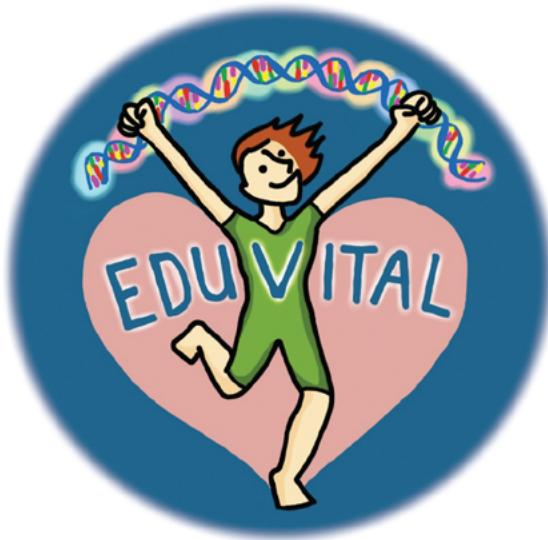


SOKSZÍNŰ **EGÉSZSÉG** **TUDATOSSÁG**

Szerkesztette: Fallus András
társzerkesztő: Melicher Dóra



ÉRTSD!

CSINÁLD!

SZERESD!

Sokszínű egészségtudatosság

Értsd, csináld, szeresz!

• ELEKTRONIKUS VERZIÓ •

SZERKESZTETTE: FALUS ANDRÁS

TÁRSSZERKESZTŐ: MELICHER DÓRA



*A könyvet Dr. Kopp Mária professzor asszony,
pszichiáter, a lelki egészségkutatás úttörője,
az EDUVITAL alapítója emlékének ajánljuk.*

© Prof. dr. Falus András, 2015
© SpringMed Kiadó, 2015

Lektorálta: Dr. Kissné prof. dr. Horváth Ildikó

SOKSZÍNŰ EGÉSZSÉGTUDATOSSÁG
ÉRTSD, CSINÁLD, SZERESD!
• Elektronikus verzió •

szerkesztette: Falus András
társzerkesztő: Melicher Dóra

SpringMed Egészségtár® sorozat
ISSN: 1786-5670
ISBN: 978-615-5166-58-7

Minden kiadói jog fenntartva. A mű egészének vagy részleteinek nyomtatott vagy digitális formában történő sokszorosítása, másolása, online megjelenítése kizárolag a kiadó előzetes írásos engedélyével lehetséges. A SpringMed Kiadó az 1795-ben alapított Magyar Könyvkiadók és Könyvterjesztők Egyesületének tagja.



A KÖNYV MEGJELENÉSÉT
A NEMZETI KULTURÁLIS ALAP
TÁMOGATTA.

SPRINGMED KIADÓ
www.springmed.hu
1519 Budapest, Pf. 314.

FELELŐS KIADÓ: dr. Böszörményi Nagy Klára
FELELŐS Szerkesztő: dr. Takács Éva
Borító: Németh János
TÖRDELÉS, ELEKTRONIKUS FORMA: Hakucsák Róbert
SPRINGMED WEBÁRUHÁZ: Peller Judit
TERJESZTÉS: Végh Rita

TARTALOM

Kattintson/bökjön a kívánt címre az adott oldalra ugráshoz!

ELŐSZÓ

13

AZ EGÉSZSÉGBIOLÓGIA ÉLETTANI ÉS ORVOSI ALAPJAI 16

1. EGÉSZSÉGES ÉLETMÓD: TUDATOS EPIGENETIKA (FALUS ANDRÁS)	17
1.1. GENETIKA ÉS EPIGENETIKA	17
1.2. EPIGENETIKAI „BEMENETEK”	18
1.3. AZ EPIGENETIKAI HATÁSOK MOLEKULÁRIS „LENYOMATA”	19
1.4. AZ EPIGENETIKAI HATÁSOK FIZIOLÓGIÁJA ÉS PSZICHOFIZIOLÓGIÁJA	20
1.5. AZ EPIGENETIKAI HATÁS KÉT FŐ ISMÉRVE: KOVALENS MÓDOSULÁS ÉS REVERZÍBILIS VÁLTOZÁS	20
1.6. A JÖVŐ: SZEMÉLYRE SZABOTT ORVOSLÁS ÉS TUDATOS EPIGENETIKA. KOMPLEX EGÉSZSÉGNEVELÉS: PRIMER PREVENCÍÓ	20
AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK	21
2. MENNYIT, MIÉRT, HOGYAN? TÁPLÁLKOZÁS ÉS FOLYADÉKFOGYASZTÁS (ANTAL EMESÉ–SCHMIDT JUDIT–BÍRÓ LAJOS)	23
2.1. A MEGFELELŐ ÉLETMÓD A FITT ÉS KIEGYENSÚLYOZOTT ÉLET ALAPKÖVE	24
2.2. A SZŰRŐVIZSGÁLATOK FONTOSÁGA	25
2.2.1. Mit érdemes szűrni?	25
2.3. AZ EGÉSZSÉGES TÁPLÁLKOZÁS 12 PONTJA, ÉLELMISZER-„KISOKOS”	26
2.4. FOLYADÉKFOGYASZTÁS	30
2.4.1. Kiknek kell még inkább odafigyelni a folyadékfogyasztásra?	31
2.4.2. Mennyit?	31
2.4.3. Különböző folyadékok a táplálkozásban	31
2.5. VÁSÁROLNI MEGYÜNK	32
2.6. ELKÉSZÍTÉS, TÁLALÁS	32
2.7. TÁROLÁS ÉS ELTEVÉS	33
2.8. A TÁPLÁLKALLERGIA ÉS A TÁPLÁLKINTOLERANCIA EGYRE TÖBB EMBERT ÉRINT	34
2.8.1. Táplálékkintolerancia: majdnem allergia, de mégsem az	34
2.8.2. A táplálékallergiáról	35
2.9. ÖSSZEFoglalás	36
AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK	36
3. MOZGÁS, TESTTARTÁS, TÁNC. MINDENNAPI GERINCÉDELEM (SOMHEGYI ANNAMÁRIA)	37
3.1. A MOZGÁS SZÜKSÉGESSÉGE	37
3.2. AZ EGÉSZSÉGHÉZ SZÜKSÉGES TESTMOZGÁS GYERMEKKORBAN	38
3.3. A JOBB EGÉSZSÉGHÉZ SZÜKSÉGES TESTMOZGÁS FELNÖTTKORBAN	38

3.4. A RENDSZERES TESTMOZGÁS HATÁSAI A LELKI EGÉSZSÉGRE	38
3.5. A RENDSZERES TESTMOZGÁS HATÁSAI AZ EGYES SZERVRENDSZEREKRE	38
3.6. JAVASLATOK A RENDSZERES TESTMOZGÁS GYAKORLATI MEGVALÓSÍTÁSÁRA	40
3.7. MINDENNAPI GERINCVÉDELEM	43
AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK	46
4. MINDENNAPI MÉRGEINK (TOMPA ANNA)	47
4.1. A TOXIKOLÓGIA TÖRTÉNETÉNEK KEZDETÉI	47
4.2. KÖZÉPKOR: ALKÍMIA ÉS BOSZORKÁNYOK	50
4.3. AZ ÚJKOR TOXIKOLÓGIÁJA	51
4.4. MI A MÉREG?	53
4.4.1. Az LD ₅₀	53
4.4.2. Toxikológiai alapfogalmak	54
4.5. MESTERSÉGESEN ELŐÁLLÍTOTT (MEZŐGAZDASÁGI, IPARI EREDETŰ) ANYAGOK ÉS HÁZTARTÁSI SZEREK	56
4.5.1. Házipatikák	57
4.5.2. Ház tartási mérgek	57
4.5.3. Főzéshez használt vegyszerek	57
4.5.4. Tisztító- és takarítószerek	58
4.6. AZ IVÓÍZBEN TALÁLHATÓ TOXIKUS ANYAGOK	58
4.7. FOGLALKOZÁSORVOSI TOXIKOLÓGIA	59
AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK	59
5. KRÓNIKUS BETEG GYERMEK A CSALÁDBAN, KÖZÖSSÉGBEN (MADARASI ANNA–ALTMANN ANNA–BLATNICZKY LÁSZLÓ)	60
5.1. BEVEZETÉS	61
5.2. KRÓNIKUS GYERMEKBETEGSÉG	61
5.3. ASZTMA	62
5.3.1. Az asztma kezelésének alapelvei	64
5.4. EPILEPSZIA	65
5.4.1. A leggyakoribb nehezen felismerhető rohamok	66
5.4.2. Mit tegyünk roham esetén?	67
5.5. CUKORBETEGSÉG	68
AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK	70
6. A SZEXUALITÁS KÉRDÉSEI (FORRAI JUDIT)	71
6.1. A SZEXUÁLIS NEVELÉS CÉLJA	71
6.2. ÉRZELMEK	72
6.3. TESTI JELENSÉGEK	73
6.4. FOGAMZÁS, TERHESSÉG, FOGAMZÁSGÁTLÁS	75
6.5. A SZEXUÁLIS ÚTON TÖRTÉNŐ FERTŐZŐDÉSEKRŐL	76
6.6. AGRESSZIÓ, ZAKLATÁS, ERŐSZAK, EMBERKERESKEDELEM	78

6.6.1. Agresszió	79
6.6.2. Zaklatás	79
6.6.3. Erőszak/abúzus	80
6.6.4. Emberkereskedelem	80
AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK	81
7. ALVÁS ÉS EGÉSZSÉG (PUREBL GYÖRGY)	82
7.1. MENNÝIRE HATÁROZZA MEG ALVÁSUNK EGÉSZSÉGÜNKET?	82
7.2. AMIT AZ ALVÁSRÓL FELTÉTLENÜL TUDNI KELL	83
7.3. TÉVHITEK AZ ALVÁSSAL KAPCSOLATBAN	84
7.4. MIT TEHETEK AZ ALVÁSOM JAVÍTÁSAÉRT? AZ ALVÁSHIGIÉNÉ	85
7.5. ÉLETMÓDTÉNYEZŐK – TANÁCSOK AZ ÁLTALÁNOS ÉLETMÓDRA VONATKOZÓAN	85
7.5.1. Alvásjavító praktikák	86
7.5.2. Tanácsok idősebbeknek, a jó alvás érdekében	87
7.5.3. Milyen panaszok esetén forduljak orvoshoz?	87
7.6. HORKOLÁS, ALVÁSHOZ KÖTÖTT LÉGZÉSZAVAROK	88
7.7. ALVÁSFÜGGŐ MOZGÁSZAVAROK	89
7.8. PARASZOMNIÁK: ALVÁS KÖZBENI FURCSA VISELKEDÉSEK	89
AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK	91
8. AMIT A VÉDŐOLTÁSOKRÓL FELTÉTLENÜL TUDNI KELL (KULCSÁR ANDREA)	92
8.1. BEVEZETÉS	92
8.2. AZ EGYÉN ÉS A KÖZÖSSÉG VÉDELME	93
8.3. HOGYAN HATNAK A KÓROKOZÓK ÉS A VÉDŐOLTÁSOK IMMUNRENDSZERÜNKRE?	94
8.4. BETEGSÉGEK ÉS VÉDŐOLTÁSOK	94
AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK	96
9. AZ ŐSSEJTEK JELENE ÉS JÖVŐJE AZ EGÉSZSÉG SZOLGÁLATÁBAN (URBÁN VERONIKA–UHER FERENC)	97
9.1. DEFINÍCIÓ HELYETT: AZ ŐSSEJTSÉG SKÁLÁJA	98
9.2. A HIVATALOS ŐSSEJT-MEGHATÁROZÁS	99
9.3. A FEJLŐDÉS ÁRA A BESZÜKÜLÉS: ELKÖTELEZŐDÉS ÉS DIFFERENCIÁLÓDÁS	99
9.3.1. Az örökség és a részben interaktív „használati utasítás”: genetika és epigenetika	100
9.3.2. Rejtett (vész)tártalékok: szöveti őssejtek. Nincsen őssejt niche nélkül	101
9.4. FLIPPEREZÉS WADDINGTON VILÁGÁBAN	102
9.4.1. Waddington epigenetikai tájkép modellje	102
9.4.2. A hegyről a völgybe. Az élet első néhány sejtjének ígérete: <i>in vitro</i> embriák és embrionális őssejtek	102
9.4.3. A völgyből a hegyre. A visszaprogramozás útjai: klónozás és génbevitel	103

9.5.	A HEMATOPOETIKUS ÖSSEJTRANSZPLANTÁCIÓ. A HAZATALÁLÓ ÖSSEJTEK. EGY(ETLEN) RÉGÓTA MŰKÖDŐ ÖSSEJTERÁPIA LÉNYEGE	104
9.6.	FAGYASSZUNK, VAGY NE FAGYASSZUNK? BANKBETÉT VAGY KIDOBOTT PÉNZ AZ ELTETT KÖLDÖKZSINÓRVÉR?	106
9.7.	MIT ÍGÉR A JÖVŐ? ÖSSEJTKUTATÁS ÉS ÖSSEJTBIZNISZ	106
9.7.1.	Laboratóriumi, preklinikai, klinikai vizsgálatok és a többiek ..	106
9.7.2.	Színes-vegyes öszejbiznisz: fekete doboz és zsákbamacska ..	107
9.7.3.	A közeljövő terápiás szempontból legígéretesebb öszejt típusa: mezenchimális öszejtek	108
9.8.	SZÖVETSZERKESZTŐK ÉS SZÖVETPRINTEREK	108
	AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK	109

JOG ÉS SZOCIOLOGIA AZ EGÉSZSÉG TÜKRÉBEN

111

10.	„BETEG-JOGOK” (FEITH HELGA JUDIT)	112
10.1.	EGÉSZSÉG ÉS BETEGSÉG A TRADICIONÁLIS ÉS A MODERN TÁRSADALMAKBAN, EGÉSZSÉGÜGYI TÁRSADALMI NORMÁK VÁLTOZÁSAI A RÉGMÚLT TÖRVÉNYÉIG ..	112
10.2.	A BETEGEK JOGI HELYZETE A HATÁLYOS EGÉSZSÉGÜGYI TÖRVÉNY ÉS A MINDENNAPOS JOGGYAKORLAT ALAPJÁN	114
10.3.	SPECIÁLIS HELYZETŰ BETEGEK AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSBAN MEGJELENŐ MINDENNAPOS JOGGYAKORLAT SZEMPONTJÁBÓL	118
10.4.	BETEG JOGOK?	119
	AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK	119
11.	KAPCSOLATOK ÉS BIZALOM AZ ISKOLAI ÉS CSALÁDI KÖZÖSSÉGEK- BEN (DÁVID BEÁTA–LUKÁCS ÁGNES)	120
11.1.	TÁRSADALMI TÓKE	121
11.1.1.	Az egyéni kapcsolathálózat sajátosságai	121
11.1.2.	Közösségi aktivitás	122
11.1.3.	A közösségi kapcsolatok és a bizalom – tyúk vagy a tojás? ..	123
11.1.4.	A magyar valóság	124
11.1.5.	A család mint katalizátor	125
11.1.6.	Magány: a „néma pestis”	125
11.2.	ÖSSZETARTÓ KÖZÖSSÉG, EGÉSZSÉGESEBB EGYÉN	126
	AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK	127
12.	EGYÜTTÉLÉS ÉS SOKFÉLESÉG. JUT HELY MINDENKINEK – KULTÚRÁK TALÁLKÖZÁSA, KISEBBSÉGEK (K. NAGY EMESE)	130
12.1.	BEVEZETÉS	130
12.2.	KISEBBSÉGEK	131
12.3.	A MULTIKULTURÁLIS TÁRSADALMAK SZERVEZŐDÉSEI	131

12.3.1. Káin és Ábel modell	134
12.3.2. Az asszimiláció	135
12.3.3. A multikulturalizmus	137
12.3.4. Az interkulturalizmus	140
12.4. ÖSSZEGZÉS	143
AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK	143
13. A MAGYARORSZÁGI ROMA/CIGÁNY KISEBBSÉG HELYZETE ÉS AZ ÉLETKÖRÜLMÉNYEIT BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK (ANGYAL MAGDOLNA)	146
13.1. A HAZÁNKBAN ÉLŐ CIGÁNY/ROMA NÉPCSOPORTOK	146
13.2. A MAGYARORSZÁGI CIGÁNY TÁRSADALOM A DEMOGRÁFIAI ADATOK TÜKRÉBEN ..	147
13.3. A CIGÁNSÁG SZOCIOLOGIAI JELLEMZŐI NAPIAINKBAN	149
13.3.1. A cigány népesség iskolázottsági helyzete	149
13.3.2. Lakhatási körülmények	150
13.3.3. Foglalkoztatottsági mutatók a cigány/roma népcsoporthoz ..	151
13.4. A CIGÁNSÁG/ROMA KULTÚRA SAJÁTOSSÁGAI, A TÖBBSÉGI TÁRSADALOMTÓL ELTÉRŐ SZOKÁSRENDSZERE	152
13.4.1. Rokonsági rendszer, család	152
13.4.2. A nő szerepe a cigány közösségen	152
13.4.3. Tisztasági szokások a roma nők körében	152
13.5. A CIGÁNY POPULÁCIÓ TAGJAINAK EGÉSZSÉG-MAGATARTÁSA ÉS EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA	153
13.6. AZ INTEGRÁCIÓ JELENTŐSÉGE	155
AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK	155

PSZICHOLÓGIA, PSZICHIÁTRIA ÉS EGÉSZSÉG**157**

14. SZENVEDÉLYBETEGSÉGEK – KÉMIAI ÉS VISELKEDÉSI ADDIKCIÓK (KORONCZAI BEATRIX–DEMETROVICS ZSOLT)	158
14.1. BEVEZETÉS	159
14.2. A SZENVEDÉLYBETEGSÉGEK FŐBB JELLEMZŐI	159
14.3. A SZENVEDÉLYBETEGSÉGEK KIALAKULÁSÁNAK OKAI	160
14.3.1. A szenvedélybetegségek kialakulásának pszichológiai okai ..	161
14.3.2. A család szerepe a szenvedélybetegségek kialakulásában ..	162
14.4. FIATALOK ÉS SZENVEDÉLYBETEGSÉG	162
14.5. A SZENVEDÉLYBETEGSÉGEKKEL SZEMBENI VÉDŐ TÉNYEZŐK	164
14.6. A SZENVEDÉLYBETEGSÉGEK SOKFÉLESÉGE	164
14.7. A SZENVEDÉLYBETEGSÉGEK KEZELÉSE	165
14.7.1. Az ártalomcsökkentés szemlélete	166
14.8. A SZENVEDÉLYBETEGSÉGEK MEGELŐZÉSE	166
AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK	166

15. KOCKÁZATOK ÉS KIHÍVÁSOK A MUNKA VILÁGÁBAN. A KIÉGÉS (FÜLÖP EMŐKE)	168
15.1. BEVEZETÉS	168
15.2. MUNKAHELYI STRESSZHATÁSOK	169
15.3. A KIÉGÉS	171
15.3.1. A kiégés fázisai	172
15.3.2. A segítő szakmák és a kiégés	173
15.3.3. A megelőzés lehetőségei	175
AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK	176
16. TÁPLÁLKÖZÉS ÉS EGÉSZSÉG – EVÉSZAVAROK (BABUSA BERNADETT– TÚRY FERENC)	178
16.1. BEVEZETÉS	179
16.2. AZ EVÉSZAVAROK GYAKORISÁGA	179
16.3. TÜNETTAN	180
16.3.1. Anorexia nervosa	180
16.3.2. Bulimia nervosa	181
16.3.3. Falászavar	181
16.3.4. Gyermekkorban előforduló evészavarok	181
16.3.5. Egyéb evészavarok, illetve testképzavarok	182
16.4. DIAGNÓZIS	183
16.5. AZ EVÉSZAVAROK KÓROKTANA	183
16.6. AZ EVÉSZAVAROK KEZELÉSE	184
16.7. KÓRLEFOLYÁS ÉS PROGNÓZIS	186
16.8. ZÁRSZÓ	186
AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK	187
17. AZ ÉLETHELYZETI STRESSZEL VALÓ MEGKÜZDÉS (COPING) ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA (HOYER MÁRIA)	189
17.1. A STRESSZ FOGALMA	189
17.2. A STRESSZRE HATÓ TÉNYEZŐK	191
17.3. AZ OBJEKTÍV STRESSZOROK TÍPUSAI	192
17.4. A MEGKÜZDÉSI STRATÉGIÁK SZERINTI OSZTÁLYOZÁS	192
17.5. A REAKCIÓK SZINTJE SZERINTI OSZTÁLYOZÁS	193
17.6. A MEGKÜZDÉS HATÉKONYSÁGA	193
17.7. A STRESSZTELİ HELYZETEK ÉSZLELÉSE ÉS MINŐSÍTÉSE	193
17.8. A STRESSZ, A KRÓNIKUS STRESSZ HATÁS A SZERVEZETÜNKRE	194
17.9. A STRESSZ KEZELÉSÉRE IRÁNYULÓ INADAPTÍV MEGOLDÁSOK	195
AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK	196

