

## **SCHULTHEISZ EMIL: IBN SZÍNA (AVICENNA) LÉLEKTANA**

**A szöveget sajtó alá rendezték a Magyar Tudománytörténeti Intézet munkatársai,  
Gazda István vezetésével.**

Talán nem hiba, ha Avicennáról szólva néhány általános megjegyzéssel kezdem mondanivalómat az ún. arabizmusról a medicina történelmében, elsőként nem is Avicennát idézve, akit ma már inkább eredeti arab nevén Ibn Színaként idéz az irodalom.

A középkori európai medicina egyetemi studiumának egyik alapvető bevezető textusa a következőképpen kezdődik: „Medicina dividitur in duas partes, id est in theoricam et practicam”<sup>1</sup>, s az antik szellemből ered. Évszázadokon át volt ez az így kezdődő írás – ma úgy neveznök „bevezetés az orvostudományba” – Keleten és Nyugaton a studium vezérfonala, amelynek címe: 'Isagoge in artem parvam Galeni'. Szerzője Johannitius (Hunain ibn Iszhák – elh. 873) egy keresztény arab, aki a IX. század közepén élt Bagdadban, s orvosi szövegeket görögből – többnyire szír közvetítéssel – ültetett át arab nyelvre.

Ennek a széles körű görög–szír–arab–latin orvosi tradíciónak az arab medicina az egyik kulcsa. Egyértelmű, hogy a terminológiai és fogalmi meghatározások minden nehézsége ellenére, már ez a periódus és irányzat (s ennek arabizmus címszó alatt némileg elkülöníthető történelmi processzusa) klasszikus egyensúlyra törekedett. A „theorica et practica” toposza kapcsán egyértelművé válik, hogy csak e két elem együttesen képezi azt, amit régebben is, ma is mint *integrum totum medicinae*-t definiálhatunk.

Ezt a tézist, hogy ti. a teória és praxis együttesen jelentik a medicinát, az arab középkorban nem mindig és nem mindenütt találjuk meg. Egyes korszakok jellemző ellentéteket és átmeneteket is mutatnak. A korai idők túlnyomóan empirikus és tisztán praktikus gondolkodást tükröznek. Csak a IX. században jelennek meg a görög befolyás tudományos princípiumai. Ennek a hellenisztikus receptiós irányzatnak az iniciátora Johannitius, mint az az 'Introductio in medicinam' című művéből kitűnik. Ezzel az írásával tudatosan kapcsolódik a hellenisztikus filológusok isagogikájához, erősebben még fia (elh. 911) művében, a 'Historia Medicinae'-ban figyelhető meg először a történelmiség jelentősége a medicina teoretikus alapjait illetően. Ebben a periódusban kapnak hangot a késő antik iatroszofisták; ők voltak azok, akik az alexandriai iskola nyomán galénoszi hippokratizmussal a medicina egy kvázi zárt kánonját fixálták. Ez már mint

többé-kevésbé rendszerezett Corpus volt; átvehető – s így átmenthető –, didaktikusan strukturálva, alkalmasan egy hosszú tradíció megalapozására.

A X. század közepe táján az „új” medicinának már meghatározott helye volt a tudományok rendszerében. Az empiria s a gyakorlat mellett ezzel biztosított a teória funkciója.

Ennek az arab teológia és filozófia számára is fontos irányzatnak jól ismert reprezentánsa Alfarabius (al-Farábi), kiváló ismerője mind az arisztotelianizmusnak, mind a teoretikus medicinának. A tökéletes medicináról vallott ideáját a tudományokat mintegy katalogizáló könyve tükrözi. E 'Liber de Scientiis' szerint a medicina – mint minden tudomány – ars activa speculativa. Az ars speculativa itt a szemléletet és tant jelenti, az ars activa a mai fogalmaink szerint praxis. A kettő együttesen képezi az egészet, a regulát, a quanunt! Ugyanakkor kiegészül a teorikus rész az imaginációval is. Szükségesnek tartom megjegyezni, hogy a teóriáról és praxistról mint az idea és gyakorlat ellentétéről már akkor sem volt szó!

Hogy az arab medicinában az ars activa és az ars speculativa miként alakította a klinikai gondolkodást, azt a pszichoszomatikus szemlélet kezdeteinek vizsgálatán át szeretném demonstrálni.

