

A narratív medicina és a tapasztalaton alapuló orvoslás integrációjának lehetséges válaszai a poszt-Covid-szindróma és más nehezen kezelhető betegségek néhány etikai kihívására

HARSÁNYI PÁL OTTÓ OFM

Abstract

Post-COVID syndrome is a cluster of symptoms that affects some people who have had the disease caused by the SARS-CoV-2 virus, including those who were infected asymptotically or with only mild symptoms. Numerous bio-ethical studies have addressed emergency situations related to the COVID-19 pandemic and the equitable distribution of resources; however, the treatment of patients suffering from chronic symptoms, which are underrepresented in the medical literature, receives less attention. For them, the integrated application of narrative medicine and experience-based medicine may hold promise. A comprehensive approach to complex clinical presentations can not only make medical practice more humane but also redefine success in healing and yield scientifically significant insights that cannot be obtained by other means. Appropriate responses to ethical challenges align not only with the principles of medical science but also with the best traditions of a person-centred approach to bioethics.

Keywords: *complex clinical conditions, insidious infections, person-centred bioethics, Evidence Based Medicine, Narrative Based Medicine.*

Absztrakt

A poszt-Covid-szindróma egy olyan tünetegyüttes, amely a SARS-CoV-2 vírus által okozott betegségben szenvedők egy részét érinti vagy akár olyanokat, akik a fertőzést tünetmentesen vagy tünetszegényen vészték át. A Covid-járvány-

HARSÁNYI PÁL OTTÓ, ferences szerzetespap, biológia-kémia szakos középiskolai tanár, morálteológus, Facoltà di Teologia, Pontificia Università Antonianum (Róma); o_harsanyi@antonianum.eu

hoz kapcsolódó sürgősségi helyzetekről és az erőforrások igazságos elosztásáról számos bioetikai tanulmány látott napvilágot, az orvosi szakirodalomban is kevésbé ismert krónikus tünetektől szenvedő betegek kezelése azonban ritkábban kap figyelmet. Számukra ígéretes lehet a narratív medicina és a tapasztalaton alapuló orvoslás integrált alkalmazása.¹ Az összetett kórképek átfogó megközelítése nemcsak az orvosi gyakorlatot teheti humánusabbá, hanem a gyógyító munka sikerének új fogalmát is adhatja, valamint olyan, tudományos szempontból is jelentős ismeretet szolgáltatathat, amely más módon nem szerezhető meg. Az etikai kihívásokra adott megfelelő válaszok az orvostudomány szempontjai mellett a perszonalista szemléletű bioetika legjobb hagyományainak is megfelelnek.

Kulcsszavak: *komplex klinikai kórképek, alattomos fertőzések, perszonalista szemléletű bioetika, tapasztalaton alapuló orvoslás (Evidence Based Medicine), narratív medicina (Narrative Based Medicine).*

A Covid–19-pandémia és a hozzá kapcsolódó etikai reflexiók újszerű tapasztalataiból kiindulva a jelen tanulmány a SARS-CoV-2 vírusfertőzés által kiváltott, és nem minden részletében ismert alattomos kórképek hosszú távú hatásainak néhány kihívásával foglalkozik. A világméretű járvánnyal kapcsolatos sürgősségi helyzetek bioetikai és szociális kérdéseit számos tudományos publikáció tárgyalja, a poszt-Covid és Long Covid kórképek által felvetett problémák azonban lényegesen kevesebb figyelmet kaptak. Ez a szakirodalmi hiányosság részben a vészhelyzet elmúlására, részben pedig a fertőzés által kiváltott tünetek komplexitására vezethető vissza. A 2020-as évek kezdetének világméretű járványa mel-

¹ A bizonyítékon vagy tapasztalaton alapuló orvoslás (*Evidence Based Medicine*) az egyes betegek ellátásával kapcsolatos döntések meghozatalakor a jelenleg rendelkezésre álló legjobb tudományos bizonyítékok lelkiismeretes, egyértelmű és körültekintő felhasználását jelenti. Lásd a 49. lábjegyzetben David Lawrence Sackett (1934–2015) és szerzőtársai cikkét. Az eljárás hangsúlya ebben az esetben a javarészt objektív vizsgálati eredményeken és a standardizálható protokollok szerint végzett kezeléseken van.

A narratív medicina (*Narrative Based Medicine*) egy olyan orvosi módszertan, amely a páciens elbeszélte tapasztalatait a betegség összetett jellegének megértésére irányuló, személyre szabott terápiák kialakítását segítő eszköznek tartja, ami a ritka, nehezebben tipizálható, több okra is visszavezethető kórképeknél lehet kifejezetten hasznos. Ez utóbbi megközelítés nem ellenpontja, hanem szerves kiegészítője a tapasztalaton alapuló orvoslásnak. A narratív medicina tulajdonképpen nem az orvosi gyakorlat egyik új módozata, hanem maga a klasszikus értelemben vett gyógyító tevékenység, amely mindig is létezett (lásd a 63. lábjegyzetet).

lett egy olyan krónikus és összetett fertőző betegséget is áttekintünk, amelynek diagnosztikus útjai és terápiás eljárásai jelenleg is komoly kihívást jelentenek az orvosok számára. Az említett kórképek bioetikai vizsgálata alkalmat nyújt arra, hogy a narratív medicina ígéretes eredményeit bemutassuk. Ez utóbbi terápiás megközelítést sokszor tévesen a klasszikus, tényeken alapuló orvoslás alternatívájának tartják.

Az időben később megalkotott és jelenleg még kevésbé ismert narratív medicina (*Narrative Based Medicine*, NBM), valamint a tapasztalaton alapuló orvoslás (*Evidence Based Medicine*, EBM) pusztán szembeállításának elkerülése hatékony gyakorlat lehet olyan betegségek esetében, amelyek fiziológiai folyamatai még ma sem teljesen tisztázottak. Ez az eljárás az alkalmazott etika módszertanának három lépését követi, amelyek a jelen tanulmány vezérfonalát is meghatározzák. Az etikai reflexió első eleme az emberek közötti kapcsolatokat is nagyban érintő orvosetikai kihívások elemzése, ezt követi a döntést befolyásoló szempontok és értékek áttekintése, végül pedig olyan javaslatok és normák bemutatása kerül sorra, amelyek hatékony és meggyőző választ jelenthetnek az elemzés által feltárt kihívásokra.

A Long Covid tünetegyüttesének és más hasonló, összetett természetű betegségekben szenvedő betegek orvosi ellátását és folyamatos ápolását érintő kérdések bemutatását követően ezekre a kórképekre vonatkozóan a narratív medicina előnyeit és korlátait vizsgáljuk. Végül egy olyan integrált megközelítést javasolunk, amely nemcsak elkerüli az orvosi gyakorlat két említett módszere közötti szembeállítás zsákutcáit, hanem képes a perszonalista bioetika alapelveinek hatékony alkalmazására is.²

I. NÉHÁNY ÖSSZETETT KÓRKÉP ORVOSI ÉS ETIKAI KIHÍVÁSAI

A koronavírus-járvány évei alatti egészségügyi szükséghelyzet elsősorban azonnali igényeket jelentett mind az egyének, mind pedig az egyes országok, valamint a nemzetközi közösség számára. A sürgősségi betegellátás során alkalmazott triázs³ a betegek ellátási sorrendjét klinikai szükségleteik és az egész-

² Vö. ELIO SGRECCIA: *Manuale di bioetica. I. Fondamenti ed etica biomedica*, Vita e Pensiero, Milano, 2019⁴, 221–229.

³ A *triázs* a sürgősségi ellátásra szoruló betegek vagy sérültek állapot szerinti osztályozása, amelynek célja, hogy a rendelkezésre álló erőforrásokat a legsúlyosabb esetekre összpontosítsák. Az értékelés során az orvos vagy ápoló gyorsan felméri a páciensek állapotát, és ennek alapján dönt a kezelés sorrendjéről.

ségükre rövid távon veszélyt jelentő tünetek figyelembevételével határozta meg. Az egyes országok egészségügyi hatóságai és a nemzetközi szervezetek az erőforrások helyi és globális elosztási problémáival, vagyis a mikro- és makroallokáció kihívásaival szembesültek, amelyek addig Európában inkább csak a szociális bioetika tankönyvi példáinak szintjén jelentek meg. A gyógyszerek *off-label*, azaz az alkalmazási előírástól eltérő felhasználása olyan kórképekre, amelyekre nem végeztek igazolt kutatásokat, 2020 második felében pedig a Covid-oltóanyagra történő várakozás, illetve az ahhoz való hozzáférés számos politikai, gazdasági, jogi és erkölcsi kérdést vetett fel.

A pandémia egyes hullámainak gyengülésével és az újabb vírusvariánsok fertőzőképességének csökkenésével, valamint ebből fakadóan a kevésbé veszélyes kórképek kialakulásával a Covid-19-járványra fordított médiafigyelem is mérséklődött. A kisebb társadalmi, egészségügyi és gazdasági hatások mellett a pandémia éveit követően a társadalom egyfajta elfáradása is megfigyelhető volt. Ez az a kontextus, amelyben a Covid-19 hosszú távú hatásaival kapcsolatos kérdések olyan betegek esetében merülnek fel, akik hat-kilenc hónappal vagy akár évekkel a szerológiai értelemben vett negatívvá válásuk után is az életminőséget jelentő mértékben rontó, alattomos tünetektől szenvednek.⁴ A klinikai kép a beteg különböző szervrendszereit érintheti, és két alapvető kérdést vet fel. A közvélemény egyrészt a tudományos szakirodalomtól minél pontosabb definíciókat és diagnózist vár, másrészt pedig igény mutatkozik arra is, hogy ezeket a betegeket megfelelő terápiában részesítsék, valamint a kezeléseik során nyomon kövessék a páciensek állapotát akkor is, amikor a teljes gyógyulásnak nincs jó prognóza, és a tünetek gyors enyhülésére sem lehet számítani.

A kevésbé ismert kórképek esetében bekövetkező terápiás sikertelenség nemcsak a nemzetközi protokollok alapján végzett gyógyító eljárások egyéni szükségleteket figyelembe vevő módosítását, hanem azok humanizálását is megköveteli. Az orvosi eljárások nemzetközileg elfogadott irányelvei a viszonylag jól ismert betegségek esetében a professzionális ellátás garanciái, amelyeket a kiforrott eljárásrendek követésével viszonylag rövid időn belül kedvező terápiás válasz jellemez. Amikor azonban rendkívül összetett és kevésbé ismert tünetek jelentkeznek, valamint a betegkövetés ideje hosszabb lehet, a

⁴ A nehezen diagnosztizálható, összetett és a gyógyításhoz sok türelmet igénylő kórképek esetén nem ritkák a túl- vagy az aluldiagnosztizálás esetei, amikor a beteg vagy orvosa nem létező betegséget tételez fel, vagy ezzel ellentétben a működészavar nem kerül időben felismerésre, és így a páciens nem részesül megfelelő terápiában. Erről a problémáról a későbbiekben még szó lesz.

korábbi, hagyományos orvoslás számos jellemzője újra aktuálissá válik, mint amilyen az orvos-beteg kapcsolat, az orvos személyét jellemző erények és a beteg számára nyújtott megfelelő tájékoztatás. Ezek a nemes célok a viszonylag új *Medical Humanities* néven leírt tudományterület és a narratív medicina ismereteinek és tapasztalatainak felhasználásával hatékonyabban érhetők el. Ez utóbbi megközelítés nem helyettesíteni, hanem kiegészíteni kívánja a terápiás protokollokat.

A *Medical Humanities* kifejezés egy olyan multidiszciplináris tudományterületet jelöl, amely humán tudományokat (irodalom- és művészetelmélet, filozófia, etika, történelem és teológia), társadalomtudományokat (antropológia, pszichológia és szociológia), valamint művészeti ágakat (irodalom, színház, film, zene és képzőművészet) foglal magában azzal a céllal, hogy a betegségek orvosi kezelése és a páciensekről történő átfogóbb gondoskodás között jelentkező távolságot minél jobban áthidalja. A páciens értékvilágának, preferenciáinak és értékítéletének mélyebb megértése jobb orvos-beteg kommunikációt eredményezhet. A beteg narrációjának minőségi elemzése nemcsak az egyes kórképek megértését segítheti, hanem új tudományos ismeretek megszerzéséhez, intuíciókhoz is hozzájárulhat, amely utóbbi meglátások a tudományos kutatások és felfedezések sajátjai. A korábbi tudományos paradigmák kritikája pedig új szempontok megfogalmazásához vezethet. A *Medical Humanities* által jelentett új szemléletmód a komplex és nehezen gyógyítható klinikai kórképek integrált megközelítését is könnyebbé teheti. A betegekkel való kapcsolatnak ez az új modellje a narratív medicina alkalmazásával valósítható meg leghatékonyabban.⁵

Számos más komplex tünettel járó betegség mellett a Long Covid és a fertőzést követően megfelelő antibiotikumokkal nem azonnal kezelt Lyme Borreliosis, valamint az idiopatikus tinnitus, vagyis az olyan fülszengés, amely mögött számos, megfelelő vizsgálat sem tudott szervi okot kimutatni, mind olyan esetek, amelyekben a kezelések hatékony folytatását és a poszttraumás személyiségfejlődést a narratív medicina sikeresen támogathatja.