18. KATASZTRÓFÁK ÉS LELKI TRAUMÁK ISMÉRVEI, KEZELÉSÜK; KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A VÖRÖSISZAP-KATASZTÓFÁRA (MAGYAR JUDIT)	197
18.1. TRAUMÁK, KATASZTRÓFÁK ÉS JELLEMZŐIK	197
18.2. KRÍZISEK, LEFOLYÁSUK ÉS KEZELÉSÜK	200
18.3. TRAUMÁS REAKCIÓK	202
18.4. GYERMEKKORI TRAUMA, VESZÉLYEZETETTSÉG, BÁNTALMAZÁS	203
18.5. GYÓGYULÁSI FOLYAMAT	204
AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK	205
 19. EGYEDÜL A TÖBBIEKKEL SZEMBEN: KORTÁRS BÁNTALMAZÁS (POZSVAI DÓRA)	206
19.1. A KORTÁRS (ISKOLAI) BÁNTALMAZÁS	206
19.2. MÍÉRT ALAKUL KI?	208
19.3. A BÁNTALMAZÁS RÉSZTVEVŐI	209
19.3.1. Áldozat	209
19.3.2. Zaklatók	209
19.3.3. Szemtanúk	209
19.4. BÁNTALMAZÁSI FORMÁK	209
19.5. JELEK AZ ÁLDOZATNÁL, MELYEK BÁNTALMAZÁSRA UTALHATNAK	210
19.6. MÍÉRT IS „JÓ” A BÁNTALMAZÁS?	211
19.7. A BÁNTALMAZÁS HATÁSAI A RÉSZTVEVŐKRE	211
19.8. AMI FOKOZZA AZ ÁLDOZAT NEHÉZSÉGEIT	211
19.9. MIT TEHETÜNK?	212
19.9.1. A szülő lehetőségei	212
19.9.2. Az iskola lehetőségei	213
AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK	214
 ESZTÉTIKAI NEVELÉS ÉS AZ EGÉSZSÉGES SZEMÉLYISÉG	215
20. TESTÜNK, LELKÜNK, MŰVÉSZETÜNK (SZÉKELY CSILLA IMOLA)	216
20.1. BEVEZETŐ	216
20.2. ALAPVETÉS, ELHELÉZESEN TUDOMÁNYTERÜLETEKEN	218
20.3. CÉLOK, CÉLCSOPORT	218
20.4. A KÉPESSÉGFELHASZNÁLÁS TERÜLETÉI	219
20.5. ESZKÖZÖK, FELTÉTELEK	220
20.6. INSPIRÁCIÓS FORRÁS: FOGLALKOZÁSOK LEÍRÁSAI, ÖTLETTÁR	220
20.6.1. Zenefejtés	221
20.6.2. Zenéhez képet – zene a képen	221
20.6.3. Zenei staféta	222
20.7. ÖSSZEFoglalás	223
AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK	223

21. A MESÉK HATÁSAI AZ ÓVODÁBAN (PÁSZTOR ÁGNES)	224
21.1. BEVEZETŐ	224
21.2. JÁTÉK ÉS MESE	226
21.3. MESESZÖNYEG	226
21.3.1. Mesepirulák	228
21.3.2. Én is hiszek a mesében	229
21.4. A HIT PRÓBÁJA	229
21.5. HALACSKA, AKINEK FÉLELEM REZEG A FEJÉBEN	230
21.6. A VÁRÉPÍTŐ MEG A FORRÁSFAKASZTÓ TÜNDÉR	232
21.7. A SOKARCÚ HŐS	232
21.8. ZÁRÓ GONDOLATOK	234
AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK	234
22. KÉPEKKEL, FORMÁKKAL BESZÉLNI, GONDOLKODÁS, ALKOTÁS, MEGÉRTÉS A LÁTÁS NYELVÉN (PAULOVKIN BOGLÁRKA)	235
22.1. BEVEZETÉS	236
22.2. ÉRTSÜK MEG JOBBAN! ÁBRÁZOLNI, KIFEJEZNI ANNYI, MINT UTAT TALÁLNI HOZZÁ, MEGÉRTENI	237
22.3. A VIZUÁLIS NYELV MINT KIFEJEZŐESZKÖZ. A VIZUÁLIS KOMMUNIKÁCIÓ MINT INFORMÁCIÓK ÉS ÉRZELMEK KÖZLÉSÉNEK RENDSZERE	239
22.4. A KÉPES MESEKÖNYV, AZ ELSŐ KÉPTÁR. KÉPESKÖNYV ÉS ILLUSZTRÁLT GYEREKKÖNYV. A KORSZERŰ GYEREKKÖNYV	240
22.5. BARÁTKOZZUNK ÖSSZE! HA MEGISMERED, JOBBAN MEGÉRTED. HA MEGÉRTED, NEM UTASÍTOD EL. HA GYAKRAN TALÁLKÖZTOK, MÉG BARÁTOK IS LEHETTEK	242
AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK	245
23. MOSOLY A BETEGÁGYNÁL (BÉRES ANDRÁS)	246
23.1. BEVEZETÉS	246
23.2. A GYERMEK MOSOLYA	247
23.2.1. A nevetés mint orvosi kérdés	247
23.2.2. Bohócdoktorok, mosolydoktorok	248
23.2.3. Nem csak a lelkükre hat?	249
23.3. A FELNÖTT MOSOLYA	251
23.3.1. A hit mint orvosi kérdés	252
23.3.2. Kórházi lelki gondozás	254
23.3.3. Nem csak a lelkükre hat?	255
AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK	256

HOGYAN BESZÉLJÜNK AZ EGÉSZSÉGRŐL?**259**

24. KOMMUNIKÁCIÓ AZ EGÉSZSÉGRŐL. AZ ISMERETÁTADÁS HATÉKONY MEGOLDÁSAI (MOLNÁR CsABA)	260
24.1. Miért kell egészségről beszélni a 21. században?	260
24.2. A kommunikáció valódi jelentősége	262
24.3. Az egészségkommunikáció módszerei	264
24.4. Kommunikációs stratégiák	265
24.4.1. Csatornák	266
24.4.2. Személyes tájékoztatás	266
24.4.3. Televízió, rádió	266
24.4.4. Nyomtatott újságok	267
24.4.5. Internet	267
Ajánlott irodalom és források	268
25. UTÓSZÓ HELYETT A TANTUDSZ PROGRAMRÓL (FEITH HELGA JUDIT– MELICHER DÓRA–FALUS ANDRÁS)	270
25.1. Ifjúsági egészségnevelési munka – általános helyzetkép	271
25.2. Egy koncepcionálisan új egészségnevelési program	272
25.3. A TANTUDSZ program felépítése	272
25.4. Most kezdődik...	274

HASZNOS INFORMÁCIÓK**275****BEMUTATKOZIK AZ EDUVITAL NONPROFIT EGÉSZSÉGNEVELÉSI****TÁRSASÁG****276****BEMUTATKOZIK A SPRINGMED KIADÓ****278****AJÁNÓ A SPRINGMED KIADÓ KÖNYVEIBŐL****279**

ELŐSZÓ



Losonczi ÁNGES iskolateremtő magyar szociológus, szakterületén nemzetközileg kiemelkedő társadalomkutató.

LOSONCZI ÁNGES

AJÁNLOM ezt a könyvet mindeneknek, akiknek fontos a társadalom egészségi állapota, és aggódnak a romlása miatt, akik napról napra szembesülnek az emberi élet veszélyeztetésével, és ismerik azokat a kockázatokat, amelyek betegségbe fordítják sok ember életét, s mindenekelőtt ajánlom azoknak, akik szeretnék a javulásáért tenni. Sokan segítenek, és még többen segítenének a romló folyamatok megállításában, megnyitnák az ismeretek és önvédő lehetőségek útját, visszafognák a betegségek terjedését, megakadályoznák a testi-lelki-szellemi bántalmak előretörését. Nekik nyújt segítő kezet ez a kötet, amely összefoglalja azokat a tapasztalatokat és gondolatokat, amelyek az EDUVITAL programhoz kapcsolódnak.

Mintegy félszáz esztendővel ezelőtt, 1969-ben láttam rá először a népegészség tragikus állapotára, amikor az emberek életmódját kutatva Békés megyében folytattunk terepmunkát. A tíz évvel később indított egészségszociológiai kutatásaim aztán adatsorokkal erősítették meg, hogy a társadalmi feltételek összefüggnek

a megbetegedéssel és a korai halálozással. Hogy a szegénységben, alávetettségen élő százezreknek nemcsak rosszabb, hanem rövidebb élet is jut. Az volt az alapfeltevésünk, hogy az ember életfunkcióinak épségét vagy romlását nem vizsgálhatjuk a társadalmi környezettől függetlenül: a társadalom védelmének és tehertételeinek egyensúlya, illetve ezek felborulása megbetegítheti az embert, vagy éppen megvédi őt a megbetegedéstől.

A kutatás arra világított rá, hogy az élet minőségének romlásáért felelős a társadalmi rendszer, hiszen az egészségi állapot romlásával szoros összefüggést mutatott, hogy kinek milyen küzdelmet kellett folytatnia a minden nap megélhetésért, hogy a kiszolgáltatottságok és függések rendszerében ki melyik szinten helyezkedett el, hogy milyen jövedelemmel rendelkezett, hogy milyen létfeltételek voltak adottak számára. Vitáztunk azokkal, akik elhárították a felelősséget a hatalomtól, a rendszertől és intézményeitől, a bajok okait pedig az egyének felelőtlen életvitelére, „önpusztító” életmódjára hárították. Az áldozatokat tettek felelőssé azért, hogy a betegség áldozataivá váltak.

Kinek-kinek természetesen megvan a maga felelőssége azért, hogy miként vezeti életét, de ezt behatárolja, hogy mennyiben adatott meg számára a szűkebb vagy tágabb „szabadságávon” a cselekvés és a választás szabadsága. S korlát még itt is van, hiszen nem választhattunk ősöket, családot, génállományt, országot,

kort, etnikumot, hogy hova és mibe, kik közé szülessünk. A társadalom többsége azonban ma nem dönthet az életfenntartás módjáról. Nincs választásuk abban, hogy esznek vagy éheznek, ha nincs étel; hogy milyen munkát végeznek, ha nincs munka; hogy milyen lakásban lakjanak, ha nincs hol lakni. Ady írta mintegy száz éve: „*Itt régik a bűnök, itt régik az átok / S itt újak a bűnök s itt újak az átok.*”

A 80-as évek végének új társadalmi igéretei között az „átok” feloldása is reményként jelentkezett, hogy aztán elenyésszen, és még súlyosabb bajok következzenek. Lehetett „váltani” rendszert, gazdaságot, kormányt, törvényeket, jogot, de a megviselt testi-lelki állapot, a nehéz gyerekkort holtig viselő szervek, a szív, a lélek, az idegrendszer, a kiéhezettség, a függőséghez szokott habitus nem volt leváltható, a meggyötört séget nem lehetett feloldani.

A 90-es években aztán a 20. század történelmi-politikai életpusztító fordulatainak és traumáinak következményeit kutattam, és ennek során az derült ki, hogy ugyanazokat az embergyötrő viszonyokat sokféléképpen lehetett túlélni: volt, aki „lábon” maradt, s ha sebzetten is, de relatíve energikusan és tettre készen került túl a kegyetlen időkön, mások ezzel szemben súlyosan belerokkantak a történelem rettenetes fordulataiba. Egyesknél olyan belső ellenálló erőre találtunk, amely a társadalmi helyzet különbségeivel nem volt magyarázható. Hogy mitől függött? Az alkattól? A genetikától? Születéssel kapott adottság volt valjon? Vagy kidolgozott szívósság? Akárhogyan is, azt mutatta, hogy még nehéz helyzetben, drasztikusan beszűkített mozgástérben is lehetséges olyan belső ellenálló erő előhívása, ami életben tarthat. Kell hozzá céltudat, biztató társas támasz és belső remény,

ami fűti és fenntartja a nehéz helyzetben felkeltett erő teljesítő képességét. Vagyis a társadalmi helyzet látszólagos determináltsága és mozdíthatatlansága ellenére, a külső kényszerekkel szemben is ki lehet fejleszteni a belső erő akaratot.

Az én olvasatomban erről szól az EDUVITAL program, amelynek foglalata ez a könyv: hogy a belső határok tágíthatóak, igenis lehet tudatosan vezetni az életet, nem kell beletörődni a megszokásba, nem kell defenzíven elfogadni mindenzt, ami bennünket körbevesz, vagy belülről meghatároz.

Az EDUVITAL szinte mérnöki pontossággal építkezik, empátiával ötvözi tudatos tanító elveit, nem fél praktikus tanácsot adni a minden nap gondokban, hiszen azok gondolati összefüggésben állnak a tudományos ismeretek jól felfogható közléseivel. Az észérvek, elemzések és praktikus tanácsok mellett fontosnak tartja az érzeli mi élet bevonását is, és az élet komplexitásának megközelítéséhez segítségül hívja a művészleteket. A minden nap materiális szükségletektől a szellemi szépségekig, az evés-ivástól a művészeteig az élet teljességét bejárja. Az egészségtudatosság felébresztésében a fantázia felszabadítása is fontos eszköz, s a szellemi öröömök felfedezése, a művészet igénye és gyakorlata a gyerekmesétől a zenehallgatásig és a képi művészletek birtokba vételéig terjed.

E kötet egyik legfőbb érdeme sokoldalúsága és módszereinek változékonyisége. Át- és megvilágítja az emberi élet külső és belső tereit, az egyénnek magához és másokhoz fűződő viszonyait, sérülékenységeinek kockázatait. Ügyel a tennivalókra, ahogy a tudásra, a belső erőre, a cselekvés módjaira és a beavatkozás segítő eszközeire mutat. A minden nap is materiális eszközei

és a tudományos megközelítés mellett helyett kap az orvoslás gyógyító mosolya is.

Valamennyi itt olvasható munkában ott a remény, hogy lehet tenni. minden téma, tudományos ismeret, gyakorlati és tapasztalati eszköz arra való, hogy felébressze a felelősséget önmagunk, a másik ember és a természeti környezet iránt. A kötet abban segít az olvasónak, hogy lássa önértékét és fejlessze énrejét, hogy közelebb jusson saját életének teljesebb birtoklásához. Arra ösztönöz, hogy ki-ki maga is keresse a módját annak, hogy érzékelje és belakja társadalmi tereit, tartalmat adjon üresedni kezdő vagy üresnek látszó kapcsolatainak. A beszűkített cselekvés és az önfeladás mai feltételei közt, ahol még azt a teret se tudjuk teljesen belakni, amely pedig adott számunkra, minden megmozdító aktivitás segíthet abban, hogy közelebb kerüljünk egy jobban uralt és részvéttel telibb világhoz. Ez pedig

segíthet a társadalom immunrendszerének erősítésében.

Ez a könyv szemet nyit, fület nyit, tett-rekészsgére hív. Nemcsak a bajok felismerésében segít, hanem eszközt is kínál azok megelőzéséhez és elhárításához. Lát és látat, cselekszik és tanít, énerősítő utakat kínál. A tudás és a szellem harmóniájára nyit ajtót. Nem ítélezik, nem erőltet, és nem zár ki semmit: lehetőségeket és eszközöket mutat. Figyeljünk az utolsó mondatra, amellyel elbocsátja olvasóit: tegyük együtt, amit tudunk, és szeressük, amit teszünk. Így telítődnek a tetteink éettel, s ennek révén lesz hatása tetteinknek. Ajánlom ezt a könyvet mindenkinél – reménykedve és szeretettel.

2015. április

LOSONCZI ÁGNES

AZ EGÉSZSÉGBIOLÓGIA ÉLETTANI ÉS ORVOSI ALAPJAI

1. EGÉSZSÉGES ÉLETMÓD: TUDATOS EPIGENETIKA



FALUS ANDRÁS

FALUS ANDRÁS egyetemi tanár, akadémikus. Nős vagyok, három gyerekem és tizenkét unokám van. Nagyon szeretem a hivatalosat, elsősorban a számonra a jó akciófilm szintjén izgalmas immunológiát és genetikát. Igen fontos számomra az ismeretterjesztés is: nagyszerű érzés megosztani másokkal az örömtőt, amit a világ ezen részével kapcsolatosan tudok. Mindig izgatott – laikusként – a pszichológia, az egészség (azaz az egész-ség). A művészettel tartom a legmagasabb rendű emberi tevékenységnek; a zenét, a képzőművészettel és a szépirodalmat. Magam is írok, csodálatos „gólyakalifa-világ” részese lehetet így.

- 1.1. GENETIKA ÉS EPIGENETIKA**
- 1.2. EPIGENETIKAI „BEMENETEK”**
- 1.3. AZ EPIGENETIKAI HATÁSOK MOLEKULÁRIS „LENYOMATA”**
- 1.4. AZ EPIGENETIKAI HATÁSOK FIZIOLÓGIÁJA ÉS PSZICHOFIZIOLÓGIÁJA**
- 1.5. KOVALENS MÓDOSULÁS ÉS REVERZÍBILIS VÁLTOZÁS: AZ EPIGENETIKAI HATÁS KÉT FŐ ISMÉRVE**
- 1.6. A JÖVŐ: SZEMÉLYRE SZABOTT ORVOSLÁS ÉS TUDATOS EPIGENETIKA. KOMPLEX EGÉSZSÉGNEVELÉS: PRIMER PREVENCÍÓ**

AJÁNLOTT IRODALOM, FORRÁSOK

1.1. GENETIKA ÉS EPIGENETIKA

A MOLEKULÁRIS BIOLÓGIA és az informatikai egymást is serkentő fejlődése lehetővé tette a gének és a génhálózatok működésének olyan szintű vizsgálatát, amilyenre korábban nem volt lehetőség. A jelenlegi kutatások legfontosabb célkitűzése egyik oldalról az összes gén szerkezetének és funkciójának egyidejű vizsgálata a teljes örökítő anyag szintjén, amit a teljes genom szintjén is értékelni lehet (GWAS).

Ez az információtömeg (emberben 3,2 milliárd nukleotidbetű/haploid genom) tekinthető a biológiai „hardvernek”. Ettől – hasonlóan a számítógépes analógiához – már elválaszthatatlan a környezeti hatások és azok következményeinek tanulmányozása, amely – maradva az analógiánál – biológiai „softvernek” is tekinthető. A környezeti hatások jelentős része tehát nem a fogamzássunk pillanatától lényegében meghatározott nukleotidbetű-sorrendet (szekvenciát) befolyásolja, hanem az egyes gének „meg-

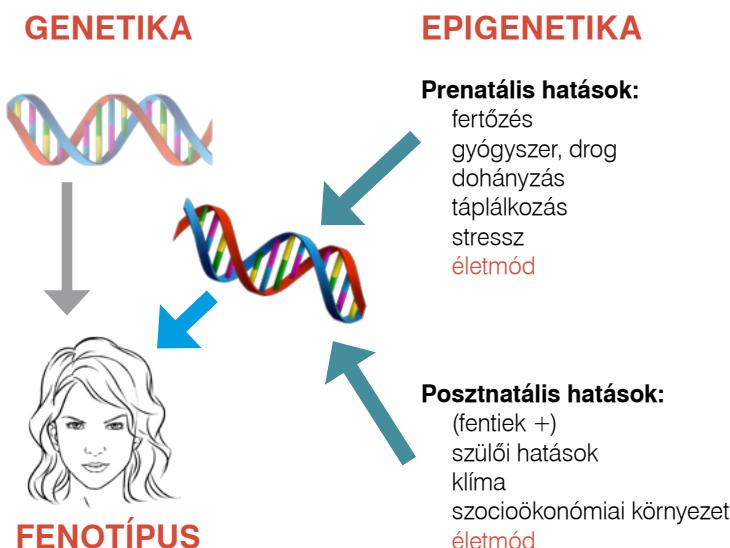
szólalására” vagy „lecsendesedésére”, azaz átíródására hat. A klasszikus molekuláris biológia törvényeinek megfelelően ettől az átíródástól függ, hogy az adott gén által kódolt fehérje megjelenik-e a szervezetben, s ha igen, milyen mennyiségben. Ez utóbbi hatásokat tekinthetjük epigenetikának. A teljes – genetikai-epigenetikai – hálózatosan működő rendszer áttekintésére, szabályosztályosítására szolgál a *rendszerbiológia*, vagy – a fiatalon elhunyt, kiemelkedően tehetséges postdoc munkatársam, DR. HEGYI KRISZTINA eredeti szóhasználatával élve – a rendszer szemléletű biológia (*systems biology*).

A rendszer szemléletű biológia paradigmája teljesen új világot nyitott meg a kutatók, orvosok, biotechnológusok, matematikusok számára.

1.2. EPIGENETIKAI „BEMENETEK”

A genetika hagyományos szemlélete szerint az örökkítő anyag, a DNS-lánc bizonyos szakaszairól, a génekről mintegy tervrajzszerűen egy-egy fehérje képződik. Egyre több ismeretünk van az eddig mesterségesen (didaktikailag?) külön kezelt, az empiria ál-

1.1. ábra
A genetika, az epigenetika és a fenotípus kapcsolata



tal is figyelembe vett, de mechanizmusában korábban nem feltárt, a DNS-betűsorrendet nem érintő, viszont a génexpressziót módsító hatásokról. Ismert az is, hogy ezek a hatások legtöbbször *kovárens* kémiai módosításokon alapulnak, *reverzibilisek* és gyakran öröklődők is.

A hagyományos értelemben nem örökletes epigenetikai tényezők közé soroljuk az anyai hatást a magzat kihordása során, az egyedfejlődést irányító külső faktorokat, továbbá a külső és a belső környezet tényezőit, mint amilyen a táplálkozás, a testmozgás, a higiénia, a szimbiotikus vagy betegséget okozó (patogén) mikrobiális környezettel való bilaterális kölcsönhatás, a mérgező anyagok (pl. dohányzás, drogok), az esztétikai-kulturális (pl. zene, tánc, egyéb művészeti) hatások, a pszichológiai tényezők (szülői hatások, krónikus eu- és distressz) és a pszichoszociális környezet (1.1. ábra). Ezek a fizikai, hormonális, mentális, pszichés tényezők minden módosíthatják az öröklött tulajdonságok manifesztálódását, ezért a kutatók *epigenetikai tényezőknek* nevezik őket.