Manapság jóformán axiómaként emlegetik – attól tartok, tévesen – azt a tényt, hogy a pszichoszomatikus medicina a felvilágosult és modern medicina jellegzetes „terméke”, egy kicsit a túlzottan természettudományos-technikai orvostudomány mintegy reaktív mellékterméke. Bár néhány orvostörténész, főként Ackerknecht, Koelbing felhívja a figyelmet arra, hogy a XIX. század orvosi szemléletétől nem idegen a pszichoszomatikus összefüggésekben való gondolkodás. A „Schulmedizin”, ha nem is nyomta el a pszichés folyamatokat, de azokat elkülönítve kezelte a „fontosabb” organikus folyamatok mellett, de legalábbis „elsiklott” mellettük. Ha igaz is, hogy a pszichoszomatikus medicina mint szisztematikusan művelt diszciplína a közelmúlt vívmánya, nem volna helyes a pszichoszomatikus szemléletmód kialakulását napjainkra tenni, vagy csak a XIX. században keresni, hiszen ez tulajdonképpen ellentétes volna az orvosi gondolkodás egészének eddig ismert fejlődésétől.

Anélkül, hogy a kérdést minden részletében tárgyalnám, rá kell mutatnom arra, hogy ez a fajta szemlélet az ókorban gyökerezik, és a középkorban bontakozik ki. Végigvonul a középkor egész medicináján, s később még Descartes filozófiáját is befolyásolta, pedig őt – sajnos – igazán mint csak a l'homme machine gondolkodási modelljének megteremtőjét tartja számon a tudománytörténet. Az igazság az, hogy a pszichoszomatika kimutatható módon már csaknem teljességében jelenik meg Avicennánál (980–1057), míg folytatását Constantinus Africanus (1020–1080), Taddeo Alderotti (1215–1312) és Arnaldus de Villanova (1235–1312) művei tükrözik.

E tan szerint a léleknek három „szerve” vagy „képessége” van. E képességek hordozója a pneuma, egy finom szubsztanciának vélt ágens, melynek lokalizációja a hordozott képességnek megfelelő testrész, illetve szerv. Ezek a lelki képességek egyidejűen pszichológiai, illetve fiziológiai jellegűek, amennyiben a „*facultas naturalis*” mint táplálkozás, növekedés, szaporodás, a „*facultas vitalis*” a mozgás (helyváltoztatás, érzékelés és életerő – a késő középkori tulajdonképpen *vis vitalis*); a „*facultas animalis*” végül az ún. belső érzékelést (*der innere Sinn*), az értelmet (észt) és az intelligenciát reprezentálja.

A lelki képességek ilyen kettős funkciója már eleve kifejezetten „pszichoszomatikus” gondolatmenetet indukál.

Ha már a lélek élettani folyamatokat indukál, miért ne lehetne patológiás processzusok okozója is?

Ibn Szína – úgy tűnik – azon a véleményen volt, hogy az orvos csak ama pszichés befolyások segítségével gyógyíthat, amelyek a betegség kialakulásában is szerepet játszottak.

Milyen szerepet foglalnak el ebben a mechanizmusban az érzelmi változások mint félelem, szorongás, öröm, szomorúság, harag, düh, etc. röviden az, amit a XVIII. század óta emóciónak nevezünk? Nagy általánosságban a középkorban az érzelemnek – orvosi szempontból – nem volt olyan centrális jelentőségük, mint ma. Ibn Szína példának okáért távolról sem tartotta pl. a félelmet az emberi egzisztencia alaptényének. A félelmet inkább *accidens*nek tekintette, esetlegességnek, mégpedig a felháborodás részeként, melyet azonban a maga részéről még mindig nem primer pszichés funkciónak tartott, hanem olyan folyamatnak – adott esetben állapotnak –, amely a *facultas appetitiva* akkori fogalomkörébe tartozó vágyakozás függvénye, illetve részjelensége. Ez viszont rendszerében az értelmi, illetve megértési folyamatoknak volt alárendelve. Utóbbit elsőként az irodalomban I. Bakos fejtette ki *'La psychologie d'Ibn-Sina'* című művében.

Az érzelmek ilyen szoros, vagy talán csak mereven megfogalmazott függése az értelemtől – s ha abszolút szoros függés, akkor talán a sztoikus filozófia echója – nem jelentette azt, hogy a középkor orvosai az értelemnek a gyakorlatban nem tulajdonítottak volna fontosságot. Az úgynevezett „természetes” elmebetegségek mellett (ezeknek ellentétje az ún. „természetellenes megszállottság”), amelyeknek pszichogenezisét eleve feltételezték, néhány szomatikus betegséget is részben pszichogénnek, illetve pszichogénnek is tekintettek.

Talán egy kicsit még tovább merészkedhetem, és azt is mondhatom, hogy a krónikus emocionális konfliktus – melynek ma a pszichoszomatikus kórképek patogenezisében oly nagy szerepet tulajdonítunk – a középkorban mint betegségokozó faktor lényegét tekintve ismert volt.