⁵ Vö. ANNA BATISTATOU et al.: The Introduction of Medical Humanities in the Undergraduate Curriculum of Greek medical schools. Challenge and Necessity, *Hippokratia* 14 (2010/4) 241–243; ONG ENG KOOK – DEVANAND ANANTHAM: Medical Humanities. What is its Role in Medicine?, *Singapore Medical Association News* 53 (2021/3) 5–7.

1.1. Néhány kórkép diagnosztikai nehézségei

A Covid-19-vírusfertőzést követő PCR-vizsgálat negatív eredménye azt jelenti, hogy a páciens szervezetében a vírus örökítőanyaga már nem mutatható ki, ami azonban nem feltétlenül egyenértékű a gyógyulással. A kórokozó nagyon változatos tüneteket okozhat, amelyek érinthetik a légző- és a keringési rendszert, a neuroendokrin működést, a vázizomrendszert vagy a szervezet más funkcióit. A krónikus fáradtság szindróma (*Chronic Fatigue Syndrome*), amit a 80-as években írtak le, számos betegséghez kapcsolódik, így a Covid-19-fertőzés akut szakasza után is jelentkezhet. Nem kevés olyan Covid-beteget találtak, akik fél évvel a negatív tesztek után is tünetektől szenvedtek. A krónikus panaszok csak a betegek egy részénél enyhültek a jelentkezésüket követő első hetekhez képest. Ezeket a klinikai kórképeket a tudományos irodalomban különböző elnevezésekkel illetik, ilyen a poszt-Covid, a Long Covid, a krónikus Covid-szindróma vagy a SARS-CoV-2 posztakut tünetegyüttes (*Postacute Sequelae*, PASC)⁶.

Bár nem rendelkezünk általánosan elfogadott definícióval, a korábbiakban említett elnevezések, valamint a konkrét klinikai tapasztalatok a páciensek változatos tüneteivel és rehabilitációs utánkövetésével kapcsolatos további kutatásokat tesznek szükségessé. A történelemből ismert egyéb járványok, mint például az orosz influenza 1889 és 1892 között, valamint a spanyolnátha az 1918–1919-es időszakban bizonyos esetekben szintén hosszú távú neuropszichiátriai zavarokat okoztak.⁷

A Long Covid-tünetegyüttes gyakran a vírus által közvetlenül előidézett légzőszervi tüneteken kívül egy az egész szervezetre kiterjedő, szisztémás és alattomos természetű gyulladással is együtt jár, amely szöveti károsodást okozhat. A tünetek hátterében egyéb tényezők mellett az immunrendszer túlzott stimulációja és az esetleges citokinvihar változatos következményei állhatnak.⁸

A nem teljesen pontos betegségdefinícióra és a még nehezebb kezelésre jó példa a Lyme Borreliosis vagy közismertebb nevén Lyme-kór, ami kullancscsípés által (Európában a leggyakrabban az *Ixodes ricinus* faj csípése által) terjed,

⁶ Vö. GEORGE B. STEFANO: Historical Insight into Infections and Disorders Associated with Neurological and Psychiatric Sequelae Similar to Long COVID, *Medical Science Monitor* 27 (2021/2), megjelenés: 2021. február 26. [doi: doi.org/10.12659/MSM.931447]

⁷ Vö. uo.

⁸ Vö. BIYING HU – SHAOYING HUANG – LIANGHONG YIN: The cytokine storm and COVID-19, *Journal of Medical Virology* 93 (2021/1) 250–256. [doi: doi.org/10.1002/jmv.26232]

és amelyért több kórokozó, köztük a fertőzés legfontosabb ágense, a *Borrelia burgdorferi* spirocheta a felelős. Ennek a kórképnek néhány tünetét, mint a vándorló bőrpírt (*erythema migrans*) és az *acrodermatitis chronica atrophicans* nevű, a végtagok távolabbi részén kialakuló, vöröses-ibolyaszínű gyulladással elváltozást, amely később a bőr elvékonyodásához (atrófiájához) és szövetvesztéshez vezethet, már a 19. és a 20. század fordulóján leírták. A Borreliosist kezdetben fiatalkorúak rheumatoid arthritis megbetegedéséhez társították, és csak 1975-ben definiálták, amikor az Amerikai Egyesült Államok Connecticut államának Old Lyme nevű városában néhány anyuka ez utóbbi tünetet jelezte, amely akkor számos gyermeket érintett. A kórokozó ágenst Willy Burgdorfer (1925-2014), egy svájci-amerikai parazitológus 1982-ben azonosította, amikor egy másik betegséggel, a sziklás-hegységi foltos lázzal (*Rocky Mountain spotted fever*) kapcsolatos kutatások folytak, amit szintén kullancsok által terjesztett kórokozók, a *Rickettsia* nemzetséghez tartozó baktériumok okoznak. Ez utóbbi kutatások során, mivel a keresett *Dermacentor* nemzetségbe tartozó kullancsokat nem találtak, az *Ixodes* genusba tartozó egyedeket vizsgálták, amelyek bélrendszeréből izolálták a *Borrelia* spirochetát.⁹

A Lyme-kór bolygónk északi féltekéjén fordul elő. A betegség immár több mint 40 éves történetét áttekintve két alapvető problémával találkozunk. Az egyik a krónikus Lyme-kór definíciója vagy egyáltalán létezésének a kérdése, a másik pedig a hosszan fennmaradó és rendkívül összetett, alapvetően a *Borrelia* által okozott tünetegyüttes kezelésére vonatkozó nehézség. Míg a pandémia éveiből ismert SARS-CoV-2 koronavírus emberi szervezetben való jelenlétének vagy hiányának egyértelmű kimutatása az erre a vírusra standardizált polimeráz-láncreakció (PCR) módszerével történik, addig a *Borrelia*val kapcsolatos szerológiai vizsgálatok sajnos nem ilyen megbízhatóak. A *Borrelia burgdorferi Sensu Lato* spirochetára jóváhagyott PCR-módszer pedig korlátai miatt negatív eredmény esetén sem zárja ki az előrehaladott vagy a fertőzés késői szakaszában lévő Lyme-kórt.¹⁰

⁹ Vö. MARINA CINCO: La Borreliosi di Lyme, *Il Caleidoscopio Italiano* 122 (1998/6).

¹⁰ Vö. BJØRN BARSTAD et al.: Direct Molecular Detection and Genotyping of *Borrelia burgdorferi Sensu Lato* in Cerebrospinal Fluid of Children with Lyme Neuroborreliosis, *Journal of Clinical Microbiology* 56 (2018/5) [doi: doi.org/10.1128/jcm.01868-17]; JULIE LEWIS – VETT K. LLOYD – GILLES A. ROBICHAUD: Development, Optimization, and Validation of a Quantitative PCR Assay for *Borrelia burgdorferi* Detection in Tick, Wildlife, and Human Samples, *Pathogens* 13 (2024/12), 1034. [doi: doi.org/10.3390/pathogens13121034]

A klinikai gyakorlat azt mutatja, hogy a *Borrelia*-fertőzés ellen a nemzetközi protokolloknak megfelelően alkalmazott antibiotikus terápiát követően nemcsak mozgásszervi tünetek, mint például ízületi és izomfájdalmak, hanem a szervezet más szervrendszereit érintő panaszok is fennmaradhatnak. A tudományos irodalomban és a klinikai gyakorlatban számos kérdés merült fel azzal kapcsolatban, hogy ezeket a tüneteket a szervezetben több antibiotikum-kúra után is túlélő kórokozók közvetlenül okozzák-e, vagy a Lyme-kór által esetlegesen kiváltott kis és közepes intenzitású gyulladásos folyamatok olyan további betegségekhez vezethetnek, amelyek már nem állnak közvetlen összefüggésben a kullancscsípés által terjesztett fertőzéssel, így ez utóbbi kórképek állhatnak a hosszan tartó tünetek hátterében.

A *Borreliosis* esete még bonyolultabbá válik, ha számításba vesszük, hogy a fertőzés gyakran felderítetlen marad, mert a tipikus bőrtünetet, a vándorló, kokárdaszerű bőrpírt (*erythema migrans*) nem észlelik a kullancscsípést követő napokban vagy hetekben, vagy pedig ez a bőrtünet akár ki sem alakul. Amikor ez utóbbi tünetet felismerik, akkor ennek alapján a fertőzés biztonsággal diagnosztizálható, így azonnali hatásos antibiotikus kezelés indítható; ha azonban a *Borrelia*-fertőzés után megfelelő diagnózis nélkül már két-három hónap eltelt, akkor a betegség a szervezet egészében elterjed, és akár egy egész évig is tünetmentes maradhat. Ezekben az esetekben, amikor neuropszichiátriai, az izomrendszerrel összefüggő és más tünetek valamilyen ún. triggerfaktor hatására váratlanul megjelennek, már nem hozzák őket összefüggésbe az esetlegesen jóval korábban történt kullancscsípéssel, így a Lyme-kór késői diagnózisával állunk szemben, és ez megnehezíti a gyógyítást.

Egy korán felismert Lyme *Borreliosis* megfelelő antibiotikumokkal könnyen gyógyítható. A kezelés ebben az esetben a kórokozó teljes eradikációját is elérheti. Akkor azonban, ha bármely okból későn kerül felismerésre a betegség, a sztenderd, három-négy hetes antibiotikus terápia, amit a hivatalos orvoslás javasol, gyakran kudarcot vall. Mivel a tudományos közvélemény megosztott abban a kérdésben, hogy egy konvencionális antibiotikumkezelés után a szervezetben egyáltalán maradhatnak-e túlélő *Borrelia*-k, a hatásos kezelés szempontjából időben nem diagnosztizált betegek számára sokszor kizárólag pszichoterápiás ellátást javasolnak, mivel a tünetek hátterében a klinikusok a fertőzéses eredet hipotézisét ezekben az esetekben könnyen elvetik.

Az orvos-beteg kapcsolat számára különleges kihívást jelentő kórképek sorában a harmadik és utolsó példánk az idiopátiás fülzúgás (*tinnitus*), amely jelentősen ronthatja az érintettek életminőségét. Számos betegség okozhatja ezeket a nem kívánt zajokat, azonban nem mindig lehet a kellemetlen tünet

hátterében szervi megbetegedést azonosítani. Tekintve, hogy maga a tünet, a fülszűrés csak a páciens által érzékelhető, és objektív módon nem mérhető, így a diagnózis és a panasz tulajdonságainak minél pontosabb meghatározása, vagyis az akufenometria számos problémát vet fel. A legutóbbi évek kutatásai fülszűrés esetén az elektroencefalogram (EEG) elváltozásait is leírják.¹¹ A diagnózis és az esetleges kezelés hatékonyságának nyomon követése a betegek aktív részvétele nélkül nem valósítható meg, akiknek a tünetekre vonatkozó részletes kérdőívet kell kitölteniük.¹²

Az első olyan terápiát, amely a krónikus tinnitus élettani okát hivatott megszüntetni, a 2010-es évek elején vezették be. Gazdasági és szervezési nehézségek miatt azonban 2020 után a betegek nehezebben vagy egyáltalán nem jutnak hozzá ehhez az innovatív terápiához, az akusztikus neuromodulációhoz,¹³ vagy más néven a hallókéreg koordinált alaphelyzetbe történő visszaállítását célzó kezeléshez. Az idiopátiás fülszűrésnek, vagyis annak, amelyik nem vezethető vissza más kórképekre¹⁴ – mint például fül-orr-gégészeti, reumatológiai vagy az állkapocsízülettel összefüggő problémákra, illetve daganatos vagy belgyógyászati jellegű megbetegedésekre –, a beteg pszichológiai állapotán túl objektív oka is lehet, mint amilyen az akusztikus neuronok stressz által okozott túlzott szinkronizációja. Ezekben az esetekben a hallókéregben olyan rendellenes neuronhálózatok alakulnak ki, amelyek a belső fültől függetlenül hozzák létre az illető személy által érzékelt zajt. A neuromoduláció célja, hogy lehetőség szerint a legteljesebb mértékben visszaállítsa a hallókéreg eredeti, fiziológiai sejtkapcsolatait, amely a tinnitus kellemetlen tüneteinek enyhülésével vagy akár teljes megszűnésével is járhat. A többi, nem gyógyszeres kezelési mód akusztikus készülékek (ún. *noiserek*) alkalmazásával csak a szubjektív zaj-

¹¹ Vö. ANDREA PIARULLI et al.: Tinnitus and distress: an electroencephalography classification study, *Brain Communications* 5 (2023/1) fcad018. [doi: doi.org/10.1093/braincomms/fcad018]

¹² Vö. CRAIG W. NEWMAN – GARY P. JACOBSON – JACLYN B. SPITZER: Development of the Tinnitus Handicap Inventory, *Archives of Otolaryngology – Head & Neck Surgery* 122 (1996/2) 143–148. [doi: doi.org/10.1001/archotol.1996.01890140029007]

¹³ Vö. PETER A. TASS et al.: Counteracting tinnitus by acoustic coordinated reset neuromodulation, *Restorative Neurology and Neuroscience* 30 (2012/) 137–159 [doi: doi.org/10.3233/RNN-2012-110218]; PETER A. TASS – ALEXANDER N. SILCHENKO – GERALD R. POPELKA: Acoustic coordinated reset therapy for tinnitus with perceptually relevant frequency spacing and levels, *Scientific Reports* 9 (2019/1) 13607.

