúlyt billenti el a tárgyszerűség és a szakszerűség irányába – a humanisztikus vonások kárára.

A rejtett és nyílt kurrikulum diszkrepanciájának értelme eszerint annak a sérült gyógyítónak az előállítása, aki philoktétészi sérültségében felmutatja, magán hordozza a modern medicina humanitásbeli sebzettségét. Ezért a jövőbeli gyógyító beavatása nem is tartalmaz a sérültségre gyógyírt, különben elveszne a technikai értelemben vett fejlődés dinamikáját biztosító „üzemanyag” – ebben a vonásában különbözik meghatározó módon a tradicionális átmeneti rítustól.

A kognitív disszonancia feloldására hivatott hallgatói attitűdök

A hallgatólagos és nyíltan hirdetett értékek három megküzdési – nem megoldási – formáját” vázolja fel *Coulehan* és *Williams* a hallgatók számára:

Az első magának a diszkrepanciának a tagadásán alapul. Ez esetben a hallgató úgy éli meg, hogy a rejtett kurrikulumban tapasztalt magatartásformák, értékek követésével valójában a hirdetetteket valósítja meg. Mindenekelőtt a páciens érdekeit az szolgálja a legjobban, ha az orvos a saját érdekeit érvényesíti. Ha a jövőbeli orvos a kórházi klinikai kultúra hagyományos és „bevált” magatartásmintáinak megfelelően vezeti szakmai életét, akkor éppen ez a rutinszerűség garantálja azt, hogy ezen értékekkel nem lehet baj. A „mindig is így volt, ezután is így lesz” nem-reflektáló attitűd a rutinból táplálkozik, és egyben erősíti is annak a hatalmát.

A másik lehetséges feldolgozási mód a cinikus attitűd kifejezett érvényre juttatása. A nyílt értékek követésének lehetőségét a „mese habbal”, vagy „tisztá naivitás” kifejezésekkel minősítő szakember attitűdje ez. Ebben az esetben a „szak” előtag nem kibővíthető vagy az „ember” szó egy sajátos vonásának hangsúlyozója, hanem annak fosztóképzőjeként működik. E megközelítéshez jól illenek a „rettenetes ember, de kiváló diagnosztus” vagy a „kiváló orvos, de rosszul bánik a betegeivel” megállapítások. Ezek éppen azt tükrözik, hogy az illető szakmai megnyilvánulásaiban látványosan és nyilvánvalóan félredobta a nyílt kurrikulumban megfogalmazott értékeket.¹¹

¹¹ Vö.: A medikális professzionizmus négy lényeges eleme: „(1) a saját érdek alávetése a páciensek érdekeinek; (2) magas etikai és morális standardokhoz való ragaszkodás; (3) társadalmi szükségletekre való válaszolás; és (4) alapvető humanista értékek tanúsítása (pl. empátia, integritás, altruizmus, megbízhatóság)” (Swick et al. 1999).



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

E „megoldás” eminens megszemélyesítője Dr. House, akinek cinizmusát a következő két kijelentése jól szemlélteti: „... a betegségek kezelése miatt lettünk orvosok. A betegek kezelése az, ami a legtöbb orvost szerencsétlenné teszi.” „A humanitás túl van értékelve [„*Humanity is overrated.*”] (Rich et al. 2008).

Végül harmadik lehetőségként jelennek meg azok a hallgatók, akik „immunisak” a rejtett kurrikulum értékeire, és fenntartják azokat a humanisztikus ideálokat, amelyekkel az orvosi fakultásra jöttek, és amelyeket egyébként ott hivatalosan tanítanak nekik. Számos tényező segítheti ezeket a hallgatókat a hagyományos medikális értékek fenntartásában és elmélyítésében, ilyenek például a medicinán túli laikus vagy tradicionális értékek elevenen tartása. Az orvosképzés nemcsak azt tanítja meg, hogyan lesz valaki szakember, hanem azt is hogyan szűnjön meg laikusnak lenni.¹² Ha azonban a laicitástól való elszakadás szinte totálissá válik, azaz nem csak a technikai-technológiai értelemben történik meg, hanem az attitűdök és értékek szintjén is, akkor könnyű a rejtett kurrikulumot érvényre juttatni.

Az „immunizáció” további segítője lehet egyebek mellett az etika és általában a humaniörák módszereinek, nézőpontjának erőteljesebb megjelenése az orvosképzésben.