Részletekre itt nem térek ki, mert csak arra szerettem volna rámutatni, hogy ha az akkori teoretikus megfontolások – a dolgok természeténél fogva – csak távolról emlékeztetnek is a mai

pszichoszomatikára, nem is beszélve a terminológia feloldásának nehézségeiről s az elvek részben valódi, részben látszólagos ellentmondásáról, a középkori orvostól – s köztük nem utolsósorban Ibn Színától – a pszichoszomatikus megfontolások elve s gyakorlata nem állott távol.

Ugyanakkor nyomatékosan szeretném hangsúlyozni, hogy alaptalannak tartom azt az irodalmi kísérletet, amely a biológiai pszichológia ismeretanyagát kívánja a középkori filozófusok egyes munkáiba, főként Aquinói Szt. Tamás egyik írásába belemagyarázni. Ez mint módszer egyébként is az orvostörténelem egyik legveszélyesebb jelensége. A szöveg vagy érthető és értelmezhető, ez esetben abból egy processzus, funkció stb. megmagyarázható, illetve mutatis mutandis későbbi analóg processzus, funkció stb. adaptálható, vagy – s ez nem szégyene sem az auctornak, sem a mai olvasónak – nem, esetleg még nem, de a szövegből való kifejtés helyett a szövegbe történő „magyarázat” megengedhetetlen, csak sajnos nem ritka.

Ha a pszichoszomatikus betegségeket tanulmányozzuk a középkori orvosi irodalomban, akkor előrebecsátandó, hogy a mai ún. pszichoszomatikus betegségek a középkori literatúrában természetesen nem mind találhatók meg, másrészt a tünettani és nozológiai odatartozó és egyúttal említett, jól leírt kórképek nagy részét nem ismerték, mert nem ismerhették fel mint olyat. Ez azonban annál is kevésbé meglepő, mivelhogy éppen az említett kórformák és kórképek nozológiai egységéről ma sem igen lehet egyértelműen szólni, illetve organikus patológiai tudásunk bővülésének és diagnosztikus fejlődésünknek megfelelően változik.

Ismét szeretnék arra rámutatni, az előbb említett tény (a leírás és a diagnózis nem mindig kvadráló volta, illetve egyes jól definiált kórképek leírásának vagy felismerésének hiánya) nem a pszichés folyamatokban való – a XVIII–XIX. századi orvostörténelmi irodalomban gyakran, s nemritkán még ma is feltételezett – járatlanság az oka, hanem a teljesen más diagnosztikus kritériumok következménye. Nyilvánvaló: egy kor tudományát a kor szintjének ismervei alapján lehet megközelíteni. A direkt analógiák az orvostörténelemben is félrevezetőek lehetnek.

Talán említenem sem kellene, okfejtéseim illusztrálására mégis hadd tegyem: a nem renális hipertónia betegség pl. ma egy pszichoszomatikus folyamat paradigmája, akkor a keringés élettani és kórtani s a hipertónia fogalmi ismeretének hiányában nem volt felállítható diagnózis, jóllehet két oly látványos szövödménye, illetve következménye mint az akut szívhalál és a gutaütés jól ismert volt, és részletesen leíratott.

Másrészt egyszerű módon eruálható összefüggéseket igen világosan ismertek fel. Ezért talán érdemes megemlíteni néhány feljegyzést, amelyek emóciókkal összefüggő betegségekre vonatkoznak. Csak Avicenna ez irányú szövegeit vizsgálni talán nem volna helyes – s jóllehet teljességre nem törekedhetem –, néhány más középkori szerző hasonló tartalmú szövegének említését nem mellőzhetem.

Paulus de Aegina (VII. sz.) a szívbetegségekről a következőképpen ír (a 'Septem Libri' Berendes 1914-ben kiadott német fordítása alapján idézem): „...Ha agy-, máj- és gyomorbetegségek kapcsán a szív is megbetegszik, félelem lép fel, Verdruss és sok más okból a szív collapsusa következik be, mely hirtelen erőtlenséget idéz elő.”

Ibn Szina pedig azt találta, hogy félelem, szomorúság, düh s más emóciók okozta megváltozott arckifejezés betegeknél heves és gyakori szívdobogással jár. Állítja továbbá, hogy specifikus pulzus-szabálytalanságokból a különböző krónikus szívdobogások okaira lehet következtetni, s az arcvonások gondos figyelésével együtt így az emocionális krónikus palpitatio elkülöníthető a többitől – ma azt mondanók, az organikusoktól.<sup>2</sup>

Constantinus Africanus (1020–1087) a depressziót kísérő, kifejezetten szomatikus kísérőtüneteket *expressis verbis* a psziché által okozottnak tekintette. A mechanizmus létrejöttét humorális úton képzelte el, s egyúttal a félelem okozta kardiális szimptómákról is beszámol. Szó szerint: „E baj (ti. a depresszió) révén a test is megbetegszik, mivel a test szükségképpen követi a lelket.” Majd kifejti, hogy a (depressziós) beteg lefogy, gyenge és álmatlan lesz.