¹⁴ Vö. RICHARD W. CRUMMER – GHINWA A. HASSAN: Diagnostic approach to tinnitus, *American Family Physician* 69 (2004/1) 120–126. [online] <https://www.aafp.org/afp/2004/0101/p120> [2026. 05. 27.]

érzékelés csökkentésére törekszik, és ez persze nem kevés. Továbbá hasznosak lehetnek még a különböző relaxációs módszerek, az akupunktúra vagy a Jasterboff-féle Tinnitus-Retraining-Therapy (TRT) eljárása is.¹⁵

Bármely módszert is alkalmaznak az idiopátiás tinnitus kezelésére, mindenképpen szükség van egy jól működő orvos-beteg kapcsolatra, ahol a gyógyító tevékenység klasszikus erényei a narratív medicinára vonatkozó ismeretekkel együtt javíthatják a terápia hatékonyságát. Ez az emberi kapcsolat nemcsak a legtöbb hosszú távú kezelés pszichofizikai komponensét képes kedvezően befolyásolni, hanem lehetővé teszi, hogy a beteg hasznos információkat nyújtson az őt kezelő szakemberek számára, és így személyre szabott terápiás eljárások valósulhassanak meg.

Felmerül a kérdés, hogy bioetikai szempontból milyen közös vonások fedezhetők fel a Long Covid, a tartós Lyme Borreliosis és az idiopátiás tinnitus között. Ezekben a krónikus kórképekben ugyanis nincs szó sem azonnali életveszélyről, sem életvégi etikai kérdésekről, sem pedig bonyolult, konzíliumot igénylő orvosi beavatkozásról, amelyek a kórházi etikai bizottságok kompetenciájába tartoznának, így a bioetikai irodalom ritkán tárgyalja őket. Ezek a kórképek nagyon összetettek és kevésbé ismertek, ezért velük kapcsolatban nehéz kedvező prognózist biztosító terápiás eljárásokat kidolgozni. Az egészségügyi személyzet, mivel nem rendelkezik hatékony terápiás eszközökkel, ezért nehezebben vállalja ezeknek a betegeknek a folyamatos gondozását. Ilyen esetekben az orvos-beteg kapcsolat nagyobb jelentőségű, mint a gyors lefolyású, jól ismert és sikerrel gyógyítható kórképek esetén. A narratív medicina alkalmazása ezekre a kihívásokra hatékony választ adhat, mert javíthatja a beteg együttműködését és a kezelés szabályainak hosszú időn át történő megtartását (*compliance*), továbbá képes a szervi betegség vagy részben szervi megbetegedés következményeként másodlagosan fellépő pszichoszomatikus és pszichológiai tünetek enyhítésére, és így a betegséggel szembeni megküzdési stratégiák folyamatos fenntartásához (*coping strategies*) is hozzájárulhat. Továbbá ez a terápiás megközelítés segíthet az orvosoknak bizonyos gyógyszerek *off-label* alkalmazásában is, vagyis a megengedett, de a protokolloktól, a hivatalos alkalmazási előírásoktól eltérő felhasználásában, és így képes az esetleges *ex iuvantibus*

¹⁵ Vö. MAGDALENA SEREDA et al.: Sound therapy (using amplification devices and/or sound generators) for tinnitus, *Meta-Analysis Cochrane Database Systematic Reviews* 27 (2018/12) CD013094 [doi: doi.org/10.1002/14651858.CD013094.pub2]; PAWEŁ J. JASTREBOFF – MARGARET M. JASTREBOFF: Tinnitus Retraining Therapy (TRT) as a Method for Treatment of Tinnitus and Hyperacusis Patients, *Journal of the American Academy of Audiology*, 11 (2000) 3, 162–177.

diagnózis felállítására, amelyet a kezelést követő klinikai javulás, a betegség remissziója utólagosan igazolhat.

1.2. Az orvos-beteg kapcsolat társadalmi kontextusa

Az orvostudomány folyamatos specializálódása, az egyre újabb technológiák megjelenése leginkább a képalkotó diagnosztika területén, valamint számos terápiás eljárás egységesítése, bár javítják a gyógyítás sikerét, de ugyanakkor egy gazdasági társaság működéséhez hasonló munkakörülményeket hozhatnak létre, ahol a páciens gyakorlatilag egy orvosi szolgáltatást nyújtó vállalkozás haszonélvezőjévé válhat. Az orvostudomány számtalan eredményét elismerve meg kell jegyezni, hogy így a beteg sok esetben magára marad. Gyakran a gyógyításában résztvevő szakorvosok közül egyiküknek sincs ideje vagy lehetősége arra, hogy minden leletet figyelmesen összevessen a fizikai vizsgálattal, amelynek során a pácienssel folytatott beszélgetés a betegségekre vonatkozó legteljesebb kép kialakítására törekszik. Mindezeket túl napjainkban az orvosi gyakorlat számos bürokratikus feladattal is terhelt, melyek nem megfelelő teljesítése esetén jogi eljárásokra is sor kerülhet. Az orvosi tevékenység tágabb kulturális közegét a sikerorientált fogyasztói magatartás jellemzi, amely az esetleges terápiás kudarcot nehezen dolgozza fel. További jellemzőként említhető még a gazdasági haszonra érzékeny erkölcsi relativizmus, valamint az emberi jogok, de különösen a betegjogok erőteljesen individualista értelmezése is.¹⁶ Az orvosi paternalizmus korábbi etikai modellje helyébe az autonómiát a végsőkig előtérbe helyező gyakorlat lépett, ahol a törvényalkotás és jogalkalmazás a páciens gyakran rejtett módon saját családi és társadalmi közegétől elszakítva kezeli.

A tájékoztatáson alapuló beleegyezés konkrét gyakorlata jól mutatja az utóbbi, a beteg esetleges elszigeteltségét és magára hagyását eredményező gyakorlatot. A mérőföldkőnek számító *Belmont Report*¹⁷ az emberi személyek or-

¹⁶ Vö. ENRICO LARGHERO: La parola alla medicina, in Enrico Larghero – Mariella Lombardi Ricci (a cura di): *La medicina narrativa. I presupposti, le applicazioni, le prospettive*, Effatà, Cantalupa (Torino) 2018, 16.

¹⁷ THE NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH: *Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*, Vol. 1, U.S. Government Printing Office, Washington D.C., 1978, Part C: Applications. 1. Informed consent: “While the importance of informed consent is unquestioned, controversy prevails over the nature and possibility of an informed consent. Nonetheless, there is widespread agreement that the consent

vosi kísérletekben történő részvételének etikai kritériumait és iránymutatásait tartalmazza, köztük az autonómia alapelvét is, amely a páciens megfelelő információk birtokában kinyilvánított beleegyezését is magában foglalja.

Az autonómia érvényesítéséhez a beteget tájékoztatni kell az orvosi beavatkozásokról, illetve az esetlegesen elvégzett tudományos célú kísérletekről, továbbá meg kell győződni arról is, hogy az érdekelt az információt kellőképpen megértette, valamint hogy beleegyezése tudatos és szabadon kinyilvánított módon történt-e.¹⁸ A közvélekedések ellenére a megértés (*comprehension*) egyáltalán nem magától értetődő és nem elhanyagolható követelmény. A tájékoztatás értelmezése minden embernél más és más, ezért az információt mindig az adott páciens valós képességeit figyelembe véve kell megadni. Abban az esetben, ha komoly kockázatról van szó, az egészségügyi dolgozóknak meg kell győződniük arról, hogy a beteg megértette-e a tájékoztatást, amely ha nem történt meg, akkor egy további személyt, legtöbbször egy családtagot is be kell vonni a döntéshozatali folyamatba, aki a beteg érdekeit megfelelően tudja képviselni.

A szabadság (*freedom*), vagyis a beleegyezés szabadsága egy másik olyan alapfogalom, amelyet azért kell biztosítani, hogy a páciens semmilyen kényszer vagy igazságtalan hatás se érhesse. Nem könnyű azonban pontosan meghatározni, hogy hol ér véget az indokolt meggyőzés, és hol kezdődik az inkorrekt befolyásolás. Amikor az orvos úgy ítéli meg, hogy az érdekelt számára az egyik kezelés előnyösebb a másiknál, akkor a meggyőzésnek megalapozott szempontok alapján kell történnie. A tájékoztatáson alapuló beleegyezés alkalmával (*informed consent*) a szándékosság nem azt jelenti, hogy a páciens bizonyos körülmények között semmilyen meggyőzés nem érheti, ugyanakkor az sem engedhető meg, hogy bizonyos, az objektív klinikai helyzetből fakadó szükségleten túl olyan külső kényszer vagy erkölcsi manipuláció játsszon szerepet a beteg döntésében, amely személyi méltóságát sérti.¹⁹ A tájékoztatáson alapuló beleegyezés ezen sajátosságait figyelembe véve megállapítható, hogy az orvos és beteg közötti bizalom nélkül az orvosi etika közismert alapelvei nem szolgálhatják a beteg valós érdekét (*salus aegroti*). A páciens alkalmassá kell tenni a

process can be analysed as containing three elements: information, comprehension and voluntariness.”

¹⁸ A három kritérium pontos tartalmát a két domonkos szerző méltán híres munkája is tárgyalja: BENEDICT M. ASHLEY – KEVIN D. O’ROURKE: *Health Care Ethics. A Theological Analysis*, Georgetown University Press, Washington D.C., 1997, 60–61.

¹⁹ Vö. uo.

megfelelő döntéshozatalra, amelynek során arra kell törekedni, hogy a lehető legjobb terápiás javaslatok szülessenek.

Az orvos-beteg kapcsolatban nemcsak orvosbiológiai ismeretek közlése történik, hanem ez a reláció azt a kultúrát is kifejezi, amelyben aktuálisan megvalósul. Az orvostudomány ugyanis nem hagyhatja figyelmen kívül a társadalmat, amelynek szolgálatára fejt ki tevékenységét, pontosan azért, hogy maga az orvosi tevékenység minél emberközelibbé és humánusabbá válhasson. Kívánatos, hogy az orvoslás tudományos oldala szorosan kapcsolódjon a humanisztikus szempontokhoz, amelyek végső soron az antropológiában, a kozmológiában és a metafizikában gyökereznek.²⁰ Ez utóbbi három tudományterület szoros egységéhez csatlakozva jön létre az orvos-beteg kapcsolat, ahol maga a gyógyító tevékenység zajlik. A betegekről történő gondoskodás keresztény szemlélete feltételezi, hogy az orvosokban egyszerre legyenek jelen megfelelő szakmai képességek és a sérülékeny személy elfogadására irányuló készség. A gyógyító tevékenység során ezeknek a szempontoknak harmonikus egységben kell megvalósulniuk, hogy a páciens fizikai és lelki szükségleteire egyaránt megfelelő választ kaphasson:

„Az orvoslás humanizálása azt jelenti, hogy meg kell tanulni az előttünk álló beteget »néven szólítani«, továbbá a betegségen túl észre kell venni a fizikai valójában létező személyt, és képessé kell válni beszámolójának figyelmes meghallgatására, ami az orvos számára akár egy szakmai képzéssel is felérhet, és amely ismeretnek a beteg nemcsak hordozója, hanem egzisztenciális értelemben főszereplője is.”²¹

Az orvosi gyakorlat személyközpontúvá tételének követelményei azonban számos nehézségbe ütközhetnek, amelyek közül az első a társadalom részéről az

²⁰ Vö. DIETRICH VON ENGELHARDT: The evolution of the doctor/patient relationship: yesterday, today, and tomorrow, *Medicina e Morale* 48 (1999/2) 265–299. [doi: doi.org/10.4081/mem.1999.805]

²¹ CRISTIAN RIGHETTINI: Umanizzazione della medicina, in *Dizionario di Dottrina Sociale della Chiesa. Le cose nuove del XXI secolo*, Fascicolo 1, gennaio-marzo 2023, [online] https://www.dizionariodottrinasociale.it/Voci/Umanizzazione_della_medicina.html [2025. 12. 12.] (ford. Harsányi Pál Ottó OFM) (A *Dizionario di Dottrina Sociale della Chiesa. Le cose nuove del XXI secolo* a Szent Szív Katolikus Egyetem [Università Cattolica del Sacro Cuore] és az “Istituto Giuseppe Toniolo di Studi Superiori” által támogatott “Centro di Ateneo per la dottrina sociale della Chiesa” intézmény háromhavonta megjelenő és szabadon elérhető folyóirata.)

orvosok irányában alkalmanként megmutatkozó bizalmatlanság, a második pedig a jövő orvosainak és egészségügyi dolgozóinak képzésében mutatkozó hiányosság, amely bioetikai kérdésekre és kommunikációs készségekre vonatkozik. Ez utóbbiak különösen akkor lennének hasznosak, amikor a terápiás protokollok alkalmazása szerény sikerrel kecsegtet, valamint a kezelés a páciens aktív és hosszabb távú bevonását is szükségessé teszi. További kihívást jelent az egészségügyi személyzet állandó túlterheltsége, ez részben az elégtelen anyagi erőforrások és azok nem megfelelő felhasználásának következménye.²² Ezek a jelenségek a korábbiakban már említett bürokratikus és a technológiai eljárásokat hangsúlyozottan előtérbe helyező általános kulturális közeg tipikus jellemzői.

