

## A nagy ábránd. Szerepmodellek az orvosok álmaiban

SUSÁNSZKY ÉVA\* - SZÁNTÓ ZSUZSA

Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Budapest

(Beérkezett: 2011. augusztus 31.; elfogadva: 2012. március 23.)

Az egészségügy és benne az orvosi hivatás válsága a modern társadalmak általános jelensége. Jelen munkánkban e hivatásválság jeleinek előfordulását és sajátosságait kutatjuk „foglalkozási álmokon” keresztül. Az álmok szövegét olyan narratíváknak tekintettük, amelyek a közelmúltra vonatkozóan hordozzák a közlő személyek munkával, hivatással kapcsolatos nappali élményeit. Egy 125 orvosra kiterjedő felmérés során az alvás és álomjellegzetességek kérdőíves vizsgálata mellett került sor a gyógyítással kapcsolatos álmok felvételére. A 62 álomközlésből 42 minősült „foglalkozási álomnak”, melyeket a hermeneutikai vonulatba illeszkedő kvalitatív tartalomelemzés módszerével dolgoztunk fel. Az álmokat a társadalmi kihívások (a gyógyító helyzet típusa: klasszikus, piaci, elidegenedett) és az azokra adott válaszok (szerepmegvalósítás: heroikus, szolgáltató, proletár) dimenzióiban vizsgáltuk. Az álmokban mindhárom hivatásszerep-modell megjelenik, de nem a napjainkra jellemző piaci és elidegenedett modell dominál, hanem a hivatás korai, klasszikus modellje. Az álmok egy részében a szerepmegvalósítás nem felel meg a gyógyító helyzet típusának: az orvos piaci helyzetben heroikus módon, elidegenedettnek tekinthető helyzetben pedig heroikus vagy szolgáltató módon viselkedik. A klasszikus hivatásmodellnek ilyen arányú megjelenése az álmokban nincs összhangban az orvoslás jelenlegi társadalmi, gazdasági feltételrendszerével és helyzetével. Úgy véljük, hogy az orvosok foglalkozási álmaiban a kulturális késés jelensége érvényesül: a gyógyítás feltételrendszerének megváltozását csak lassan követi az orvosok elvárásainak, értékrendjének, munkavégzésre vonatkozó igényeinek változása. A klasszikus helyzetben, klasszikus módon gyógyító orvos ma már csak „nagy ábránd”, szökési kísérlet az ellenséges valóságból, ugyanakkor egy olyan szerepviselkedés megerősítését is szolgálja, amelynek bizonyos elemei nélkül megszűnne a gyógyítás humanizmusa.

**Kulcsszavak:** orvosi hivatás, válság, álom, tartalomelemzés, kulturális késés

---

\* Levelező szerző: dr. Susánszky Éva, Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, 1089 Budapest, Nagyvárad tér 4. E-mail: suseva@net.sote.hu

## 1. Bevezetés

Napjainkban egyre több szó esik az orvosi hivatás erkölcsi és anyagi válságáról. A magyar egészségügy helyzetét jól jellemzi, hogy az orvosok és az ápolók tömegesen hagyják el a pályát, sőt egyre gyakrabban az országot is. Ugyanakkor az egészségügy és benne az orvosi hivatás válsága olyan általános jelensége a modern társadalmaknak, amellyel a nemzetközi szakirodalom már a nyolcvanas évektől kezdve foglalkozik (Starr, 1982).

Jelen munkánkban a hivatás válságjeleinek megjelenését és sajátosságait vizsgáljuk. Bizonyos kutatási témák esetében az empirikus vizsgálatok során alkalmazott hagyományos technikák – például kérdőívek, tesztek, interjúk – nem tudják hiánytalanul megközelíteni a kutatás tárgyát, mert a válaszbeállítódás jelensége csökkenti a mérések érvényességét. Ez megnyilvánulhat a válaszadók olyan pszichológiai irányultságában, mint az egyetértési hajlandóság (szívesebben mondunk igent, mint nemet) vagy a társas megfelelési igény (Horan, DiStefano, & Motl, 2003; Rorer, 1965). Ezek a beállítódások elfedhetik a válaszadók személyiségét vagy valós gondolatait, torzíthatják a begyűjtött információt (Hamilton, 1968). Minél fontosabb az egyén számára a társas, társadalmi elismerés, annál magasabb fokú lehet a társas megfelelés igénye. Mivel feltételeztük, hogy az orvosi hivatásszereppel kapcsolatos mérések esetében is felléphet a válaszbeállítódás torzító hatása, ezért kutatásunkat kiterjesztettük<sup>1</sup> a tudattalanra is, vizsgálat tárgyává téve az álmokat, melyeket napi életünk, vágyaink, személyiségünk, problémáink és küzdelmeink jelentéskonstrukciójának tekintetünk. Feldolgozásuk, értelmezésük nem terápiás célzattal és nem is a különböző pszichológiai elméletek alapján, hanem szociológiai nézőpontból történik.

### 1.1. Az orvosi hivatás

A makroszintű szociológiai elméletek egyrészt a munka, a társadalmi funkciók ellátása szempontjából foglalkoznak a hivatással, másrészt egy hatalomelméleti megközelítést tükröznek, vizsgálva a gyógyítás monopóliumáért való küzdelmet, a kirekesztő stratégiák alkalmazását és a társadalmi problémákhoz való viszonyulást. A mikroszintű elemzések a szocializációs folyamat részeként vizsgálják a hivatást, kiemelve a foglalkozáshoz szük-

---

<sup>1</sup> A hivatás válságjelenségeinek kutatása során az álmok rögzítése mellett sor került egy „Hivatás Szerep-modell Kérdőív” felvételére is. Az összehasonlító vizsgálatok eredményeit egy másik cikkben kívánjuk majd bemutatni.

séges tudás, érték- és normarendszer, valamint a viselkedésjellemzők el-sajátítását és internalizálását.