A két kurrikulum közötti diszkrepancia csökkentésének reménye

Ha a rejtett kurrikulumot a nyílt értékei szempontjából vizsgáljuk, ami egyébként nagyon is természetes alapállásnak tekinthető, akkor a rejtett kurrikulum épp-így-létében radikálisan és szinte azonnal felszámolandó sajátosságának látszik az orvosképzésnek. Mégis nehezen hihető, hogy a siker reményével *akcionista*, rövid távú „megváltó” programok dolgozhatók ki. A helyzet valószínűleg az optimizmus-pesszimizmus kategória párok szempontjából sem egyszerű:

1. A rejtett és a hirdetett kurrikulum léte közötti konfliktus arra utal, hogy „a képzéssel foglalkozóknak kevésbé arra kell koncentrálni, hogy mit tanítanak az orvosi fakultáson, sokkal inkább arra, hogy mit tanulnak meg a hallgatók” (Hundert et al. 1996: 629). Ez azonban miközben heurisztikus nézőpontváltást jelenthet, és szám os új aspektus megjelenését vonja maga után, egyúttal azonban a problémát szinte kezelhetetlenül bonyolulttá teszi. Hiszen mindenki azt várná az ezen szempontot érvényesítő vizsgálat után, hogy a folyamatok kontrollját ígérő „akciók” indulhatnak be, amelyek aztán a helyes irányba terelik az orvosi fakultások életét. De hogyan lehet kontrollált cselekvésekkel befolyásolni azt, hogy mit beszélnek a hallgatók a menzán vagy a kollégiumi szobában? Hogyan lehet az esetleg cinikus magatartást tanúsító tanárt okos tervvel rávenni arra, hogy más hangot üssön meg betegével a hallgatók jelenlétében? Ne feledjük, hogy a rejtett kurrikulum *per definicionem* nem

¹² Vö.: Hafferty – Franks 1994.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

látható, nem érhető tetten. Amint reflektálttá válik, már nem rejtett többé; elolvad, mint a vaj a napon. Illegalitásra éppen azért van szüksége, mert tartalmi *nyíltan* vállalhatatlanok és tarthatatlanok az adott kulturális közegben.

Éppen ezért a rejtett kurrikulum erői uralmuk fenntartására legalább három módszert alkalmaznak a „napfénnel” fenyegető kritikusokkal szemben. Az egyik az az „ünnepi beszéd stílus”, amely a problémát, bár jelenlévőnek, de marginálisnak minősíti, miközben deklarálja: a nyílt kurrikulum alapvetően megvalósul, a rendszer betölti hivatását, majd példákat sorakoztat fel az orvoslás nagy teljesítményeire, új felfedezéseire vagy jelentős személyek kiemelkedő humanitást mutató példájára hivatkozik. (Az amerikai viták éppen arra utalnak, hogy azok közül is többeknek, akik státuszokból adódóan „ünnepi beszédeket” mondanak, elment a kedvük az önünnepléstől, és ünneprontókká válnak.) A másik bevett taktika szerint minden, mégoly jól argumentált kritikát szinte felbukkanásakor azonnal „orvos ellenesnek” minősítik. Mint láttuk a két kurrikulum (és más mai nyugati orvoslással összefüggő probléma) kifejtéséből sem a konkrét orvos személyiségére, sem szaktudására vonatkozóan nem következik semmi dehonesztáló, és az ilyen kritika a medicina által felhalmozott tudást sem kérdőjelezi meg.