2. A NARRATÍV MEDICINA ÉRTÉKES MÓDON JÁRULHAT HOZZÁ A BETEGKÖZPONTÚ TERÁPIÁS ELJÁRÁSOKHOZ

Az orvosi tevékenység humánusabbá tétele során négy emberi kapcsolat kerül szóba, amelyek közül a legismertebb az orvos és a beteg közötti reláció, a másik az orvos önreflexiója, amely csak átvitt értelemben tekinthető kapcsolatnak, továbbá ilyen az orvos és a kollégái közötti folyamatos kapcsolat, végül pedig az egészségügyi dolgozók és a társadalom egésze közötti kommunikáció.²³ Vizsgálódásunkat ennek alapján az erkölcsi tapasztalat alapvető kontextusával, az emberi kapcsolatokkal kezdjük, amelyek a gyógyítás esetében egy segítséget kérő személy és a tudomány, valamint a jó lelkiismeret alapján választ nyújtó és a gyógyítással hivatásszerűen foglalkozó valamely szakember közötti aszimmetrikus viszonyt feltételeznek. A páciensnek az orvosi eljárásokba történő aktív bevonása és folyamatos kísérése ezt a kapcsolatot ún. terápiás szövetséggé alakíthatja, amely a *Medical Humanities*, vagyis a kultúrorvostani tanulmányok részéről mind emberi, mind pedig orvosszakmai értelemben hasznos segítséget kaphat. A terápiás szövetség a legteljesebb értelemben a narratív medicina kezei között valósulhat meg.

²² Vö. ENRICO LARGHERO: *La parola alla medicina*, i. m., 19–20.

²³ Vö. RITA CHARON: Narrative Medicine. A Model for Empathy, Reflection, Profession and Trust, *Journal of the American Medical Association* 286 (2001/15) 1897. [doi: doi.org/10.1001/jama.286.15.1897]

2.1. Az orvoslás humánusabbá tételének egyik legjobb eszköze az ún. terápiás szövetség

A betegcentrikus gyógyító tevékenység olyan megoldásokat keres, amelyek egyidejűleg tartják távol a páciens az orvosi paternalizmustól, amely nem vonja be a beteget az őt érintő döntésekbe és az orvosi tevékenységgel való együttműködésbe (*compliance*), valamint az ún. neokonstruktualizmustól²⁴ is, amely nagyobb figyelmet fordít egy társadalmi szerződés alkotóelemeire, mint a beteg valós javára. A konstruktualizmus sarokpontjai közé tartoznak, amelyeket Robert M. Veatch nem konzekvencialista alapelveknek nevez, az autonómia, az igazságosság, az őszinteség, a megállapodásokhoz való hűség és az emberi élet védelme. Ez a gondolkodásmód nem annyira az emberi cselekvésre, hanem sokkal inkább a közösség részéről az egyén számára nyújtott szolgáltatásokra helyezi a hangsúlyt, ahol a beteget inkább ügyfélnek, nem pedig segítségre szoruló személynek tekintik.²⁵ A neokonstruktualista megközelítés sokszor a minőségi orvosi kezelésekre vonatkozó jogos igényeket valós személyes kapcsolatokat nélkülöző bürokratikus eszközökkel igyekszik kielégíteni. Ugyanakkor a különböző konfliktushelyzetekben a megoldást a bizalomra épülő segítő hozzáállás (*beneficence*) jelenthetné.²⁶ A páciens szükségleteire akkor tud egy egészségügyi dolgozó megfelelő választ adni, ha a beteg teljes javát tartja szem előtt, amely magában foglalja, de egyben meg is haladja a szűk értelemben vett orvosi szempontokat, és az olyan emberi értékekre is tekintettel van, mint amilyen a spiritualitás, a hit és az emberi kapcsolatok. Az orvosi paternalizmus és a konstruktualizmus közötti választást vagy hangsúlyeltolódást ideális esetben a terápiás szövetség válthatja fel. Ez az utóbbi megközelítés a szubsztanciális bioetikai modellek nagyobb kategóriájába sorolható, amely azt feltételezi, hogy „az emberi személy egy olyan létező (szubsztancia), amely – legalábbis a lehetőség szintjén – a saját természetének megfelelő tulajdonságokkal ren-

²⁴ Vö. ROBERT M. VEATCH – LAURA K. GUIDRY-GRIMES: *The Basics of Bioethics*, Routledge, New York – London, 2019⁴ [doi: doi.org/10.4324/9780429507519]; MAURIZIO PIETRO FAGGIONI: *La vita nelle nostre mani. Manuale di bioetica teologica*, EDB, Bologna, 2017⁴, 79–80.

²⁵ Lásd a konzekvencialista etikai modell alapelveit, mint például a jótékonyasági elvet (*principle of beneficence*) és a nem ártás elvét (*principle of nonmaleficence*).

²⁶ Vö. EDMUND D. PELLEGRINO – DAVID C. THOMASMA: *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care*, Oxford University Press, New York, 1988.

delkezik”.²⁷ A szubsztanciális perszonalizmus éles ellentétben áll egy másik, funkcionalistának nevezett makromodellel, amely szerint a személy megnevezés csak azokat az egyéneket illeti meg, „akik bizonyos képességekkel rendelkeznek, nem pusztán a lehetőségek szintjén, hanem ténylegesen, így több örömet találnak az életben, mint szenvedést, és lehetőségük van szerződések és megegyezések létrehozására”.²⁸

A terápiás szövetség a szokásos orvos-beteg kapcsolatnál gazdagabb, mivel az előbbi két modell korlátainak meghaladására képes. Az első, az orvosi pater-nalizmus ugyanis egy aszimmetrikus viszonyt tételez fel, hiszen a páciens a legtöbb esetben nem rendelkezik azzal a tudással és tapasztalattal, hogy saját valós javát felismerje. Az orvos megfelelő szakmai ismeretek alapján és jó lelkiismerettel határozza meg, hogy mi a legmegfelelőbb terápiás eljárás, és azt a betegen alkalmazza is, aki a gyógyítás folyamatában végig passzív marad. Ezzel szemben a kontraktualista megközelítés értelmezésében a két fél között szimmetrikus kapcsolat áll fenn, amelynek keretében egy professzionális szolgáltatásra vonatkozó szerződés jön létre, vagyis javak és szolgáltatások cseréje valósul meg, ami a kereskedelemre vonatkozó törvényekhez hasonlít.²⁹

A terápiás szövetség esetén a fentiekkel ellentétben paradigmaváltás történik, hiszen a figyelem hangsúlya a betegségről a betegre,³⁰ a kapcsolatról az összhangra³¹ és a gyógyításról (*to cure*) a gondoskodásra (*to care*) helyeződik át. A „szövetség” kifejezés pedig az Isten és az ember közötti egészen különleges kapcsolat bibliai témáját idézi.³² A terápiás szövetség első fogalmi meghatározását a pszichoanalízis keretein belül Sigmund Freud adta a 20. század elején. Ebben az összefüggésben egy olyan személyek közötti kapcsolatról van

²⁷ GIUSEPPE ZEPPEGNO: *Il dibattito bioetico. Da Fritz Jahr al Postumanesimo*, IF Press, Roma, 2020, 89. (ford. Harsányi Pál Ottó OFM)

²⁸ Uo. 85. (ford. Harsányi Pál Ottó OFM)

²⁹ Vö. UGO MARCHISIO: Dal dialogo all'alleanza terapeutica, in Enrico Larghero – Mariella Lombardi Ricci (a cura di): *La Medicina narrativa*, i. m., 145–147.

³⁰ Vö. ALBERTO RICCIUTI: *Il sostegno medico durante e dopo le terapie oncologiche*, F. Angeli, Milano, 1999, idézi UGO MARCHISIO: Dal dialogo all'alleanza terapeutica, i. m., 146. Lásd továbbá a keresztény antropológiára épülő legfontosabb etikai következményeket: MAURIZIO PIETRO FAGGIONI: *La vita nelle nostre mani*, i. m., 52–62, különös tekintettel: 56.

³¹ Vö. JUSTIN SANJAY CHATTERJEE: From Compliance to Concordance in Diabetes, *Journal of Medical Ethics* 32 (2006) 507–510, megemlíti UGO MARCHISIO: *Dal dialogo all'alleanza terapeutica*, i. m., 146.

³² Vö. PÁPAI BIBLIKUS BIZOTTSÁG: *Biblia és erkölcs. A keresztény cselekvés bibliai gyökerei*, Római Dokumentumok 52, Szent István Társulat, Budapest, 2019, 14–79. (ford. Csernai Balázs, Szatmári Györgyi, Tringli Zita)

szó, amely egy közös program és cél, a pszichoterápia érdekében születik, és amely a páciensnek az analízissel és a terápiával szembeni esetleges ellenállását képes feloldani.³³ Az orvoslásban a 20. század közepéig a betegek aktív közreműködésének kérdése nem volt fontos. Ennek oka elsősorban a nyugati gyógyító tevékenység technikai hangsúlyában, az új gyógyszerek, különösen az antibiotikumok és diagnosztikai eszközök hatékonyságába vetett bizalomban keresendő.

A pszichoterapeuta Edward S. Boldin³⁴ cikke mérföldkövet jelent a terápiás szövetség fogalmának történetében, mert egyrészt alkalmazási területét a pszichoterápiától a szomatikus medicináig terjeszti ki, másrészt pedig figyelmét az orvos gyógyító tevékenységére összpontosítja. A szövetség az orvos és a beteg közös erőfeszítését jelenti, amely a bizalom légkörében valósul meg, és arra törekszik, hogy az elérendő terápiás célt minél pontosabban meghatározza. Ez utóbbi kapcsolat a páciens segítségkérésére mind fizikai, mind pedig érzelmi, értelmi, szociális és spirituális vonatkozásban is válaszolni igyekszik. A beteg szükségleteinek ezek az aspektusai az emberi sérülékenységet sokarcúságából fakadnak.³⁵

A pandémia idején az ellenállóképesség, a lelki rugalmasság vagy reziliencia, valamint a sérülékenység fogalma azért került újra a figyelem középpontjába, hogy az orvosi cselekvés hivatástervező feladatát hatékonyabban valósíthassák meg. A technológia világában a reziliencia a különböző anyagok külső mechanikai hatásokkal szembeni ellenállását, azaz törésállóságukat jelenti. A pszichológiában ez a kifejezés az átélt traumák feldolgozásának képességére vonatkozik, amelynek eredményeként az illető a hosszú távú káros hatásokat kisebb mértékben szenved el. A Covid-19-pandémia vagy más betegségek esetében a reziliencia nem azt jelenti, hogy nincs szükség kezelésre, hanem tágabb értelemben arra utal, hogy az átélt traumára az érintett megfelelő válaszokat tudjon adni, és így további fejlődésre legyen képes. Sérülékenységen, *vulnerabilitáson* pedig nem elsősorban sérülést, nem egy *vulnus* elszenvedését, hanem a pusztán emberlétből fakadó törekvényt értjük.³⁶ Hasonló meglátást

³³ Vö. UGO MARCHISIO: *Dal dialogo all'alleanza terapeutica*, i. m., 144–145.

³⁴ Vö. EDWARD S. BORDIN: The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of the Working Alliance, *Psychotherapy: Theory, Research & Practice* 16 (1979) 252–260, idézi UGO MARCHISIO: *Dal dialogo all'alleanza terapeutica*, i. m., 148.

³⁵ Vö. ARNALDO PANGRAZZI: *Il dolore non è per sempre. Il mutuo aiuto nel lutto e nelle altre perdite*, Erickson, Trento, 2016, 12.

³⁶ Vö. ANDREA VICINI: COVID-19. A Crisis and a Tragedy – What's Next?, *Theological Studies* 82 (2021) 131–132.

fogalmazott meg Emmanuel Lévinas, amikor azt írja, hogy „csak egy sebezhető én képes szeretni embertársait”.³⁷

Az erkölcsi tapasztalat a személyek közötti kapcsolatokban nyilvánul meg. Ilyen a másik tőlem való különbözőségének elismerése, méltóságának tiszteletben tartása és előmozdítása. James Keenan, az amerikai Boston College ismert bioetikusa és erkölcsoteológusa az irgalmas samaritanus példabeszédét értelmezve azt fogalmazza meg, hogy a pap és a levita azért mentek tovább, mert saját sebezhetőségüknek sem voltak tudatában, és így nem vették észre az életveszélyben lévő, sebektől szenvedő utazót. A pandémia az egyes országok és emberek egymástól való függésére hívta fel a figyelmet abban az értelemben, hogy az egyik nem menekülhet meg, és nem léphet újra a fejlődés útjára a másik aktív közreműködése nélkül. A gyógyítás területén megvalósuló szövetség fogalma nemcsak a pszichoterápia alkalmazási területéről bővül ki a szomatikus orvoslás felé, hanem a teljes emberi fejlődést jellemzi. A terápiás szövetség akkor működik hatékonyan, ha a másik személy vagy közösség java harmonikusan illeszkedik az egyén céljaihoz, és annak szerves részévé tud válni.