Amikor a 19. században a modern orvostudomány a gyógyítás domi-náns intézményévé vált, az orvosi hivatás és a társadalom – a közvélemény és a politika – között egyfajta íratlan társadalmi szerződés jött létre. Ennek értelmében a medicina a tőle telhető legmagasabb színvonalon biztosította a betegek gyógyítását, illetve kezelését, a társadalom pedig cserébe el-ismerte az orvosi tekintélyt, és szavatolta a szakmai önállóságot, valamint a hivatás tagjainak magas társadalmi státuszát (Cruess, Cruess, & Johnston, 2000). Az orvosi hivatás fogalmába egyaránt beletartozott az átlagember számára elérhetetlen tudás és a különleges technikai készségek birtoklása, az orvostársadalom magas erkölcsi színvonala és a beteg emberek, illetve általában véve a közjó önzetlen szolgálata (Parsons, 1951). A hivatás gya-korlása a laikus társadalom számára ellenőrizhetetlen volt, ezen alapult az orvosi autonómia; ugyanakkor a külső kontrollt nem is tekintették szüksé-gesnek, hiszen a köz érdekeinek védelmét az orvostársadalom önkontroll-ja biztosította. A modern orvosi hivatás első korszaka ennek a klasszikus társadalmi szerződésnek a jegyében a 20. század közepéig tartott; addig, amíg a társadalom megbízott a hivatás tagjainak erkölcsi elkötelezettségében és a szolgálateszménynek megfelelő szakmai viselkedésében.

A nyugati társadalmakban a 20. század 60-as éveitől, Magyarországon a 80-as évektől kezdve mindinkább megkérdőjeleződtek a szakértelem és a tekintély különféle formái (pl. a diákmozgalmak vagy a feminizmus ál-tal); nőtt a kétely az orvosi hivatás altruista értékrendjének megvalósulá-sával, a szolgálateszménynek és a kompetenciának elkötelezett orvostár-sadalommal kapcsolatban is (Hafferty & Levinson, 2008). Dacára az orvos-társadalom vezetői által megfogalmazott figyelmeztetéseknek (Relman, 1980, 1992), a közvéleményben megerősödött az a felfogás, hogy a gyógyí-tás piacosodott, a profit elérése fontosabb cél, mint az érdek nélküli segít-ségnyújtás: az orvosok vállalkozóként vagy szolgáltatóként versenyeznek a fogyasztó betegekért, a gyógyszer- és technológiagyártók a kórházakért és az orvosokért, valamint mindezek a szereplők a nyereség maximalizá-lásáért. A bizalom megrendülésére a betegek fogyasztói magatartásának kialakulása, az információért, a döntésekbe való beleszólásért, a betegjo-gokért folytatott küzdelme volt a válasz. Az orvosi tudás egyre nagyobb része vált hozzáférhetővé az átlagember számára, amiben az internet fej-lődése is óriási szerepet játszott. E folyamatok eredménye a szolgáltatói-fo-gyasztói partnerségi viszony térhódítása lett a klasszikus paternalista-bi-zalmi viszony és az orvosi hatalmi túlsúly rovására (Broom, 2005).

A folyamat harmadik szakasza a nyugati társadalmakban a nyolcvanas évektől, Magyarországon a kilencvenes évektől válik egyre láthatóbbá.

A változások döntő oka az egészségügyi költségek kontrollálhatóságának társadalmi igénye. Felismerték, hogy az egészségügyi rendszer a társadalom egyik alrendszere, így a rászorulókat ellátása nem a társadalom működésén kívül, attól függetlenül, hanem abba beágyazódva történik. Az egészségügyi intézményrendszernek az is feladata tehát, hogy biztosítsa a hozzáférést, a minőséget és a költséghatékonyságot. Ez utóbbi kudarcáért a közvélemény és a politika az orvosi hivatást teszi felelőssé, hiszen az orvosi autonómia azt is jelentette, hogy a hivatás tagjainak jelentős társadalmopolitikai befolyása volt. A megváltozott elvárások eredményeképp az orvosi szakértelem és autonómia egyre jobban alárendelődik a gazdasági hatékonyság követelményeinek; a szakmai tevékenységben egyre hangsúlyosabbá válik a diagnosztikai és terápiás protokolloknak és formuláknak való megfelelés kényszere, ami korlátozza a szakmai autonómiát (Timmermans & Kolker, 2004). A prominens amerikai orvostársaságok által megfogalmazott Orvosi Chartában (ABIM Foundation, 2002) a legfontosabb alapelvek között említik a társadalmi igazságosság előmozdítását, az ellátás biztosítását a gazdaságossági követelmények ellenére is. Mindez rávilágít arra, hogy az orvos hagyományos gyógyító funkciói mellett megjelennek, sőt akár előtérbe is kerülnek a gazdasági, menedzseri, szervezői és ellenőrzési funkciók (Kälbe, 2005). A hivatás tagjai mégis egyre inkább kiszorulnak az egészségügyi rendszerre vonatkozó döntésekből, helyettük politikusok, közigazdászok, hivatalnokok és az egészségügyben tevékenykedő szakmai szervezetek hozzák a döntéseket (Schlesinger, 2002). Hasonló folyamat zajlik például a tudományos életben is: a tudomány elveszti autonóm jellegét, és a projektfinanszírozás szempontjainak megfelelően a politika, illetve a megrendelő kontrollja alá kerül; a tudományos eredmények mércéje az eredmények társadalmi és politikai visszhangja és a piaci sikeresség lesz (Farkas, 2010). Az egészségügyben e folyamatok mentén a hivatás gazdasági helyzete is romlik. Ezt a folyamatot számos elemző deprofesszionizálódásként, sőt „proletarizálódásként” írja le (Barnett, Barnett, & Kearns, 1998; McKinlay & Marceau, 2008; Wolinsky, 1988).

A szakirodalomban számos tanulmány foglalkozik az orvostársadalom értékrendjével, illetve annak változásaival, de a pályán levő orvosoknak a hivatással kapcsolatos nézeteire vonatkozóan kevés információval rendelkezünk. Ezek az írások többnyire nem támaszkodnak empirikus orvostudományi vizsgálatokra, legfeljebb lakossági felmérésekre vagy az egészségpolitikai és egészséggazdasági döntéshozók véleményére (Schlesinger, 2002; Southon & Braithwaite, 1998; Timmermans & Kolker, 2004). Témánkhoz kapcsolódó orvostudományi felmérések mindössze néhány speciális kérdésben készültek. Az egyik ilyen kérdés, hogy a betegek érdekei prioritást élveznek-e az orvosokéval szemben. Ennek a hivatásélménynek az érvényesülését Camp-

bell és munkatársai (2007a, 2010) az orvosok és gyógyszergyárak kapcsolatának, illetve konkrétan az ebből származó érdekkonfliktusoknak a nézőpontjából vizsgálták, kérdőíves felmérésekkel közelítve meg az orvosok és az egészségipar képviselői közötti interakciókat.