Arra azonban utal, hogy az orvosképzésnek – nyílt kurrikulumának megfelelően – inkább együttérző szakembereket kellene képeznie, semmint „*ember-technikusokat*”. A rejtett kurrikulum kontrollátlansága pedig az utóbbi veszélyével fenyeget. Az angolszász „riadalom” arra utal, hogy felismerték, a társadalom a késő-modern kultúra minden technika imádata mellett sem tűri, ha az orvostól „ingerküszöb alatti” folyamatok nyomán „*ember-szerelő*” válik. Végül a rejtett kurrikulum keltette veszélyek lebecsülésének harmadik módja a hallgatók intellektuális teljesítményének túlértékelése karakterük, attitűdjeik, egyáltalán egész szakmai-emberi habitusuk rovására. A nagy mennyiségű faktuális tananyag bizonyos időpontra való memorizálása, és ennek jó kvantitatív teszt eredményekben való tükröződése az egyik összetevője lehet az orvossá válás folyamatának. De e mozzanat abszolutizálása, és szinte egyedüli mércévé tétele nem egyszerűen csak a rejtett kurrikulum érvényesülését segítő elem, hanem valójában a rejtett kurrikulum működésének egyik legfontosabb összetevője, a hallgatói frusztráció és az ennek következtében előálló cinizmus alapvető motiválója. Az ún. objektivitást nyújtó mérési módszerek abszolutizálása szomorúan kiváló példája annak, hogy a „valóság tükrözésére” – ez esetben a hallgatói felkészültség mérésére – hivatott módszertan valójában nem egyszerűen leképezi, ami van, hanem át is alakítja azt; kiszorít és elértéktelenít minden olyan képességet, amely nem jó tárgya a mérhetőségnek. Ezek pedig pontosan azok a medikális műveszethez szükséges tudásnemek, amelyeket a rejtett kurrikulum rosszul tolerál.

2. A nyílt és rejtett kurrikulum léte nyilvánvalóan az orvosi fakultások működésének nem mellékes, hanem kultúraképző eleme. A kettő sajátos és fent jellemzett feszültsége az orvostanhallgatók beavatásának egyik, ha nem a legdöntőbb forrása és folyamata. A két kurrikulum egymáshoz való dinamikus viszonya az orvosi fa-



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

kultások identitásának döntő tényezője. Egyben annak az identításkomponensnek a fenntartásához szolgált az ez a konstelláció kifogyhatatlan energiaforrást, amely minden lehetséges változtatásnak azzal az ideológiával áll ellent, hogy „Mi is úgy lettünk nagyszerűek, hogy védtelenül és felkészületlenül szenvedtük végig a két kurrikulum rejtőzködő viszonyát, tehát az ezután következők is menjenek végig mind azokon a beavatási folyamatokon, amelyeken mi is átestünk.”

3. A rejtett kurrikulum léte ráadásul nem *differencia specifica* az orvoscépzésnek, hanem minden oktatási és képzési forma – az általános iskolától az egyetemig – inherens alkotója. Az orvosi fakultások tehát nem a rejtett kurrikulum létében különböznek, hanem valószínűleg abban, hogy a rejtett kurrikulum tartalmi itt nyilvánvalóbb ellentmondásban vannak azokkal az erkölcsi, habituális, magatartásbeli tartalmakkal, amelyet a társadalom az orvoslástól mint hivatástól elvár. Az angol-szász medicinát és orvoscépzést – belülről is – kritizálók egyik fő kifogása éppen az orvosolás technikai-rationális irányultságának fölénybe kerülése az orvoslás mint erkölcsi vállalkozás felfogásával szemben. Úgy is meg lehet fogalmazni, hogy a rejtett kurrikulum az első értékeit, míg a nyílt az utóbbi elveit érvényesíti. Ami a kultúra orvosi praxisában később nyíltan megjelenik és a betegek elpártolásában mint gyakorlati kritikában manifesztálódik, az a képzésben rejtett kurrikulumként van jelen. Ami pedig a képzésben a nyíltan hirdetett elvekhez tartozik, az később a gyakorlatban mint nem szakmai, mellékes, nem lényeges, a karrierben nem értékelendő vagy egyenesen hátrányosként mutatkozik meg. Ez azt is jelenti, hogy a rejtett kurrikulum meggyengítése csak akkor lehetséges, ha a képzés környezetét jelentő medikális praxis kultúrája támogatja ezt. Ha a nyílt kurrikulumban foglalt normák és értékek betartása és követése a szakmai karrier alapvető feltételévé válik. Senki sem gondolhatja komolyan, hogy az orvoscépzés kurrikuluma radikálisan különbözhet magának az orvoslásnak a „kurrikulumától”.