Egyértelmű, hogy a fenti, vázlatosan ismertetett jellegzetességek semmiképpen sem „sorsszerűek”; nagy részük életemőddal, tudatos, nevelésen, példamatutáson, pedagógiai koncepción alapuló önismereti döntésekkel módosítható.

1.3. AZ EPIGENETIKAI HATÁSOK MOLEKULÁRIS „LENYOMATA”

A hisztonfehérjék a kromatin szerkezeti elemei, a DNS-lánc ezek köré tekeredik fel, mintázatuk, módosulásaiak („hisztonkód”) úgy befolyásolják a DNS működését, hogy az erősen spiralizált szakaszokról nem, a széttekeredettebb szakaszokról inkább képesek az általuk leírt fehérjék szintetizálódni. A génműködést szabályozó – jelenleg ismert – faktorok közül az alábbiakat emeljük ki.

A DNS (CpG szigeteinek) metilációja. Ez utóbbi során az örököltanyag citozin-guanin párraihoz egyedi mintázatot követve kapcsolódnak a metilcsoportok. A metilcsoportok többnyire az S-adenozil-metionin molekulából származnak, és amikor az S-adenozil-metionin a metilcsoportot a DNS-nek adja át, az redukcióval S-adenozil-homociszteiné alakul, amelyből homocisztein aminosav keletkezhet (*aktivált metilciklus*). A reverzibilitást fordított hatású enzimrendszerek (pl. demetiláz) biztosítják.

Kovalens (acetiláció, metiláció, ubikvitináció, foszforiláció stb.) hisztonmodifikációk. Az ubikvitináció, ill. a foszforiláció a kromatinszálak szét- és összetekerését befolyásolja. A génaktiválás vagy -lecsendesedés az érintett aminosav (pl. lizin, fenil-alanin) helyzetétől függ. A reverzibilitást fordított hatású enzimrendszerek (pl. deacetiláz) biztosítják.

A szekvenciahomológia alapján egyes mRNS-ek transzlációját befolyásoló, nem kódoló RNS-ek (pl. snRNS, mikroRNS, piwiRNS, circRNS) keletkezése és hálózatos működése. A nem kódoló RNS-ek általános szabályozó funkcióinak felismerése az egész élővilágban a molekuláris biológia egyik legnagyobb áttörése az elmúlt évtizedben. Ismertté vált, hogy legalább ugyanannyi nem kódoló (nem transzlálódó) RNS-t meghatározó gén van a humán genomban, mint fehérjekódoló gén. Egyértelművé vált, hogy a transzlációs szinten ható nem kódoló RNS-ek a ma ismert összes génkifejeződési szabályozás részei. A hatás *pleiotropikus*, azaz minden mikroRNS több mRNS-hez képes kapcsolódni, és minden mRNS számos mikroRNS megkötésére alkalmas. Ma már egyes intronok mikroRNS-hatását is igazolták (*mirtronok*).

A kromoszómák végeit (teloméra) újraszintetizáló telomeráz rendszer működése. Ettől a szakasztól függ a DNS-lánc stabilitása. A teloméra nélküli, ill. a nagyon megrövidült kromoszómák hajlamosabbak a fúzióra, ami rendellenes működéshez vezet. Másik funkciójuk, hogy a minden sejtosztódáskor bekövetkező DNS-másolás során fenntartják a lánc normális hosszát. A régió jellegzetes, guaninban gazdag szakaszát egy *telomeráz* nevű reverz transzkriptáz enzim szintetizálja. Legújabban a telomeráz enzim egyik alegységének vitális szerepét igazolták a – gyűrű alakú kromoszómával rendelkező – mitokondriumok működésben is.

Ma már az egyre terjedő molekuláris és bioinformatikai eljárások lehetővé teszik a teljes epigenom (EWAS) együttes vizsgálatát és ábrázolását a teljes genom szintjén.

1.4. AZ EPIGENETIKAI HATÁSOK FIZIOLÓGIÁJA ÉS PSZICHOFIZIOLÓGIÁJA

A táplálkozás, az egészséges dietetikai arányok széleskörű hatásai mellett, nagyon hatékony epigenetikai tényező a *testmozgás*, a sport. Kiderült például, hogy az izomrostokban található miozinmolekulát kódoló gén környezetében a fizikai terhelés az oxigénihiányon keresztül olyan stresszhatást jelent, melynek következtében megváltozik a hisztonokhoz kötött acetilcsoportok mennyisége, tehát a táplálkozáshoz hasonlóan a hisztonkód átrendeződésére hat a mozgás is. Ezen kívül a rendszeres testmozgás gyulladásgátló hatású, mivel a vázizomzatban is termelődő interleukin-6 fokozóan hat a cukor- és a zsírbontásra.

A kutatások egyik legújabb területét képviseli a *pszichoszociális környezet* epigenetikai hatásainak tanulmányozása, így az anyai gondoskodás és a génműködés összefüggéseinek kérdései. Ma már számos emberi megfigyelés és állat-modellkísérlet eredményei állnak rendelkezésünkre.

Azokban az egérkölyökben, akikről az anyukjuk nem gondoskodott megfelelően, a glükokortikoid-receptor szintéziséért felelős génszakasz erősebben metilálódott, s e miatt kevesebb receptor keletkezett, így kevesebb mellékvesekéreg-hormon tudott megkötődni, és alacsonyabb stressztűrő képesség alakult ki.

Emberekben végzett megfigyelések során végeztek vizsgálatot pl. olyan anyákon, akik krónikusan beteg gyermeket gondoztak. Bennük aktívabban ment végbe a kromoszómavégeken elhelyezkedő telomérarégiók rövidülése, ami többek között a biológiai öregedési folyamatokkal van kapcsolatban. A telomeráz enzim a megfigyelt, krónikusan beteg gyermeket gondozó anyákban alacso-

nyabb aktivitást mutatott a kontrollcsoport-hoz képest. Hasonló, e helyüt nem részletezendő megfigyeléseket tettek krónikus, degeneratív betegségben szenvedőt (pl. Alzheimer-kóros egyén) gondozók esetében is.

1.5. AZ EPIGENETIKAI HATÁS KÉT FŐ ISMÉRVE: KOVALENS MÓDOSULÁS ÉS REVERZÍBILIS VÁLTOZÁS

Mindezek alapján az epigenetikai módosulásokat olyan kovalens és reverzibilis változásoknak tekinthetjük a DNS-en, amelyek a gén- és a mikroRNS-expresszióra hatva módosítják a sejtek működését. Egyes epigenetikai hatások a DNS-struktúra hozzáférhetőségére hatnak, mások a telomérák hosszát befolyásolják. A legújabb eredmények szerint bizonyos környezeti jelenségek a genomon belül jelentős arányban előforduló ugráló genetikai elemek (*transpozonok*) aktiválódására hatnak, tehát a genetikai elemek mobilitása is – legalábbis részben – epigenetikai kontroll alatt áll.

1.6. A JÖVŐ: SZEMÉLYRE SZABOTT ORVOSLÁS ÉS TUDATOS EPIGENETIKA. KOMPLEX EGÉSZSÉGNEVELÉS: PRIMER PREVENCIÓ

A betegségek genetikai struktúrájának felderítése óriási jelentőségű az orvoslás szempontjából, hiszen az előbbi esetben (*homogenitás*) ugyanaz a gyógymód mindenkin segít, míg az utóbbiban (*heterogenitás*) várhatóan minden betegnél más beavatkozás lesz a leghatékonyabb. A távlati célok

megvalósulásáig azonban még több kritikus problémát kell megoldani.

Először szükség lesz még sokkal több (százresz nagyságrendű) emberi genom-szekvencia ismeretére. 2010-ben fejeződött be az ún. *1000 genom projekt*. Ennek alapján sikerült megalkotni a világ számos kutatócsoportja együttműködésében az ún. ENCODE programot, ami egyfajta DNS-en-ciklopédiaként áll rendelkezésre.

Kínai genetikusok közeli célú tüzték ki több millió ember teljes genomjának leolvasását. Az új generációs szekvenálási (NGS) módszerek valamint új, nagy teljesítvő képességű technikák (pl. *CRISPR/Cas9*) bekerülése és rohamosan csökkenő (másfelé évenként feleződő) költségei miatt igen valószínű, hogy ez a cél pár éven belül meg fog valósulni.

Másodszor, meg kell tudnunk mondania minden egyes variánsról, hogy hozzájárul-e a betegséghez, vagy például egy adott gyógyszer lebontásának kinetikájához, és ha igen, milyen mértékben.

Ennek megállapítása igen nehéz feladatnak ígérkezik, tekintve, hogy a betegségeket okozó variánsok száma valószínűleg nagy, és a legtöbb etnikumban és emberben különbözöl.

Mindazonáltal ennek a genetikai információnak a birtokában megbecsülhető lesz majd a betegségek kialakulásának genetikai kockázata még azok bekövetkezte előtt, ami lehetőséget nyújthat a megelőzésre.

A primer prevenció egyik lehetősége az epigenetikai hatások módosítása. Például az elhízásra hajlamosító genetikai variánsokat hordozó gyerekeknel korai életmódváltoztatással a későbbi megbetegedés elkerülhető lehet.

Végül a genetikai információra alapuló orvoslás talán legnagyobb kihívása a variánsokat hordozó gének működését célzottan befolyásoló és legkisebb mellékhatást elő-

idéző gyógyszerek, illetve személyre szabott vakcinák kifejlesztése lesz.

Nem kétséges, hogy a személyre szabott orvoslás, a rendszer szemléletű medicina megoldandó problémái között a 21. század orvosi genetikai/genomikai/rendszerbiológiai kutatásai mellett a társadalmi, szociális, kommunikációs és nevelési kérdések is kiemelt jelentőséggel bírnak. Ezen a szinten is lényeges a teljes epigenom vizsgálata (EWAS).

A magyar nyelv gyönyörűen kifejező szava, az *egészség* ebben a vonatkozásban kiemelt értelmet nyer: *egész-ség*. Különleges korban élünk, a társadalomtudományok (pszichológia, szociológia, pedagógia, ide-érvé a művészeti nevelést is) és az experimentális/orvos/biológiai természettudományok sosem voltak még ilyen mértékben egymásra hatók, egymáshoz ennyire közeli-képzetek (TÚRY FERENC professzor megállapítása).

Ezt a célt szolgálja a néhai KOPP MÁRIA professzor asszonnyal együtt, a 2012 elején létrehozott EDUVITAL Nonprofit Egészségnevelési Társaság tevékenysége is.

A jelen kor egészségügyi szakemberei és a sorok írója is a sokszínű egészségnevelést, mint tudatos életmód- és tervezett epigenetikai hatást, a tudás közérthető terjesztését kisgyermekkortól kezdődően saját testünk és a környezetünk (biológiai, társadalmi és információs) megismerése, és a jelen és jövőbeni magyar társadalom egészsége, életminősége szempontjából döntő fontosságúnak tartják.

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

1. Jablonka E. Epigenetic variations in heredity and evolution. Clin Pharmacol Ther. 2012 Dec;92(6):683-8.

2. Alberts B, Bray D, Lewis J, Raff M, Roberts K, Watson JD (ed). The Molecular Biology of the Cell. Fouth Edition, Garland, 2002.
3. Mamrut S, Harony H, Sood R, Shahar-Gold H, Gainer H, Shi YJ, Barki-Harrington L, Wagner S. DNA methylation of specific CpG sites in the promoter region regulates the transcription of the mouse oxytocin receptor. *PLoS One*. 2013;8(2):e56869. doi: 10.1371/journal.pone.0056869. Epub 2013 Feb 18.
4. Hunt CR, Ramnarain D, Horikoshi N, Iyenger P, Pandita RK, Shay JW, Pandita TK. Histone Modifications and DNA Double-Strand Break Repair after Exposure to Ionizing Radiations. *Radiat Res*. 2013 Jan 31. [Epub ahead of print]
5. Histone modification in Drosophila. *Brief Funct Genomics*. 2012 Jul;11(4):319-31
6. Koutsounas I, Giaginis C, Patsouris E, Theocharis S. Current evidence for histone deacetylase inhibitors in pancreatic cancer. *World J Gastroenterol*. 2013 Feb 14;19(6):813-28.
7. Falus A, Molnár V. Closer to the completed unity: messenger and microRNA profiling. An introduction. *Semin Cancer Biol*. 2008 Apr;18(2):77-8.
8. Zhu J, Adli M, Zou JY, Verstappen G, Coyne M, Zhang X, Durham T, Miri M, Deshpande V, De Jager PL, Bennett DA, Houmard JA, Muoio DM, Onder TT, Camahort R, Cowan CA, Meissner A, Epstein CB, Shores N, Bernstein BE. Genome-wide Chromatin State Transitions Associated with Developmental and Environmental Cues. *Cell* 152, 642–654, 2013
9. Beery AK, Lin J, Biddle JS, Francis DD, Blackburn EH, Epel ES. Chronic stress elevates telomerase activity in rats. *Biol Lett*. 2012 Dec 23;8(6):1063-6.
10. Fedoroff NV. Presidential address. Transposable elements, epigenetics, and genome evolution. *Science*. 2012 Nov 9;338(6108):758-67.
11. Soubry A, Schildkraut JM, Murtha A, Wang F, Huang Z, Bernal A, Kurtzberg J, Jirtle RL, Murphy SK, Hoyo C. Paternal obesity is associated with IGF2 hypomethylation in newborns: results from a Newborn Epigenetics Study (NEST) cohort. *BMC Med*. 2013 Feb 6;11(1):29
12. Ivanova E, Chen JH, Segonds-Pichon A, Ozanne SE, Kelsey G. Epigenetics. 2012 Oct;7(10):1200-10. DNA methylation at differentially methylated regions of imprinted genes is resistant to developmental programming by maternal nutrition
13. Ehlert T, Simon P, Moser DA. Epigenetics in sports. *Sports Med*. 2013 Feb;43(2):93-110.
14. Liberman SA, Mashoodh R, Thompson RC, Dolinoy DC, Champagne FA. Concordance in hippocampal and fecal Nr3c1 methylation is moderated by maternal behavior in the mouse. *Ecol Evol*. 2012 Dec;2(12):3123-31.
15. Combs-Orme T. Epigenetics and the social work imperative. *Soc Work*. 2013 Jan;58(1):23-30.
16. Najafzadeh M, Davis JC, Joshi P, Marra C. Barriers for integrating personalized medicine into clinical practice: A qualitative analysis. *Am J Med Genet A*. 2013 Feb 26. doi: 10.1002/ajmg.a.35811
17. ENCODE Project Consortium: An integrated encyclopedia of DNA elements in the human genome. *Nature*. 2012 Sep 6;489(7414):57-74.
18. www.eduvital.net

2. MENNYIT, MIÉRT, HOGYAN? TÁPLÁLKOZÁS ÉS FOLYADÉKFOGYASZTÁS



ANTAL EMESE

ANTAL EMESE a Pécsi Orvostudományi Egyetemen szerezte dietetikusi, majd az Eötvös Loránd Tudományegyetemen szociológusi diplomáját. 7 éven át volt a Magyar Dietetikusok Országos Szövetségének elnöke, majd 3 évig főtitkára. Jelenleg a TÉT Platform szakmai vezetője, az Európai Hidratációs Intézet tudományos munkatársa és az EDUVITAL tudományos testületének tagja. Publikációival rendszeresen találkozhatunk mind a szakmai, mind a laikus médiában. Gyakran szerepel ismeretterjesztő televíziós és rádiós műsorokban, valamint a nyomtatott sajtóban. Hazai és nemzetközi konferenciák rendszeres meghívott vendége.



SCHMIDT JUDIT

SCHMIDT JUDIT dietetikusként, majd egészségügyi szaktanárként végzett. A www.preventissimo.hu és a www.vitaspot.eu honlapok dietetikus szakértője, szerkesztője. A Magyar Dietetikusok Országos Szövetségének (MDOSZ) vezetőségi tagja. Az Új DIÉTA – a magyar dietetikusok szakmai lapa – megbízott szerkesztőbizottsági tagja. Szakterületei: a várandósság alatti étrend, a csecsemőtáplálás, a vesebetegek étrendje, illetve a táplálkozás szerepe a krónikus, nem fertőző betegségek megelőzésében.



BIRÓ LAJOS

BIRÓ LAJOS PhD a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvos Karán 1985-ben szerzett diplomát. Ezt követően belgyógyászként, majd 1987 és 2008 között az Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézetben dolgozott klinikai laboratóriumi szakorvosként, hosszú ideig pedig osztályvezetőként. 1995-ben alapította meg a NutriComp Táplálkozás-egészségügyi Bt.-t, melynek jelenleg is vezetője; ennek keretében fő tevékenysége táplálkozási szoftverek fejlesztése. Szakterülete elsősorban a táplálkozásepidiológiai vizsgálatok szervezése, kivitelezése és értékelése. Az elmúlt két évtizedben számos hazai vizsgálatban vett részt. PhD fokozatot a Semmelweis Egyetem Doktori Iskolájában szerzett *A korszerű tápanyagszámítás szerepe és lehetőségei a táplálkozástudomány területén c. munkájával*. 1988 óta tagja a Magyar Táplálkozástudományi Társaságnak, 2002 óta a társaság választott titkára.

- 2.1. A MEGFELELŐ ÉLETMÓD A FITT ÉS KIEGYENSÚLYOZOTT ÉLET ALAPKÖVE
- 2.2. A SZŰRŐVÍZSGÁLATOK FONTOSÁGA
- 2.2.1. MIT ÉRDEMES SZÜRNÍ?
- 2.3. AZ EGÉSZSÉGES TÁPLÁLKOZÁS 12 PONTJA, ÉLELMISZER-KISOKOS
- 2.4. FOLYADÉKFOGYASZTÁS
 - 2.4.1. KIKNEK KELL MÉG INKÁBB ODAFIGYELNIE A FOLYADÉKFOGYASZTÁSRÁ?
 - 2.4.2. MENNYIT?
 - 2.4.3. KÜLÖNBÖZŐ FOLYADÉKOK A TÁPLÁLKOZÁSBAN
- 2.5. VASÁROLNI MEGYÜNK
- 2.6. ÉTELKÉSZÍTÉS, TÁLALÁS
- 2.7. TÁROLÁS ÉS ELTEVÉS
- 2.8. A TÁPLÁLKALLERGIA, TÁPLÁLKINTOLERANCIA EGYRE TÖBB EMBERT ÉRINT
 - 2.8.1. TÁPLÁLKINTOLERANCIA: MAJDSEM ALLERGIA, DE MÉGSEM AZ
 - 2.8.2. A TÁPLÁLKALLERGIÁRÓL
- 2.9. ÖSSZEFOGLALÁS

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

2.1. A MEGFELELŐ ÉLETMÓD A FITT ÉS KIEGYENSÚLYOZOTT ÉLET ALAPKÖVE

„Ha minden személynek biztosítani tudnánk a megfelelő mennyiségi táplálékot és testmozgást – nem túl keveset és nem túl sokat –, akkor megtalálnánk a legbiztosabb utat az egészséghez.”

Hippokratész (i. e. 460–377)

HIPPOKRATÉSZ klasszikus mondásával kezdődik ez az írás. A „nem túl kevés és nem túl sok” – azaz az arany középút – megtalálása és betartása napjainkban is olyan releváns, mint két és fél évezreddel ezelőtt volt. Az élelem elfogyasztása, a táplálkozás összehozza az embereket; szociális esemény, olyan testi kívánalom, amely szociálisan elfogadott. A táplálék értékeit hordoz. Igaz a mondás, miszerint „az vagy, amit megbeszel”.

Igaz ez akkor, ha egészségesen táplálkozunk, de megállja a helyét az idézet akkor is, ha kordában kell tartanunk magunkat, mivel egészségi problémánk van; akkor is, ha csak pár napos, múló panaszról van szó, s akkor is, ha életünk végéig tartó étrendi változtatást kell betartanunk.

Számos civilizációs betegség kialakulásában központi szerepet játszik a helytelen táplálkozás, a nem megfelelő életmód. Ilyenek többek között az alább felsoroltak, melyek a fejlett országokban a halálokok kb. 70%-át jelentik:

- a szív- és érrendszeri betegségek,
- a daganatos betegségek,
- a cukorbetegség,
- az elhízás,
- az emésztőrendszeri betegségek, valamint
- a mozgásszervi betegségek.

Az étkezés nem csupán táplálkozás, hanem rituálé és szórakozás is egyben, amelynek

régióinként és koronként különböző a kultúrája. Magyarországon a közös étkezéseknek meghatározó szerepe van a családi összetartozás megerősítésében. A változó életmód és környezet a táplálkozási és a folyadékfogyasztási szokásainkra is hatással van. Egészséges, kiegyensúlyozott táplálkozással és megfelelő folyadékfogyasztással megelőzhető számos betegség kialakulása, vagy fenntartható az egészségi állapot. A megelőzésben pedig a különböző szűréseknek van kiemelkedő szerepe.

