

gű, egyaránt jól képzett képviselőket küldtek a magyar területekre. Más volt a helyzet a pálos renddel. Pázmány Péter esztergomi érsek egyenesen azt fontolgatta, hogy javasolja Rómának a megszüntetésüket. Róma végül a rend reformja mellett döntött, és ezután kezdtek a remeték missziós munkába, a nagyszombati rendi papképző főiskola megindításával pedig újjászülettek. Ezt a folyamatot Vánovics János szerzetesi pályáját nyomon kísérve szemlélteti a szerző.

A szép kivitelű könyv borítója Margit gróf rajzának felhasználásával készült, és egy XVII. századi, Erdélyből való ferences szerzetes ábrázol; ez a kép volt Tóth forráskiadvány-kötetnek is a logója. Az elől álló szerzetes fokozatosan halványuló, többszörös árnyképe lassan eltűnik, mint ahogy a történelmi idő és nem utolsósorban a róla adott beszámoló szerzője, a történész is a homályba vész. Végül csak az írás mint dokumentum marad.

ÖZE SÁNDOR

Harry Collins – Trevor Pinch: Dr. Gólem

ÜTMUTATÓ AZ ORVOSTUDOMÁNYHOZ

Ford. Szalai Éva. Scolar, Bp., 2007.
280 old., 2750 Ft

Vetessük-e ki gyermekünk manduláját? Segíthet-e a C-vitamin a rák legyőzésében? Megszoktuk, hogy ilyen kérdésekre az orvostudománytól várjunk választ. De mi történik, ha a társadalomtudomány vizsgálni kezdi, hogyan születnek meg az orvosok és természettudósok válaszai? A hazai társadalomtudomány és a fordítási hagyomány mind ez ideig egyaránt megfosztotta a magyar olvasót e megközelítés ismeretétől. A *Dr. Gólem* megjelenésével azonban végre magyarul is olvasható az angolszász tudomány-tanulmányok (*science studies*) talán leginkább közérthető és alapvető sorozata, a Gólem-könyvek egyik kötete. Igaz, nem Collins és Pinch immár klasszikus munkája, *A Gólem – avagy amit mindenkinek tudnia kel-*

lene a tudományról (The Golem: What Everyone Should Know about Science. Cambridge University Press, Cambridge, 1993.), vagy a szerzőpáros második, alapvetően a technológiával foglalkozó kötete (*The Golem at Large: What You Should Know about Technology.* Cambridge University Press, Cambridge, 1998.), hanem a sorozat legfiatalabb tagja (*Dr. Golem: How to Think about Medicine.* University of Chicago Press, Chicago, 2005.).

A két szerző a tudásszociológia erős programját követő, nagy szociológizáló hullám, pontosabban a bathi tudásszociológiai iskola és a „módszertani relativizmus” kiemelkedő képviselője, akik e kötetekben a külön társadalomtudományi szakmává fejlődött tudománytanulmányokat népszerűsítik. Bár jelentős kutatások vannak a hátuk mögött, itt a hangsúlyt nem az eredetiségre, hanem az új, provokatív és izgalmas tudománykép terjesztésére fektetik. A jó tollú szerzők mindhárom kötetben a szakma válogatott esettanulmányainak olvasmányos ismertetését nyújtják. A *Dr. Gólem* is jól mutatja, hogy a társadalomtudós mondhat érdekeset a tudományról, ami sokkal izgalmasabb a természettudomány saját naiv narratíváinál, vagy a társadalomtudomány – gyakran természettudomány-ellenes felhangú – szkepszisénel.

A *Dr. Gólem* több esettanulmánya is árnyalt tudományos elemzéssel szolgál olyan kérdésekben, amelyek az utóbbi időben hazánkban is jelentős médiafigyelmet kaptak. Jó példa a nyilvános tereken elhelyezett defibrilátorok témája, amelyek növekvő száma (és az erre költött milliók) nálunk, úgy tűnik, senkiben sem ébreszt kétségeket. Holott az újraélesztési technikák fejlődésének történetéből kiderül, hogy a drága készülékek csak a tévé kórházsorozataiban múlják felül a hagyományos módszerek (külös szívmasszázs, mesterséges lélegeztetés) nehezen mérhető és alacsony hatékonyságát. Még ha a jó időben, jó helyen, a készülék kezelését ismerő és segítőkész ember mellett esünk is össze, ettől alig 1-3 százalékkal nő túlélési esélyünk. Ez pedig nem sok, és Collinsék álláspontja egyértelmű: „kár még több közpénzt költeni az