Visszatérve az egyén sérülékenységének kérdésére, még egy további utalást említhetünk a gyógyító kapcsolatok és a kapcsolatok gyógyításának egymásra vonatkozására. A traumák és sérülések az orvos és a beteg közös felelősségét teszik szükségessé a gyógyítás folyamata során. Ideális esetben a beteggondozás a sebezhető emberi létre való legjobb válaszként a segítséget nyújtó személy létformájává válik, amely a kölcsönös bizalomra épülő etika mentén, közös erőfeszítéssel valósul meg.³⁸

Az egészségügyi személyzet már a szakképzés alatt szert tehet a terápiás szövetség megvalósításához szükséges képességekre, többek között a *Medical Humanities* kifejezés által leírt tanegységek és gyakorlatok keretében. Ez utóbbi interdiszciplináris tudományterület, a jövő medikusainak képzésében a humán- és társadalomtudományokat az orvostudományokkal és a művészettel is összekapcsolja, és abban segíti őket, hogy egy betegség sokszor rejtett személyes jellegét is felismerjék, és így a teljes emberről tudjanak gondoskodni, a palliatív kezelést is beleértve, amikor arra szükség van. Ezeknek az ismereteknek ugyan-

³⁷ EMMANUEL LÉVINAS: *Di Dio che viene all'idea*, Jaca Book, Milano, 1983, 115 (olasz fordítás: Giulio Zennaro), idézi LUIGI ALICI: *Homo fragilis, cura pretiosa, Camillianum* 17 (2017/51) 64.

³⁸ LUIGI ALICI: *Homo fragilis, cura pretiosa*, i. m., 60–64.

akkor nincs a tudományos közösség által egyértelműen elfogadott definíciója, amely így az egyes intézményekben és országokban eltérő lehet.³⁹

2.2. A Medical Humanities elnevezésű tudományterület a humán tudományokat az orvosi biológiai ismeretekkel hozza kapcsolatba

A narratív medicina alkalmazásával a segítő kapcsolatokban megvalósuló és a *Medical Humanities* átfogó területéhez tartozó új kultúra a beteg személyét és nem a betegséget mint élettani működészavart helyezi a középpontba. Az orvostudományoknak ez az új megközelítése a beteg aktív bevonásával nemcsak a terápiát és a terápiás szövetség megvalósítását segíti, hanem új diagnosztikus és terápiás ismereteket is nyújt, különösen a komplex kórképekben, mint amilyen a Long Covid, a fertőzés után hosszabb idő elteltével felfedezett Lyme Borreliosis, valamint az idiopátiás tinnitusz. Ez utóbbi esetben a fülcsengés mögött a hallókéreg neuronhálózatának megváltozása mellett más szervi eltérés nem diagnosztizálható.

Egy betegség páciens által elmesélt történetének azonnali haszna arra vezette a Department of Global Health and Social Medicine orvosi antropológia oktatóját, a Harvard Medical School pszichiáterét, Arthur Kleinmant, hogy úttörő jellegű, *The Illness Narratives*⁴⁰ című könyvében kórkép helyett inkább a páciens által megélt tapasztalatokra fordítsa a figyelmét. Egy évtizeddel később Trisha Greenhalgh és Brian Hurwitz⁴¹ alkották meg a *Narrative Based Medicine* kifejezést, amely nem ellenpontja, hanem szerves kiegészítője a tapasztalaton alapuló orvoslásnak, az *Evidence Based Medicine*-nek.⁴² A klinikai gyakorlatban a két megközelítés pozitív kapcsolata akkor mutatkozik meg igazán, amikor a tapasztalaton alapuló orvoslás nagymértékben komplex és gyakran krónikussá váló betegségek esetén saját módszertani korlátaiba ütközik. Nyilvánvaló, hogy egy akut vakbélgyulladást nem lehet narratív módon gyógyítani,

³⁹ Vö. DEBORAH KIRKLIN: The Centre for Medical Humanities, Royal Free and University College Medical School, London, England, *Academic Medicine* 78 (2003/10) 1048–1053, különös tekintettel: 1050–1051. Lásd továbbá ALESSIA BEVILACQUA: *Comprendere le Medical Humanities. Percorsi formativi a confronto*, F. Angeli, Milano, 2016.

⁴⁰ ARTHUR KLEINMAN: *The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition*, Basic Books, New York, 1988, 2020 (új kiadás).

⁴¹ TRISHA GREENHALGH – BRIAN HURWITZ (ed.): *Narrative Based Medicine. Dialogue and Discourse in Clinical Practice*, BMJ Books, London, 1998, 2004 (negyedik utánnnyomás).

⁴² Vö. GIUSEPPE ZEPPEGNO: Bioetica, Medical Humanities e Medicina Narrativa, in Enrico Larghero – Mariella Lombardi Ricci (a cura di): *La Medicina narrativa*, i. m., 188–190.

de ugyanakkor az is igaz, hogy a tünetekről szóló részletes beszámoló és a beteg aktív részvétele nélkül egy nem ismert eredetű láz, egy autoimmun vagy egy neurodegeneratív betegség nem diagnosztizálható megfelelő módon és nem kezelhető hatékonyan. A két klinikai szemlélet egymást kiegészítő jellege a narratív medicina szabatosabb meghatározását is szükségessé teszi.

Olaszországban a pontosabb definíció irányába tett első jelentős lépés az ún. *Consensus Conference*⁴³ alkalmával „a narráció mint a diagnózis-terápia-rehabilitáció által meghatározott folyamat alkotóeleme”⁴⁴ volt, ahol a betegség emberi megtapasztalásának számtalan elemét vizsgálták.

A narratív medicina meghatározására tett erőfeszítéseket azért tekintjük át, hogy később jobban megítélhessük a módszer előnyeit és korlátait is. A tapasztalatokon alapuló orvoslás gyenge pontjai, a hippokratészi orvoslás legjobb hagyományai és az összetett klinikai kórképek kihívásai, amelyek számos társbetegségből is származhatnak, az autoimmun betegségek és az alacsony intenzitású, szisztémás gyulladáshoz vezető tünetek változatos és nem teljesen felderített eredete (etiológiája), valamint a ritka és a krónikus-degeneratív betegségek az utóbbi évtizedekben számos új klinikai megközelítés születéséhez járultak hozzá. Az érényeken alapuló bioetika reneszánsza,⁴⁵ az orvos-beteg kapcsolat fontossága, a terápiás szövetség, a *Medical Humanities* tudományterülete, a *Slow Medicine*, vagyis a „lassú orvoslás”⁴⁶, amely Olaszországban 2011-ben jelent meg, mind a már említett és kívánatos *Evidence Based Medicine* (EBM), vagyis a tapasztalatokon alapuló orvoslás, mind pedig a *Narrative Based Medicine* (NBM), vagyis a narratív medicina közötti együttműködés keretei között valósulnak meg.

A két utóbbi terápiás szemlélet egymásra vonatkozásának szükségessége részben bizonyos betegségek sajátosságaiból, részben pedig a narratív medicina elméleti háttéréből fakad. Társbetegségektől is szenvedő, vagyis több kórokozó

⁴³ ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ (ISS) – CENTRO NAZIONALE MALATTIE RARE (CNMR): *Consensus Conference. Linee di indirizzo per l'utilizzo della medicina narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative* (Roma, 11–13 giugno 2014).

⁴⁴ ISS – CNMR (a cura di): *Malattie rare e cronico-degenerative. Linee di indirizzo per la Medicina narrativa, "Il Sole-24 Ore. Sanità". I Quaderni di Medicina*, 5 febbraio 2015, Introduzione.

⁴⁵ Vö. MAURIZIO PIETRO FAGGIONI: *La vita nelle nostre mani*, i. m., 84–86.

⁴⁶ Vö. ANTONIO BONALDI – SANDRA VERNERO: *Slow Medicine: un nuovo paradigma in medicina*, *Recenti Progressi in Medicina* 106 (2015) 85–91; DENYS MONTANDON: *Slow Medicine-Slow and Sustainable Surgery. The New Paradigms*, *The Journal of Craniofacial Surgery* 34 (2023/5) 1365–1367. [doi: doi.org/10.1097/SCS.0000000000009353]

által is megfertőzött betegek, illetve szisztémás kórképek esetén, amelyek túllépik az egyes hagyományos orvosi szakterületek kompetenciáját (mint amilyen a kardiológia, az endokrinológia, a neurológia stb.), és amelyeknél a pontos diagnózis felállításához egy bizonyos számú, nemzetközi szakmai társaságok által kidolgozott kritérium együttes fennállása szükséges, valamint az ún. ritka betegségek jól mutatják a tapasztalaton alapuló orvoslás (EBM) korlátait. Mindezek a példák, amelyek kevésbé illeszkednek a standardizált protokollokhoz, további kutatásokat és maguktól a betegektől származó új ismereteket is szükségessé tesznek.

A narratív medicina elméleti megértése közel sem olyan egyszerű, mint amilyennek látszik, mivel ebben az esetben nem egyszerűen történetek elbeszéléséről van szó, amelyek eredményeként a páciens pszichológiai szempontból jobban érzi magát, ami egyébként nem mellékes körülményként bekövetkezhet. A narratív jelző egy segítő kapcsolatot jelöl, amelyben valamit – egy megélt valóságot – elmondanak valakiről, vagyis a betegségről valakinek, az orvosnak, azért, hogy a terápia minél inkább személyre szabott lehessen.⁴⁷ A narratív medicina episztemológiai státuszát tekintve megfigyelhető, hogy benne a személyre, a kezelésre és a kommunikációra vonatkozó fogalmak találkoznak. Ki is az a személy, aki az orvostól segítséget kér? Hogyan vesznek részt a felek egy olyan kommunikációban, amely a betegségről és a beteg által megélt tapasztalatokról szól, mely utóbbiak szinte mindig az adott betegségre vonatkozó „előtte” és „utána” időmegjelöléssel kezdődnek?

Jelen tanulmány arra szorítkozik, hogy felhívja a figyelmet a különböző narratív elméletekre vonatkozó kutatásokra, amelyek a beteg kommunikációjának két aspektusát hivatottak vizsgálni. Az egyik vonatkozás az adott kórkép és a narráció közötti kapcsolat, a másik pedig azokra a jelentéstartalmakra vonatkozik, amelyeket a páciens saját élettapasztalatához társít.⁴⁸

Ez a két reláció általánosságban a természettudományokkal, különösen az orvostudománnyal kapcsolatos episztemológiai kérdésekre is felhívja a figyelmet. Megjegyzendő, hogy maguk a természettudományok, a fizikától a kémiaiig, valamint a biológiától az orvostudományokig, amelyek mind matematikai

⁴⁷ Vö. MASSIMILIANO MARINELLI: La Medicina Narrativa, pratica comunicativa che orienta la cura verso la persona, *Medicina e Morale* 70 (2021/1) 55–71, 58–61. [doi.org/10.4081/mem.2021.929]

⁴⁸ Uo. 62–65. A szerző a következő munkákra utal: FRANCESCA CATTANEO: *Azione e narrazione. Percorsi del narrativismo contemporaneo*, Vita e Pensiero, Milano, 2008; uő: *Etica e narrazione. Il contributo del narrativismo contemporaneo*, Vita e Pensiero, Milano, 2011.

modelleket is alkalmaznak, az egzaktság és a pontosság folyamatosan csökkenő mértékével jellemezhetők. Elegendő példaként a Heisenberg-féle határozatlansági elvre, az ideális és a valós gázok leírásának különbségére vagy a makromolekulák elektronjainak mozgását modellező egyenletekre és matematikai modellekre vagy akár az emberi vastagbél mikrobiomjának, az ott élő mikroorganizmusok összességének immunológiai szerepével kapcsolatos vizsgálatokra gondolni. A természettudományok hagyományos ágai közötti összevetés során megfigyelhető komplexitásnövekedés a betegség, a beteg és a beteg által megélt tapasztalatok hármásának belső kapcsolatait segít megérteni. A páciens tapasztalatai egyrészt visszatekintenek magára a betegségre, másrészt pedig arra vonatkoznak, hogy hogyan lehet a szenvedéssel megküzdeni, javulást elérni és a személyes belső feldolgozás útján előrehaladni.