A másik jellegzetes vizsgálati terület, hogy az orvostársadalom miként viszonyul méltatlannak bizonyuló tagjaihoz. DesRoches és munkatársai (2010) felmérésük alapján megállapították, hogy bár az orvosok túlnyomó része szerint az inkompetens vagy alkalmatlan orvosokat jelteni kell az orvosi ellenőrző testületeknél, a gyakorlatban mégis sokszor előfordul, hogy különféle okokból elmulasztják ezt megtenni.

Roland és munkatársainak (2011) az USA-ban és Nagy-Britanniában végzett felmérése az orvosi értékrend elfogadottságára és gyakorlati megvalósítására irányult. Az értékek elfogadása mindkét országban általánosabb, mint a gyakorlati megvalósítása, bár a brit orvosok viselkedése jobban megfelel a vallott hivatásnormáknak, mint USA-beli kollégáiké. Campbell és munkatársai (2007b) a hivatásnormák általános érvényesülését vizsgálták 3500 egyesült államokbeli orvos körében. Hasonlóan az eddig ismertetett vizsgálatokhoz, ez a felmérés is azt az eredményt hozta, hogy az orvosok elfogadják a hivatás értékrendjét, de a mindennapi gyakorlatban nem mindig tartják magukat hozzá.

## 1.2. Az álomtartalmak elemzése

Az álmok elsősorban a neurofiziológia, illetve a pszichiátria és pszichológia számára jelentenek kutatási, diagnosztikai és terápiás nyersanyagot. Azonban több kutató is egyetért abban, hogy az álmok elemezhetőek az alváslaboratóriumon és a terápiás kapcsolaton kívül is (Domhoff, 1999; Hartman, 1998).

Freud óta a szakirodalomban egyetértés van abban, hogy az ébrenlét és az álom között kapcsolat van (Hobson & Schredl 2011; Schredl, 2010). Az álomtartalom-vizsgálatok nemcsak az álmodásban érintett idegrendszeri elemekkel, hanem az éber tudattal való kapcsolatot is igazolják. Az álomtartalmakban, amelyekhez a kutatók általában szó szerinti vagy tartalmi álombeszámoló formájában jutnak hozzá, az éber állapotot jellemző fogalmi struktúrák jelennek meg, és számos, korábban esetleg nem is tudatosult témát (személyeket, interakciókat, kellemetlenségeket, negatív érzelmeket stb.) tartalmaznak (Domhoff, 2001). Az álmokban tematikus szinten gyakran megjelennek az éber élet jelenbeli vagy régebbi elemei. Erre a jelenségre Calvin S. Hall alkalmazta először a kontinuitás-hipotézis kifejezését (Hall & Nordby, 1972). A kontinuitáselméleti kutatások nem az

álom fiziológiai jellegzetességeire vagy bizarr voltára irányulnak, hanem a tematikus tartalomra.

Az álmokban felidéződnek az álmodást megelőző időszak (legtöbbször az előző nap, esetleg egy hét) tapasztalatai; ezeket az álomelemeket nappali maradványoknak nevezik (Grenier, Cappeliez, St-Onge, & Vachon, 1985). Az ébrenléti állapotra jellemző gondolatok, hiedelmek és cselekvések, valamint az őket követő álmok egységet alkotnak. Az egyén általában olyan személyekről, helyekről, tárgyokról, aktivitásokról álmodik, amelyekkel ébrenléti állapotában találkozik. Az álmokban megjelenő vágyak és félelmek ugyanazok, amelyek az éber viselkedést és gondolkodást meghatározzák. Hall és Nordby (1972) tartalomelemzés segítségével kimutatta, hogy bár igaz, hogy néhány álom jelentősen eltér a nappali tapasztalatoktól, a felnőttek álmainak többsége meglepő módon és mértékben hasonlít a nappali történésekre és gondolatokra. A legtöbb álomban az álmodó számára fontos személyek és témák szerepelnek.

Mérei (1989) egyik munkájában hat saját álomsorozatát jegyezte le. A feldolgozás során a társkapcsolatok rendszereffektusára koncentrált. Vizsgálata igazolta, hogy „az álom személyi repertoárja éber tudatunk tapasztalati interperszonális rendszerét fejezi ki” (Mérei, 1989, 169. o.), továbbá, hogy a manifeszt álomtartalom nem véletlenszerű, hanem egy sajátos szabályrendszer alapján működik, így alkalmas anyaga a személy megismerésének. Véleménye szerint, ellentétben a freudi elképzeléssel, ez a manifeszt tartalom közvetlenül is felhasználható, nem kell a lappangó tartalmat vizsgálnunk az elemzéshez. Mások szerint az álom egyenesen a nappal jelentősnek ítélt társadalmi interakciók lemásolása (McNamara, McLaren, & Durso, 2007; Schweickert, 2007).

Abban a kérdésben, hogy az álmoknak van-e az alvástól független, tehát nem fiziológiai, hanem pszichológiai funkciója, a mai napig nincs egyetértés. Az álom funkcióinak kutatása egyelőre leküzdhetetlennek látszó metodológiai nehézségekbe ütközik. Az információk ugyanis csak abból származhatnak, hogy az álmodó beszámol az álmaról, miután felébredt; így a valóságos funkció nem különíthető el az álmodónak az álomról alkotott gondolataitól és értékelésétől. További gátat jelent, hogy azoknak az álomelemeknek a funkcióját, amelyekre az álmodó nem emlékszik, lehetetlen kutatni (Hobson & Schredl, 2011).

Kutatásunk orvosok foglalkozással kapcsolatos álmai alapján vizsgálja a hivatás válságjeleinek kifejeződését és sajátosságait. Tudomásunk szerint a szakirodalomban foglalkozási álmok gyűjtésére és feldolgozására még nem került sor. Így a foglalkozási álmok, esetünkben az orvosok álmainak hivatásszociológiai elemzése újdonságnak számít.