Más vonatkozásban többször hivatkozott hely a 'De aegritudinum curatione' című XII. századi salernói irat idevonatkozó szövegrésze, ahol a félelem, szorongás által kiváltott szívbetegségről van szó, amely eszméletvesztéshez és halálhoz vezethet.

A jellemző példák között kell említenem Moses ben Maimon (1135–1204) kazuisztikával kezdődő iratát. Szaladin szultán asztmában szenvedő fiát kezelte, s nem eredménytelenül. Alexandria poros levegője mellett igen plasztikusan írja le az izgalmakat előidéző élményeket az asthma bronchiale okai között. Az asztmáról szóló tractatusában fejti ki (illetve ott is!), hogy az orvosnak mind a diagnózis felállításánál, mind a terápia kialakításánál a beteg egész életvitelét és környezetét is figyelembe kell vennie.

A pszichoszomatikus gondolatmenet a XIII–XV. században is követhető. Így Bernard de Gordon (elh. 1308) bizonyos szívpanaszokat, valamint az étvágytalansággal járó gyomorpanaszok egyes formáit részben emocionális okokra vezeti vissza. Egyébként Gordonnál is fellelhető az asztma kettős oka. Határozottan írja pl. a bányák porát és folyékony fémek gőzeit, egyúttal utal arra, hogy izgalom, bánat, dühkitörések a porral-gőzzel már kontaktusban nem levők gyógyulását nagymértékben akadályozzák.<sup>3</sup> Első tanulmányozásra úgy tűnik nekem, hogy ettől a fejezettől egyenes út vezet Bleuler-ig, a kiváló svájci pszichiáter munkájáig. Figyelemre méltónak tartom, hogy Bernard de Gordon azt a véleményét fejti ki, hogy a férfiak impotenciájának emocionális okai lehetnek. Eddig ez a legkorábbi irodalmi utalás erre.

Később, a XV. század elején Antonio Guarinerio (elh. 1418) az amenorrhoea okai között említi az erős érzelmi motívumokat, különösen a levertséget és bánatot. Ugyanő mutat rá a diarrhoea és az emóciók közötti lehetséges, illetve valószínű összefüggésre. A félelem „fluxus”-t

válthat ki erre hajlamos embereknél; erre már mintegy 150 évvel előbb Taddeo Alderottinál is találunk utalást.

Ha az általam adott áttekintés a teljességet meg sem közelíti, talán alkalmas arra – figyelembe véve az itt és most nem citált textusokat is –, hogy következtetni engedjen a középkor medicinájában e vonatkozásban uralkodó nézetek relatíve reprezentatív voltára! A szövegek s a leírt kórképek, illetve betegségfolyamatok interpretációjának minden kötelező óvatossága mellett is állíthatjuk, hogy a szív, a tüdő, a gyomor-béltractus, a genitáliák, illetve szexuális funkciók emocionális befolyásolhatóságát Ibn Szína és a középkorban részben őt követő – európai – orvosok felismerték, leírták, s azzal a beteg megfigyelése, a diagnózis felállítása és a betegség kezelése során számoltak.

Ezek a területek egyébként nagyjából azonosak azokkal, amelyeket a mai pszichoszomatika locus minoris resistentiae-ként tart számon nagy érzelmi megterhelések, feszültségek kapcsán.

Hogy Ibn Szína s az említett többi szerző által így módon leírt kóros folyamatok zömmel minden valószínűség szerint funkcionális eredetűek voltak, semmiképp nem csökkenti a pszichoszomatikus elvi felismerés jelentőségét. Az alkalmazásra ajánlott terápia pedig inkább még megerősíti.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> „Az orvostan két részből áll, elméletből és gyakorlatból”

<sup>2</sup> Az alapul vett szövegrész a Kánon harmadik könyvének 12-ik tractatusában található igen nagy részletességgel.

<sup>3</sup> Túlmennék tanulmányom keretein, ha Gordon 'Lilium medicinae'-jének a hisztériával foglalkozó fejezeteit is taglalnám, de a pszichiátriátörténet kutatóinak figyelmébe ajánlom.

<sup>4</sup> Részletekbe nem menve, utalok Avicenna már idézett művének 6. fejezetére és Alderotti „consilia”-jára, ahol már a terápia részletes tárgyalása olvasható.