Az amerikai-kanadai orvos-episztemológus, Davis Sackett, akit a tapasztalaton alapuló orvoslás fogalma egyik atyjaként tartanak számon,⁴⁹ megállapítja, hogy a klinikai döntésekben a gyógyító orvos hasonló esetek során összegyűjtött tapasztalata, a terápiás irányelvek (*guidelines*) alapos vizsgálata, valamint nem utolsósorban a beteg tapasztalatai és döntései találkoznak. Mivel az orvoslás empirikus tudomány még akkor is, ha alaptudományokra épül, így a hangsúlyt inkább a kezelés alkalmasságára és nem kizárólag tudományos tartalmára helyezik. Nem a „leleteket kezeljük”, hanem a test-lélek egészében létező beteget úgy, hogy emberi méltósága ne sérüljön, sőt, egyre nagyobb megbecsülésben részesüljön. Hans-Georg Gadamer a „Humanities” kifejezéssel leírt tudományágot nem az emberről önmagában álló kutatásként definiálja, hanem megélt tapasztalatként, egy adott társadalmi és kulturális közegben, egy adott életút során megjelenő önreflexióként határozza meg.⁵⁰ A marburgi filozófus horizontok fúziójáról alkotott elképzelései az alaposabb orvosi ismer-

⁴⁹ Vö. Ugo MARCHISIO: *Dal dialogo all'alleanza terapeutica*, i. m., 161; DAVID L. SACKETT et al.: Evidence Based Medicine. What it is and What it isn't, *British Medical Journal* 312 (1996/7023) 71–72 [doi: doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71]; DAVID L. SACKETT et al.: *Evidence-Based Medicine. How to Practice and Teach EBM*, Churchill Livingstone, New York, 1997. Sackett halála után jelent meg az ötödik kiadás: SHARON E. STRAUSS et al.: *Evidence-Based Medicine. How to Practice and Teach EBM*, Elsevier, 2018⁵. Lásd még ACHILLEAS THOMA – FELMONT. F. EAVES: A Brief History of Evidence-Based Medicine (EBM) and the Contributions of Dr David Sackett, *Aesthetic Surgery Journal* 35 (2015/8) NP261–NP263. [doi: doi.org/10.1093/asj/sjv130]

⁵⁰ Vö. UGO MARCHISIO: *Dal dialogo all'alleanza terapeutica*, i. m., 161.

reték megszerzésére is alkalmazhatók.⁵¹ A terápiás szövetség és a *Medical Humanities* tudományterületébe illeszkedő narratív medicina nem pusztán támogató szerepet tölt be egy segítséget igénylő sérülékeny ember számára, hanem értékes tudományos ismereteket is szolgáltathat mind a diagnózis felállítása, mind pedig az alkalmazott terápia szempontjából, amely tudás más módon nem szerezhető meg. A narratív medicina definíciójának rövid bemutatását követően még visszatérünk a módszer jelentős, az orvosi ismeretek bővítésére vonatkozó szerepére.

2.3. Mit jelent a narratív medicina kifejezés?

A narratív medicinával kapcsolatban négy elméleti elképzelést tartanak számon.⁵² Az első a terápiás megközelítés, amely pszichológiai és pszichoterápiás környezetben született, ahol az NBM komplementer medicinaként jelenik meg. Ebben az értelemben a narratív terápia, amely jelentéseket és értelmet keres, még nem pontosan definiált. A humanisztikus-narratív elképzelés Rita Charon⁵³ kutatásaira épül, és nemcsak az orvosi cselekvés területén hasznos, hanem az orvosok és a társadalom közötti kommunikáció előmozdítása szempontjából is jelentős. A harmadik szempont fenomenológiai-hermeneutikai jellegű, amelyet Gadamerrel kapcsolatban már említettünk, és amely Edmund Husserl fenomenológiájára vezethető vissza. Célja a betegségre vonatkozó narráció jelentésének és objektívitasának filozófiai kutatása. A narratív medicina negyedik, szociális megközelítése pedig az antropológia, a szociológia és az orvostudományok közötti párbeszédéből származik, tekintettel arra, hogy a

⁵¹ Vö. DIRK VON BOETTICHER: *Die therapeutische Beziehung in der psychosozialen Medizin. Klinische und anthropologische Aspekte*, Kohlhammer, Stuttgart, 2014 [doi: doi.org/10.17433/978-3-17-025138-0]; lásd a következő fejezetet: 4.3. „Die Dimension des Verstehens”; FERNANDO LOLAS: The Syndemic Perspective and the Need for Health Hermeneutics, in Martin Woessler – Hans-Martin Sass (ed.): *Medicine and Ethics in Times of Corona*, LIT Verlag, Zürich, 2020, 405–410.

⁵² Vö. ISS - CNMR (a cura di): *Malattie rare e cronico-degenerative. Linee di indirizzo per la Medicina narrativa*, i. m., 13–14.

⁵³ Vö. RITA CHARON: *Narrative Medicine. A Model for Empathy, Reflection, Profession and Trust*, i. m.; uő: *Narrative Medicine – Honouring the Stories of Illness*, Oxford University Press, New York, 2006; uő: Narrative medicine: caring for the sick is a work of art, *Journal of the American Academy of Physician Associates (JAAPA)* 26 (2013/8) 8–9. [doi: doi.org/10.1097/01.JAA.0000437751.53994.94]; ELISABETH GUTHRIE – RITA CHARON: Disability and narrative medicine. Challenges and opportunities, *Developmental Medicine and Child Neurology* (2023 Jun 30) [doi: doi.org/10.1111/dmcn.15685]

klinikai világ egy személyes, intézményi és osztályadalmi szinten strukturált szociális rendszer. A négy aspektus több ponton is kapcsolódik egymáshoz, és együttesen van jelen a klinikai gyakorlatban. A Rómában 2014-ben tartott és már említett ún. *Consensus Conference* több javasolt definíció közül az utóbbi három szemponthoz csatlakozó megfogalmazást fogadta el:

„A narratív medicina egy olyan klinikai és ápolási módszertan, amely a narrációt a betegség különböző aspektusainak megértésére irányuló alapvető eszköznek tartja. Az eljárás célja a kórtörténet megfelelő feltárása, továbbá egy lehetséges alternatív eljárásrend közös kidolgozása, amely egy hatékony, személyre szabott, valamint az orvos és beteg közös erőfeszítésével megvalósítandó terápiás terv elkészítését és megvalósítását teszi lehetővé.”⁵⁴

Rita Charon szerint minden eredményes medicinának definíciószerűen narratív medicinának kell lennie:

„Az orvoslás hatékony gyakorlása narratív kompetenciákat, vagyis olyan képességeket igényel, amelyek segítségével felismerjük, magunkévá tesszük, valamint értelmezzük mások személyes történetét és megpróbált élethelyzetét, amely alapján cselekszünk. A narratív kompetenciákkal végzett orvoslás a *narratív medicina*.”⁵⁵

A fentiekben javasolt definíciók érdeme az, hogy magukban foglalják a beteg iránt tanúsított empátiát, a gyógyításra vonatkozó és hasznosnak bizonyuló ismereteket, az orvos és a páciens narrációjára vonatkozó filozófiai megfontolásokat, valamint azokat a társadalmi struktúrákat is, amelyekben maga a kommunikáció megvalósul.⁵⁶

⁵⁴ ISS – CNMR (a cura di): *Malattie rare e cronico-degenerative. Linee di indirizzo per la Medicina narrativa*, 15. (ford. Harsányi Pál Ottó OFM)

⁵⁵ RITA CHARON: *Narrative Medicine. A model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust*, i. m., 1897: “The effective practice of medicine requires narrative competence, that is, the ability to acknowledge, absorb, interpret, and act on the stories and plights of others. Medicine practised with narrative competence, called *narrative medicine*.” (ford. Harsányi Pál Ottó OFM) Lásd még SALVINO LEONE: *Le prospettive della medicina narrativa*, in uő: *Nuovi percorsi di bioetica. Un dialogo con la teologia*, EDB, Bologna, 2025, 238–247.

⁵⁶ Uo.

Az idiopátiás tinnitus értékelését különböző nyelvekre standardizált kérdőívek elemzésével végzik (*Tinnitus Handicap Inventory Test*).⁵⁷ A kérdések összeállítására és a kérdőívek kiértékelésére a beteggel folytatott megbeszéléssel együtt a narratív medicina definíciójában szereplő szempontok egymást támogató hatásának jó példái. Maga a fülszűrés is élettani és pszichológiai tényezők összességéből származik, így egy adott eset súlyosságának megítélése a beteg aktív együttműködését igényli, nemcsak a kérdőív kitöltése, hanem az eszközös mérések, a tinnitometria során is. A rendelkezésre álló terápiák, mint például az akusztikus neuromoduláció, amely az eddigi egyik leghatékonyabb oki kezelés, a fülszűrés minél kisebb mértékű észlelését és így a legjobb életminőség biztosítását célozzák. A kellemetlen tünet, valamint a diagnosztikus és terápiás lehetőségek a szomatikus és pszichikus jelenségek határterületein mozognak, és mivel nem hoznak gyors és könnyű sikert, ezért a narratív medicina ebben az esetben is komoly segítséget nyújthat.

3. A NARRATÍV MEDICINA A KLINIKAI GYAKORLATBAN: LEHETŐSÉGEK, KRITIKUS PONTOK ÉS TÁVOLABBI KILÁTÁSOK

A narratív medicina azért fordít kiemelt figyelmet a páciensre, hogy a betegség során megélt tapasztalatokat a kezelőorvos minél jobban megértse, és bizonyos mértékben magáévá is tegye. A beteg iránt tanúsított emocionális figyelem mind a verbális, mind a nonverbális kommunikáció hatékonyabb megértését segítheti. Ez utóbbi folyamat analitikus lépések során, fokozatosan valósul meg. Ilyen fázisnak tekinthető az úgynevezett ábrázolás és a megközelítés. Az ábrázolás folyamata során az orvos a beteg narrációjára reflektál, amely intuíciókat ébreszthet benne, a megközelítés pedig a terápiát végző személy pácienshez való kötődése, vagyis „affiliációja” a beteg szempontjainak feldolgozását segíti. A diagnosztikus, terápiás és gondozási folyamat egésze tehát mindig a beteg aktív közreműködésével valósul meg. A klinikai gyakorlatban egy betegség történetének írásbeli rögzítése, a narráció beteg által végzett önkritikája, a kollégák narrációra vonatkozó megjegyzéseinek tanulmányozása, valamint

⁵⁷ Vö. DANIELE MONZANI et al.: Validity of the Italian adaptation of the Tinnitus Handicap Inventory; focus on quality of life and psychological distress in tinnitus-sufferers, *Acta Otorhinolaryngologica Italica* 28 (2008/3) 126–134; ROLAND MOSCHEN et al.: Validation of the Chronic Tinnitus Acceptance Questionnaire (CTAQ-I): the Italian version, *Acta Otorhinolaryngologica Italica* 39 (2019/2) 107–116.

mások elbeszéléseinek az irodalomkritika módszereihez hasonló elemzése a beteg beszámolójának minél pontosabb megértéséhez járulhat hozzá.⁵⁸

A páciens meghallgatásakor ismerni kell a pszichológiában használt *átvitel*, *áttétel* vagy *transzferencia* (*transference*)⁵⁹ jelenségét, melyet a beteg nem tudatosan hoz létre, valamint az orvos által a beteg irányába indított *ellenátvitel* vagy *viszontáttétel* (*countertransference*) folyamatát is. Ezek az elkerülhetetlen pszichológiai jelenségek negatív módon befolyásolhatják a terápiás szövetség és a narratív medicina megvalósulását és működését. Ez utóbbi egy olyan precíz munkakapcsolat, amelyben elbeszélte történetek és tervek szerepelnek a beteg javának leghatékonyabb előmozdítása érdekében. A narratív medicinát ezért nem szabad összetéveszteni a javarészt nem tudatos pszichológiai jelenségekkel. Ehhez mind az orvos, mind pedig a beteg részéről szándékos és jól irányított kommunikációra van szükség, valamint figyelembe kell venni a narratív medicina módszertani korlátait is.

A narratív medicina figyelmes alkalmazása igyekszik a hiányosságok, az úgynevezett jelentést érintő eltérések (*gaps*) feloldására. Az első ilyen eltérés maga a narráció episztemológiai korlátja, a második az orvoslás empirikus jellegéhez és az egyes klinikai esetek megismerésének kritikus pontjaihoz köthető: „Egyi-

⁵⁸ Vö. PAOLO M. CATTORINI: Narrative medicine. An ethical reappraisal, *Medicina e Morale* 64 (2015/2) 253. [doi: doi.org/10.4081/mem.2015.26]

⁵⁹ A pszichológiában, különösen a pszichoanalízisben és a pszichodinamikus terápiákban az átvitel vagy más néven a transzferencia (*transference*) egy olyan jelenség, amelynek során az illető személy a jelen helyzetet a múltban átélt tapasztalatainak fényében érzékeli és értelmezi. A folyamat során a beteg vagy a páciens tudattalanul áthelyezi, átviszi a múltbeli, az élete szempontjából meghatározó személyekkel (általában szülőkkel, gondozókkal) kapcsolatos érzéseit, vágyait és elvárásait a jelenlegi terapeuta személyére. A szeretet és pozitív érzelmek mellett gyűlölet, valamint félelem is jelentkezhet anélkül, hogy a terapeuta ezért felelős lenne. Azonban ha maga a segítséget nyújtó személy ad konkrét okot az erőteljes pozitív vagy negatív érzelmekre, akkor az azt jelenti, hogy ő a viszontáttétel vagy viszontátvitel (*countertransference*) helyzetében van, ami saját irracionális, nem tudatos és feldolgozatlan szükségletei miatt eltorzítja a segítő kapcsolatot. A terapeutáknak ezért képzésben kell részesülniük a transzferencia és a viszontátvitel felismerésére és kezelésére (vö. SZENTMÁRTONI MIHÁLY: *Camminare in iseme. Psicologia pastorale*, San Paolo, Cinisello Balsamo [Milano], 2001, 97–101; W. TOMAN: «Trasferenza», *Dizionario di Psicologia*, W. Arnold et al. [a cura di]: San Paolo, Cinisello Balsamo [Milano], 1996⁵, 1217–1218). Ez a két jelenség, bár a pszichoanalitika területén fogalmazták meg, mégis valamilyen mértékben minden segítő kapcsolatot jellemez.

künk sem úgy értelmez egy történetet, mint ahogy azt a narrátor átadja”.⁶⁰ A harmadik, úgynevezett jelentésbeli probléma vagy eltérés pedig az egyes kór-
képek egységesített, standardizált klinikai protokolljai és a betegség konkrét
megjelenési formái között jelentkezik.