2.2. A SZŰRŐVIZSGÁLATOK FONTOSSÁGA

Annak érdekében, hogy hosszú távon is egészségesek, munkaképesek maradjunk, számos dolgot tehetünk. A megfelelő életmód – kiegyensúlyozott, vegyes, szélsőségektől mentes étrend és rendszeres testmozgás – mellett sokat segíthetnek az egészségügyi szűrővizsgálatok is. Természetesen csak akkor, ha el is megyünk a szűrésre. A krónikus betegségek (pl. a cukorbetegség, a szív-ér rendszeri betegségek) esetében a hajlamosító tényezők kiszűréssével, illetve a betegség körökainak kiküszöbölésével lehetőségünk van arra, hogy megelőzzük a betegséget (*elsődleges prevenció*), vagy ha már kialakult, csökkenetsük a komolyabb problémák, szövődmények valószínűségét, és elkerüljük a további állapotromlást, ill. a betegség viszatérését (*másodlagos prevenció*).

2.2.1. Mit érdemes szűrni?

Olyan betegséget érdemes szűrni, amelynek nagy a népegészségügyi jelentősége (vagyis gyakori, súlyos betegségről van szó), emellett van olyan megelőző állapota vagy tünetmen-

tes időszaka, amikor a betegség a szűrővizsgállattal kimutatható, és a korai felismerés után létezik olyan kezelési lehetőség, amelyen által a betegség kialakulása vagy előrehaladása megakadályozható vagy késleltethető, valamint ebben a szakaszban történő (életmódi, gyógyszeres vagy egyéb) beavatkozással a betegség lefolyása megváltoztatható, kedvezőbbé tehető.

Jó példa erre a 2-es típusú cukorbetegség, amelynek gyakorisága az életkor előrehaladtával nő (bár a civilizációval együtt járó kedvezőtlen életmódbeli szokások révén már gyermekkorban is előfordulhat). Szűrése 45 éves kor felett mindenkorban javasolt, de a nagy kockázatú népcsoportokban (pl. a terhességi cukorbetegségen szenvedő nőknél a szülés után) fiatalabb életkorban el kell kezdeni. A szűréseknek köszönhetően még a betegség kialakulása előtt észlelhető az anyagcsere kóros megváltozása, s az időben megkezdett életmódváltással (helyes étrend, sport), szükség esetén megelőző gyógyszeres vagy egyéb kezeléssel a betegség kialakulásának esélye megfelezhető.

Az internet korában már számos lehetőség nyílik arra, hogy bizonyos szűréseket, ill. az egészségi kockázataink felmérését akár online is elvégezhessünk. Az orvosnál vagy egyéb egészségügyi szakembernél elvégzett vizsgálatok egy része (termésszesen az antropometriai – pl. testtömeg, testmagasság mérésevel járó – és a fizikai, eszközös vizsgálatok kivételével) ugyanis előre meghatározott, a szakma által elfogadott, hiteles kérdőívek segítségével is elvégezhető. Léteznek olyan szűrő, ill. kockázatértékelő jellegű kérdőívek, amelyeket a páciens a szakember távollétében is ki tud tölteni, és ezek értékelése a mai modern informatikai rendszerek segítségével automatikusan tehető. Egy ilyen rendszer felépítésénél fontos szempont az is, hogy a kiértékeléshez kapott tanácsok minél inkább egyénre szabottabbak

legyenek, így egy válaszhoz gyakran több válasz együttes figyelembevétele szükséges.

A www.preventissimo.hu oldalon található, a fent leírt kritériumok alapján felépített online kérdőívek is (elő)szűrést, kockázatértékelést végeznek, így kitöltésükkel kiderülhet, hogy – a honlap által vizsgáltak közül – milyen betegségre vagyunk hajlamosak, de az is, hogy például milyen életmódbeli szokásunk véd minket adott esetben bizonyos betegség kialakulásával szemben. A kérdőív kitöltése után, ha szükséges, a rendszer javaslatot tesz további (immár személyes megjelenést igénylő) vizsgálatok végzésére, illetve tanácsokat ad, hogy hogyan csökkenthető az adott betegség(ek) kialakulásának kockázata. A rövid tanácsokat, magyarázatokat szakemberek által írt és lektorált cikkek, praktikák, edzéstervezek egészítik ki.

2.3. AZ EGÉSZSÉGES TÁPLÁLKOZÁS 12 PONTJA, ÉLELMISZER-KISOKOS

Valamennyi élettani folyamathoz energia szükséges, így például az enzimek, a hormonok és a vér alkotóelemeinek képzéséhez, a sejtek lebontásához és újraképzéséhez,

Az életkorral változó/csökkenő energiaszükséglet

Életkor (év)	Energiaszükséglet férfiak-nál (%)	Energiaszükséglet nőknél (%)
18–35	100	100
36–45	89	92
46–60	82	83
61–75	78	79
76–90	70	75
>90	70	75

az állandó testhőmérséklet biztosításához, az immun- és a gyógyulási folyamatokhoz, a gondolkodáshoz, a mozgáshoz, a légzéshez stb. – egyszóval az energia nélkülözhetetlen a szervezet működésének, egyensúlyának fenntartásához.

Amennyiben nem vesszük figyelembe a fenti táblázatban szereplő tényeket, akkor a naponta feleslegben elfogyasztott 3–4 keksz, 4–5 karika kolbász vagy 1 szelet csokoládé akár 5 kg súlytöbblet is eredményezhet évente.

Nem mindegy, hogy a napi étrendünket hogyan építük föl, hányszor eszünk gabona-féléket, zöldségeket, gyümölcsöket, húsokat, olajos magvakat, vagy éppen tejtermékeket. Nem mindegy, hogy az egyes csoportból mit és mennyit választunk. Lássuk részletesen az *egészséges étrend* irányelvezet, amelyet 12 pontban foglalhatunk össze!

1. Nincsenek tiltott táplálékok, csak kerüljendő mennyiségek, azonban célszerű egyeseket előnyben részesíteni, mások fogyasztását csökkenteni. Figyeljünk a csomagolt élelmiszereken feltüntetett energia- és tápanyagértékekre, ill. az egyéb összetételei adatokra! Ezek sok segítséget adnak az élelmiszerek kiválasztásában és az étrend összeállításában.
2. Az étrendünket többféle élelmiszerből, változatosan, különböző módon állítsuk össze! Merjünk változtatni, új alapanyagokat, fűszereket kipróbálni! A sokszínűség gyönyörködtet – a táplálkozásunkra is igaz e mondás, így egy vegyes, változatos étrenddel nagy valószínűséggel minden szükséges tápanyaghöz hozzájut a szervezetünk.
3. Kerüljük a nagy zsírtartalmú élelmiszekeket, ételeket! Sütéshez, főzéshez zsír

helyett inkább növényi olajat használunk, de azt is mértékkel! A bő olajban sütéssel szemben (így készül pl. a rántott hús, a sült krumpli, a lángos) előnyösebb a gőzölés, a párolás, a fóliában, tapadásmentes bevonattal ellátott edényben vagy fedett cserépedényben, mikrohullámú sütőben készült étel. Rántás helyett kedvezőbb a joghurtos, tejes habarás vagy az étel saját anyagával történő sűrítése.

4. Az ételeinket kevés sóval készítük, és utólag se sózzunk meg (különösen kóstolás nélkül ne)! Használjuk ki a különböző aromájú fűszerek nyújtotta széles palettát! Különösen kerüljük a sózást gyermekknél, mivel az ekkor kialakult ízlés az egész életre kihat. A fogyaszta-ra kész élelmiszerek közül válasszuk a kevésbé sózottakat, illetve a nem sózott (natúr) változatokat!
5. Édességet, süteményt étkezés között ne, inkább csak a főétkezés befejező fogásaként, hetente legfeljebb kétszer fogyasszunk! Ételeinket ne, vagy alig cukrozzuk!
6. Naponta igyunk meg $\frac{1}{2}$ l tejet, vagy fogyasszunk ennek megfelelő kalciumtartalommal (600 mg) bíró tejterméket vegyen, változatos formában (pl. 0,5 l natúr joghurt/kefir/tejföl, 100–150 g sajt, fajtájától függően, 0,7–0,75 kg túró, zsírtalmától függően)! Ezek közül is a kisebb zsírtalmától válasszuk!
7. Naponta többször, ideális esetben ötször együnk (összesen legalább 400 g) gyümölcsöt, zöldséget, lehetőleg nyersen vagy párolva!
8. Hetente legalább ötször fogyasszunk teljes kiőrlésű lisztből, gabonaféléből

készült terméket (kenyér, téiszta, rizs, péksütemény stb.)! A fényezett rizs helyett érdemes barna rizst használni, de kipróbalhatjuk a bulgurt, a hajdinát, a kölest is!

9. Naponta négyeszer-ötször étkezzünk, a napi táplálékmennyiséget minél egyenletesebben elosztva! Kerüljük a kiadós esti étkezést! Együnk nyugodtan, kényelmes körülményeket teremtve, nem kapkodva, minden falatot alaposan megrágva!
10. A folyadékfogyasztásunk alapját a víz adjá! Az alkohollal legyünk mértékletesek, a túlzott mértékű fogyasztása káros az egészségre. Várandós, szoptató nők, gyermekek, gyógyszert szedők, májbetegek kerüljék az alkohol minden cseppjét! Az energiatartalmú italokat (gyümölcslevék, cukros üdítők) az energiatartalmuk figyelembevételével, mértékkel fogyasszuk!
11. Az egészséges életmód részeként rendszeresen mozogunk, és mellőzük a dohányzást!
12. Törekedjünk a számunkra kívánatos (testmagasságunknak, testalkatunknak, korunknak, egészségi állapotunknak megfelelő) testtömeg elérésére és megtartására!

A táplálkozástudósok megalkották a táplálkozási piramist, amely egy kiváló szemléltető eszköz az egészséges táplálkozás gyakorlati megvalósításához.

A 2.1. ábra a különféle élelmiszer-csoportokat sorolja fel, az ajánlott fogyasztási gyakoriság szerint.

A Harvard School of Public Health (Harvardi Közegészségügyi Iskola) által összeállított táplálkozási piramis alján a – a rend-

VÁLASZTHATÓ:
Alkohol, mértékkel
(*nem mindenkinnek*)



Napi multivitamin,
extra D-vitaminnal
(a legtöbbeknek)



2.1. ábra Táplálkozási piramis

forrás: <http://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/pyramid-full-story/>

szeres testmozgást és az testtömegkontrollt követően – a teljes kiörlésű gabonák és az ezekből készült termékek, a zöldségek és gyümölcsök, valamint a kedvező összetelű növényi olajok és zsírok, a zsíros halak találhatók, majd feljebb haladva az olajos magvak, hüvelyesek, a tofu (szójababtúró – hazánkban ez inkább csak a vegetáriánus lakkosság körében elterjedt), a tojás, a halak és a szárnyashúsok, majd a tej és tejtermékek (hiányuk esetén a kalcium- és/vagy D-vitamin-tartalmú étrend-kiegészítők), a piramis csúcsán pedig a cukrok, édességek, a vörös húsok és a feldolgozott húsipari termékek, a finomlisztből készült kenyér, tészta, a fehér rizs, burgonya, a cukrozott üdítők és a vaj találhatók.

Az ábra értelmezése egyszerű: minél feljebb haladunk, annál kevesebbet javasolt fogyasztunk az adott élelmiszer-csoport(ok) ból. A piramis mellett helyezkedik el a mérsékelt alkoholfogyasztás, amely nem mindenki számára engedélyezett, valamint az étrend multivitaminokkal, ill. a D-vitamin-nal történő kiegészítése (amelyet az útmutató a legtöbb ember számára javasol).

A piramis kialakításakor a fő cél az volt, hogy egyszerű, általános és rugalmas útmutató legyen, ezért nem is tartalmaz konkrét fogyasztási mennyiségeket, hiszen a pontos mennyiségek túl sok mindenről – testtömeg, fizikai aktivitás stb. – függhetnek. Részleteiben a következőkre tér ki a táplálkozási útmutató:

Testmozgás. Az útmutató alapja a rendszeres testmozgás és a testtömeg-kontroll. A testmozgás nagy befolyással bír az emberi szervezet egészségi állapotára és általános anyagcseréjére, ezért kulcsfontosságú szerepet játszik az egészséges életmód kialakításában.

Teljes kiőrlésű gabonák. Szervezetünk elsődleges energiaforrásai a szénhidrátok, amelyekhez különféle forrásokból juthatunk hozzá. A teljes kiőrlésű gabonák, gabonafélék a rendszeres fogyasztásra javasolt szénhidrátforrásainak közé tartoznak, mivel tartalmazzák a gabona teljes ásványianyag- és nyomelem-tartalmát, illetve rosttartalmukból eredően las-sabban emésztiődnek meg, mint a többszörösen feldolgozott változataik (pl. a fehér/finomliszt). A lassú felszívódás megóvja a fogyasztót a vércukor- és az inzulinszint ugrásszerű ingadozásától, ezáltal segít kor-dában tartani az éhségérzetet, így kiegyen-súlyozottabb energiafelhasználást eredményez a szervezethez.

Egészséges zsírok és olajok. Ez alatt az élelmiszercsoport alatt a jó minőségű telítetlenzsírsav-forrásokat, transz-zsírsavmen-tes margarinokat és a nagy zsírtartalmú halakat (például a lazacot) értjük. Hozzá-járulnak a koleszterinszint karbantartásá-hoz és a szívbetegek elleni védelemhez.

Zöldségek és gyümölcsök. A zöldségek és gyümölcsök rendszeres fogyasztása többek között hozzájárul a vérnyomás és a vércukorszint csökkentéséhez, a stroke és a szív-beztegek kockázatának csökkentéséhez, mérsékli a szem- és az emésztési problémák valószínűségét, valamint hozzájárul számos daganatos betegség elkerüléséhez. A gyümölcslevék és a burgonya fogyasztá-sával kapcsolatban azonban számos tévhít

él a köztudatban. A legtöbb gyümölclsé jó helyettesítőnek tűnhet a valódi gyümölcsökkel szemben, de érdemes szem előtt tartani, hogy e termékek nagy része (a gyümölcsitálok és -nektárok, valamint az olyan üdítőitalok, amelyek gyümölcsöket csak ízesítés céljából tartalmaznak) jelentős mennyiségen tartalmazhat hozzáadott cukrot. A bur-gonya – rendkívül nagy keményítőtartalma miatt – nem ebbe a csoportba, hanem a piramis csúcsára került, habár mértékle-tes fogyasztás és megfelelő konyhatechno-lógia mellett nem szükséges száműznünk az étrendünk ből.

Olajos magvak, hüvelyesek és tofu. Ezen élelmiszerök gazdag ásványianyag-, rost-, fehérje- és vitaminforrások, így fogyasztásuk az egészséges étrend szerves részét képezi. A legnagyobb táptétekkel bíró ola-jos magvak a mandula, a pekándió, a földi-mogyoró, a dió, a mogyoró, a pisztácia stb. A hüvelyesek közé a fekete bab, a lóbab, a lencse, a vörös lencse, a szója és a csicse-riborsó tartozik. A hagyományos kínai étel, a tofu kiemelkedő fehérje-, kalcium-, fosz-for-, szelén- és mangántartalma mellett cse-kély koleszterin- és sótartalommal bír.

Szárnyashús, hal és tojás. A szárnyashús (gyakran fehér húsként is említjük), a halételek és a tojás további fontos fehérjeforrások, általában kisebb telítettsírsav-tartalommal rendelkeznek, mint a vörös húsok (sertés, marha). A halételek fogyasztásának kiemelt előnye azok omega-3-zsírsavtartalma. Ahogy a piramis tetején látszik, a feldolgozott húsok (például virsli, párizsi) és a vörös húsok fogyasztása is csak kis mennyiségen ajánlott, mivel ezek telítettsírsav- és sótartalma általában nagyobb a kívánatosnál.

Tejtermékek, D-vitamin, kalcium. Az útmutató szerint csontjaink erősségeinek meg-

őrzése érdekében figyelemmel kell kísérnünk a kalcium és a D-vitamin mennyiségét az étrendünkben. A legtöbb embernek kevesebb kalciumra és több D-vitaminra van szüksége egy nap, mint amennyit például három pohár tej elfogyasztásával érne el. Így az ajánlás szerint naponta mindenkorának 1-2 adag tejterméket érdemes fogyasztanunk, de emellett a D-vitamin-szükségletet étrend-kiegészítővel célszerű fedezni (tekintve, hogy a legjobban összeállított étrend sem képes erre, különösen, mivel a közelmúltban számos tanulmány felsorolta a D-vitamin sokrétű szerepét az egészségmegőrzésben, ill. a napi ajánlott mennyisége is többszörösére emelkedett).

Takarékosan használandó élelmiszerek. A piramis teteje olyan, takarékosan használandó élelmiszereket és tápanyagokat sorol fel, amelyekből ajánlatos keveset fogyasztani (pl. vörös hús, feldolgozott húskészítmények, vaj, finomított gabonatermékek, fehér rizs, kenyér, téiszta, burgonya, nagy cukortartalmú üdítőitalok, édességek, só). Emellett az útmutató kiemeli a transz-zsírsav-tartalmú élelmiszereket, amelyeket teljes mértékben elkerülendőként értékel.

2.4. FOLYADÉKFOGYASZTÁS

Az egészségi állapotot befolyásolja a szervezet víztartalma is, amely a kor előrehaladtával egyre csökken. Az újszülött szervezte átlagosan 70–75%, a felnőtté 60%, míg az idős emberé csupán 50% vizet tartalmaz. Optimális esetben a test vízleadása és vízfelvételle között egyensúly áll fenn. Az egyensúlyi állapotot – a táplálkozás mellett – több tényező is befolyásolja, ilyen pl. a fokozott fizikai aktivitás, a külső hőmérséklet, a láz, az egészségi állapot (pl. a hasmenés vagy a hányás). Ha a vízháztartás egyensúlya tar-tósan megbomlik – akár a vízfelvétel csök-

kenése, akár a vízleadás fokozódása miatt – az könnyen a szervezet kiszáradásához vezethet. A szomjúságérzet a folyadékegyensúly fenntartásának egyik legfontosabb ingere, amely a szükséges vízmennyiség pótlására figyelmeztet. A víz élettani szerepe a szervezetben rendkívül sokrétű. A legtöbb létfontosságú folyamat vizes közegben megy végbe, így az is érthető, miért olyan fontos a szervezet megfelelő hidratáltsága.

A víz nem csupán fő alkotórésze a testet felépítő sejteknek, hanem számtalan biokémiai folyamat kiindulási és végterméke. Lehetővé teszi a vérkeringést, és befolyásolja a vér összetételét. Biztosítja a megfelelő vérnyomást, részt vesz az emésztési és a felszívódási folyamatokban, a salakanyagok kiválasztásban. Segíti a testhőmérséklet szabályozását és az egészséges sav-bázis egyensúly megtartását. Testünkben a víz oldószer, vivőanyag, hótároló és hűtőfolyadék is egyben.

Az egészséges táplálkozás fontos részét képezi a megfelelő folyadékfogyasztás, hiszen a megfelelő hidratáltság fontos az egészség, a jó közérzet fenntartásához, de a minden nap teljesítményünk is múlhat azon, hogy eleget iszunk-e.

Amennyiben nem kielégítő a folyadék-felvétel, akkor enyhébb esetben csak általános panaszok jelentkeznek, például fejfájás, a koncentráló képesség csökkenése, fáradtság, szédülés. A krónikus dehidráltság (azaz, ha nincs elegendő folyadék a szervezetünkben) súlyos egészségi problémák, például vesekő, szájüregi betegségek, légzési nehézségek, csökkenő kognitív (megismerésre vonatkozó) funkciók és egyéb mentális problémák kialakulásához vezethet. Figyelmeztető jel lehet továbbá a száj, a nyelv, a bőr kiszáradása, a szemek karikássá válása, a ráncok elmélyülése, az arcbőr fakóbbá válása, a vizelet színének sötétebbé válása, mennyiségének csökkenése is.

2.4.1. Kiknek kell még inkább odafigyelnie a folyadékfogyasztásra?

A folyadékfogyasztásra mindenkinél oda kell figyelni, de vannak olyan csoportok, akiket veszélyeztetetteknek tartunk a dehidrációval kapcsolatban:

- idősek,
- gyermekek,
- nehéz fizikai munkát végezők,
- sportolók,
- várandonosok, szoptató kismamák,
- betegek.

A gyermek testének víztartalma nagyobb, mint a felnőtteké. Esetükben még fontosabb a megfelelő hidratáltság a tanulmányi teljesítményük és az egészséges testi fejlődésük szempontjából is. Ráadásul gyakran meg is feledkeznek az ivásról, és többször kapnak el olyan lázzal, hányással, hasmenéssel járó betegségeket, amelyek növelik a kiszáradás veszélyét. A szülőknek, tanároknak tehát a gyermeket megfelelő folyadékfogyasztásra otthon és az iskolában eltöltött órák alatt is külön oda kell figyelniük, kánikulában vagy betegség esetén pedig még fokozottabban!

Az ajánlott folyadékfogyasztás időszakban sem változik, de a szomjúságérzet csökkenésével, a fizikai képességek romlásával jelentősen megnő a kiszáradás veszélye. A krónikus dehidráltság súlyos egészségügyi probléma, ami növeli többek között az ájurások, a húgyúti fertőzések és a vesekő kialakulásának kockázatát. Segítsük a környezetünkben élő idős embereket abban, hogy elegendő folyadékot fogyasszanak, például kínáljuk őket minél gyakrabban folyadékkal, emlékeztessük őket az ivásra – megfelelő folyadékfogyasztással tovább egészségebbek maradhatnak.

2.4.2. Mennyit?

Az Európai Élelmiszerbiztonsági Hivatal (EFSA) szerinti napi folyadékfogyasztási javaslatot az alábbi táblázat mutatja.