4. Pusztán heurisztikus értéke miatt a nyílt és a rejtett kurrikulum az orvosi fakultás tudatos és tudattalan „személyiségének” megnyilvánulásaként, ambivalens intencióinak manifesztációjaként is felfogható. Természetesen ez esetben a tudatalanság nem valamiféle irracionálisitást jelent (szemben pl. a freudi felfogással), hanem egy másik rejtőzködésre ítélt racionalitás létezési módja. Úgy is fogalmazhatunk – természetesen a metafora keretei túlfeszítésének veszélyével –, hogy a rejtett kurrikulum az orvosi fakultás ösztönének törekvéseit¹³, míg a nyílt kurrikulum fellettes-énjét testesíti meg; az egyik a biomedikális paradigma eltárgyasító logikáját követi, a másik a humanisztikus medicináét. Úgy tűnik fel, hogy a mai folyamatok nem enyhítik a kettő közötti feszültséget, ellenkezőleg fokozzák azt. Egyre erősebbek azok a szakmai és szakmán kívüli hangok, amelyek humanisztikus változást

¹³ Ezen „ösztön” részösztönei: a szomatikus mindennek felettsége, a lelki háttérbe szorítása, az emberi jelenség mérhetőre redukálása, az általános túlhangsúlyozása az egyedivel, az egyszerűvel szemben, a technika-orientáltság stb.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

sürgetnek a medikális gyakorlatban, azaz a felettes-én egyre hangosabb.¹⁴ Ugyanakkor azonban a medicina társadalmi sikereket, presztízst, pénzt, hatalmat azzal a biomedicinával arat, amely a rejtett kurrikulumban megjelenő értékeket, attitűdöket implikálja.

Az orvosképzésben a hallgatókra nehezedő kettős üzenethalmaz ezek szerint jól tükrözi a medicina, a medikális praxissal szembeni ambivalens kulturális attitűdöt.

A kulturális környezet megkerülhetetlen hatását jól mutatja, hogy az orvosképzés problémáit, – benne a rejtett kurrikulummal – felvető szereplők döntően éppen a megváltozott társadalmi-kulturális környezetben, és annak elvárásaiban látják kritikájuk alapját és kiindulópontját. Hiszen éppen a megváltozó tendenciák teszik egyre feltűnőbbé a rejtett kurrikulum rossz hatását.

Milyen a magyar orvosképzés rejtett kurrikuluma?

Az olvasóban valószínűleg már az eddigiiek során is többször felmerült a kérdés, hogy miért pusztán Amerikáról, vagy tágabb értelemben az angolszász tapasztalatokról szólunk, és miért nem esik szó a hazai helyzetről. Erre a legegyszerűbb válasz az lenne, hogy mert nem tudjuk, hogyan működik nálunk a rejtett kurrikulum. Természetesen vannak írások, amelyek a hallgatói szocializáció más aspektusaival foglalkoznak¹⁵, de úgy tűnik fel, hogy tudományos értelemben nem tudjuk pontosan, mit *tanulnak meg* a hallgatók a magyar orvosi fakultásokon. Természetesen zajlottak és zajlanak kurrikulum reformok, amelyek azonban – a dolog természetéből adódóan – a nyílt kurrikulummal foglalkoznak. A rejtett kurrikulum nemcsak azért nem

¹⁴ Három nagy belgyógyász szövetség a *The Lancet*ben tette közé a „Charta az orvosi hivatásról” c. dokumentumát, amely a következő három alapelvet állapítja meg: a páciens jólétének elsődlegessége, a páciens autonómiája, a társadalmi igazságosság, valamint felsorolja a szakmai felelősség fő elemeit, amelyek a következők iránti elkötelezettséget foglalják magukban: kompetencia, őszinteség a pácienssel szemben, bizalom és titoktartás, megfelelő viszony fenntartása a pácienssel, a gyógyítás minőségének javítása, a gyógyításhoz való hozzáférés javítása, a véges források igazságos elosztása, a tudományos tudás, a bizalom fenntartása az érdekkonfliktusok kezelésével, a szakmai felelősség. Mint látható, a fenti elveknek csak a töredéke van közvetlen kapcsolatban a rejtett kurrikulum biomedikális logikájával, és valójában a medicina lelkiismeretét testesíti meg, megfogalmazásuk igénye pedig egyfajta lelkiismeret-furdalás jele (Blanc 2002).