Ezek az információ megbízhatóságát érintő hiányosságok a terápiás szövet-
ség, a segítő kapcsolatok, illetve a narratív medicina módszerének szükség-
szerű velejárói, illetve a kevésbé ismert betegségek jellemzői azok újszerűsége,
komplexitása vagy a rájuk jellemző alacsony előfordulási arány (*incidencia*)
miatt.⁶¹ További, a segítő kapcsolatokhoz köthető problémát jelentenek a be-
teg és a róla gondoskodó személyek (*caregivers*) között jelentkező nem tudatos
lélektani jelenségeken túl a beteg kommunikációs nehézségei és a gyógyító
személyzet számára rendelkezésre álló szűkös időkeret is.

A narratív medicina korlátainak meghaladásához mindenekelőtt a mód-
szer kritikus pontjainak és a megközelítés mögött álló filozófiai modelleknek
a megismerésére van szükség. Továbbá fontos a *Medical Humanities* kifejezés
által jelzett tudományterületeknek az egészségügyi dolgozók képzésébe történő
integrálása, a terápiás szövetség kiterjesztése a családtagok és a gyógyításban
közreműködő orvoskollégák felé, valamint elengedhetetlen a beteg beszámó-
lójának figyelembevétele is a diagnosztikus, terápiás, rehabilitációs és ha szük-
séges, a palliatív kezelési eljárások közös megtervezése céljából. A már említett
ún. „lassú orvoslás”, a *slow medicine* új paradigmája nem késlelteti a kezelést,
mert a narratív medicina alkalmazását nem elvesztett időnek, hanem a terápia
szerves részének tartja.

Az NBM legjobb megvalósítása során már a kezelés első pillanatától szoros
kapcsolat alakul ki a tapasztalaton alapuló orvoslás és az NBM saját módszer-
tana között. A narratív megközelítés a „tipizált”, vagyis kategóriákba sorolt
tudományos ismereteket az egyes klinikai esetekhez közelebb viheti, ugyanak-
kor nem fosztja meg a beteget az orvosbiológiai kutatások legújabb és ígére-
tes eredményeitől sem, hiszen ezeket – különös tekintettel a komplex klinikai
esetekre – éppen a beteg szempontjait figyelembe véve alkalmazza.

Az orvosi szakirodalomban több fogalmat is találunk a terápiás megközelíté-
sek szerencsés és kívánatos összehangolására. Rita Charon és a Columbia Egye-

⁶⁰ HOWARD BRODY: Foreword, XIII, in Trisha Greenhalgh – Brian Hurwitz: *Narrative Based Medicine. Dialogue and Discourse in Clinical Practice*, BMJ Books, London, 1989, idézi LUCIA ZANNINI: *La pratica clinica*, i. m., 264. (ford. Harsányi Pál Ottó OFM)

⁶¹ Az „incidencia” az epidemiológiában előfordulási gyakoriságot jelent, vagyis egy betegség egy adott népességben és időszakban történő előfordulásának mértékét jelöli.

temen dolgozó kollégái ezt az integrációt a *Narrative Evidence Based Medicine*⁶² kifejezéssel jelölték. Paolo Cattorini szerint a narratív medicina nem az orvosi gyakorlat egyik új módozata, hanem maga a klasszikus értelemben vett gyógyító tevékenység, amely mindig is létezett, és a beteget elsősorban azért hallgatja meg, hogy a gondoskodás megtervezése, annak esetleges bővítése és személyre szabása minél megfelelőbb lehessen.⁶³ Elena Mancini és Roberta Martina Zagarella az NBM és az EBM közötti módszertani találkozási pontok meghatározását javasolja,⁶⁴ figyelembe véve a tudományos evidencia és bizonyíték fogalmát, valamint a szubjektív-objektív melléknévpár jelentését, vagy másképp fogalmazva az orvos-biológiai kutatás és klinikai gyakorlat belső, illetve külső érvényességét.⁶⁵ Az orvos-beteg kapcsolattal összefüggésben a betegnek és családtagjainak a kezelésbe történő aktív bevonása, vagyis a klinikai gyakorlat személyesebb tétele elsősorban etikai jelentőségű.⁶⁶ A szenvedés és a fájdalom pusztá narrációja, megosztása már önmagában is enyhíthet a beteg állapotán, és ami még ennél is többet jelent, visszaadhatja a személy integritását és méltóságát.⁶⁷ Ez utóbbi etikai érték olyan klinikai és episztemológiai jelentést hordoz, amely a megismerés három, már említett hiányosságát (*gap*) jelentős mértékben képes pótolni. A narratív medicina ezen túl a tapasztalatokra épülő orvoslás legjobb eredményeivel együtt, elkerülve a popu-

⁶² Vö. RITA CHARON – PETER WYER: The art of Medicine. Narrative Evidence-Based Medicine, *The Lancet* 371 (2008/9609) 296–297, idézi LUCIA ZANNINI: *La pratica clinica*, i. m. 270.

⁶³ Vö. PAOLO M. CATTORINI: *Narrative medicine*, i. m., 245–246

⁶⁴ Vö. ELENA MANCINI – ROBERTA MARTINA ZAGARELLA: Dare voce ai pazienti nella ricerca sulle malattie rare e sui farmaci orfani, *Medicina e Morale* 67 (2018/1) 25–40, itt: 27–28. [doi: doi.org/10.4081/mem.2018.526]

⁶⁵ Egy kutatás belső érvényessége a vizsgált jelenség és a kutatási eredmények közötti ok-okozati összefüggések megbízhatóságára vonatkozik. Ez a jellemző arra is utal, hogy a kutatás egy adott mérési eredmény megállapítása során képes-e más okokat (ún. műtermékeket) kizárni, így a belső érvényesség az alapvető és a legfontosabb követelmény ahhoz, hogy egy kísérletről helyes következtetéseket lehessen levonni. A külső érvényesség pedig azt mutatja meg, hogy egy tudományos vizsgálat eredményei más hasonló esetekre mennyire általánosíthatók. Ez utóbbi érvényesség a kutatási eredmények valós szituációkban történő alkalmazását teszi lehetővé. A belső és a külső érvényesség megfelelő kompromisszuma lehet igazán előnyös, hiszen a magas belső érvényesség tudományos megbízhatóságot, a nagyobb külső validitás pedig széles körű alkalmazhatóságot tesz lehetővé.

⁶⁶ Vö. uo.

⁶⁷ Vö. CHRIS GASTMANS: Dignity-enhancing nursing care. A foundational ethical framework, *Nursing Ethics* 20 (2013/2) 142–149. [doi: doi.org/10.1177/0969733012473772]

láció egészére vonatkozó klinikai eredmények (*population averages*) kizárólagos számbavételét, valamint a konkrét betegre is figyelmet fordítva⁶⁸ képes az ontológiai alapokra támaszkodó perszonalista szemléletű bioetika alapelveinek sikeres megvalósítására, amelyek a következők: az élet védelmének alapelve; a szabadság és a felelősség alapelve; a terápia megvalósításának, vagyis a folyamatos gondoskodásnak az alapelve; végül pedig a szolidaritás és a szubszidiaritás együttesének alapelve.⁶⁹ Gyakorlati szempontból ezeknek a princípiumoknak az összessége a terápia folyamatosságát biztosítja, amely a klinikai sikernek, a terápia eredményességének fogalmába a palliatív ellátást is beleérti. Ez utóbbi terápiás megközelítés a fizikai, pszichikai, lelki és az emberek közötti kapcsolatok szempontjából sérülékeny helyzetben lévő páciens emberi méltóságának tiszteletben tartását hatékonyan mozdítja elő.

A narráció klinikai szempontból nem pusztán a tünetek jobb értelmezését és a betegség azonosítását segíti, hanem az adott kórkép pontosabb meghatározásához is hozzájárulhat. Egy növényfaj fotója vagy a róla készült rajz nem ábrázolja a természetben megtalálható példányok összes lehetséges változatát. A növényrendszertant tanuló egyetemi hallgatóknak az egyes fajok egyedeit különböző fejlődési fázisaikban természetes élőhelyükön is meg kell figyelniük ahhoz, hogy később biztosan és pontosan felismerhessék azokat. A hasonló módon összetett klinikai kórképek esetében el kell fogadni „a patológiai jelenségek egyfajta bizonytalanságát és változatosságát, valamint magát a betegséget alaptípus-szerűen kell értelmezni”.⁷⁰ Mindezeket túl egy tünetegyüttes konkrét átélése hozzájárulhat a klinikai protokollokban alkalmazott tipizálás további pontosításához.

Bár a tudományos szakirodalom a ritka betegségek leírásához használja az ún. alaptípusos (*prototipikus*) modellt, ennek alkalmazása hasznosnak tűnik komplex fertőzések esetében is, mint amilyen a Lyme Borreliosis vagy a Covid-19. Ez utóbbi betegség során a szerológiai értelemben vett negatívvá válást követően is jelentkezhetnek alattomos fiziológiai eltérések. A Borreliosisal kapcsolatban – mint már elmítettük – vita van a klinikusok körében arról, hogy egy konvencionális antibiotikus terápia után túlélhetnek-e a *spirochéták*, és ennek alapján az esetlegesen fennmaradó tünetek egy krónikussá

⁶⁸ Vö. MARIOS SPANAKIS – ATHINA E. PATELARO – EVRIDIKI PATELARO: Nursing Personnel in the Era of Personalized Healthcare in Clinical Practice, *Journal of Personalised Medicine* 10 (2020/3) 56 [doi: doi.org/10.3390/jpm10030056]

⁶⁹ Vö. ELIO SGRECCIA: *Manuale di bioetica. I., Fondamenti ed etica biomedica*, i. m., 221–229.

⁷⁰ ELENA MANCINI – ROBERTA MARTINA ZAGARELLA: *Dare voce ai pazienti nella ricerca sulle malattie rare e sui farmaci orfani*, i. m., 29.

vált fertőzésre vezethetők vissza, vagy pedig a panaszok hátterében már valamilyen más betegség áll.

Ez utóbbi esetben az újdonság részben a betegség komplexitásában keresendő, hiszen egyetlen kullancscsípés a *Borrelia spirocheta* mellett többféle baktériumot és parazitát is az ember szervezetébe juttathat, mint például a *Bartonella*, a *Babesia* és az *Ehrlichia* genushoz tartozó különböző törzseket. Amíg ezek a kórokozók külön-külön véve – különösen az állatorvoslás területén – jól ismertek az orvosok számára, addig szerepük a humán terápiás gyakorlatban, a *Borrelia*-val történő együttes fertőzés esetén jóval kevésbé felderített. A veszély különösen akkor nagy, ha a beteg nem kap azonnali hatékony antibiotikus kezelést, mert ekkor egy konkrét eset mind diagnosztikai, mind pedig terápiás szempontból komoly kihívást jelent a kezelőorvos számára, és ez nem ritkán a beteg tüneteinek rosszabbodásához vezet. A túldiagnosztizálástól való félelem, vagyis a tényeken alapuló orvoslás (EBM) módszereivel kellően alá nem támasztott diagnózis felállítása sokszor aluldiagnosztizáláshoz, és így a kezelés elmaradásához, sőt, a beteg magára hagyásához is vezethet.

A páciensek egy részében jelentkező Covid-19-maradványtünetek, vagyis olyan panaszok, amelyek hónapokkal vagy akár évekkel a szerológiai értelemben vett negatívvá válást követően is fennmaradnak, az EBM és az NBM szinergikus kapcsolatát egészen új megvilágításba helyezik. Az alacsony intenzitású gyulladásokra,⁷¹ a neuroendokrin rendszer szintjén megjelent fiziológiai eltérésekre vonatkozóan,⁷² amelyek részben az autoimmun kórképekhez hasonlítanak, még viszonylag kevés kutatást végeztek. A két utóbbi, infektológiai jellegű kórképpel kapcsolatban a tudományos kihívást részben a betegségek újszerűsége, részben pedig komplexitásuk jelenti. Ez utóbbi tulajdonság meghaladja az „egy kórokozó – egy kórkép” modellt.

Az EBM és az NMB összehangolt alkalmazása nemcsak a helyes diagnózis felállításában, hanem a kizárólag palliatív terápiában részesülő betegek (pl. a progresszív izomdisztrófia különböző változataiban, mint például a Becker-, a Duchenne- vagy Emery-Dreifuss-szindróma eseteiben), vagy a kevés, de súlyos, az életminőséget negatívan befolyásoló kórképekben (ilyen például az időben nem kezelt Lyme Borreliosis, a poszt-Covid-19 vagy az idiopátiás

⁷¹ MERYAM MAAMAR et al.: Post-COVID-19 syndrome, low-grade inflammation and inflammatory markers: a cross-sectional study, *Current Medical Research and Opinion* 38 (2022/6) 901–909. [doi: doi.org/10.1080/03007995.2022.2042991]

⁷² Vö. AZRA BUREKOVIC – DZENANA HALILOVIC – ANISA SABHAZ: Hypothyroidism and Subclinical Hypothyroidism as a Consequence of COVID-19 Infection, *Medical Archives* 73 (2022/1) 12–16. [doi: doi.org/10.5455/medarh.2022.76.12-16]

tinnitus) szenvedő páciensek életminőségének értékeléséhez is nagymértékben hozzájárulhat. A kevésbé súlyos, de hosszú ideje fennálló betegségek kezelése során a klinikai sikeresség (*clinical outcome*) megítélésénél, illetve a tünetekre, valamint az életminőségre vonatkozó kérdőívek⁷³ kiértékelésénél hasznos lehet a tudományos bizonyítékok és a narratívák integrációja. A *Patient-Centered Outcome Measures* (PCOM),⁷⁴ vagyis „a betegközpontú eredményértékelés” fogalma jó példája az említett eljárás mód előnyeinek.