efféle eszközökre, ha azt a pénzt más területen jobb eredménnyel lehetne felhasználni.” (178. old.) A magyar közegészségügyben valószínűleg lehetne. Mivel azonban egy nem hatásos technika is eredményesebb, ha hisznek benne, a kedvezőtlen statisztikák nyilvánosságra hozatala tovább csökkenené a megmenthető életék számát, hiszen kevesebben volnának hajlandók egy kétes hatásfokú újraélesztési technika elsajátítására.

A gyermekek védőoltásainak példája jelzi, hogy az orvoslás hatékonyságát más módon is befolyásolja a nyilvánosság. A védőoltások és a szülői jogok konfliktusának részletes elemzése arra a következtetésre jut, hogy „[s]ehol nincs akkora feszültség az egyén választási lehetősége és a közjó között, mint a gyermekek oltásában” (209. old.). Hiszen az egyéni jó (a védőoltás kockázata miatt jobb, ha gyermekemet nem oltják be egy olyan társadalomban, ahol mindenki más be van oltva) és a közösségi jó (a járványok megelőzése, vagyis mindenki beoltása) ellentétének játékelméletileg is modellezhető helyzetében szembekerül a szülő és a társadalom. Mégsem szabad a közösséget veszélyeztetni azzal, hogy egyéni önzésünknek teret engedünk.

Máshol Collinsék nem az egyértelmű válasszal, hanem éppen annak hiányával tudnak újat mondani: a vitatott betegségek, mint a mencedzserbetegség (CFS, krónikus fáradtság szindróma), a fibromialgia és más, modern betegségek keletkezéstörténetét vizsgálva feltárják, milyen társadalmi folyamatok játszottak szerepet számos kórkép, például az öbölháború-szindróma elfogadtatásában. A szociálkonstruktivista megközelítés itt meglepő támogatókra találhat: a beteg- és orvoslobbik hatékonysága láttán a fibromialgia „felfedezője” is így nyilatkozik: „nemhogy gyógyítanánk egy betegséget, hanem inkább létrehozuk.” (143. old.)

Különösen izgalmas társadalmi folyamat az alternatív orvoslás terjedő népszerűsége, amely együtt jár elszigetelődésével a biomedicinától. Pinch egy pár évvel ezelőtti, a *Hermeneutika és a természettudományok* című tihanyi konferencián történt incidenst idéz fel annak a tanulmánynak a felvezeté-

seképp, amely a Nobel-díjas Pauling és munkatársa, Ewan Cameron – a rák kezelésében több klinikán is tesztelt – C-vitamin-terápiájáról szól. Bár konkluzív pozitív eredmények nem születtek, a betegek vágya, hogy egy potenciálisan hatásos gyógymódhoz mindenképp hozzájussanak, a híres Mayo Klinika negatív eredményeit is kétségessé tették: a betegek a kontrollált kísérletekben – tartva attól, hogy a placebokészítményt kapják – olyan sok C-vitamint szedtek önhatalmúlag, hogy az objektív értékelés lehetetlenné vált. A tudományos vita Pauling és a Mayo Klinika között nagy nyilvánosságot kapott, elmérgesedett, és kölcsönös vádaskodásba fűlt.