¹⁵ Vö. a teljesség igénye nélkül: pl. Császi Lajos (1984): A laikus idealizmus elvesztése. In: Valóság, 25, 10, 623–630.; Sági Matild (1987): Az orvostanhallgatók foglalkozási szocializációja. In: Szociológia, 4: 491–512.; Popper Péter (szerk.) (1991): A jövő orvosai. SOTE Orvopszichológiai Oktatási Csoport, Budapest (Kézirat), Bagdy Emőke – Mogyorósy Csaba (1988): Quo vadis medicus? Pályamotivációk alakulása az orvosegyetemi képzés során. In: Medicus Universalis, 1: 5–8.; Pék Győző – Hazag Anikó – Vargáné Bálint Mária – Molnár Péter: Developing Student Communication and Assessing their Progress in the Framework of International Collaboration in the Field of Medical Education. Kézirat; Molnár Regina – Molnár Péter (2002): Az orvosi pályaszocializáció. In: Lege Artis Medicinae, 12: 250–254.; Molnár Péter – Csabai Márta – Csörsz Ilona (2003): Orvosi professzionizáció és magatartástudomány. Magyar Tudomány, 48. évf., 11. sz.: 1391–1400.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

kerül e reformokkal kapcsolatban szóba, mert hiányos e probléma hazai recepciója, hanem mert a reformok aktív résztvevőinek energiáit bőven lekötik – és olykor fel-emésztik – a mindig hatalmi és presztízsszempontokkal teletűzdelt küzdelmek a nyílt kurrikulum gyakran kevés eredményt hozó korszerűsítéséért. Ráadásul ezek a szükséges, de egyben kínkeservesen végrehajtott változtatások azt az illúziót is magukban foglalják, hogy a nyílt kurrikulum reformjai egyben magának az orvospérezésnek a reformját is magukban foglalják. Pedig az új tudományos ismeretek, új tantárgyakban megnyilvánuló beemelése a képzésbe, vagy a tárgyak közötti óraszámok megváltoztatása, vagy – az utóbbi évek egyik legjelentősebb szemléletbeli fejleménye – a magatartástudományok és az orvosi humaniorák, még ha nem is túl nagy súlyú megjelenése az orvospérezésben – nos, ezen öröndetes fejlemények önmagukban nem tudják döntően befolyásolni a rejtett kurrikulum hatását. Nem is szólva arról, hogy az újítók minden jó szándéka ellenére az adott kontextusban a rejtett kurrikulum „szándékait” erősíthetik. Az új ismeretek mennyiségi szempontú beemelése ugyanis csak a hallgatókra nehezedő prést teszi még nyomasztóbbá, azt a frusztrációt fokozza, amely a rejtett kurrikulum egyik leghatékonyabb eszköze. A magatartástudományok és az orvosi humaniorák vonakodó, „két lépés előre, egy lépés hátra” jellegű bevezetése az orvosi fakultások programjába – minden, a nyílt kurrikulum értékeit segítő mozzanata mellett is – fokozza a hallgatók óra és tananyag terhelését, következésképpen a már többször emlegetett frusztrációt; marginalizált, karantén-szerű helyzetük pedig azt sugallja a hallgatók számára, hogy ezek komolytalan, szakmai szempontból mellékes diszciplínák, következésképpen az általuk képviselt nézőpontok, értékek, normák, megközelítési módok is hasonló szigorúsággal veendők. A rejtett kurrikulum mentén szerveződő, éppen csak kialakuló új szakmai identitás elemei pedig még agresszív elutasítással is válaszolhatnak az ezeket a nyílt kurrikulum nevében megkérdőjelező diszciplínák törekvéseire.

A magyar helyzettel foglalkozó lehetséges vizsgálat óvatos hipotézisének talán annyi mégis megfogalmazható, hogy nehezen találhatnánk olyan érvet, amely a magyar orvospérezés amerikaiától vagy más nyugati képzésektől radikálisan más tendenciái mellett kardoskodna.¹⁶

De semmilyen vélekedés nem pótolhat egy olyan tudományos vizsgálatot, amely arra az átfogó kérdésre keresi a választ, hogy mi folyik valójában a „két kurrikulum” szempontjából a magyar orvospérezésben. E vizsgálat nélkül ugyanis csak az érdekel és előítéletekkel telített vélekedések sorozatához juthatunk, amely nem lép túl

¹⁶ Erre azért utal pl. Bagdy – Mogorósy (1988): „...a *normatív* (a kollektív elvárásokban az orvossal szemben megjelenő és lelkiismereti követelményként élő) *imago* kognitív szinten megőrzi a mélyen humanisztikus igényeket, ezzel szemben a jövőd orvos egyre tehetetlenebb, ’eszköztelenebbnek és teljesítőképtelenebbnek’ érzi magát. Ez a *rejtett identitáskonfliktus*, és megoldási képtelensége látszik a legfőbb „táperőnek” abban, hogy a pályakezdők az orvosegyetemi ’szemléletformálás’ eredményét *negatív személyiségi hatásként* tükrözik vissza.”