## 2. Módszer

### 2.1. Minta és mérőeszköz

A minta kiválasztása kényelmi mintavétellel történt. A mintát praktizáló orvosok alkották, akik a Semmelweis Egyetem elsőéves orvostanhallgatóinak ismeretségi körébe tartoztak. Összesen 125 személy töltötte ki a vással és álmodással kapcsolatos kérdőívünket.<sup>2</sup> A kérdőív, a zárt kérdések mellett, egyetlen nyitott kérdést tartalmazott, amelyben arra kértük a válaszadókat, hogy idézzenek fel és írjanak le egy olyan álmukat a közelmúltból (elmúlt egy hónap), amely foglalkozásukkal kapcsolatos.<sup>3</sup> „Foglalkozási álomnak” neveztük el munkánk során azokat az álmokat, amelyek a válaszadó orvosi munkájával, hivatásával álltak kapcsolatban, a hivatás gyakorlására utaló elemeket tartalmaztak, és amelyekben az adatközlő maga is szerepelt. Nem soroltuk ebbe a kategóriába azokat az álmokat, amelyeknek csak a helyszíne (pl. kórház) vagy a szereplői (pl. betegek) kapcsolódtak a foglalkozáshoz.

A felmérésben szereplő orvosok (Susánszky & Szántó, 2012) 72 százaléka (90 fő) úgy nyilatkozott, hogy havonta legalább 2-3 alkalommal fel tudja idézni álmait. Közülük 62-en írták le egy-egy foglalkozásukkal kapcsolatos álmukat, de ezek közül csak 42 álom tartozott az általunk meghatározott „foglalkozási álmok” körébe. Az elemzés során felhasznált álmok hossza igen nagy szórást mutatott, mivel a beszámolók terjedelmét sem alulról, sem felülről nem korlátoztuk. Az álombeszámolók hosszáról nincs konszenzus a szakirodalomban; ez nyilvánvalóan az álomtartalom elemzésének céljaitól és módszerétől függ. Az álomhosszakkal kapcsolatos információk inkább a REM és NREM fázisban keletkezett álmok megkülönböztetésére szolgálnak, de a nem-laboratóriumi körülmények között lejegyzett álomtartalmak esetében ez a mutató is bizonytalan (Voss, Tuin, Schermelleh-Engel, & Hobson, 2011). Minthogy az álom tematikus tartalmát akár egy tíz szóból álló álombeszámoló alapján is be lehet sorolni, és mivel az elemzés a tartalmi besorolásra támaszkodott, nem pedig a tartomelemzés érzékenyebb eszközeire, jelen tanulmányunkban nem alkalmaztunk szöveghosszúsági kritériumot. Mintánkban a leghosszabb álomleírás 165 szóból, a legrövidebb pedig 12 szóból állt. Az álmok terjedelmének

---

<sup>2</sup> A felmérésben szereplő orvosokat a Semmelweis Egyetem elsőéves orvostanhallgatói keresték meg, és vették fel velük a kérdőívet.

<sup>3</sup> Jelen tanulmányunkban a kérdőívből csak a nyitott kérdésre adott álomleírásokat elemezzük.

meghatározásakor az álmokhoz fűzött kommentárokat, magyarázatokat, illetve felvezető szövegeket nem vettük figyelembe.

## 2.2. Elemzési módszer

Az álmok szövegét olyan narratíváknak tekintettük, amelyek a közelmúlt-ra vonatkozóan hordozzák a közlő személyek munkával, hivatással kapcsolatos nappali élményeit. A lejegyzett álmokat az asszociatív vagy magyarázó jellegű kiegészítések nélkül elemeztük. A feldolgozás során a tartalomelemzés kvalitatív módszerét alkalmaztuk, amely a hermeneutikai vonulatba illeszkedve a szövegek burkolt jelentéstartalmának feltárására irányul, és a szöveget társadalmi és kulturális környezetében vizsgálja és értelmezi (Babbie, 1996; Ehmann, 2002; László, 2011).

Az álomszövegek tematizáltságát jelentésmintázatokkal közelítettük meg. Az álmok szövegeiben olyan tartalmi egységeket kerestünk, amelyek lehetővé tették a dimenzionálást. A szövegek nyelvi tulajdonságait nem vizsgáltuk. Az elemzés során az orvosok álmaiban megjelenő identitás-reprezentációkra koncentráltunk, kialakítva azokat az ideáltípusokat, ame-

1. táblázat. Az álmokban megjelenő keretszituációk típusai

Klasszikus	Piaci	Elidegenedett
A beteg és/vagy a hozzátartozó kizárólag az orvostól várja a helyzet megoldását.	A gyógyítási folyamatban a beteg/hozzátartozó kontrollja is érvényesül.	Az orvos a gyógyítási folyamatnak csak egyes részeire van befolyással.
A beteg és az orvos alá-fölérendeltségi viszonyban jelennek meg.	Az orvos és a beteg egyenrangú, partneri viszonyban vannak.	Az orvos kiszolgáltatott helyzetben van a beteggel/egészségügyi rendszerrel szemben
Az orvossal kapcsolatos elvárások az élet minden területére kiterjednek.	Az orvos és a beteg közt konfliktus van.	A szakmai feladatok háttérbe szorulnak az adminisztratív feladatok mögött.
Az orvos reménytelennek látszó helyzeteket old meg.	Az egészségügyi rendszer szereplői mint egyezkedő felek jelennek meg.	Megkérdőjeleződik az orvos szakmai kompetenciája.
Az orvos munkaidején kívül is a betegek rendelkezésére áll.	Az orvos munkája kiterjed a gyógyítás feltételeinek biztosítására is.	Életmódjában a deklasszáció jelei mutatkoznak.
Az orvos mindig kész hivatása gyakorlására.		



lyek a szakma gyakorlásának társadalmitér- és hivatásértelmezéséből konstruálódtak. A hivatás gyakorlásának társadalmi terét a cikk bevezetőjében felvázolt elméleti kerethez illeszkedően három történeti mezőben határoztuk meg: a gyógyító helyzet lehet „klasszikus”, „piaci”, illetve „elidegenedett”. Az álmok jelölése az 1. táblázatban bemutatott keretszituációk mentén történt.

A hivatásértelmezések, a gyógyító helyzethez kapcsolódva, a következő szerepmodellekben kerültek megfogalmazásra: „heroikus”, „szolgáltató”, „proletár”. Ezek jelölése a 2. táblázatban összegzett viselkedésmintázatokat figyelembe véve történt. Az álmok lejelölését két független szakértő végezte; a kódolás 92 százalékos egyezést mutatott, melynek alapján az eljárást megbízhatónak tekintettük. Az eltérően kódolt álmokat a szakértők közös megegyezés alapján újrakódolták.