Az EFSA által ajánlott napi folyadékfogyasztás

	Életkor	Folyadék-bevitel
csecsemők	0–6 hónapos	100–190 ml/kg/nap
	6–12 hónapos	800–1000 ml/nap
gyermekek	1–2 éves	1100–1200 ml/nap
	2–3 éves	1300 ml/nap
	4–8 éves	1600 ml/nap
lányok	9–13 éves	1900 ml/nap
fiúk	9–13 éves	2100 ml/nap
nők	14+ éves	2,0 l/nap
férfinak	14+ éves	2,5 l/nap

2.4.3. Különböző folyadékok a táplálkozásban

Amíg az közismert tény, hogy a változatos étrend segíthet, hogy minden szükséges tápanyagból megfelelő mennyiséghöz jusson a szervezetünk, azt kevesen tudják, hogy a változatosság elve a folyadékpótlásban is alkalmazható.

Kutatási eredmények támasztják alá, hogy a naponta többféle italt fogyaszt, az nagyobb valószínűséggel teljesíti a javasolt napi 2–2,5 l folyadékfelvételt. Spanyol kutatók tanulmánya szerint akár kétszer annyi folyadékot is fogyaszt az sportoló, akinek nem csak vizet, de többféle frissítőt kínálnak futás közben.

Hajlamosak vagyunk tehát többet inni, ha a víz mellett különböző ízű italokból is választhatunk. Ugyanezért nem javasolt példá-

ul a gyümölcsleveket, teákat, üdítőket teljesen száműzni minden napjainkból, mert így csökkenhet folyadékfogyasztásunk. A testtömeg megőrzése, az optimális energiafelvétel szempontjából fontos azonban számlálni a különféle italok energia- és tápanyagtartalmával. A széles italválasztékot és az édes ízt napjainkban energiatermelést nélkül is élvezhetjük, hiszen számos édesítőszer és azzal ízesített üdítő áll a rendelkezésünkre, amelyek biztonságosságát az Európai Uniós és hazai jogszabályok szavatolják. Ezek fogyasztása nemcsak a cukorbetegeknek és az elhízottaknak javasolható, hanem azoknak is, akik kordában szeretnék tartani a testtömegüket.

A gazdag italkínálat mellett a megfelelő táplálkozás is hozzájárul a vízháztartás egyensúlyának megőrzéséhez. Alapvetően a teljes folyadékszükséglet 20–30%-át fogyasztjuk el táplálékok formájában. Ha az étkezések alkalmával tudatosan a nagyobb víztartalmú ételeket választjuk (például a leveseket, mártásokat, gyümölcsöket, zöldségeket), azzal márás teljesítettük a napi ajánlott folyadékbevitel közel harmadát.

Az optimális hidratációs szint eléréséhez és ezzel a vízháztartás egyensúlyban tartásához leginkább tudatosságra és a megfelelő szokások kialakítására van szükség.

2.5. VÁSÁROLNI MEGYÜNK

Sokkal könnyebb, költségtakarékosabb és gyorsabb a vásárlás akkor, ha listával készülünk.

MIRE FIGYELJÜNK VÁSÁRLÁSKOR?

- Sérzetlen csomagolású termékeket vegyük!
- Ne vásároljunk olyan mélyhűtött terméket, amelyen felolvadás és újrafab-

gyás jeleit észleljük (a termék darabosan fagyott meg)!

- Azonos termékcsoportból – ha lehetőségünk van rá – válasszuk a kisebb energia-, zsír-, cukor- és sótartalmú!
- Mindig olvassuk el alaposan az élelmiszerláncokat, és részesítük előnyben a friss vagy a mélyhűtött élelmiszerek!
- A gabonatermékek és pékáruk vásárlásakor inkább a teljes kiőrlésű, nagyobb rosttartalmú zab-, rozs-, kukoricá- vagy durumlisztből készült termékeket válasszuk, mivel pozitív hatásuk van az emésztésre, a testtömeg megőrzésére, illetve a vér koleszterin- és cukorszintjére.
- A friss zöldségeket, gyümölcsöket ne féljünk piacra vásárolni!
- Mindig ellenőrizzük az élelmiszerek csomagolásán a lejárat időt!
- Ha „gyanúsnak” ítélik a megvásárolni kívánt élelmiszer színét, állagát, küllemét, semmiképpen se vegyük meg!

2.6. ÉTELKÉSZÍTÉS, TÁLALÁS

Az ételkészítés módjával (főzés, sütés, párolás, dermesztés, hűtés, fogyasztás) befolyásolhatjuk az ételek tápanyagtartalmát és az íz- és tápanyag-megőrzés mellett energiát is megtakaríthatunk. Ha az ételkészítésnél nem vesszük figyelembe az ajánlásokat, az élelmiszerek válogatásánál hiába választjuk az egészségesebbeket! Rántás helyett válasszuk

- a joghurtos vagy a tejes habarást,
- a burgonyával (vagy egyéb zöldségfélével) vagy a főzelék, leves saját anyagával történő sűrítést,
- a lisztszórással vagy -hintéssel történő sűrítést,

- de akár liszt használata nélkül is sűríthetünk zöldségpürével.

Készítük ételünket diétás vagy száraz rántással! A diétás rantás előnye, hogy a zsiradékot nem hevítiük, így a benne lévő zsírsavak nem kezdenek el lebomlani, és könnyebben emészthetővé válik az étel. A száraz rantás előnye, hogy zsiradék nélkül készül, így kevesebb energiát tartalmaz, ezáltal könnyebben emészthetővé válik az étel.

Ha lehetőségünk van rá, minden szenteljünk az étkezésre elegendő időt, és teremtsünk hangulatot – még akkor is, ha egyedül vagyunk, hiszen az étkezés társadalmi, társsas rítus és örömförás is. Az asztal hangu-

latát az asztalterítő, a szalvéták, az étkezőkészlet, a tálaló edények, az asztaldíszek együtt határozzák meg. Az evés minőségét az alkalomhoz illő zenével és fényekkel lehet tovább fokozni.

2.7. TÁROLÁS ÉS ELTEVÉS

A zöldség- és gyümölcsfélékben a tárolás és a konyhatechnológiai feldolgozás során az egyik leglényegesebb változás a vitaminknak veszteségében figyelhető meg, hiszen ezek számos olyan környezeti hatásra érzékenyek lehetnek, amelyek a konyhai feldolgozás során fokozottan megfigyelhetők. Ezek a veszteségek gyakran már a viszonylag rövid időtartalmú tárolás során is jelentősek. A zöldségek és gyümölcsök tápanyagtartalma változhat. Csökkenhet a vitamintartalmuk, ami speciális állapotuktól függ az ételkészítés során (pl. a hőmérséklet, az oxigén jelenléte, a fény, a nedvesség, a pH és természetesen a hőkezelés miatt is). A nemzetközi szakirodalom azt vallja, hogy az elkészítés esetén a legrosszabb vitaminmegőrző hatásfoka a hosszan tartó főzésnek van: ennek során a maradék C-vitamin 50–70%-a semmisül meg az ételekben. A zöldség vagy gyümölcs héjában történő hőkezelése védelmet nyújthat a veszteségek ellen, mivel a hámozatlan alapanyagban több C-vitamin marad.

A mikrobák a konyhai hőmérsékleten rohamos mértékben szaporodnak. A baktériumok elszaporodása súlyos betegségekhez vezethet. Hűtőszekrényben a szaporodásuk lelassul, vagy megáll. Néhány veszélyes kórokozó azonban még a hűtőszekrényben is képes túlélni.

A fagyaszás késlelteti a romlást, és tar-tósítja az élelmiszert az által, hogy megelőzi a mikroorganizmusok elszaporodását,

TOVÁBBI TIPPEK

- A bő olajban sütés helyett pároljuk az ételeinket! Esetleg használhatunk speciális olajspray-t, amellyel csak vékonyan be kell fújnunk az alapanyagkat. A bő zsiradékban sült burgonya helyett próbáljuk meg főzve, héjában sütve vagy rakottan elkészíteni!
- A rántott (panírozott) ételek helyett süsünk fóliában, cserépedényben, mikrohullámú sütőben, grillezünk vagy pároljunk! A bő olajban sütéskor sok zsiradék szívódik be az ételbe, még ha a sütés után papírral meg is próbáljuk felítatni azt.
- Használunk kevesebb sót az ételkészítésnél, helyette próbáljuk pótolni a sót friss vagy száritott fűszerekkel!
- Tárolítsuk az ételekről a látható zsíradékot!
- A 20%-os tejföl helyett használunk 12%-osat vagy joghurtot!
- A 3,6%-os és a 2,8%-os zsírtartalmú tej helyett válasszunk 1,5%-osat!

és lelassítja a romlást okozó enzimműködést. Amint az élelmiszerben lévő víz jégkristályokká fagy, elérhetetlenné válik azon mikroorganizmusok számára, amelyeknek szükségük lenne rá a szaporodásukhoz. Azonban a legtöbb mikroorganizmus (az élősködők kivételével) fagyottan is életben marad, ezért kell az élelmiszereket mind fagyasztás előtt, mind kiolvasztás után biztonságosan kezelni.

FAGYASZTÁSI TIPPEK

- A fagyasztó hőmérsékletét tartsuk –18°C-on, vagy alatta!
- Pakoljuk szorosan a mélyfagyasztókat – a hűtőgépekkel ellentétben –, mivel ez hozzájárul jobb működésükhez!
- Megfelelő csomagolás használatával – fagyasztótáskák, műanyag dobozok – megóvhatjuk az élelmiszereket.
- Kerüljük a forró ételek közvetlenül a fagyasztóba történő behelyezését, mivel ez megemeli a fagyasztó hőmérsékletét, és kedvezőtlenül hat más élelmiszerekre! Hütsük le az ételt szoba hőmérsékletűre, mielőtt lefagyasztjuk!
- Bizonyosodunk meg arról, hogy a fagyott étel teljesen felengedett főzés előtt!
- A lefagyasztott és felengedett élelmiszereket soha sem szabad újra lefagyastani!

2.8. A TÁPLÁLKALLERGIA ÉS A TÁPLÁLKINTOLERANCIA EGYRE TÖBB EMBERT ÉRINT

Napjainkban egyre nagyobb a kereslet a speciális táplálkozási igényeket kielégítő élelmiszerek iránt. Szinte nincs olyan élelmiszerbolt, étterem, étel házhoz szállításával foglalkozó cég vagy akár büfé, ahol ne lehetne glutén-, tejfehérjementes vagy éppen laktózmentes termékeket is kapni. Ez az érintettek nagy számát tekintve jelentős előrelépés. Ugyanakkor az itt vásárló, fogyasztó embereknek csak egy része küzd valóban táplálékallergiával és/vagy táplálékintoleranciával, sokan inkább csak egyfajta divatot követnek. De vajon mit is jelent a táplálékallergia és -intolerancia, mi a különbség a két állapot között?

2.8.1. Táplálékintolerancia: majdnem allergia, de mégsem az

Sokan összekeverik a táplálékintoleranciát a táplálékallergiával, holott a két állapot nem azonos, bár mindenkorral függ össze. Az allergia és az intolerancia közötti alapvető különbség, hogy míg *allergia* esetén a szervezet immunológiai mechanizmussal (antitestek vagy sejtek által közvetített reakcióval) reagál az idegen antigénekre, addig *intolerancia* esetében nincs immunológiai folyamat, tehát szervezetünk nem termel ellenanyagokat, és pszichés elterés sem tapasztalható.

A legszemléletebb példa a táplálékallergia és -intolerancia közötti különbség megértésére a tehéntej esete. A tehéntej fehérjéi ugyanis allergiás reakciót, míg tejcukor- (laktóz-) tartalma intoleranciát okoz. A gyakran (tévesen) emlegetett tejallergia kifejezés így nem elég pontos, használata

nem írja jól körül a problémát, emiatt megtevesztő is lehet, mivel a két állapot étrendje sem teljesen azonos, sőt.

A tejcukor (*laktóz*) lebontását a vékony beleinkben a laktáz nevű enzim végzi. Sok embernél azonban részben vagy teljesen hiányzik ez az enzim, ezért náluk a tejcukor emésztése, felszívódása zavart szenned. A tejcukor-érzékenység (*laktózintolerancia*) esetén dózisfüggően a tej és tejtermékek fogyasztása után hasfájás, hascsikarás, puf-fadás, hirtelen jelentkező hasmenés, hasi diszkomfortérzés alakul ki. A tejcukor-érzékenység többnyire egész életre szól, bár az is előfordul, hogy valamilyen bél fertőzés vagy antibiotikumkúra okozta hasmenés következetében csak átmenetileg alakul ki, és idővel megszűnik.

A nyers vagy pasztörözött tehéntej, tejföl, tejszín fogyasztása okozza általában a legerőteljesebb tüneteket, míg a savanyított tejtermékek (joghurt, kefir), ill. a túró és a kemény sajtok fogyasztását már jobban tolerálják az érintettek (*egyéni tűrőképesség*). Az enzim teljes hiánya esetén azonban akár a gyógyszerek vivőanyagaként felhasznált tejcukor is panaszokat okoz.

A táplálékallergia és az -intolerancia közötti sarkalatos különbséget a kezelésükre javasolt diéta is szemlélteti: míg az allergia esetében az allergén legkisebb mennyisége (akár pár morzsa) is reakciót válthat ki, emiatt a teljes mellőzése szükséges, addig az intolerancia esetében az elfogyasztott táplálék adagjától is függ, hogy problémát okoz-e. Egyes táplálékallergiák esetében azonban ismert az a jelenség is, hogy idővel a beteg „kinövi” az allergiát: ez főleg a kisgyermekkorban jelentkező tehéntejfehérje- és a tojás-allergia esetében igaz. A jól diétázó (az allergén fogyasztását teljesen kerülő) kisgyermek óvodás-, iskoláskorára akár tünetmentessé válhat, és fokozatosan átérhet a normál vegyes étrendre.

2.8.2. A táplálékallergiáról

A táplálékallergia a szervezet egy/vagy több allergén (ebben az esetben allergiát okozó táplálékok vagy táplálék-összetevők) által kiváltott specifikus, reprodukálható (újra kiváltható), kóros immunreakciója. A leggyakoribb *táplálékallergének* közé a tehén-tej, a hüvelyesek, a szója, a tojás, a hal, a tener gyümölcssei, a diófélék, a búza, a rozs, a gyógynövények és egyes fűszerek tartoznak, de gyakran okoznak panaszt a citrusfélek, a déligyümölcsök, az eper, a paradicsom, a spenót, a savanyú káposzta, a sertés- és a vadhus, a csokoládé, a feketekávé, az alkoholok és az adalékanyagokat tartalmazó termékek is. Sajnos lényegében bármely élelmiszer vagy élelmiszer-összetevő kiválthat allergiás tüneteket.

A táplálékallergia tünetei. A táplálékallergia számos tünetet okozhat, ezek több szervet, szervrendszeret érinthetnek, mint például az emésztőrendszer (hasmenés, hányás, hasi fájdalom, székrekedés, a testtömeg-növekedés hiánya, reflux), a bőrt (ekcéma, bőrgyulladás, csalánkiütések, bőr- vagy nyálkahártya-vérzések), a légutakat (orrfolyás, akadályozott orrléggzés, köhögés, hörgőgyulladás, rohamokban jelentkező tüsszögés, rekedtség, fulgyulladás), az idegrendszert (viselkedési zavar, alvászavar, migrén), emellett fáradékonyását, ízületi gyulladást, vashiányos vérszegénységet, az egyes fehérvésejtek elszaporodását és akár anafilaxiás sokkot is okozhatnak.

A táplálékallergia kezelése. A már kialakult allergia esetén a cél az, hogy az allergiát okozó élelmiszert vagy élelmiszer-összetevőt teljes számúzzuk az étrendből, miközben figyelni kell arra is, hogy az étrend fedezze a szükséges mennyiségű és minőségű tápanyagmennyiséget. Ezt eli-

minációs diétának is nevezzük. Az így kialakított speciális étrend követésének időtartama függ a beteg életkorától, a tünetek súlyosságától, illetve az allergén fajtájától is.

A legtöbb, étrendünkben gyakran előforduló élelmiszer helyettesítésére számos alternatíva létezik, ezért némi gyakorlással az allergiás egyének is ugyanolyan vegyes, változatos, jóízű étrendet követhetnek, mint egészséges társaik. Ebben a modern élelmiszer-ipari eljárások is segítségükre vannak, hiszen ma már nemcsak a téhentej, de a búzaliszt vagy akár a tojás is helyettesíthető a termékekben az ízhatás, az élvezeti érték jelentősebb romlása nélkül.

A számos speciális diétás célra szánt élelmiszer, termék esetében azonban a táplálékallergiás, -intoleráns egyének számára az étrend betartása már a vásárláskor, ételrendeléskor megkezdődik. Számukra akár életfontosságú is lehet annak eldöntése, hogy az adott termék belefér-e az étrendjükbe: az élelmiszerek címkéjén ezért minden esetben ellenőrizniük kell, hogy az összetevők között szerepel-e a panaszt kiváltó allergén. Ebben a mára sokkal precízebb, olvashatóbb, látványosabb feliratok, kiemelések is a diétázók segítségére vannak. Emellett a Magyar Táplálékallergia és Táplálékintolerancia Adatbank gluténmentes, tejcukortól, tejfehérjétől, tojástól, szójától, földimogyorótól, azoszínezékekétől, kén-dioxidtól és származékaiktól, valamint benzoésvártól mentes termékeket felsoroló kiadványai is hasznosak a minden nap élet, étrend meghatározásában.

Az allergénmentes étrend esetén ügyelni kell arra is, hogy megfelelő legyen a diétázó ásványianyag- és vitaminfelvételi is. Például tehéntejfehérje-allergia esetében a tejben található kalcium helyettesítésére nagy kalciumpártalmú élelmiszerek (olajos magvak, hüvelyesek, zöld leveles zöldségek, teljes

kiőrlésű gabonafélék, halak) fogyasztására kell törekedni. Az egyéni igényeknek, szükségleteknek megfelelő étrendek összeállításában a diétázók a dietetikus szakemberek-től kaphatnak személyre szabott segítséget.

2.9. ÖSSZEFOGLALÁS

Az emberi élet hossza és minősége az utóbbi száz évben többet változott, mint az előző két évezredben. A nagy ugrást az egészségügy, az orvostudomány fejlődése, az életkörülmények javulása tette lehetővé. Az idő kerekét nem lehet visszaforgatni. Ha megállítani nem is, lassítani viszont lehet ezt a folyamatot – mégpedig megfelelő életvitellel. Életmódunk megváltoztatásának egyik fontos alappillére – a dohányzás és a túlzott alkoholfogyasztás mellőzése, a fizikai aktivitás megtartása mellett – a helyes táplálkozás irányelveinek betartása.

Ne feledjük a bölcs mondást: „*Nem az a fontos, hány évesek vagyunk, hanem, az, hogy mennyinek érezzük magunkat.*” Egészségünkért mi tehetjük a legtöbbet!

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

1. www.preventissimo.hu
2. <http://www.mdosz.hu/mdhirlevel.html>
3. www.eufic.org
4. www.oeti.hu
5. www.europeanhydrationinstitute.org
6. www.tetplatform.hu
7. Kiss-Tóth Bernadett: Táplálékallergia. <http://preventissimo.hu/tudastar/cikk/287>
8. Dr. Endre László: Ételek lehetséges – védő és kiváltó – szerepe az allergiás betegségekben. www.doksi.hu

3. MOZGÁS, TESTTARTÁS, TÁNC. MINDENNAPI GERINCVÉDELEM



SOMHEGYI ANNAMÁRIA

SOMHEGYI ANNAMÁRIA PhD reumatológus, az Országos Gerincgyógyászati Központ prevenciós igazgatója. Tudományos munkája során szembesült a gyerekek és a fiatalok körében tömegesen előforduló tartáshibákkal, ezért 1995-ben elindította és azóta vezeti a Magyar Gerincgyógyászati Társaság prevenciós programját (mindennapi testnevelés, annak részeként minden tanulóval speciális tartásjavító torna rendszeres végzése). Az Egészségügyi Minisztériumban is dolgozva kézben tartotta a teljes körű iskolai egészségfejlesztés tervezését, mely 2012 óta végre előírás az iskolák részére. 2014 novembere óta az egészségügyért felelős államtitkár meghatalmazottjaként segíti ennek minél jobb megvalósítását.

- 3.1. A MOZGÁS SZÜKSÉGESEN**
- 3.2. AZ EGÉSZSÉGHÉZ SZÜKSÉGES TESTMOZGÁS GYERMEKKORBAN**
- 3.3. A JOBB EGÉSZSÉGHÉZ SZÜKSÉGES TESTMOZGÁS FELNÖTTKORBAN**
- 3.4. A RENDSZERES TESTMOZGÁS HATÁSAI A LELKI EGÉSZSÉGRE**
- 3.5. A RENDSZERES TESTMOZGÁS HATÁSAI AZ EGYES SZERVRENDSZEREKRE**
- 3.6. JAVASLATOK A RENDSZERES TESTMOZGÁS GYAKORLATI MEGVALÓSÍTÁSÁRA**
- 3.7. MINDENNAPI GERINCVÉDELEM**

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

3.1. A MOZGÁS SZÜKSÉGESEN

A MOZGÁSSZEGÉNY ÉLETMÓD korunk civilizáti zált életmódját jellemző kockázati tényező, mely a nem fertőző krónikus betegségek és a korai halálzás egyik vezető rizikófaktora. Ezért az Egészségügyi Világszervezet (WHO) évek óta számos dokumentumban hívja fel az országok és a szakemberek figyelmét a mozgásszegény-

ség csökkentésének szükségességére, és a különböző szintű hazai népegészségügyi programok, ill. a nem fertőző krónikus betegségek szakmai programjai is mind tartalmazzák és hangsúlyozzák a fizikai inaktivitás csökkentésének szükségességét.