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

„a nekem az a véleményem, és úgy látom” típusú megfogalmazásokon. Ezek természetesen fontos részei lehetnek egy ilyen kutatásnak, de nem meríthetik ki azt. Egy ilyen vizsgálat beindításához elengedhetetlen kiindulópontként megfogalmazható az, hogy a magyar orvostársadalom elemi érdeke, hogy tudja, miként képzi utánpótlását, a képzést fenntartó és finanszírozó államnak pedig polgárai iránti kötelessége, hogy megbizonyosodjon afelől, hogy olyan orvosok hagyják el a fakultásokat, akik megfelelnek a változó orvosszereppel kapcsolatos követelményeknek.

A fent vázolt nyílt és rejtett kurrikulum közötti, a nyílt irányába megszüntetendő diszkrepanciát jól tükrözi annak az embernek a megjegyzése, akiért az egész rendszer működik, a betegé, aki egy orvostanhallgatótól megkérdezte, hogy doktor akar-e lenni vagy gyógyító (*healer*)?”¹⁷

Összegzés

A posztmodern medicina már látható és kibontakozó fő jellegzetességei az orvosi „beavatás” kultúrájának megváltozását kényszerítik ki. A fő jellegzetességei mindmind a rejtett kurrikulum tartalmait kérdőjelezzik meg: érték alapú egészségügy, az előnyök helyett a kockázatok hangsúlyozása, a gyógyítási folyamat kiemelése a végeredménnyel szemben, a hivatalos és a kiegészítő gyógymódok integrációja, a kezelés helyett a gyógyításra helyeződik a hangsúly, a tudásbeli autoritás eltolódása az orvostól a páciens felé (Gray 1999). (Mindezek a vonások, amelyeket talán a biomedikális redukcionizmus felszámolása felé mutató folyamatként lehet röviden összefoglalni, olyan orvosképzést implikálnak, amely – szemben az uralkodó rejtett kurrikulummal – nem az oktatás alatti frusztráció és szenvedés cinizmus felkínálta feldolgozása felé mutatnak, hanem egy humanisztikus orvosképzés „kényszerű” létrehozása felé.

Nem véletlen talán, hogy a rejtett kurrikulummal szembeni egyik lehetséges hallgatói attitűdöt „immunitásnak” nevezték el. Ez a metafora arra utal, hogy a szerzők a rejtett kurrikulum uralta képzést éppen orvosi kifejezéssel *betegséggé*nt fogják fel. Ne felejtjük azonban el – a metaforát folytatva –, hogy számos nagy járványos betegséget nem a feltalált vakcináció szorított vissza, hanem olyan kulturális társadalmi változások, amelyek hatását az új vakcina segíthette, de nem indította el, és különösen nem helyettesíthette azokat.

A medicina elemi érdeke, hogy a kurrikulumok közötti uralmi viszony a „lelkiismeretet” megjelenítő nyílt kurrikulum felé tolódjon el. A nemzetközi irodalom tükrözte felismerés az első lépés ebbe az irányba. A kulturális léptékű változások azonban csak imitt-amott predikálhatók, mindig sok olyan mozzanatot tartalmaz-

¹⁷ „Egy veterán megkérdezte, hogy doktor (*doctor*) akarok-e lenni vagy gyógyító (*healer*)” (Greger 1999: 58).



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

nak, amelyek úgyszólván a „semmiből” jönnek, és nem tervezhetők, és különösen nem uralhatók módszertani-technikai értelemben.