2. táblázat. Az álmokban megjelenő viselkedésmintázatok

Heroikus	Szolgáltató	Proletár
Az orvos minden helyzet megoldását magára vállalja.	Szolgáltatóként viselkedik, a beteghez mint fogyasztóhoz viszonyul.	Nem szakmai választ ad a kihívásokra.
Betegeivel paternalisztikus viszonyban van.	Menedzseli a beteget.	Elszemélytelenedett orvos-beteg kapcsolatot él meg.
Betegei magánéletébe is van beleszólása.	Konfliktuskezelési módszereket alkalmaz.	A hivatás külsőségeire támaszkodik.
Heroikus küzdelmet folytat betegeiért.		Utasításokat követ.
Magánéletét alárendeli a gyógyításnak.		Áldozatként jelenik meg.
Bármikor, bármilyen helyzetben kész a segítségnyújtásra.		Ambivalens, szorongó, defenzív.

### 3. Eredmények

A vizsgált orvosok foglalkozási álmai leginkább a klasszikusnak nevezett társadalmi térben játszódnak (3. táblázat). Ebben a gyógyító szituációban az orvos domináns helyzetben van a beteghez és az egyéb gyógyító foglalkozású személyekhez képest. Kiválóan megfelel pályatársai és betegei elvárásainak, tudása „határtalan”, biztonsággal kezel minden felmerülő egészségügyi helyzetet.

3. táblázat. Az orvosok álmainak megoszlása a gyógyító helyzet és a szerepmegvalósítás típusa szerint

A GYÓGYÍTÓ HELYZET TÍPUSA	SZEREPMEGVALÓSÍTÁS			
	Heroikus N (%)	Szolgáltató N (%)	Proletár N (%)	Együtt N (%)
Klasszikus	18 (72)	0	0	18 (43)
Piaci	3 (16)	6 (86)	0	9 (21)
Elidegenedett/defenzív	3 (12)	1 (14)	11 (100)	15 (36)
Együtt	24 (100)	7 (100)	11 (100)	42 (100)

*„Engem kértek meg, hogy mondjam meg neki, hogy nem lehet meggyógyítani a lábát. Én megnéztem, és azt mondtam, hogy meg kell próbálni megmenteni...”*  
(1. sz.)

Állandó készenlétben van, hivatásgyakorlása nem korlátozódik a munkaidőre és a munkahelyre, készséggel áll rendelkezésre szabadidejében és pihenőidejében is: beteget lát el az utcán, családi kirándulás közben az erdőben, beomló barlangban; zuhogó esőben és tűző napon, éjjel és nappal.

*„Otthon vacsoráztam, késő este volt már és zuhogott az eső, amikor felhívott az egyik idős páciensem, hogy azonnal menjek el hozzá, mert alig kap levegőt.”*  
(21. sz.)

*„Amint elkezdtem volna a szabadnapomat élvezni, jöttek a telefonok. (...) Aztán hirtelen a pácienseim megjelentek a házamban és ott kellett ellátnom őket.”*  
(8. sz.)

Gyakoriság szempontjából ezt követik az elidegenedett környezetet, helyzetet idéző álmok, amelyekben a gazdasági és társadalmi folyamatoknak kiszolgáltatott és a hivatási autonómia elvesztését megelőző, elégtelen érdekérvényesítési képességeket felmutató, gyengülő presztízsű és romló gazdasági pozíciójú orvos jelenik meg. Ezekben az álmokban a legfőbb élmény

a rendszernek, a külső körülményeknek, illetve a betegeknek való kiszolgáltatottság.

*„A gammaszegek (...) fellázdak és jogokat követeltek, (...) összevissza repkedtek és megrongálták a berendezéseket, illetve a dolgozók egészségét.” (10. sz.)*

*„...a műtőasztalon fekszem. Látom a kollégáimat magam körül és magamat is, amint a műtétben segédkezem. Nem látom, mit csinálunk, csak a sok zöld köpenyt és a maszkos fejeket.” (19. sz.)*

Az orvosoknak mindössze egyötöde álmodta magát az ún. piaci helyzetbe, amelyben megjelenik az orvos és a beteg konfliktusa, egyezkedése, az információ, ellátást, megkülönböztetett figyelmet igénylő beteg, a hozzátartozó, aki megkérdőjelezi az orvosi tekintélyt, illetve amelyben leképeződik az orvos vállalkozói, szolgáltatói szerepköre.

*„Bejött egy szülő (...) és letámadott, hogy miért nem gyógyítottam meg a gyereket. Én ezt kikertem magamnak...” (17. sz.)*

*„Mikor elkezdtem (...) saját rendelőmben dolgozni, azt álmodtam, hogy átrendezem a rendelőt, és nem találok egy-egy beavatkozáshoz az eszközöket.” (44. sz.)*

A szerepmegvalósítás felől közelítve, az álmotartalmak több mint a felében a klasszikus, a Parsons (1951) által leírt ideális orvosi magatartás jelenik meg: az orvos tökéletesen birtokolja a szakmai tudás és készségek egészét, altruista, a saját érdekeit alárendeli a betegek érdekeinek, akár áldozatokra is képes értük. A praxisa határai sem korlátozzák: kezeli a betegek hozzátartozóit is, hazaviszi a sérült anya gyermekét vagy a kórház által el nem látott beteget. Nincs számára veszett ügy: megmenti a menthetetlent, életet hoz világra a halálból. Az orvos vagy a saját elvárásainak igyekszik megfelelni, vagy a szakmai hierarchiában magasabban levő kollégáknak. Ezt a klasszikus orvosi szerepmegvalósítást *heroikus* szerepváltozatnak nevezzük elemzésünkben.

*„Fáradtan és elcsigázottan álltam meg pihenni, amikor a fal túloldaláról kopogtatást hallottam. Sikerült átjutnom, ahol orvos barátom feküdt sérülten. (...) Visszasiettem a barátomhoz, (...) végrehajtottam a sürgős életmentő beavatkozást. Sikerült megmentenem az életét.” (6. sz.)*

*„Egy kuka tetején megpillantottam egy csecsemőt. A karjaimba vettem, rázogattam, melengettem, és a gyermek kinyitotta a szemét, felsírt.” (41. sz.)*

Az álmoknak mintegy egynegyedében jelennek meg a szakma proletarizálódásának jelei. Az orvos ezekben az álmokban nem a gyógyítás autonóm művésze, hanem eszközeitől megfosztott *proletár*, aki szinte reménytelen küzdelmet folytat szakmai és emberi integritásának megőrzésért.