A napi testmozgás WHO által javasolt időtartama iskoláskorban legalább napi 60 perc, felnőttkorban legalább napi 30 perc.

3.2. AZ EGÉSZSÉGHEZ SZÜKSÉGES TESTMOZGÁS GYERMEKKORBAN

Gyermekkorban az egyes szervek, szervrendszerök egészséges fejlődéséhez van szükség a kellő mennyiségű és minőségű mozgásra. Már a csecsemő- és a kisgyermekkorban sem mindegy, hogy a gyermeket engedik-e az életkorának megfelelő mozgásban, vagy gátolják, esetleg idő előtti mozgások kivitelezésére akarják serkenteni. Óvodáskorban a mozgásos játékok, szabadgálások is igen fontosak, de már a testtartásért felelős izmok kellő fejlesztésére is szükség van. (Ismert, hogy az óvodások 2/3-ánál észlelhető tartáshiba.) Iskoláskorban a minden nap testnevelésnek számos egészségfejlesztési kritériumnak kell megfelelnie, de még ezen kívül is szükség van egyéb testmozgási alkalmakra ahhoz, hogy a napi 60 perc mozgás megtörténjen.

3.3. A JOBB EGÉSZSÉGHEZ SZÜKSÉGES TESTMOZGÁS FELNŐTTKORBAN

Felnőttkorban a napi testmozgás már nem a szervek-szervrendszerök kellő kifejlődését szolgálja, hiszen az már a gyermekkorban megtörtént. Viszont segíti a szervek jobb működését, így azok betegségeit lehet megelőzni vele, sőt több betegség esetén a betegség gyógyításához szükséges gyógyszer-mennyiséget is csökkenteni lehet, ha a beteg a kellő testmozgást beépíti minden napjáiba.

Ma már azt is tudjuk, hogy a sok ülés akkor is káros, ha egyébként a napi 30 perc testmozgást teljesítjük. Ezért azt javasoljuk, hogy a sok ülést naponta többször is

szakítsuk meg tudatosan odafigyelve: állunk fel, járkálunk egy kicsit (pl. telefonálás közben). A lépcsőzést tekintsük úgy, mint a munkáltató által fizetett ingyen sportpálya-használatot – ráadásul munkaidőben.

3.4. A RENDSZERES TEST- MOZGÁS HATÁSAI A LELKI EGÉSZSÉGRE

Az örömmel végzett rendszeres testmozgás és sport hatékony eszköze a lelki egészség kialakulásának és fenntaradásának, vagyis az egészséges személyiségfejlesztésnek. Ennek oka egyrészt az, hogy az örömmel végzett testmozgás hatására az agyban olyan kémiai anyagok szabadulnak föl, amelyek szükségesek az önmagunkkal való megelégedettség érzéséhez, a helyes önértékeléshez. Másrészről pedig, ha a sportot társakkal végezzük, akkor olyan alapvetően szükséges együttelési szabályokat sajátítunk el és gyakorlunk be, amelyeket más élethelyzetekben nemigen tudunk megtanulni és gyakorolni. Ilyen az együttműködés, a nemes versengés, a szabálytisztelet, a társak teljesítményének értékelése, a sikér és a kudarc elviselése, a nehézségek kitartó leküzdésének öröme és sikerélménye.

3.5. A RENDSZERES TEST- MOZGÁS HATÁSAI AZ EGYES SZERVRENDSZEREKRE

Szív- és érrendszeri betegségek. Az erek falának rugalmassága, az érfalban található simaizmok megfelelő funkcionális állapota, az ereket béllelő belhártya kellő simasága, valamint a vérmennyiséget mozgató szív

izomzatának kellő ereje és rugalmassága egyaránt szükséges ahhoz, hogy szerveink vérellátása jó legyen. Erek a porcok, a szemlencse, a szaruhártya és a hámszövet kivételével az egész testben mindenhol vannak. Így érthető, hogy az erek és a szív állapota meghatározó az egészség szempontjából.

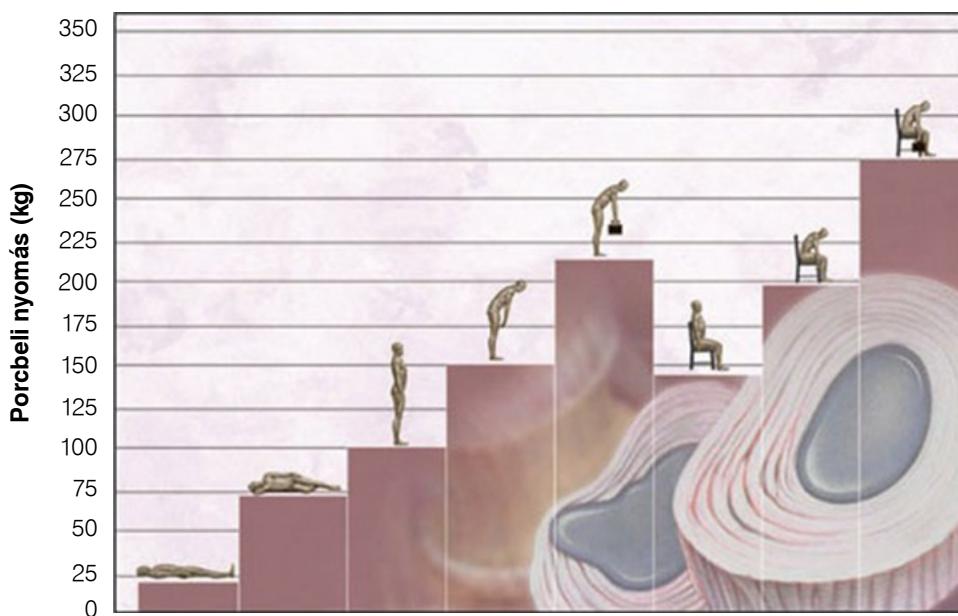
Túlsúly, elhízás. A túlsúly és az elhízás „haszon” nélküli többletterhelést ró a szívre és az érrendszerre, a légzőrendszerre, a mozgásszervekre, a vesére, és a szív- és érrendszerben, ill. a mozgásszervekben idő előtt betegséget okoz. A túlsúlyos ember egyre kevesebbet mozog, így egyre kövérebb és egyre betegebb lesz. Valódi „ördögi kör” ez, melynek kialakulása a rendszeres testmozgással megelőzhető.

Anyagcsere-betegségek: cukorbetegség, magas vérzsírszint. E két gyakori anyag-

csere-betegség jelentős mértékben függ a testmozgástól (és a táplálkozástól) a betegség kialakulása vonatkozásában is, még inkább a betegség gyógyíthatósága, karbantartása szempontjából.

Mozgásszervi betegségek. A mozgásszervek akkor fejlődnek normálisan, ha megfelelő mozgásigerek érik őket: ezek nélkül gyenge kötőszövetű, elégtelen izomzatú, gyenge csontozatú lesz a gyermek, majd a felnőtt, s így ízületeiben és gerincén a porckopás különböző fajtái alakulnak ki, illetve mészhiányos csontbetegsége lesz (3.1. ábra).

Agyműködés. A rendszeres mozgás a vérkeringés javulását eredményezi, ami az agyi vérkeringésre is vonatkozik. A fokozódó agyi vérkeringés az agy által termelt hormonszerű anyagok szintjét növeli, ez pedig serkenti az agyműködést, főleg a memóriát



3.1. ábra A porckorongokban mérhető nyomás különböző testhelyzetek esetén

és a tanulást. Ezért olvasható a szakiroda-lomban, hogy a mozgás az agy tápláléka.

Immunrendszer. Közismert, hogy a jó levegőn végzett mozgás minden kedvezően befolyásolja a szervezet ellenálló képességét. A tudományos vizsgálatok azt mutatják, hogy nemcsak a szabadban végzett, hanem bármilyen rendszeres mozgás a szervezetben „lappangó” gyulladásos folyamatokat is csökkenti. Ez az egyik alapja a szív és az érrendszer betegségei, sőt a daganatos betegségek elleni védelmi hatásnak is.

3.6. JAVASLATOK A RENDSZERES TESTMOZGÁS GYAKORLATI MEGVALÓSÍTÁSÁRA

NÉHÁNY TANÁCS CSECSEMŐK, KISGYERMEKEK SZÜLEINEK A MOZGÁSSAL KAPCSOLATBAN

- A gyermeket minden életkorában, tehát csecsemőkorában is engedni kell szabadon mozogni úgy, ahogyan ő akar – természetesen biztonságos körülmények és keretek között. Tehát engedni kell forogni, hason feküdni, később pedig mászni.**
- Hason fekvés.** A gerinc és a csípőízület fejlődése szempontjából ez nagyon hasznos és jó testhelyzet, tehát ezt nem kell teljesen elvetni (a gyermekorvosok egy ideje azt ajánlják, hogy a hirtelen csecsemőhalál elkerülésére a kisbabát csak háton fektessék).
- A fej megtámasztása.** Ha a kisbabát felvesszük, mindig támasszuk meg a nyakát és fejét egészen addig, míg ő magának meg nem tudja tartani (ezt

a hason fekvő babán fogjuk meglátni). Rendkívül veszélyes, ha nyeklik-csuklik a nyaka és a feje!

- Babakocsi.** Olyan módon szállítsuk, vigyük a kisbabát, hogy a fej megtámasztásán kívül a háta is meg legyen támasztva, mégpedig úgy, hogy ne tudjon „górbén” elhelyezkedni. Sokszor látni olyan kialakítású kocsikat és hordozó eszközöket, melyek nem biztosítják a hát megtámasztását, szegény babák ott görnyednek benne.
- Szállítás.** A babának legjobb, ha nem hordjuk-visszük folyton mindenhol, ahová mi megyünk (tengerpart, erdei kirándulás, repülőút, vonatút, autózás). E helyett a megszokott, nyugodt otthoni környezetet alakítsuk ki számára, és tegyük meg a kedvéért, hogy a felnőtt életmódnkat megváltoztatjuk, hozzá igazítjuk. Nagyon hamar eltelik az az első 2 év, ami után aztán fokozatosan egyre több külső programra elvihetjük a kisgyermeket, de ebben is az érdeklődéséhez, egészségét szolgáló igényéhez alkalmazzunk.
- Pelenkázás.** Ma teljesen kiament a divatból a régi pamutpelenkák használata, helyette eldobható pelenkát használ mindenki. Ennek viszont az a következménye, hogy ma már sosem készítjük a csecsemőt a csípők kifelé hajlítására – pedig erre nagy szüksége lenne a csípőízületnek ahhoz, hogy az ízületi csontvégek biztonságosan illeszkedjenek egymáshoz, mert ez védene a csípőfícamhoz hasonló állapot kiakulása ellen. Okos lenne, ha megpróbálnánk a visszatérést a mosátválasztást igénylő, de a csípőfejelődést segítő pamutpelenkához.
- Mászás.** Olyan testhelyzetet és izom-működést igényel, ami a csípő és a gerinc egészséges fejlődéséhez egyaránt nagyon szükséges. Tehát a mászó kor-

- ba lépő kisbabát engedi kell mászni, persze arra nagyon figyelve, hogy eközben ne érhesse baleset!
- 8.** *Felülés, felállás.* Ebben is engedni kell a kisbabát a saját ritmusában fejlődni, tehát nem szabad nekünk ültetnünk és felállítanunk addig, míg ő magától nem csinálja. (Mikor az ölösökben tartva a baba hátát, fejét megtámasztjuk, úgy néz ki, mintha ülne, de ez nem ülés.)
- 9.** „*Holdkomp*”. A még járni nem tudó babáknak szokták „feladni”, mint egy nadragot, ami aztán a kerekein gurul, így a gyermek meg tudja a helyét változtatni már akkor, amikor még az izmai nem képesek a járásra. Éppen ezért azonban nem képesek a holdkompozási testhelyzetre sem, tehát ezt ne használjuk!
- 10.** *Tévezés, képernyőzés, mikrohullámú sütőhöz közelítés.* Ezeket mind kerüljük, a kisbabát ne tegyük ki ezeknek az ártalmaknak.
- 11.** *Mese nézése.* Ne engedjük a babának és a kisgyermeknek sem, hogy képernyőn nézze a mesét! Mondjuk, olvasunk fel neki, a könyvben mutassunk képeket. Ez az agy fejlődését rendkívüli módon segíti – míg ha képernyőn nézi ugyanazt a mesét, az éppen az ellenkező hatást váltja ki. Tehát ne használjuk a kisgyermek mozgásának korlátozására a „villanypásztort”, a tévéit! Játsszunk inkább a kisgyermekkel, vagyis egyszerűen legyünk jelen ott, ahol ő játszik, és válaszolgassunk az Ő megnyllávlásairól.
- 12.** *Ringatás.* Ugyan a baba számára csak passzív mozgás, de a zenére történő ringás nagyon jó testi-leiki hatással van a babára. Ha tudunk, énekeljünk neki mi magunk, minél többet, annál jobb!

- 13.** *Utazás a tömegközlekedésben.* Ha bőlcsovébe hordjuk a kisbabát, kisgyermeket, és a buszon, villamoson átadják az ülőhelyet, akkor üljünk le, vegyük ölte a gyermeket! Így egyszerű a gerincét is meg tudjuk tartani, nem csuklik-nyeklik szegény gyermek minden félezéskor és induláskor, másrészről az anya- vagy apaöl melegét, szeretetét tudjuk átadni, sőt, még arról is beszélgethetünk vele, hogy mit lát éppen. Gyönyörű, de rövid ideig tartó időszaka ez a gyermek-szülő kapcsolatnak, használjuk ki!

Óvodáskor. Az óvodákban a gyermeknek minden nap van testnevelési foglalkozásuk és minden nap mennek levegőre is, ahol legtöbbször játszanak, ami egyet jelent számukra a futkározással, mászással – és ez nagyon jó. Fontos lenne, hogy a minden nap testnevelés részeként már az óvodában is végezzék a gyermekekkel a hatékony *tartásjavítás* gyakorlatait, mert az óvodás gyermek 60%-a már tartáshibás. Ugyanakkor kerülni kell az óvodákban a képernyős foglalkozásokat: a mesét olvassuk vagy mondjuk el nekik, ez az agyfejlődésüket remekül szolgálja, és nem okoz olyan merev mozdlatlanságot, mint a képernyőzés. Az óvodás gyermek ne számítógépezzen, jáékai mozgást és fantáziát igénylőek legyenek.

Iskoláskor. Az iskolákban a minden nap testnevelés fokozatos bevezetése 2012. szeptemberben megkezdődött, a 2015/16-os tanévben már mindegyik évfolyamban megvalósul. Ahhoz azonban, hogy a várt egészséghatásokat valóban hozza, az alábbi egészségfejlesztési kritériumoknak kell megfelelnie:

1. A minden napos tanórai testnevelésben minden tanulónak részt is kell vennie, vagyis az indokolatlan mulasztásokat, fermentéseket vissza kell szorítani. Ez a szülők feladata is: ne fermentést adjanak a csemetéjüknek, hanem otthonról is segítsék a részvételét a testnevelésben. A nehézségek leküzdése az életben is feladat, nem baj, ha a testnevelésben megismeri a jól végzett munka örömet.
2. minden testnevelésórán meg kell történnie a kellő szív- és érendszeri, valamint légzőszervi terhelésnek (kipirulás, izzadás, lihegés a jele). Ezért a testnevelési órán olyan módon kell a tanulók mozgását szervezni, hogy az egymásra váratkozással, vagyis mozgás nélkül eltöltött idő a lehető legkevesebbre csökkenjen.
3. minden testnevelésórán minden tanulóval gimnasztikát is végeznie kell, melynek része a biomechanikailag helyes testtartás kialakítását és fenntartását szolgáló speciális tartásvájtó mozgásanyag, valamint a láb izmainak erősítése és a helyes légzésteknika kialakítása is. (A speciális tartásvájtó mozgásanyag nem változik az életkorral, és egyik életkorban sem pótolható másossal, legfeljebb kiegészíthető egyéb játékos vagy változatos gyakorlatokkal.) A testnevelés egészében figyelembe kell venni a gerinc- és ízületvédelem szabályait.
4. minden mozgás során kiemelten kell figyelni a gerinc és az ízületek életkori terhelhetőségére is.
5. A testnevelésórakon relaxációt is végezni kell minden tanulóval (ennek módszere az 1–4. évfolyamon különbözik a többi évfolyamon alkalmazandótól).
6. Mind a speciális tartásvájtás, mind a relaxáció az izomtudat, testtudat kialakítását igényli, ami egyúttal a testnevelés általános testi-lelki egészséghatásait is felerősíti. Ezért a testnevelőknek az izomérzések tudatosítására, s ezeknek szóbeli kifejeztetésére is nagy hangsúlyt kell helyezniük.
7. A testnevelőknek át kell adniuk azt a tudást is, hogy a mozgás miként áll folyamatos kapcsolatban az egészséges lelki működéssel és a tanulási képességek fejlődésével.
8. A minden napos tanórai testnevelés részét képezheti a tánctanítás is, amennyiben ehhez a szükséges személyi feltételek megteremthetők. Számos, lelki egészséget elősegítő és kapcsolati mintát nyújtó kitűnő hatása miatt az 1–4. osztályban a néptánc, 5–12. évfolyamon a népi-, ill. társastánc részesítendő előnyben az egyéb táncfajtákkal szemben.
9. A minden napos tanórai testnevelés részeként, az élményszerzés központba helyezésével, a mozgás megszerettetésével olyan sportok tanítása is szükséges, melyeket a tanulók akár egész életükben is könnyen folytathatnak (ún. életmódsportok). Az iskolák a helyi adottságok és lehetőségek figyelembe vételével választhatják ki ezen sportfajtákat.
10. minden testnevelésórának a fegyelmezett munka, valamint a játék örömet és sikeresélményét kell nyújtania minden, még az átlagostól eltérő testi adottságú tanulónak is. Ehhez olyan pedagógiai-psichológiai módszerekkel kell alkalmazni, melyek az osztály minden tanulója számára a neki megfelelő mozgásfeladatokat adják; valamint olyan munka- és játékhelyzeteket kell teremteni, melyek minden tanuló részére az elvégzett munka, ill. játék sikeresélményét és örömet nyújtják.
11. A testnevelésórán a testnevelőnek egyedülálló lehetősége van arra, hogy a tanulókkal saját élményeik útján megértesse a testnevelésórán történtek hatását

- a szervezetükre, testük és lelkük egészséges fejlődésére, ezért a testnevelésről az egészségtan (egészségfejlesztési ismeretek) hatékony, azaz bensővé válást eredményező oktatását is elő kell segítenie. Ennek részeként kiemelten fontos a személyi higiéne, a testmozgás utáni zuhanyozás vagy egyéb tisztálkodás és a folyadékpoltás gyakorlati alkalmazása.
- 12.** A testnevelés értékelésének olyan módon kell történnie, hogy az a tanulókat a részvételre serkentse, vagyis minden tanulót elsősorban a saját adottságai és az addig elérő saját eredményei alapján kell értékelni.
- 13.** A minden napos tanórári testnevelés szakmai minőségének biztosítását legjobban az segíti elő, ha a testnevelésről testnevelő szaktanár vagy erre kiképzett tanító tartja.
- 14.** Fontos, hogy a tanulók megismerjék a magyar sport történetét, a kiváló sportemberek életútja motiválhatja a tanulókat az iskolán kívüli sportág választásában.
- 15.** A köznevelést fenntartó állam feladatai közé tartozik a minden napos tanórári testnevelés esetlegesen hiányzó tárgyi feltételeinek biztosítása. Mivel a tárgyi feltételek javítása csak fokozatosan fog megtörténni, így előfordulhat, hogy az iskolák tornaterem-ellátottsága nem elegendő. Ilyenkor az iskola tantestülete és testnevelő pedagógusai saját kreativitásukat segítségül hívva, közösen alakítsák ki az iskola helyzetében elfogadható megoldásokat a minden napos tanórári testnevelés kivitelezésére. A tökéletes helyszín hiányánál nagyobb baj a minden napos testnevelési óra hiánya.

Felnőttkor. A felnőttkori rendszeres testmozgás lehet valamilyen kedvelt sport, de lehet egyszerűen *gyaloglás* is. Hasznos az úszás, és kiváló testi-lelki hatásai miatt

külön kiemelendő a *tánc*: bármelyik életkorban lehet táncolni, és az egyúttal társas esemény is, tehát a magány ellen is gyógysszer. A tánc kiválóan terheli a keringési és a légzőrendszer: kipirulunk, megizzadunk. A szökkenések miatt a csontok mésztartalmának fokozásához szükséges alapvető ingert adja meg, és egyúttal a gát izmainak erősödését is segíti. (Az idősebbeknek esetleg külön gyáttornát is kell végezniük, ha táncolni kezdenek, hogy az esetlegesen már elgyengült gyáttáji izmaikat jó formába hozzák, s így gond nélkül táncolhassanak.) A *néptánc* külön előnye, hogy a hagyományokhoz kötődést is segíti – e nélkül nincs is lelki egészség.

3.7. MINDENNAPI GERINCVÉDELEM

Az alábbi gerinckímélő apróságok főleg azoknak fontosak, akiknek viszonylag gyakran fájdul meg a derekuk – ők valószínűleg több ötletre már maguktól is rájöttek. Ha mégsem, itt segítséget kaphatnak. Természetesen azoknak sem árt az alábbi gerincvédő módszerek ismerete, akik a megelőzésre gondolnak.