Bár a nyilvánosság figyelme általában is megnehezíti, hogy a vitázó tudósok konszenzusra jussanak, az eset arra is felhívja a figyelmet, hogy a beteg és a tudományos kutatást végző orvos bizonyos helyzetekben ellenérdekelt felek. A témának vannak ugyan újabb, részletesebb szakmai feldolgozásai is (pl. J. Menikoff és E. P. Richards: *What the Doctor Didn't Say: The Hidden Truth about Medical Research*. Oxford University Press, New York, 2006.), Collinsék is nagyon jól mutatják be orvos és beteg érdekeinek eltérését a klinikai vizsgálatok során. És itt nem az olyan hírhedt példákra kell gondolni, mint az Alabama államban 1932 és 1972 között végzett Tuskegee-szifiliszvizsgálat, ahol a fekete aratómunkásoktól az orvosok évtizedekig megtagadták az ismert és hatékony kezelést, hogy a betegség „természetes” lefolyásáról és az elhalálozási mintázatokról több ismeretük legyen. A mindennapos orvosi kutatásokban is megjelenik a konfliktus, hiszen a potenciálisan hatásos gyógyszerrel kezelték állapotát egy olyan kontrollcsoport tagjainak állapotával kell összevetni, ahol a betegek nem kaptak hasonló kezelést. Ha a gyógyszer nem káros (amit általában az állatkísérletek lezárultával nagy eséllyel ki lehet zárni), akkor a beteg érdeke mindenképpen az, hogy kapjon belőle. Ha ugyanis a szer hatásos, sokkal nagyobb az esélye a gyógyulásra, ha *biztosan* a szert kapja, mint ha erre csak 50 százalékos esélye van. Mivel pedig a klinikai fázisba jutott szerről legalábbis jó eséllyel fel-

tételezhető, hogy hatásos, etikai problémákat is felvet a tesztelési gyakorlat, hiszen a betegek egy része nem jut a potenciálisan hatásos gyógyszerhez (és akár meg is halhat), csak hogy tisztább, biztosabb adatok alapján tudjon a biomedicina dönteni: „a sikeres vizsgálat feltétele, hogy elegendő számú beteg haljon meg.” (192. old.) A beteg és a gyógyító orvos érdeke ilyenkor a gyógyszer azonnali terjesztése lenne, a közjó és a kutató orvos érdeke viszont a minél pontosabb, kontrollált kísérlet.

Az AIDS-aktivisták vizsgálata kitűnően mutatja, hogy az orvoslási technikák és módszertanok megnyírnak képlekenyek, és hogy a szakmai tudást a hagyományos képzési struktúrákat elkerülve megszerző – nem orvos – betegek aktívan alakíthatják a betegség kezelésének módját – ami hazánkban nem túl gyakori. Az AIDS-aktivisták elsőként érték el, hogy egy készítményt a HIV-pozitív közösség adatai – és ne a biomedicina kutatásainak eredményei – alapján engedélyezzenek.

Bár az AIDS-aktivistákról szóló fejezet a Gólem-sorozat második kötetéből lényegi változtatás nélkül lett a harmadik kötetbe átemelve, már itt is fontos a „szakértőség” kérdése, amely Collins legújabb kutatási területe (H. M. Collins – Robert Evans: *Rethinking Expertise*. University of Chicago Press, Chicago, 2007.). A szakértőiség által felvetett kérdések végighúzódnak a kötetben, és a tudománytanulmányok új, már nem csak deskriptív célú „harmadik hullámának” eljövételét mutatják (H. M. Collins – Robert Evans: *The Third Wave of Science Studies: Studies of Expertise and Experience*. *Social Studies of Science*, 32 (2002), 2. szám, 235–296. old.).

A klasszikus tudományozociológia első hullámát követő második hullám, a tudásszociológia erős programjának, illetve a szociálkonstruktivizmusnak a követői (Latour, Knorr-Cetina vagy Pickering) még tartózkodtak attól, hogy normatív kijelentéseket tegyenek a tudománnyal kapcsolatban. A XXI. századba érve azonban a már felnőtt korú tudománytanulmányok nevében Collins és mások is (pl. Michael Lynch vagy Steve Fuller) egyre határozottabban foglalnak állást

a természettudományt érintő normatív kérdésekben.

Állásfoglalásuk lehet kritikai jellegű, mint például e könyvnek a biomedicina növekvő tekintélyét vizsgáló fejezetében, ahol feltárják, hogyan gyarapította a tömeges mandulaműtét – egy könnyű műtéti beavatkozás – a biomedicina tekintélyét. Ma már úgy tűnik, a több tízezer műtéttel az orvostudomány jobban járt, mint a betegek, hiszen a mandulaműtétek nagy részét ma már szükségtelenné, sőt akár károsnak tartják, különösen akkor, ha figyelembe vesszük, hogy a halálozás kockázata a bölcsőhaláléhoz közeli, ami oly sok figyelmet kapott az elmúlt időkben hazánkban.