Irodalom

- Abramson, J. (2004): Overdosed America. Harper Collins publishers, New York
- Ahola, S. (2000): Hidden Curriculum in Higher Education: something to fear for or comply to?, Innovation in Higher Education 2000 Conference, Helsinki August 30 – September 2, 2000, <http://ruse.utu.fi/pdfrepo/HCarticle.pdf> (Utolsó letöltés: 2017.07.28.)
- Andrew, L. B. (2017): Physician Suicide. <http://emedicine.medscape.com/article/806779-overview> (Utolsó letöltés: 2017.06.12.)
- Bagdy, E. – Mogyorósy, Cs. (1988): Quo vadis medicus? Pályamotivációk alakulása az orvosegyetemi képzés során. In: Medicus Universalis, 1: 5–8.
- Blanc, L. (2002): Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. In: The Lancet, Volume 359, No. 9305: 520–522.
- Cohen, J. J. (2001): Beszéd a AAMC 112. éves konferenciáján.
<https://www.aamc.org/newsroom/pressrel/2001/011104a.htm>
http://www.ruralmedicaleducation.org/model/medsch/cohen_encourages.htm
(Utolsó letöltés: 2017.06.14.)
- Coulehan, J. – Williams, P. C. (2001): Vanquishing Virtue: The Impact of Medical Education. In: Academic Medicine, Vol. 76., No. 6: 598–605.
- Davis-Floyd – Robbie E. (1987): Obstetric Training as a Rite Of Passage. In: Medical Anthropological Quarterly, Volume 1, Issue 3 September: 288–318.
- Eliade, M. (1994): Rites and Symbols of Initiation: The Mysteries of Birth and Rebirth. Spring Publications, US. (Foreword to the New Edition by Michael Meade).
- Flexner, A. (1925): Medical education: a comparative study. MacMillan, New York
- Giddens, A. (1991): Modernity and Self-Identity, Self and Society in the Late Modern Age. Stanford University Press, Stanford, California
- Graham, S. B. (1991): When Babies Die. In: Medical Teacher, 13.: 171–175.
- Gray, J. A. (1999): Postmodern Medicine. In: The Lancet, 354(9189): 1550–1553.
- Greger, M. (1999): Heart Failure, Diary of a Third Year Medical Student, Magánkiadás és <http://upalumni.org/medschool> (Utolsó letöltés: 2017.06.14.)
- Hafferty, F. W. – Franks, R. (1994): The Hidden Curriculum, Ethics Teaching, and the Structure of Medical Education. In: Academic Medicine, Volume 69, Number 11: 861–871.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

- Hampton, T. (2005): Experts Address Risk of Physician Suicide. In: JAMA, September, Vol. 294, No. 10: 1189–1191.
- Haque, O. S. – Waytz, A. (2012): Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions. In: Perspectives on Psychological Science, 7(2): 176–186.
- Helman, C. (2014): An Amazing Murmur of the Heart. Hammersmith Health Books, London
- Hundert, E. M. – Hafferty, F. – Christakis, D. (1996): Characteristics of the Informal Curriculum and Trainees' Ethical Choices. In: Academic Medicine, 71(6): 624–642.
- Jung, C. G. (2002): A pszichoterápia gyakorlata. Scolar Kiadó, Budapest
- Kopelman, L. (1983): Cynicism Among Medical Student. In: JAMA, 250(15): 2006–2010.
- La Fanu, J. (2011): The Rise and Fall of Modern Medicine. Abacus, London
- Mahood, S. C. (2011): Beware the hidden curriculum. In: Canadian Family Physician, Vol 57: 983–985.
- Remen, R. N. (2000): The Doctor's Dilemma, Returning Service, Grace, and Meaning to the Art of Healing. An interview with Peter Washall. In: Whole Earth Magazine, Summer 4., June 22. <http://www.mindfuldoc.mymedfusion.com/index.cfm/fuseaction/site.content/type/70429/> (Utolsó letöltés: 2017. július 28.)
- Rich, L. E. – Simmons, J. – Adams, D. – Thorp, S. – Mink, M. (2008): The Afterbirth of the Clinic: a Foucauldian perspective on „House M.D.” and American medicine in the 21st century. In: Perspectives in Biology and Medicine, Spring, 51(2): 220–37.
- Stempsey, W. E. (1999): The quarantine of philosophy in medical education: Why teaching the humanities may not produce humane physicians. In: Medicine, Health Care and Philosophy: A European Journal. 2(1): 3–9.
- Swick, H. M. – Szenas, P. – Danoff, D. – Whitcomb, N. E. (1999): Teaching Professionalism in Undergraduate Medical Education. In: JAMA, 282(9): 830–832.
- Turner, V. (2002): A rituális folyamat. Osiris Kiadó, Budapest
- Wachter, R. (2015): The Digital Doctor. McGraw-Hill, New York
- Wagner, R. E. – Hexel, M. – Bauer, W.W. – Kropiunigg, U. (1997): Crying in Hospitals. In: The Medical Journal of Australia, 166(1): 13–16.
- Wible, P. (2016): Physician Suicide Letters Answered. Pamela Wible, M.D., Publishing. Kindle Edition