GERINCVÉDŐ MÓDSZEREK

1. A heveny derékfájdalom javulási időszakában megkezdett gyógytornát meg kell tanulni, és otthon végezni kell naponta (de ha heti kétszer-háromszor megcsináljuk, az is jobb, mint ha sosem). Akinek még sosem fájt a dereka, háta, nyaka, annak nem kell még gyógytornát tanulnia, viszont minden többet mozognia nagyon is kell!
2. Az úszás a gerincnek nagyon jó, főleg a hátúszás, valamint a szabályosan végzett mellúszás (fej a vízben), ezért ha lehet, hetente 2-szer úzzunk 30 percet.

- 3. Törekedjünk a mozgásszegénység csökkentésére!** A rendszeres gyógytorna és úszás mellett gyalogolunk, a lépcsőn is gyalog járunk, és ha van rá módunk, akkor sportolunk valami egyebet (pl. biciklizés egyenes derékkal, szimmetrikus evezés, tánc stb.). (Gyerekeink esetében ezt szolgálja a minden nap testnevelésőra felmenő rendszerű bevezetése 2015 ősztől, ami azt jelenti, hogy ez 2016-tól már minden iskolai évfolyamon kötelező lesz – s ez óriási eredmény!).
- 4. Csökkentsük az ülés idejét!** Munkahelyünkön legalább telefonáláskor állunk fel; ülésünk től távol helyezzük dolgokat, hogy fel kelljen állni értük; az ülőmunkát naponta többször szakítsuk meg és rövid frissítő tornát végezzünk állva (ilyet honlapunkon [www.gerinces.hu] is talál!).

- 5. Jó széken üljünk, és helyesen!** A széken úgy ülünk, hogy a medencénket „felegyenésítjük”, a gerinc legsós része a medencével, vagyis a fenekünk hátrafelé néző részével együtt függőleges, vagy akár egy kicsit ezen túlmenve előrefelé indul, aztán az ágyéki gerincszakasz (a derekunk) már kifejezetten előrefelé áll (ez az ágyéki gerinc élettani horomulata), a hát szinte egyenes (az élettani domborulata megmarad), a fej a nyak folytatásában, tehát nem előrébb áll. A szék ülőfelületén teljesen csússzunk hátra a fenekünkkel, és támasszuk meg a medencénk tetejét, vagyis a derekunkat a széktámla alsó részén. Ehhez arra van szükség, hogy a szék ülőfelülete ne legyen mélyebb (hosszabb), mint a combunk, sőt inkább rövidebb legyen, hogy a szék ülőfelületének eleje ne nyomja a térdhajlatunkat (így

nem nehezíti el a térdhajlatban futó erek keringését). A szék magasságának pedig olyannak kell lennie, mint a lábszárunk hossza, hogy így a talunk kényelmesen a földön pihenjen (3.2., 3.3. ábra).

A gyógyászati segédesszköz boltban beszerezhetjük a helyes ülést segítő különböző gyógypárnákat:



3.2. ábra Jó szék: a helyes üléskor teljesen hátra kell csúsnunk a fenékkel, így tudja a derekunkat megtámasztani a helyesen kialakított támla



3.3. ábra Helytelen ülés: még a jó széken is lehet helytelenül ülni! (forrás: www.areyouergo.com)

- a szék ülőfelületére helyezendő ékpárna, ami által az ülőcsontunk megemelkedik, ezáltal a medence és az ágyéki gerinc ülés közben könnyebben kerül a jó helyzetbe, vagyis nem görbülni hátra, hanem egyenes;
- a derék mögé a széktámlára helyezendő deréktámaszpárna, ami eléri, hogy az ágyéki gerinc élettani görbülete (homorulata) fennmaradjon ülés közben is;
- a szék ülőfelületére helyezhető, levegőtartalmú gumipárna, mely az ülőfelület állandó, de kicsi mozgását biztosítja, emiatt aktív izommunkára van szükség az üléshez, s ez jó a deréknak.

Nem mindenkinek esnek jól ezek a különböző párnák, sőt, olyan is van, hogy valakinek hol jólesik a használatuk, hol nem. Az ember saját tapasztala te-hát fontos iránytű. (Sajnos ehhez meg kell venni a párnát, másiképpen nem derül ki, hogy jólesik-e a használata.)

6. A derekat óvni kell a hidegtől és a huzattól!

7. Fekvés. Fekhelyünket úgy alakítsuk, hogy közepest kemény és gödörmentes legyen, az ágy pedig lehetőleg ne legyen nagyon alacsonyan. Besúppedő, puha és gödrös fekhelyet nem jó használni.

- A helyes fekvéskor az ágy közepest kemény, nem süppedős és nem gödrös, így a gerinc megközelítőleg vízsintesen, egyenesen tud elhelyezkedni háton és oldalt fekvő helyzetben is. A nagyon kemény fekhely akut derékfájás esetén hasznos lehet néhány napig. (Hogy erre ne kelljen külön ágyat tartanunk, ilyenkor betehetünk az ágyba egy kemény felületet, vagy leköltözhetünk a földre. A ke-

mény felületre azért kell tenni 1-2 pokrócot, hogy a medencecsontunk kibírja a keménységet.)

- Helyes fekvéskor a párna a nyakunk alatt csak annyira emeli a fejet, hogy a nyak megközelítően vízsintesen maradjon.
- Helytelen fekvéskor az ágy puha és/vagy gödrös, így a gerinc nem tud egyenesen (megközelítőleg vízsintesen) elhelyezkedni, sőt, minden testhelyzet-változtatáskor nagyobb erőt kell kifejtünk, hiszen előbb fel kell emelkednünk a „mélyedésből”, aztán tudunk fordulni. Ilyenkor a kisízletek könnyen megrándulhatnak, előidézve, vagy fokozva a derékfájdalmat.

- Helytelen fekvés az is, ha a párna túl magas, így a nyakunk, esetleg a derekunk is hajlított helyzetben van, ahelyett, hogy egyenesen, megközelítőleg vízsintesen lenne, s így a gerinc fekvés által várt tehermentesítése, azaz pihenése csorbát szenevez.

8. Fekvésből felkelés.

- Helyesen úgy kell az ágyból felkelni, hogy oldalunkra fordulunk, azután az alul fekvő alkarrunkra és könyökünkre támaszkodva feltöljük a törzsünket, miközben a lábunkat az ágy oldalán már lelőgatjuk.
- A gerinct nagyon terheli a helytelen felkelés: ilyenkor háton fekvésből emeljük fel a törzsünket. Ekkor a deréktájon káros nyíróerők ébrednek.

9. A gerinct terhelő, rossz mozdulatokat jó mozdulatokkal kell helyettesíteni!

- Hajolás helyett guggoljunk vagy térdeljünk (a térd kíméletére párnát tehetünk alá), ilyen helyzetben

végezzük a kézi mosást, a gyomlást, a kisseprűvel végzett seprést, a cipőpucolást stb.

- Ha mégis le kell hajolnunk, egyenes derékkal tegyük, felálláskor pedig akarattal jól figyeljünk oda, hogy a farizmaink erejét kihasználva (farizomból), egyenes derékkal állunk fel.
- Ha emelnünk kell, legalább egyenes derékkal tegyük, itt is ügyelve a farizmok erőteljes működtetésére.
- Porszívózáskor, partvissal sepréskor, felmosáskor ügyeljünk arra, hogy egyenes maradjon a derék, ne hajolunk félíg előre.
- Mosogatáshoz, zöldségtisztításhoz, egyéb álla végzett konyhai munkáinkhoz próbáljuk megoldani, hogy a mosogató és a konyhapult, főzőfelület kerüljön magasabbra (pl. egy 5–10 cm-es emelvényre) úgy, hogy ne kelljen kissé előrehajolva csinálnunk mindenzt. Ha jobbközések vagyunk, a bal lábunkat térdben kissé hajlítsuk be és sarkunkat emeljük fel, így segítjük a medence stabil állását, a kis csavarodás megelőzését. Mindig fordulunk teljesen szembe azzal, amit csinálunk!
- Az állómunkát úgy végezzük, hogy összehúzva, behúzva tartjuk a farizmunkat és a hasunkat egyszerre.
- Fogmosáshoz, mosakodáshoz előrehajlás helyett a térdünket hajlítsuk be annyira, amennyire a mosdó magassága igényli.
- Ha „deréknyúzó” munkát kell végeznünk, erre az időre tegyük fel a derekunkra a rögzítő fűzőket (amit az orvos felírhat, gyógyászati ségesedezszköz boltban megvehetünk).

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

1. WHO: A Guide for population-based approaches to increasing levels of physical activity. Implementation of the Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. WHO, 2007. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/PA-promotion-guide-2007.pdf>
2. WHO 2004: Global strategy on diet, physical activity and health. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/goals/en/index.html>
3. WHO 2008: School policy framework. Implementation of the WHO Global strategy on diet, physical activity and health. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/schools/en/index.html>
4. WHO 2010: Global recommendations on physical activity for health. http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/index.html
5. Ádány R (szerk.): Megelőző orvostan és népegészségtan, 2., átdolgozott kiadása. Medicina, Budapest, 2012.
6. Vass Z: Mozgás- és értelmi fejlődés a dinamikus rendszerelmélet tükrében. Human Movement Studies. Comenius '94 Kkt. ISBN 978-963-06-4149-4.
7. Somhegyi A: A minden nap testnevelés egészségeflesztési kritériumai: megvalósításuk jelen helyzetére. Népegészségügy 2014; 92:4-10
8. Somhegyi A, Lazáry Á, Feszthammer A, Darabosné Tim I, Tóthné Steinhäusz V, Boja S, Szilágyi Á, Varga P: A biomechanikailag helyes testtartás kialakítását, automatizálását és fenntartását szolgáló mozgásanyag beépítése a testnevelésbe. Népegészségügy 2014; 92:11-19

4. MINDENNAPI MÉRGEINK



TOMPA ANNA orvos, egyetemi tanár, PhD, az MTA doktora.

Érdeklődési köröm a daganatos betegségek elsődleges megelőzése, ezért tudományos kutatásaim mellett fontosnak tartom az oktatást és az ismeretterjesztést. Számonra a legnagyobb siker az, ha képes vagyok valamit jól átadni a hallgatósnak vagy a közönségnek, aki a műveimet olvassa. Elkötelezetted vagyok a helyes tájékoztatás mellett, és elutasítok minden olyan információt, ami tudományosan nem kivizsgált vagy megalapozott. Véleményem szerint a jó tájékoztatás és az ismeretek helyes átadása a jövő záloga.

TOMPA ANNA

- 4.1. A TOXIKOLÓGIA TÖRTÉNETÉNEK KEZDETEI**
- 4.2. KÖZÉPKOR: ALKÍMIA ÉS BOSZORKÁNYOK**
- 4.3. AZ ÚJKOR TOXIKOLÓGIÁJA**
- 4.4. MI A MÉREG?**
 - 4.4.1 Az LD₅₀**
 - 4.4.1. TOXIKOLÓGIAI ALAPFOGALMAK**
- 4.5. MESTERSÉGESEN ELŐÁLLÍTOTT ANYAGOK**
 - 4.5.1. HÁZTARTÁSI MÉRGEK**
 - 4.5.2. ÉLELMISZEREK ELŐÁLLÍTÁSÁHOZ HASZNÁLT VEGYSZEREK**
 - 4.5.3. TISZTÍTÓ- ÉS TAKARÍTÓSZEREK**
- 4.6. A VÍZBEN TALÁLHATÓ TOXIKUS ANYAGOK**
- 4.7. FOGLALKOZÁSORVOSI TOXIKOLÓGIA**

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

4.1. A TOXIKOLÓGIA TÖRTÉNETÉNEK KEZDETEI

MINDEN, a mérgek előfordulásával, ismertetésével foglalkozó mű a mérgek történetével kezdődik. Éppen ezért egy időutazásra hívom meg az olvasót, hogy velem együtt képzelje magát pl. egy ősember

helyzetébe: már napok óta nem evett semmit, gyermekei sírnak. Elindul vadászni. A vele tartó nők pedig próbálnak magvakat, gyökereket gyűjteni a kiszáradt erdőben. Egyszer csak egy vaddisznófélé állatot pillantanak meg, ami beteg, sovány az éhezéstől. A tőle megszokott módon egy fa tövéhez dörgölődzik, és kitű a földből valami barna gumót. Az őember és családja megpróbálja

elejteni a disznót, s közben tüzetesen megnezi, hogy az mit talált a fa gyökerének közelében. És ekkor találta meg az első olyan föld alatt tenyésző gombát, melynek négy faja hazánkban is fellelhető – a szarvasgombát. A beteg malacnak ugyanis élelmet – és egyben gyógyírt is – jelentett a fehérjében, aminosavakban és vitaminokban gazdag gomba, és ezzel megtanította az ősember arra, miként keressen tovább. Hasonló módon fedezte fel az ősember a gyógyító növényeket, és sokszor saját kárán tanulta meg, hogy melyik növény termése ehető, és melyik nem az. Ez a tudás többnyire a sámánok és törzsfőnökök birtokában volt, amit aztán továbbadtak az utódaiknak.

Az első írásos adatokat a 3-4 ezer éve élt sumérok és egyiptomiak adataiból ismerjük. Maga a méreg kifejezés DIOSZKORIDÉSZ (4.1. ábra) szerint a toxon (nyíl) szóból ered, mivel a hadászatban elterjedt volt a mérgezett nyílak használata. A görög istenek és félelmenek vitáiban, rivalizálásában is szerephez jutnak a mérgek, pl. Medea eseté-

ben, aki fogadott fiát próbálta borral megmérgezni, mert azt hitte, hogy férje trónjára tör. Szerencsére az apa (Aegeus) tisztázta a félreértést, és az utolsó pillanatban elvonta a kupát a szájától. Az egyiptomi hireoglifák is arról árulkodnak, hogy az egyiptomi orvoslás és kultúra igen tájékozott volt a mérgek területén.

Az Ebers-papiruszok (kb. i. e. 80) leírásaiban számos ma is használatos gyógy-szer alapanyaga szerepel, mint pl. az ópium, a kaktuszok kivonatai, az aloék vagy a digitálisz alapanyagának forrása, a sisakvirág is szerepel a leírásokban. Számos fűszerről (pl. kömény, sáfrány), illetve jó néhány ásványról, fémről is említést tesznek a papiruszok.

A mérgek használata a politikában sem volt ismeretlen. KLEOPÁTRA a görög származású szépséges egyiptomi fáraónő igen tájékozott volt a mérgek területén. Óriási alexandriai könyvtárában fellelhetők voltak az ismert világ tudósainak művei. Testvérházasságban élő öccsével, majd, amikor az hatalmi pozícióját fenyegette, megmérgezte. Mint a mondás tartja, mindenki a saját fegyvere által pusztult el: ez történt KLEOPÁTRA esetében is, hiszen meggyengült hatalmi pozíciója a rómaiak ellen folytatott sikertelen csata után, kígyóval maratta meg magát, így követett el öngyilkosságot, hogy elkerülje a meghurcoltatást és a megaláztatást.

Már HIPPOKRATÉSZ (i. e. 460–375), a legelső igazi tudományosan megalapozott háttérű orvos, akit az „orvostudományok atyjának” is neveznek foglalkozott a mérgezésekkel, azok tüneteivel és gyógyításával. SZÓKRATÉSZ – aki HIPPOKRATÉSZ kortársa volt – filozófus és híres bölcselő, miután a népgyűlésnek elege lett a bölcsleteiből, öngyilkosságot vagy száműzetést ajánlottak fel neki, tanítványai hiába kérlelték, hogy vonuljon vissza valamelyik szigetre, ő a bürök kivonatával öngyilkosságot köve-



4.1. ábra Dioszkoridész (40–90)

tett el. Szókratész tanítványa PLATON volt, aki mestere volt Arisztotelésznek, majd a szintén filozófus, de egyben a botanikához is értő TEOFRASTUSZ követte Arisztotelészt az athéni filozófiai iskola élén. TEOFRASTUSZ munkáiból részletesen ismerteti a korra jellemző mérgező növényeket.

Az ókorban a rómaiak átvették a görög kultúrát, így az isteneiket, a tudományukat, a gyógyítást és a növényi mérgek ismeretét is. PLINIUS (23–79) számos művet ír a természetben előforduló növényekről és állatokról, de ezek közül „csak” a *Historica Naturalis* 37 kötete maradt ránk, amiben részleteket tudhatunk meg a gyógynövények felhasználásáról, valamint az állati eredetű mérgek természetéről. Ebben az enciklopédikus műben az ásványok és a fémek hatásiról is lehet olvasni, például olyan érdekkességeket, hogy a higany-szulfittal dolgozók védték az arcukat a por belélegzése ellen, amiből következtetni lehet arra, hogy tapasztalati tények alapján az ásvány szervezetre gyakorolt negatív hatásait már ismerték. PLINIUS által a Vezúv pusztító kitörését Pompeiben, és elsőként írta le, hogy a levegő mérgező lehet. Menekülés közben ő maga is a mérgező gázok áldozata lett. Írásait unokafivére mentette meg, akinek sikerült elmenekülnie az égő pokolból.

A kínai kultúrában is nagy szerepe volt a mérgeknek. A kínaiak már i. e. 2400-ban leírták az ún. „chou” rituálét, melynek során a táncosok mérgek füstjében, tollakkal felszerelkezve táncoltak. A mérgek között szerepelt a higany, az arzén és a réz-szulfát (vitriol). A tollak arra szolgáltak, hogy segítsék a táncosokat a füst belégzésében.

Az indián kultúrában vagy a perzsáknál épügy szerepelnek a mérgek: virtusból fogyasztották vagy a politika eszközeként alkalmazták őket, mint az űsi Indiában, ahol a gyógyászatban, különösen a szúrt sérülések

kezelésében igen előrehaladott technikákat alkalmaztak. Egy alkalommal NAGY SÁNDOR sebét is indiai arjuvédikus orvosok gyógyították meg, pedig a dárda, amivel megsúrták, mérgezett volt. Az indiaiak jól ismerték a mérgek hatásmechanizmusát, az okozott tüneteket, sőt esetenként antidotumokat is adtak a betegeiknek. Az ehhez hasonló ismeretekkel rendelkezett DIOSZKORIDÉSZ a szerzője a *De Materia Medicinának*, amely több száz gyógynövényt ír le, és a növényi mérgeket eredetük szerint rendszerezzi, ami az orvostanhallgatók számára évszázadokon a toxikológiai tantárgy alapját képezte. Természetesen toxikológiai tudását ő is felhasználta jóvedelmének növelésére, s ennek érdekében a betegségeket ízletes gyógyborokkal kezelte, ami igen népszerűvé vált a betegek körében. Mint ismeretes, az alkohol igen jó oldószer, ezért a növényi alkaloidák hatása a gyógyborokban megsokszorozódott, így igen hatásos elixíreket lehetett előállítani több tücat hatóanyagból. A mérgezések gyógyítására hánnyatást alkalmazott, ezek az ún. emeticus készítmények a gyomorrontások és az étel-mérgezések kezelésére is alkalmásak voltak.

Az antidotumok az uralkodókat is érdedekelték, hiszen állandó félelemben éltek, hogy a személyzet vagy az ellenség beépített emberei meggyilkolják őket. Ezért minden ételt és italt előkóstoltattak, vagy a kutyának adták. Ha a mérgezés ezzel kizárátható volt, csak akkor fogyasztottak a felkínált ételből vagy italból. Viszont a családtagokat ilyen szolgálat nem illette meg, ezért orvosaiktól elvárták, hogy felkészültek legyenek az esetleges mérgezási esetek gyógyítására elnenmérgeg adásával is.

A Római Birodalom hanyatlása során a „rossz császárok” (CALIGULA, NÉRÓ, SULLA) korában olyan gyakorivá váltak a politikai okokból történő mérgezések, hogy SULLA kénytelen volt törvénnyt hozni a mér-

gezések megakadályozására. Ez a törvény a *Lex Cornelia* volt a világon az első törvény, ami büntetendőnek ítélte a mérgezést. Ebben a korban ugyanis az uralkodók is gyakran mérgezés áldozatai lettek, mint VITELLIUS, DOMITIANUS, HADRIANUS, COMMODUS és CARACALLA.

4.2. KÖZÉPKOR: ALKÍMIA ÉS BOSZORKÁNYOK

Az első alkimisták tevékenysége arra irányult, hogy értékteremtő ásványokból, fémekből aranyat állítsanak elő. Miután ez nem sikerült, kiterjesztették tevékenységüket az életelixírek felkutatására. Főleg az örökkifűság és a férfierő titkát keresték, majd magát az életet akarták megfejteni. Így manipulálták a természetes anyagokat, pl. az arzén színtelen, szagtalan porrá alakították át, így adagolhatóvá vált a nélküli, hogy bárki ízről vagy szagról észrevehetne volna. Arra is rájöttek, hogy a kis adagok folya-

matos adagolása csak hónapok múlva okoz halált, így a tettek kiléte is rejte maradhat. Sőt az arzén krónikus betegségehez hasonló tüneteket okoz, enyhe hasmenés, majd székrekedés, fogyás, időszakos láz, hányás, köhögés, gyomorbajra utaló fájdalmak stb. Így az arzén kevés látványos tünetet kiváltó, „ideális” mérgezőszerré vált. A pápaválasztás kapcsán – főleg a BORGIA uralma során – számos politikai gyilkosság történt arzénmérgezéssel (4.2. ábra).