*„A helyzetet a kórházigazgató oldotta meg, hogy pénzt ígért nekik.” (10. sz.)  
 „...beleharapnék a pizzába, de valamiért el kell rohannom, és mire onnan visszatérek, a pizza teljesen kihűl. Ekkor, mikor megint pont beleharapnék, befut egy újabb mentő, és miután azt elintézem, már nincs kedvem enni, és csak lerogyok aludni.” (38. sz.)*

Álmaikban az orvosok legritkábban a *szolgáltató* orvosi szerepben mutatkoznak meg. Ebben a szerepváltozatban a betegnek való megfelelés igénye, a beteggel való egyezkedés szükségessége, a beteg, illetve hozzátartozó kritikájától való szorongás nagyobb hangsúlyt kap, mint a terápiás feladatok ellátása. Az álmokban ez az énkép vagy megerősítést kap, vagy az álmodó szorongásai, inadekvátságának megélése utal az elvárások létezésére.

*„...végül megegyeztünk abban, hogy bekötik a sebet és nem veszik ki a golyót, mivelhogy az nem érintkezik a testemmel, amit ugyan nem értettem, de elfogadtam, mert legalább nagyjából elláttak.” (16. sz.)*

A továbbiakban az álmokkal kapcsolatos társadalmi kihívások (a gyógyító helyzet típusa) és az azokra adott válaszok (szerepmegvalósítás) összefüggését vizsgáljuk. Azt látjuk, hogy mindhárom történeti hivatásszerep-modell jelen van az orvosok álmaiban. Várakozásainkkal ellentétben azonban nem a jelen időre jellemző piaci és elidegenedett modell dominál, hanem a hivatás korai, klasszikus modellje. Ugyanakkor az álmok egy töredékében a szerepmegvalósítás nem felel meg a gyógyító helyzet típusának: az orvos piaci helyzetben heroikus módon, elidegenedettnek tekinthető helyzetben pedig heroikus vagy szolgáltató módon viselkedik. Megjegyezzük, hogy az ún. klasszikus gyógyító helyzetben a vizsgálatban szereplő orvosok álmaiban az orvos mindig a helyzetnek megfelelően, heroikus módon viselkedik.

*„...legalább három kórterem betegei tartoznak hozzám, nem ismerem őket, (...) nem tudom minden betegem adatát, leletét, a további teendőket (...) vizitelni kezdek, mindegyiket legjobb tudásom szerint kezelem.” (30. sz.)  
 „A belgyógyászatban (...) grilleztünk a folyosóról nyíló teraszon. Hirtelen nagy*

*felfordulás lett (...) a folyosó egy része leszakadt. (...) Aki tudott, menekült, én viszont a köpenyemről leszakadt gombokat kerestem.” (7. sz.)*

#### 4. Megbeszélés

Az orvosi szocializációval foglalkozó nemzetközi szakirodalom szerint (Becker, Geer, Hughes, & Strause, 1961; Haidet és mtsai, 2002; Hojat és mtsai, 2004; Merton, 1957) a hallgatók egy túlidealizált attitűddel lépnek be az egyetemre, az egyetem végén pedig az idealizmus elvesztése és bizonyos fokú cinizmus jellemzi őket. A magyar hallgatók körében végzett felmérések is igazolják ezt a folyamatot. A hazai vizsgálatok (Csabai & Bartha 2000; Molnár & Molnár 2002, 2005) azt mutatják, hogy a hallgatóknak több mint a fele már 14 éves kora előtt dönt leendő foglalkozásáról, és véleményük szerint az orvosi hivatást alapvetően az emberéletek feletti kontroll és a szolgálateszmény különbözteti meg más foglalkozásoktól. A pálya iránti korai elköteleződés együtt járhat az orvoslás héroszi szerepkörbe emelésével, mitizálva annak szinte minden mozzanatát. Ez a szerepfelfogás a tanulmányi időszak végére módosul, az orvosban már nem a gyógyítás karizmatikus művészetét látják, hanem a technokrata szakembert.

A pályán lévő orvosok álmaiban vizsgálatunk szerint a klasszikus hivatásmodell azon elemei dominálnak, amelyek az egyetemre való belépéskor a hallgatók hivatásra vonatkozó idealizált elképzeléseit jellemezték. A klasszikus hivatásmodellnek ilyen arányú megjelenése az álmokban nincs összhangban sem a végzős hallgatók realizisztikusabb orvosképével, sem az orvoslás jelenlegi társadalmi és gazdasági feltételrendszerével, illetve helyzetével.

Az orvosok a jelenlegi helyzetben, amelyet a piaci, fogyasztói-szolgáltatói viszonyrendszer, valamint a gazdasági kényszerek miatti deprofesszionizálódás és proletarizálódás jellemez, a betegek, a társadalompolitika és maga a hivatás teljesíthetetlen elvárásrendszerének csapdájában vergődnek. Erre a helyzetre jelentenek „választ” az orvosok morbiditásának és mortalitásának romló mutatószámai (Gyórfy & Ádám 2003; Gyórfy, Ádám, & Kopp, 2005a, 2009), a kiégettség magas aránya (Ádám, Gyórfy, & Csoboth, 2006; Ádám, Gyórfy, & Susánszky, 2008; Ádám, Torzsa, Gyórfy, Vörös, & Kalabay, 2009; Gyórfy & Ádám 2004), a szenvedélybetegségek és az öngyilkosság terén mutatott veszélyeztetettség (Gyórfy, Ádám, Csoboth, & Kopp, 2005b), a szakma vagy akár az ország elhagyása (Bereczki, Csiba, Komoly, & Vécsei, 2010; Papp, 2011).

Erre a stresszel teli helyzetre jelenthet választ az álmokban megjelenő

heroikus orvosképhez való „menekülés”, az aranykor felidézése is. E válaszalternatívák mögött egyfajta kulturális kérés rajzolódik ki. A kulturális kérés (Ogburn, 1966) jelensége viszonylag gyakori a társadalmak életében, mivel a szellemi kultúra általában hosszabb ideig ellenáll az anyagi kultúra gyors változásainak. A kulturális kérést érhetjük tetten például az elhízás tömegessé válásában: az étrendre vonatkozó értékek és szokások nem követik a munkavégzésben bekövetkezett változásokat, és ez a biológiai adaptáció zavaraihoz vezet. Ezt a kulturális kérést látjuk érvényesülni az orvosok foglalkozási álmaiban is: a gyógyítás feltételrendszerének megváltozását csak lassan követi az orvosok elvárásainak, értékrendjének, munkavégzésre vonatkozó igényeinek változása. A klasszikus helyzetben, klasszikus módon gyógyító orvos ma már csak „nagy ábránd<sup>4</sup>”, szökési kísérlet az ellenséges valóságból, ugyanakkor egy olyan szerepviselkedés megerősítését is szolgálja, amelynek bizonyos elemei nélkül megszűnne a gyógyítás humanizmusa.