A megnövekedett tekintély az álorvosoknak is tág teret enged. Az elméletileg viszonylag érdektelen 2. fejezet esettanulmányai az álorvosok különös jelenségével foglalkoznak. Létüket részben az orvosi szakma autoritása, részben az magyarázza, hogy – az amerikai adatok alapján – az orvosok erkölcsi vétségeit szigorúbban büntetik, mint a szakmaiakat (68. old.). A „lebukott” álorvosok példája egy nagyon érdekes – de a könyvben nem explikált – dilemmához vezet. Ha az orvosi tudás elsősorban lexikális tudás, akkor az a mai világban egy „laikus” által is megszerezhető. Ha viszont a gyakorlat számít elsősorban, akkor a kezdő orvos alig megbízhatóbb az interneten művelődő laikusnál, és a gyakorlott álorvos akár sikeresebb gyógyító is lehet, hiszen nem az iskolapadban eltöltött évek számítanak.

A harmadik hullám tudásszociológusai ritkán fogalmaznak meg leleplező és kritikai élű normatív kijelentéseket – amilyenekért a második hullám képviselői rendre szemrehányásokat kaptak a természettudományban dolgozó kollégáiktól. Sőt a placebohatásról írt, igen izgalmas fejezetben Collinsék már-már aggódnak a hagyományos orvoslásért: „a placebohatás az orvostudomány haladásának útjában áll még akkor is, ha támaszul szolgál a beteg egyénnek [...], ha az orvostudományi ráfordításokat zéró összegű játszmánynak tekintjük, akkor minél nagyobb a kereslet az alternatív gyógymódok iránt, annál kevesebb politikai és anyagi támoga-

tás jut a mai értelemben vett orvostudományak.” (16. old.) Való igaz, hogy ha a placebohatás sok beteget meggyógyít, akik auratisztításra, reinkarnációs hipnózisra vagy egyéb kérdéses hagyományok ápolóihoz járnak, akkor csökken a biomedicinába vetett bizalom és talán hosszú távon a belé fektetett pénz is. Am fontosabb-e az orvostársadalom fenntartása az egyéni gyógyulásnál?

Hasonló elfogultság máshol is megjelenik. A szerzők külön-külön vizsgálható összetevőire bontják a placebohatást: a kísérletet végző elvárásai és a beteg várakozása egyaránt hathat az eredményre. E hatás kiiktatására használt kettős vak kísérlet-terv viszont számos terápiában (pl. az akupunktúrában) nem kivitelezhető. A harmadik összetevő, a „valódi” placebohatás az, amikor ezektől függetlenül hat az elme a testre, és idéz elő gyógyulást. A negyedik a kísérletező várakozásainak hatása a betegre, ami befolyásolhatja a második és a harmadik összetevőt is, és nem könnyen választható el a „valódi” placebohatástól. De miért gond, ha egy beteg nem éppen a harmadik összetevő hatására gyógyul meg? Collinsék válasza első ránézésre érthető, hiszen ha sokan nem hisznek az elfogadott orvoslásban, akkor hosszú távon *csökken* a második és a negyedik összetevő hatása, vagyis az egész orvoslás hatékonysága. Vannak azonban társadalmak – például Kína –, ahol egynél több orvoslási hagyomány is állami támogatást élvez, vagyis nem feltétlenül csökken a biomedicinába vetett bizalom, ha az nincs monopolhelyzetben.

Egyes tanulmányok megalapozott és izgalmas következtetésekre vezetnek. Ismert tény például, hogy „a mai fogalmaink szerint értelmezett medicina nem sokat tud tenni azért, hogy emelkedjen a várható élettartam, sokkal nagyobb szerepet játszik az étrend, a higiénia, az életvitel” (13. old.). Ha azonban az emberek felismernék, hogy az orvostudomány csekély mértékben járul hozzá egészségük megőrzéséhez, *tovább* csökkenne a medicina hatékonysága.

Nem túl lelkesítő felismerés, de tenni keveset lehet ellene. Ahol tenni lehetne, ott talán még nyugtalani-

tóbb a helyzet. A gyógyszerkutatások költségei ma már olyan nagyok, hogy komoly hatástanulmányokat csak nagy profit reményében érdemes végezni. „Tehát ha valamilyen gyakori anyagról, amely annyira ismert, hogy nem lehet szabadalmaztatni, azt állítanák, hogy jobb gyógyszer egy betegségre, mint a drága új gyógyszer, amelyet a vállalati laboratórium védett, titkos berkeiben fejlesztettek ki, akkor valószínűleg sosem jut el a klinikai tesztlétség.” (30. old.)