A tapasztalaton alapuló orvoslás alkalmazása a narratív medicina előnyeinek figyelembevételével a narrációnak nemcsak etikai és klinikai, hanem episztemológiai előnyeit is megmutatja, hiszen az igazság a gyógyítás világában soha nem matematikai természetű. Egy diagnózisra vagy egy kezelésre vonatkozó szubjektív tapasztalatok értékes empirikus ismereteket nyújthatnak azoknak, akik ezeket az adatokat össze tudják vetni a releváns szakirodalommal, különösen ritka vagy összetett kórképek esetén, amelyek kevésbé illeszkednek a nemzetközi protokollokhoz. Az orvoslásban nem létezik éles választóvonal az objektív és a szubjektív megismerés között, részben a betegségek egy része eredetének (*etiológiájának*) és patomechanizmusának kevésbé ismert volta miatt, részben pedig azért, mert a betegség nem egy önmagában létező valóság, hanem mindig egy adott betegre vonatkozik.⁷⁵ A narratív medicina a tudományos tényeken alapuló orvoslással ötvözve és egy konkrét személy által megélt tapasztalatokhoz adaptálva olyan megközelítést alkalmaz, amely a katolikus bioetika legjobb hagyományait valósítja meg:

„»Egy ember Jeruzsálemből Jerikóba ment. Rablók kezébe került. Ezek kifosztották, véresre verték, és félholtan otthagyták. Történetesen egy pap tartott lefelé az úton. Észrevette, de elment mellette. Ugyanígy közeledett egy levita is. Láta, de továbbment. Végül egy samariainak is arra vitt az útja. Amikor meglátta, megesejt rajta a szíve. Odament hozzá, olajat és bort öntött a sebeire és bekö-

⁷³ Vö. MARYALICE CITERA – PHYLLIS R. FREEMAN – RICHARD I. HOROWITZ: Empirical validation of the Horowitz Multiple Systemic Infectious Disease Syndrome Questionnaire for suspected Lyme disease, *International Journal of Internal Medicine* 10 (2017) 249–273. [doi: doi.org/10.2147/IJGM.S140224]

⁷⁴ Vö. ELENA MANCINI – ROBERTA MARTINA ZAGARELLA: Dare voce ai pazienti nella ricerca sulle malattie rare e sui farmaci orfani, i. m., 34–35. Lásd még RICHARD G. MCGEE: How to Include Patient-Reported Outcome Measures in Clinical Trials, *Current Osteoporosis Reports* 18 (2020/5) 480–485. [doi: doi.org/10.1007/s11914-020-00611-5]

⁷⁵ Vö. AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN DOLGOZÓK PÁPAI TANÁCSA: *Az egészségügyben dolgozók új kartája*, Római Dokumentumok 48, Szent István Társulat, Budapest, 2019, 73. (ford. Németh László)

tözte, magát az embert pedig felültette teherhordó állatára, elvitte egy fogadóba és ápolta.« (Lk 10,30–34)

A terápia és a rehabilitáció nem pusztán a test javát és egészségét szolgálja, hanem a személy egészét, akit testi-lelki mivoltában érint a betegség. Minden kezelés, amely a személy teljes javát tartja szem előtt, rehabilitációs hatású is egyben, ami az egyént – amennyire lehetséges – visszaadja önmagának.”⁷⁶

4. ÖSSZEGZÉS

A hippokratészi hagyományokat tükröző emberi értékek a gyógyításban a narratív medicina és az orvostudományok legjobb hagyományainak együttműködésével akkor jelennek meg, ha a terápia döntések a beteg és a róla gondoskodók (*caregivers*) együttműködésével születnek. Az orvosi tevékenységnek egyszerre kell hatékonynak és etikusnak is lennie. Egy erkölcsi minőségű cselekvés jelentőségét annak kontextusa adja, ami esetünkben egy sérülékeny ember segítségkérése. Ha a betegségek irányelvek (*guidelines*) és protokollok formájában történő fogalmi meghatározásakor a szerzők tisztában vannak az alkalmazott módszer korlátai mellett azzal is, hogy egy terápia hatékonyságát a beteg életről alkotott felfogása is befolyásolja, akkor egy olyan klinikai megközelítés valósítható meg, amely nem pusztán gyógyít, hanem a beteg méltóságát is előmozdítja. Ez utóbbi cél a narratív medicina és a tudományos bizonyítékon alapuló orvoslás integrációjával érhető el a leghatékonyabban.

Jelen kutatás a morálteológia módszertanát követve alapvetően szakirodalmi jellegű, de több hosszabb ideje Lyme Borreliosisban szenvedő beteg terápiajának a kezelőorvosokkal együtt történő és a komplementer medicina eszköztárát is figyelembe vevő átgondolását, illetve megtervezését is magában foglalja. Az elemzések legfontosabb újdonsága az, hogy ez az integráció nemcsak gyógyíthatatlan és neurodegeneratív betegségek esetén alkalmazható eredményesen, hanem krónikus és a még kevésbé ismert, komplex kórképek kezelésében is hasznosnak bizonyulhat. Ennek alapján az egészség helyreállításának esetleges sikertelensége nem jelenti a beteg gondozásának kudarcát. A szenvedő ember méltóságának hatékony védelmét gyógyíthatatlan betegség vagy egy adott kezelés klinikai hatástalansága esetén is valós szakmai sikernek kell tekinteni.

⁷⁶ Uo. 84.

Szent Pál leveleiben az igazság és a szeretet közötti feszültségnek az apostol által történő feloldása az orvosi etika számára is lényeges üzenetet hordoz. Ha a tudományos bizonyítékokon alapuló orvoslás és a narratív medicina valóban kiegészítik egymást, akkor ez az ellentét a gyógyító tevékenység során elkerülhető, hiszen a tudományos igazságnak megfelelő cselekvés a szeretet hullámhosszán valósul meg. Ez a dialektikus válasz nem tagadja meg a tapasztalatokra épülő orvoslást, hanem éppen a lehető legjobban, az emberre összpontosítva alkalmazza azt. Meghatározóak és egyértelműek Pál apostol erre vonatkozó szavai: „Igazságban kell élnünk és szeretetben, hogy egyre inkább összeforrjunk a Fővel: Krisztussal” (Ef 4,15). A szeretet „örömét az igazság győzelmében leli” (1Kor 13,6), és kerüli a képmutatást (vö. Róm 12,9; 1Kor 6,6). Végül pedig a beteg mellett mindig jelen kell lennie egy érdekeit képviselő személynek, hogy ne kelljen azt mondania, hogy „bár sokan kezelnek, de valójában senki sem gondoskodik rólam”.

A keresztény hagyományban a betegekkel kialakított segítő kapcsolat végső alapja Krisztus, aki „a lélek és a test orvosa”.⁷⁷

„A Kereszten megújul, és végső tökéletességben valósul meg a pusztában Mózes által fölemelt kígyó csodája (vö. Jn 3,14–15; Szám 21,8–9). Minden egzisztenciájában fenyegetett ember, ha tekintetét Arra emeli, akit átszegeztek, ma is megtalálja szabadulásának és megváltásának hiteles reményét.”⁷⁸

⁷⁷ *A Katolikus Egyház Katekizmusa*, 1509.

⁷⁸ II. JÁNOS PÁL: *Evangelium vitae* kezdetű enciklika (1995. március 25.), 50. pont, *Acta Apostolicae Sedis* 87 (1995) 457; *Enchiridion Vaticanum* 14, 2336, Szent István Társulat, Budapest, 1995. (ford. Diós István)

BIBLIOGRÁFIA

- ASHLEY, BENEDICT M. – O’ROURKE, KEVIN D.: *Health Care Ethics. A Theological Analysis*, Georgetown University Press, Washington D.C., 1997.
- AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN DOLGOZÓK PÁPAI TANÁCSA: *Az egészségügyben dolgozók új kartája*, Római Dokumentumok 48, Szent István Társulat, Budapest, 2019.
- BATISTATOU, ANNA et al.: The Introduction of Medical Humanities in the Undergraduate Curriculum of Greek medical schools. Challenge and Necessity, *Hippokratia* 14 (2010/4) 241–243.
- BOETTICHER, DIRK VON: *Die therapeutische Beziehung in der psychosozialen Medizin. Klinische und anthropologische Aspekte*, Kohlhammer, Stuttgart, 2014. [doi: doi.org/10.17433/978-3-17-025138-0]
- BORDIN, EDWARD S.: The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of the Working Alliance, *Psychotherapy: Theory, Research & Practice* 16 (1979) 252–260.
- CATTORINI, PAOLO M.: Narrative medicine. An ethical reappraisal, *Medicina e Morale* 64 (2015/2) 245–266. [doi: doi.org/10.4081/mem.2015.26]
- CHARON, RITA: *Narrative Medicine – Honouring the Stories of Illness*, Oxford University Press, New York, 2006.
- CHARON, RITA: Narrative Medicine. A Model for Empathy, Reflection, Profession and Trust, *Journal of the American Medical Association* 286 (2001/15) 1897–1902. [doi: doi.org/10.1001/jama.286.15.1897]
- CHARON, RITA: Narrative medicine: Caring for the sick is a work of art, *Journal of the American Academy of Physician Associates (JAAPA)*, 26 (2013/8) 8–9. [doi: doi.org/10.1097/01.JAA.0000437751.53994.94]
- ENGELHARDT, DIETRICH VON: The evolution of the doctor/patient relationship: yesterday, today, and tomorrow, *Medicina e Morale* 48 (1999/2) 265–299. [doi: doi.org/10.4081/mem.1999.805]
- GASTMANS, CHRIS: Dignity-enhancing nursing care. A foundational ethical framework, *Nursing Ethics* 20 (2013/2) 142–149. [doi: doi.org/10.1177/0969733012473772]
- GREENHALGH, TRISHA – HURWITZ, BRIAN (ed.): *Narrative Based Medicine. Dialogue and Discourse in Clinical Practice*, BMJ Books, London, 1998, 2004 (negyedik utánnymás).

- ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ (ISS) – CENTRO NAZIONALE MALATTIE RARE (CNMR): Consensus Conference. Linee di indirizzo per l'utilizzo della medicina narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative, *Il Sole 24 Ore. Sanità. Supplemento. Quaderni di medicina*, 15 febbraio 2015.
- KLEINMAN, ARTHUR: *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*, Basic Books, New York, 1988, 2020².
- KOOK, ONG ENG – ANANTHAM, DEVANAND: Medical Humanities. What is its Role in Medicine?, *Singapore Medical Association News* 53 (2021/3) 5–7.
- LEONE, SALVINO: Le prospettive della medicina narrativa, in uő: *Nuovi percorsi di bioetica. Un dialogo con la teologia*, EDB, Bologna, 2025, 238–247.
- MANCINI, ELENA – ZAGARELLA, ROBERTA MARTINA: Dare voce ai pazienti nella ricerca sulle malattie rare e sui farmaci orfani, *Medicina e Morale* 67 (2018/1) 25–40. [doi: doi.org/10.4081/mem.2018.526]
- MARCHISIO, UGO: Dal dialogo all'alleanza terapeutica, in Enrico Larghero – Mariella Lombardi Ricci (a cura di): *La Medicina narrativa. I presupposti, le applicazioni, le prospettive*, Effatà, Cantalupa (Torino), 2018, 143–162.
- MARINELLI, MASSIMILIANO: La Medicina Narrativa, pratica comunicativa che orienta la cura verso la persona, *Medicina e Morale* 70 (2021/1) 55–71. [doi: doi.org/10.4081/mem.2021.929]
- MONZANI, DANIELE et al.: Validity of the Italian adaptation of the Tinnitus Handicap Inventory; focus on quality of life and psychological distress in tinnitus-sufferers, *Acta Otorhinolaryngologica Italica* 28 (2008/3) 126–134.
- PANGRAZZI, ARNALDO : *Il dolore non è per sempre. Il mutuo aiuto nel lutto e nelle altre perdite*, Erickson, Trento, 2016.
- SGRECCIA, ELIO: *Manuale di bioetica. I. Fondamenti ed etica biomedica*, Vita e Pensiero, Milano, 2019⁴.
- THE NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH: *Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*, U.S. Government Printing Office, Washington D.C., 1978.
- ZEPPEGNO, GIUSEPPE: Bioetica, Medical Humanities e Medicina Narrativa, in Enrico Larghero – Mariella Lombardi Ricci (a cura di): *La Medicina narrativa. I presupposti, le applicazioni, le prospettive*, Effatà, Cantalupa (Torino), 2018, 183–194.
- ZEPPEGNO, GIUSEPPE: *Il dibattito bioetico. Da Fritz Jahr al Postumanesimo*, IF Press, Roma, 2020.