Vizsgálatunk korlátai közt kell említenünk a viszonylag alacsony eset-számot, amely nem tette lehetővé, hogy az elemzéseknél a demográfiai és pszichoszociális háttértényezők hatását figyelembe vegyük.

## Irodalom

- ABIM Foundation (2002). Medical professionalism in the new millennium: A physician charter. *Annals of Internal Medicine*, 136(3), 243–246.
- Ádám, Sz., Gyórfy, Zs., & Csoboth, Cs. (2006). Kiegészítés (burnout) szindróma az orvosi hivatásban. *Hippocrates*, 8(2), 113–117.
- Ádám, Sz., Gyórfy, Zs., & Susánszky, É. (2008). Physician burnout in Hungary: A potential role for work-family conflict. *Journal of Health Psychology*, 13, 839–848.
- Ádám, Sz., Torzsa, P., Gyórfy, Zs., Vörös, K., & Kalabay, L. (2009). Gyakori a magas fokú kiegészítés a házi orvosok és házi orvosi rezidensek körében. *Orvosi Hetilap*, 150(7), 317–323.
- Babbie, E. (1996). *A társadalomtudományi kutatás gyakorlata*. Budapest: Balassi Kiadó
- Barnett, J.R., Barnett, P., & Kearns, R.A. (1998). Declining professional dominance? Trends in the proletarianisation of primary care in New Zealand. *Social Science and Medicine*, 46(2), 193–207.
- Becker, H.F., Geer, B., Hughes, E.C., & Strause, A. (1961). *Boys in white: Student culture in medical school*. Chicago: University of Chicago Press

<sup>4</sup> A nagy ábránd (La Grande Illusion) Jean Renoir filmrendező leghíresebb alkotása, amely 1958-ban felkerült a világ legjobb filmjeiként elismert Brüsszeli tizenkettő listájára. A címmel arra utalunk, hogy sokan még mindig ragaszkodnak egy letűnt kor értékrendjéhez, amely azonban már csak illúzió.

- Bereczki, D., Csiba, L., Komoly, S., & Vécsei, L. (2010). Veszélyben a jövő: a neurológus-szakorvos-képzés és szakorvos-utánpótlás helyzetének áttekintése – 2010. *Orvosi Hetilap*, 151, 1461–1467.
- Broom, A. (2005). Medical specialists' accounts of the impact of the Internet on the doctor/patient relationship. *Health*, 9(3), 319–338.
- Campbell, E.G., Gruen, R.L., Mountford, J., Miller, L.G., Cleary, P.D., & Blumenthal, D. (2007a). A national survey of physician – industry relationships. *The New England Journal of Medicine*, 356, 1742–1750.
- Campbell, E.G., Rao, S.R., DesRoches, C. M., Iezzoni, L.I., Vogeli, C., Dragana Bolcic-Janovic, M.A., et al. (2010). Physician professionalism and changes in physician-industry relationships from 2004 to 2009. *Archives of Internal Medicine*, 170, 1820–1826.
- Campbell, E.G., Regan, S., Gruen, R.L., Ferris, T.G., Sowmya, R.R., Cleary, P.D., & Blumenthal, D. (2007b). Professionalism in medicine: Results of a national survey of physicians. *Annals of Internal Medicine*, 147, 795–802.
- Cruess, R.L., Cruess, S.R., & Johnston, S.E. (2000). Professionalism: An ideal to be sustained. *The Lancet*, 356, 156–159.
- Csabai, M., & Bartha, K. (2000). Az orvosi identitás alakulása: orvostanhallgatók nézete az orvosi pályáról, az orvosszerepről. *Lege Artis Medicinae*, 10, 638–644.
- DesRoches, C.M., Rao, S.R., Fromson, J.A., Birnbaum, R.J., Iezzoni, L., Vogeli, C., et al. (2010). Physicians' perceptions, preparedness for reporting, and experiences related to impaired and incompetent colleagues. *Journal of the American Medical Association*, 304(2), 187–193.
- Domhoff, G.W. (1999). New directions in the study of dream content using the Hall/Van de Castle coding system. *Dreaming*, 9, 115–137.
- Domhoff, G.W. (2001). A new neurocognitive theory of dreams. *Dreaming*, 11(2), 13–33.
- Ehmann, B. (2002). *A szöveg mélyén*. Budapest: Új Mandátum Kiadó
- Farkas, É. (2010). A társadalomtudományi kutatások és kutatói lét sajátosságai. *Társadalomkutatás*, 28(3), 343–355.
- Grenier, J., Cappeliez, P., St-Onge, M., & Vachon, J. (1985). Temporal references in dreams and autobiographical memory. *Memory and Cognition*, 33(2), 280–288.
- Gyórfly, Zs., & Ádám, Sz. (2003). Az orvosnők korán halnak? Szerepkonfliktus és az egészségi állapot alakulása orvosnők körében. *Lege Artis Medicinae*, 13(2), 159–164.
- Gyórfly, Zs., & Ádám, Sz. (2004). Az egészségi állapot, a munka-stressz és a kiégés alakulása az orvosi hivatásban. *Szociológiai Szemle*, 11(3), 107–128.
- Gyórfly, Zs., Ádám, Sz., Csoboth, Cs., & Kopp, M. (2005b). Az öngyilkossági gondolatok előfordulása és pszichoszociális háttértényezői az orvostársadalomban. *Psychiatria Hungarica*, 20(5), 370–379.
- Gyórfly, Zs., Ádám, Sz., & Kopp, M. (2005a). A magyarországi orvostársadalom egészségi állapota országos reprezentatív minta alapján. *Orvosi Hetilap*, 146, 1383–1393.
- Gyórfly, Zs., Ádám, Sz., & Kopp, M. (2009). Morbiditás és háttértényezők a magyarországi orvosnők körében. *Lege Artis Medicinae*, 19(6–7), 423–430.
- Hafferty, F.W., & Levinson, D. (2008). Moving beyond nostalgia and motives: Towards a complexity science view of medical professionalism. *Perspectives in Biology and Medicine*, 51(4), 599–615.
- Haidet, P., Dains, J.E., Paterniti, D.A., Hechtel, L., Chang, T., Tseng, E., et al. (2002). Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. *Medical Education* 36(6), 568–574.