Talán ennyi elég is ahhoz, hogy felkeltse az érdeklődést ezen jól olvasható és tanulságos könyv iránt. Pár szót azonban a magyar fordításról is érdemes ejteni. A fordító és a szakmai lektor orvosi szempontból igen jó munkát végzett, alig található hiba vagy hiányosság, bár az újraélesztésről szóló fejezet címében is szereplő CPR betűszó (*cardiopulmonary resuscitation*) magyar feloldását nem találtam a kötetben. Az az állítás, hogy „egyedül a beteg mondhatja meg, hogy megindult-e a gyógyulás felé” (22. old.), megért volna egy szerkesztői lábjegyzetet. Van néhány szórakoztató elírás: a „meg kellett tanulniuk az orvosi biológia nyelvét” kitétel (194. old.) nyilvánvalóan az AIDS-aktivistákra vonatkozik, s nem az orvosokra, és a *gay plague* „melegnyavajaként” (sic!) magyartása sem a legszerencsésebb eufemizmus.

Komolyabb probléma, hogy a szövegben használt tudásszociológiai szakkifejezések gyakran értelmetlenek magyarul. Collins egyik jelentős elméleti fogalma, a kísérletező regresszusa (*experimenter's regress*) értelmezhetetlen a magyar fordításban, ahol azt olvassuk, hogy a kísérletezők „visszaestek” (26. old.). Az eredeti kifejezés mérés és elmélet problematikus kapcsolatát próbálta megragadni, hiszen a mérési eredmények megbízhatóságához gyakran elméleteket kell elfogadnom, de bizonyos esetekben ezen elméletek elfogadása vagy elvetése az a kérdés, amelynek eldöntésére az adott méréseket végzik – mint az említett C-vitamin-terápia esetében. A fordító és a lektor, úgy tűnik, ugyanúgy nem volt tisztában e fogalommal, mint a tudásszociológia harmadik hullámának egyéb kulcsfogalmaival. Collinsék különös jelentőséget tulajdonítanak

annak, hogy megkülönböztessék a szakértőség két formáját: az egyik a közreműködő szakértelem (*contributory expertise*), amikor egy tudós képzettsége, hallgatólagos tudása folytán aktívan hozzá tud járulni egy szakterület fejlődéséhez; a másik a „kölcsonható” szakértelem (*interactional expertise*), amely az orvoslásban a betegnek a betegségével kapcsolatos tapasztalataiban gyökerezik. Collins ez utóbbi kategóriát részben személyes tapasztalatai alapján alkotta meg: szociológusként addig tanulmányozta a gravitációs hullámokat kutató fizikusokat, míg a konferenciákon gyakran már e szakterület művelőjének hitték. És bár bizonyos javaslatait meg is fogadták, nem volt meg a releváns kísérletek és számítások elvégzéséhez szükséges közreműködő szakértelme. Ezeket a kulcsfogalmakat a fordító „összeadó” és „hozzaadó” szaktudásként fordítja (27. old.), de ez a szerencsétlen magyartás a tartalom elvesztésének veszélyét rejti magában. Mielőtt azonban a tudásszociológiai fogalmak súlyos félreértését csak a fordító hibájának tudnánk be, érdemes figyelembe venni, hogy ez az első lefordított Gólem-könyv – és a fordítás nem valamelyik hazai társadalomtudományi műhely munkája. A kötet talán hozzájárul a többi Gólem-könyv és a tudománytanulmányok más klasszikusainak fordításához is, és remélhetőleg katalizálja a természettudományos és társadalomtudományos szempontból is fontos, közös kérdések megvitatását a szakértőiség mai világában.

ZEMPLEN GÁBOR

Palotai Mária: Pásztortűz 1921–1944

EGY ERDÉLYI IRODALMI FOLYÓIRAT
TÖRTÉNETE

Argumentum, Budapest, 2008. 296 old., 2600 Ft

Az *Erdélyi Szemle* című folyóiratot a *Minerva* égisze alatt keresztelték át *Pásztortűznek*, az 1920. decem-