- Hall, C.S., & Nordby, V.J. (1972). *The individual and his dreams*. New York: New American Library
- Hamilton, D.L. (1968). Personality attributes associated with extreme response style. *Psychological Bulletin*, 69(3), 192–203.
- Hartmann, E. (1998). *Dreams and nightmares: The new theory on the origin and meaning of dreams*. New York: Plenum Press
- Hobson, A., & Schredl, M. (2011). The continuity and discontinuity between waking and dreaming: A dialogue between Michael Schredl and Allan Hobson concerning the adequacy and completeness of these notions. *International Journal of Dream Research*, 4(1), 3–7.
- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T.J., Rattner, S., Erdmann, J.B., Gonnella, J.S., & Magee, M. (2004). An empirical study of decline in empathy in medical school. *Medical Education*, 38(9), 934–941.
- Horan, P.M., DiStefano, C., & Motl, R.W. (2003). Wording effects in self-esteem scales: Methodological artifact or response style? *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 10(3), 435–455.
- Kälbe, K. (2005). *Between professional autonomy and economic orientation. The medical profession in a changing health care system*. Letöltve: 2012. 03. 09-én: <http://www.egms.de/static/pdf/journals/psm/2005-2/psm000010.pdf>
- László, J. (2011). A tudományos narratív pszichológiai tartalomelemzés és a pszichológiai tartalomelemzés hagyományai. *Pszichológia*, 31(1), 3–17.
- McKinlay, J., & Marceau, L. (2008). When there is no doctor: Reasons for the disappearance of primary care physicians in the US during the early 21st century. *Social Science & Medicine*, 67, 1481–1491.
- McNamara, P., McLaren, D., & Durso, K. (2007). Representation of the self in REM and NREM dreams. *Dreaming*, 17(2), 113–126.
- Mérei, F. (1989). Társkapcsolataink a manifeszt álomtartalomban. In F. Mérei (szerk.), *Társ és csoport. Tanulmányok a genetikus szociálpszichológia köréből* (155–170). Budapest: Akadémiai Kiadó
- Merton, R.K. (1957). *The student physician: Introductory studies in the sociology of medical education*. Cambridge: Harvard University Press
- Molnár, R., & Molnár, P. (2002). Az orvosi pályaszocializáció. Ahogyan a hallgatók látják. *Lege Artis Medicinae*, 12(4), 250–254.
- Molnár, R., & Molnár, P. (2005). Az orvosszerepről – a pályaszocializáció tükrében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 6, 123–140.
- Ogburn, W.F. (1966). *Social change: With respect to cultural and original nature*. Oxford: Delta Books
- Papp, M. (2011). Megharcolni önbecsülésünkért is! *Lege Artis Medicinae*, 21, 326–327.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. London: Routledge and Kegan Paul
- Relman, A.S. (1980). The new medical-industrial complex. *New England Journal of Medicine*, 303(17), 963–970.
- Relman, A.S. (1992). What market values are doing to medicine. *The Atlantic Monthly*, 269(3), 99–106.
- Roland, M., Rao, S.R., Sibbald, B., Hann, M., Harrison, S., Walter, A., et al. (2011). Professional values and reported behaviours of doctors in the USA and UK: Quantitative survey. *British Medical Journal: Quality and Safety in Healthcare*, 20(6), 515–521.
- Rorer, L.G. (1965). The great response-style myth. *Psychological Bulletin*, 63(3), 129–156.



- Schlesinger, M. (2002). A loss of faith: The sources of reduced political legitimacy for the American medical profession. *The Milbank Quarterly*, 80(2), 185–235.
- Schredl, M. (2010). Characteristics and contents of dreams. *International Review of Neurobiology*, 92, 135–154.
- Schweickert, R. (2007). Properties of the organization of memory for people: Evidence from dream reports. *Psychonomic Bulletin & Review*, 14(2), 270–276.
- Southon, G., & Braithwaite, J. (1998). The end of professionalism? *Social Science & Medicine*, 46(1), 23–28.
- Starr, P. (1982). *The social transformation of American medicine*. New York: Basic Books
- Susánszky, É., & Szántó, Zs. (2012). Hogyan alszanak és álmodnak az orvosok? *Legis Medicinae*, 22, 53–58.
- Timmermans, S., & Kolker, E.S. (2004). Evidence-based medicine and the reconfiguration of medical knowledge. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(extra issue), 177–193.
- Voss, U., Tuin, I., Schermelleh-Engel, K., & Hobson, A. (2011). Waking and dreaming: Related but structurally independent. Dream reports of congenitally paraplegic and deaf-mute persons. *Consciousness and Cognition*, 20(1), 673–687.
- Wolinsky, F.D. (1988). The professional dominance perspective, revisited. *Milbank Quarterly*, 66(Suppl 2), 33–47.

## Grand illusion. Role models in the dreams of physicians

SUSÁNSZKY, ÉVA – SZÁNTÓ, ZSUZSA

The crisis of health care and of the medical profession is a general phenomenon in modern societies. The present study examines the signs and characteristics of this crisis through “profession dreams”. The dream contents were considered as narratives that carry recent job-related daytime experiences of the dreamers. A sample of 125 physicians completed a questionnaire on sleep and dream characteristics; they were also asked to report current dreams recounting elements of their professional life. About half of the participants submitted dream narratives; out of the 62 dreams, 42 were classified as “profession dreams”. These dream reports were examined with the qualitative method of hermeneutic text interpretation. The dreams were analyzed in the historical dimensions of social situation (i.e. classical, market, and corporate types of the medical setting) and individual response (i.e. heroic, provider, and proletarianized role behavior). All three historical professional models are present in the dreams but instead of the more contemporary market and corporate forms the classical model is dominant. In a few dreams, there is a discrepancy between the social situation and the role behavior: the physician acts heroically in a market situation, and heroically or in provider style among corporate circumstances. These behavior types conflict with the present conditions of health care. There is a noticeable cultural lag in the “profession dreams”: the expectations, values and job-related needs of physicians follow the changes in medicine with a delay. Today, the physician working heroically in a classical medical setting is just a “grand illusion”, an attempt of escape from the hostile reality; in the same time it reinforces a role behavior whose elements are still vital for the humanism of medicine.

**Keywords:** medical profession, crisis, dream, content analysis, cultural lag