LEONARDO DA VINCI is kapott olyan feladatait, hogy állítson elő mérgezett gyümölcsöket arzénies locsolással. Szerencsére ez a módszer nem vált be, mert a növény és vízháztartása jelentősen felhígította és eliminálta a mérget, így a gyümölcsben nem maradt jelentős mennyiség, ami a mérgezéshez elegendő lett volna. Viszont LEONARDO részletes feljegyzésekkel készített a „mérgezett” almafákról, és megállapította, hogy a kártevők nem támadják meg, így igen szép, egészséges termést hozott a fa. Így fedezte föl az első növényvédő szert, az arzént.



4.2. ábra Borgiák (balra: Lucrezia Borgia, jobbra: Cesare Borgia)

A mérgezett alma ettől függetlenül létezett, mint eszköz, de abba közvetlenül juttatták be a mérgét. Erre utal a *Hófehérke és a hét törpe* című mese is, ahol a gonosz mostoha harmadik gyilkossági kísérlete során mérgezett almát kínál Hófehérkénék.

A középkorban a különböző toxikológiai megfigyelések és elméletek minőségükben egyre inkább javultak, a megfigyelések egyre ténysszerűbbé, a kutatások objektívebbé váltak. Az első példákat ekkor találjuk arra a szemléletmódra, amit ma *ipari és foglalkozási toxikológiának* nevezünk.

ULRICH ELLBORG, (1459–1499) német orvos 1473-ban adta ki azt a művét, amelyben figyelmeztette az ötvösöket, aranyműveseket az ólom, a higany és az antimon gőzeinek egészségre gyakorolt káros hatásaira. A tudományos megközelítés ennek ellenére csak sporadicusan hatolt át a közvélelménybe, és ha ma megkérdeznénk egy ötvöst vagy egy autófényezőt, hogy milyen védőberendezést, személyi védelmet, légszésvédelmet alkalmaz munkája kapcsán, valószínűleg csodálkozva nézne ránk. Különösen jellemző ez ott, ahol kis üzemeik működnek kevés alkalmazottal. A nagyvállalatoknál a munkahigiénés szabályokat többnyire betartják.

A babonás félelmet az emberekben évszázadokon keresztül a köznép sorai-ból kikerült tanulatlan javasasszonyok, füvesemberek és a boszorkányok tartották fenn, akik különböző praktikákat alkalmaztak, ha valakinek hűtlen volt a házastársa, nem fejlődött kellőképpen a gyermeké, ha akart, ill. nem akart gyermeket szülni. Ismerték a fájdalomcsillapítás fortélyait, ugyanis ügyesen alkalmazták a kábítószereket, a mágikus gombákat, amelyekkel hallucinációkat, illetve memóriazavarokat okoztak. A különböző kóros pszichés állapotok kezelésére ördögűzést is alkalmaztak,

ami sokszor fizikai bántalmazást is jelentett. Az inkvizíció során a világban kb. 6 millió boszorkányt égették el, többnyire koholt vádak alapján. A magyarországi boszorkány-perek egészen a 18. század közepéig folytatódtek annak ellenére, hogy KÖNYVES KÁLMÁN már a 12. század elején kijelentette, hogy „boszorkányok pedig nincsenek”. Végül MÁRIA TERÉZIA 1768-ban betiltotta a boszorkányok üldözését. A legutolsó boszorkányégetések a 18. század végén történtek. Bár elszórt boszorkányüldözés esetekről ma is lehet hallani.

4.3. Az újkor toxikológiája

PHILIPPUS AUREOLUS PARACELSIUS (Theophrastus Bombastus von Hohenheim, 1493–1541) svájci orvos elsőként mondta ki azt a ma már elfogadott és jól ismert alapelvet, hogy a dózis teszi a mérgét méreggé (4.3. ábra). Tehát minél többet adunk egy anyagból az illetőnek, annál erőteljesebb lesz a hatás. PARA-

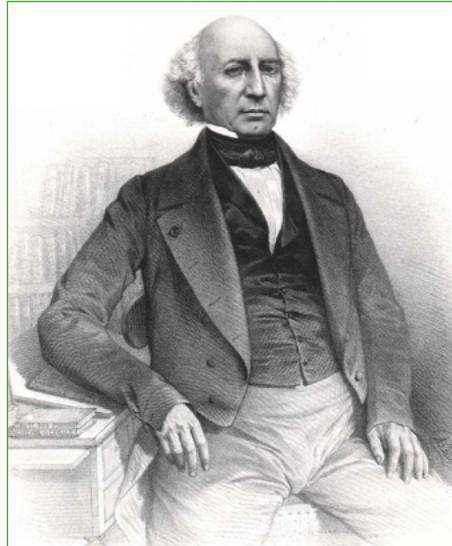


4.3. ábra Paracelsus (1493–1541)

CELSUS korán konfliktusba keveredett maradi és merev gondolkodású kortársaival, akik ezért, meggyűlölték. Nem ritka jelenség ez az orvostársadalomban. PARACELSUS kortársa, GEORG BAUER (Georgius Agricola 1494–1535) volt, aki a *De Re Metallica* című munkájában leírta a bányászok és felszíni bányákban dolgozók körében előforduló gyakori megbetegedéseket, amelyek mai szemmel leginkább tuberkulózisnak, tüdőkarcinómának, illetve szilikózisnak feleltek meg.

Az ipari toxikológia másik fontos képviselője az itáliai BERNARDINO RAMAZZINI (1633–1714), a foglalkozási orvostan atya. Érdeklődésének középpontjában egy szegeény munkás állt, akinek nem irigylésre méltó feladata az emésztőgödrök tisztítása volt, minden nap, órákat töltve ezekben az egészségre ártalmas, bűzös gödrökben. Megfigyelte, hogy akik ezt a munkát végzik, fényérzékenységtől szenvednek, és végül megvakulnak. Ez a (kis mennyiséggű) krónikus kénhidrogén-expozíció következménye, amely nyálkahártya-irritáló tulajdonságokkal rendelkezik. Élete során RAMAZZINI a bányászok, kőművesek, fémpipari dolgozók, fazekasok és sok más iparág dolgozóinak megbetegedéseit vizsgálta. Húsz művet írt, amelyek közül a legkiemelkedőbb a *De Morbis Artificum Diatriba* volt, ami 1700-ban jelent meg, és terápiás eljárásokat is megfogalmazott.

A modern toxikológia megalapítója MATTIEU J. B. ORFILA (1787–1853) spanyol származású orvos, aki főleg Párizsban tevékenykedett. (4.4. ábra). Ő vezette be a toxikológiába az állatkísérleteket, és összefüggésbe hozta a dózist a kiváltott hatással. Ezt a módszert ma is alkalmazzák a modern toxikológiában. Ezekről az eredményekről 1814–1815-ben megjelent munkájában, a *Toxicologie Générale*-ban számolt be. ORFILA az igazságügyi toxikológiában is jelentős eredménye-



4.4. ábra Mathieu Joseph Bonaventure Orfila (1787–1853)

ket ért el. A gyilkosság áldozataiból utólag is képes volt a mérgeket kimutatni, aminek módszertanát le is írta a *Leçons de Medicinale Légale* (1823) és a *Traité des Exhumations Juridiques* (1830) című munkáiban.

A modern kor toxikológiáját 1819-ben Angliában (Edinburgban) CRISTENSON toxikológiája alapozta meg. A kémia egyidejű fejlődése nagy lendületet adott a toxikológiának. A kémiai analitikai módszerek mellett, TARDIEU és ROUSSIN biológiai vizsgálatokat is végzett. A szervek roncsolásos feltárását is alkalmazták, aminek segítségével a szövetekből felszabadítható volt a méreg. BERTHELOT (francia kémikus) a gázok analíziséről értekezik kézikönyvében, amelynek alapelvei mind a mai napig érvényesek.

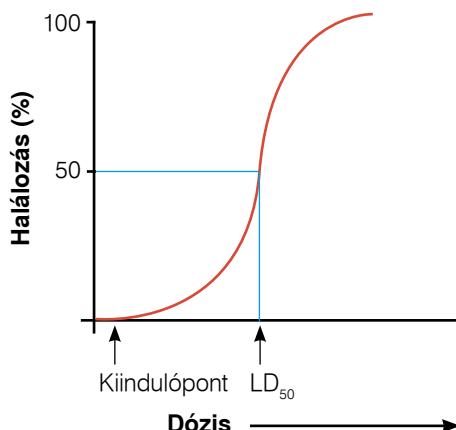
Az ismeretek egyre szélesedtek, majd megjelent EULENBERG munkája a mérgező gázokról 1865-ben, s ekkor fedezte fel KEKULÉ a benzolmolekula gyűrűs szerkezetét. Tehát a 19. század nem csupán a mikrobiológia, hanem a kémia és a toxikológia aranykora is volt.

4.4. MI A MÉREG?

Egyszerűen fogalmazva a méreg az, ami öl, de lássuk az árnyaltható fogalmazást, amit FABRE és TRUHAUT meghatározása jelent: „*Mérgeknek azokat az anyagokat nevezük, amelyek megfelelő mennyiségben és kellő idő alatt alkalmás módon a szervezetbe hatolva, kémiai, fizikai vagy fizikokémiai hatásukkal a szervezet életfolyamatait átmenetileg, tartósan vagy véglegesen megzavarják.*” A gyakorlatban csak azokat az anyagokat szokták méregnek tekinteni, amelyek már csekély mennyiségben is súlyos egészségkárosodást vagy halált okoznak. Egy egyszerű laikus meghatározás szerint: „*méreg az, ami a méregjegyzékben szerepel*”.

4.4.1. Az LD₅₀

A mérgek definíciójához számos egyéb szempont is hozzátarozik. Nevezetesen a méreg dózisa, az alany pillanatnyi állapota, pl. gyermekek, újszülött, nő, férfi, fiatal, öreg, sovány, kövér stb. Tehát ahhoz, hogy objektíven mérni tudjuk egy anyag toxicitását fontos tudni, hogy az anyagok egymással összehasonlítható módon egy adott alanyon azonos adagolási módban és azonos időtartamig adagolva legyenek alkalmazva. Ezek a feltételek viszont csak az állatkísérletekkel lehetséges. Azonos genetikai adottságú, beltenyészett, de egészséges, patkány, egér vagy tengerimalac alkalmazható a rutin toxikológiai tesztekhez, amiket azonos hőmérsékleten, azonos tápon, megfelelő páratastrom mellett tartanak a kezelés időtartama alatt. Egy ismeretlen anyag tesztelése az egészen alacsony 1 mg/test-súlykg dózistól emelkedő szinten kezelnek, majd megállapítják, hogy milyen dózis adagolása után pusztult el a kezelt állatok fele. Ezt az értéket nevezik LD₅₀-nek (4.5. ábra).



4.5. ábra A mérgező anyag dózisának vagy koncentrációjának összefüggése a halálozás arányával

Az alábbi táblázatban (a következő oldalon) található néhány vegyület LD₅₀ értéke. Látható, hogy a konyhasó nem tekinthető mérgezőnek, hiszen csak igen magas 4000 mg/kg dózisban pusztítja el az állatok felét. Meglepő módon az etil-alkohol iránti toleranciája is igen magas az állatoknak, mert abból 10 000 mg/kg a halálos dózis. Ugyanakkor a morfin vagy a fenobarbitál 10–20-szor mérgezőbb, mint az alkohol. Az emberi szervezetre leginkább mérgezőek a különböző szerves klórozott szénhidrogének (a dioxinok és a bakteriális eredetű toxinok, mint pl. a botulinumtoxin). Ennek ellenére az utóbbit kozmetikai ránctalánításra használják, lokálisan a bőrbe adva általános tüneteket ugyanis ilyen alkalmazás mellett nem okoz.

Tehát ezek alapján a gyakorlat számára megállapítható, hogy egy anyag

- **szupertoxikus**, ha LD₅₀ < 1 mg/kg,
- **rendkívül toxikus**, ha LD₅₀ 1,1–50 mg/kg,
- **nagyon toxikus**, ha LD₅₀ 50,1–500 mg/kg,
- **toxikus**, ha LD₅₀ 500,1–5000 mg/kg,
- **nem toxikus**, ha LD₅₀ >15 000 mg/kg.

Néhány vegyület LD₅₀ értéke

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> nem toxikus | <input type="checkbox"/> rendkívül toxikus |
| <input type="checkbox"/> toxikus | <input type="checkbox"/> szupertoxikus |
| <input type="checkbox"/> nagyon toxikus | |

Vegyi anyag	LD ₅₀ (mg/kg)
etil-alkohol	10 000
konyhasó	4000
vas-szulfát	1500
morfin-szulfát	900
fenobarbitál	150
sztrichnin	2
nikotin	1
kuráre	0,5
tetrodotoxin	0,01
dioxin (TCDD)	0,001
botulinumtoxin	0,00001

4.4.2. Toxikológiai alapfogalmak

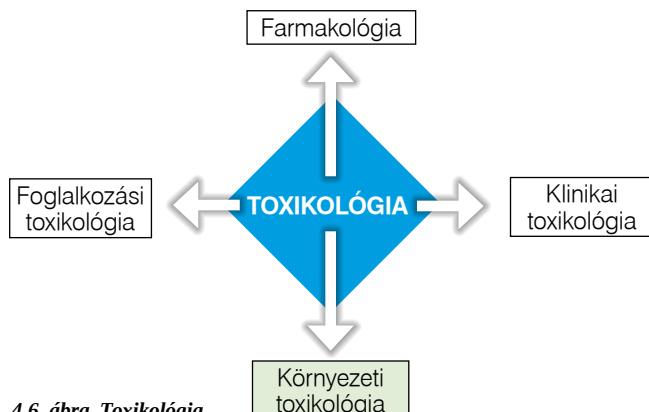
A toxikológia a mérgek élő szervezetekre gyakorolt hatásainak ismeretanyagát összefoglaló tudomány. Foglalkozik a mérgek eredetével, szerkezetével, fizikokémiai tulajdonságaival, kimutathatóságokkal és hatásaikkal az élő szervezetekre. A mérgek forrásaiak szerint lehetnek természetben előforduló biológiai vagy ásványi anyagokból származók. Lehetnek szerves vagy szervetlen molekulák. Halmazállapotuk szerint szilárd, folyékony vagy gáz állapotúak. A behatolási kapu szerint a mérgezések felosztatók szájban, bőrön vagy a légutakon keresztül történő felvételűekre. Jel-

lemző, hogy egy adott anyag különböző módon történő adagolással más-más hatást képes kiváltani.

A toxikus anyagokat természetük szerint is lehet csoportosítani, ilyen felosztás lehet az alábbi:

- nehézfémek,
- növényvédő szerek,
- oldószerek,
- műanyagok (hormondisrupterek),
- ipari anyagok,
- élelmiszer-adalékok,
- gyógyszerek,
- állatgyógyászati szerek,
- természetes növényi és állati mérgek.

A toxikus hatások szerinti csoportosítás pedig a toxicitás legfőbb támadáspontrája utal. Ennek alapján ismerünk hepatotoxikus, kardiotoxikus, nefrotoxikus, immuntoxikus, genotoxikus, ill. reprodukciót károsító vegyületeket. A szakmai orientáltságot tekintve a toxikológiát szakmák szerint is csoportosíthatjuk. A klinikai toxikológia elsősorban a mérgezási esetek diagnózisával, kezelésével, az antidotumok adagolásával, a méregtelenítéssel és a rehabilitációval foglalkozik. Az igazságügyi toxikológia a szándékos mér-



4.6. ábra Toxikológia

gezések, gyilkosságok, öngyilkosságok okának kiderítését szolgálja, az ipari és a foglalkozásorvosi toxikológia pedig a munkahelyi ártalmak, mérgezések felderítését és megelőzését szolgálja. A farmakológia a természetes és mesterségesen előállított gyógyszerek toxikológiáját vizsgálja. A kémiai biztonsági toxikológia a környezet-toxikológia része, és főleg a prevenciót szolgálja. Az élelmiszer-biztonsági toxikológiai hatósági ellenőrzéseket és a megelőzést szolgáló kutatásokat végez.

A mérgezések típusai

- *Akut mérgezés.* Nagy (toxikus) dózis, a tünetek rövid idő (órák, 1-2 nap) alatt jelentkeznek.
- *Szubakut mérgezés.* Kisebb ismételt dózis, a tünetek hosszabb-rövidebb idő (hetek, hónapok) után jelentkeznek.
- *Krónikus mérgezés.* Alacsony, ismételt (folyamatos) dózis, a tünetei hosszabb idő (hónapok, évek) után jelentkeznek.

A mérgek metabolizmusá

- Függ a szervezetbe jutás módjától, adagjától, az eloszlástól, a méreg vízoldékonyiségtől stb.
- A legtöbb toxin lipofil, ezért vízben oldhatóvá kell válnia a metabolizmus során.
- *Bioaktiváció.* Elsősorban a májban, vesében, tüdőben – tehát az epitheliális szövetekben – történik, ahol rendelkezésre állnak a mikroszomális enzimek. Pl. az I. fázis reakciói: kulcsenzim a citokróm P450, és a II. fázis reakciója: ami már a vízben oldható metabolitokat megköti (konjugációs reakciók, glükuronidáció, szulfátkonjugáció, metiláció).
- *Kiválasztódás.* Vizelettel, széklettel, légsorán, tejkel, verejtékkal, nyállal.

Néhány fontosabb méreg jellemzői

Növényi mérgek

Digitálisz

- LD₅₀ patkányon, macskán 0,1 mg/kg, emberi halálos adag: 5–10 mg.
- Kezdeti izgatás után bénítja az érző, később a motoros idegeket is.
- A Na-csatornára hat, késlelteti a membránrepolarizációt.
- Az öntudat végig tiszta marad, légzés-bénulás vagy szívmegállás áll be.

Gombamérgek

- Muszkarin: paraszimpatomimetikum, antidotum: atropin (pl. galócák [4.7. ábra], susulykák).
- Amanitin: gyilkos galóca, LD₅₀ egéren 0,3 mg/ttg, a fehérjeszintézist gátolja.
- Falloidin: specifikus hepatoxikus, a selektív ionpermeabilitást csökkenti, hosszú latencia.



4.7. ábra Légyölő galóca

Ricin

- Csak a ricinus magjában fordul elő, az olaj nem tartalmazza!
- Letális adag emberen: 30–70 mg (8 ricinusmag), kisebb latenciaidő után agglutinálja a vörösvérsejteket.

Kotinin

- A bürök alkaloidja, nikotinszerű hatással rendelkezik a szinapszisokban, míg a véglemezeken kuráreszerű hatása van.

Szolanin

- A csucsorfélékben és a csírázó, zöld héjú burgonyában található meg ez a mérgező glikozid alkaloida, így a fogyaszta előtt a burgonya zöld részeit el kell távolítani.

Állati mérgek

- Kobra, csörgőkígyó: neurotixikus alfa-, béta-bungatotoxin: 60–120 aminosavból áll, petyhüdt bénulást okoz.
- Viperák: mérgük hemolitikus és érfalkárosító, a hemolizin a lecintin lizocitinné alakítja.
- Békák: mérgeik a digitáliszhatású bufotoxinok (4.8. ábra).



4.8. ábra Nyílméregbéká

- Halak: sünhal-fugu hal, a tetrodotoxin feszültségsfüggő Na-csatornákat blokkol.
- Kagylók: mérgeik a szaxitoxin és a mitilotoxin.

- Méhek, darazsak: mérgeik a mellitin, az apamin, melyek hisztamin-felszabadulást, hemolitikus hatást váltanak ki.
- Kőrisbogár: mérge, a kantardin tönkreteszi a glomerulusokat.
- Pókok: mérgük az alfa-latrotoxin transzmitter-felszabadulást vált ki a preszинaptikus membránon, mióneurális görcsöket okozva.
- Skorpiók: mérgük a Na-csatornák zárodását gátolja, görcsöket, hányst, lázási zavarokat, légzésbénulást okoz.

4.5. MESTERSÉGESEN ELŐ-ÁLLÍTOTT (MEZŐGAZDASÁGI, IPARI EREDETŰ) ANYAGOK ÉS HÁZTARTÁSI SZEREK

A minden napunk szinte elképzelhetetlen a mesterségesen előállított anyagok (vegyszerek) nélkül. Tehát a minden nap tevékenységünk kapcsán közvetlenül érintkezünk velük, így jó, ha tudjuk, hogy milyen ártalmakat okozhatnak. Számuk a fejlett ipari országokban akár 70 ezer is lehet, de általánosságban elmondható, hogy 10–15 ezer vegyszerekkel kerülünk napi kapcsolatba. A legveszélyesebbek az élelmiszerök, szerves anyagok, hulladékok égetése kapcsán felszabaduló dioxinok és a rákkeltő polikiklusos szerves szénhidrogének, mint a benzo(a)pirén vagy a benzantracén. Ezek a cigarettában is megtalálhatók, tehát, aki dohányzik, az eleve gondoskodik arról, hogy a tüdejébe juttasson 4000 veszélyes anyagot. Ezért van az, hogy a fej-nyak rákban és a tüdőrákban szenvedő betegek 90%-a dohányzik, de a gyomor-, a nyelőcső-, a vastagbél-, sőt az emlőrák kialakulását is elősegíti.

4.5.1. Házipatikák

A jelentős hazai gyógyszerfogyasztás miatt, a már nem használt gyógyszerek a háztartásokban felhalmozódhatnak. Ezeket minden vissza kell vinni a gyógyszertárba, ahol megfelelő módon veszélyes hulladékként kezelik. A gyermekektől elzárva kell tárolni őket, mert sok drázsé alakú gyógyszert a gyerekek cukorkának vélhetnek, ezért megeszik. A hazai mérgezési esetek 2/3-a gyógyszermérgezés, ami évente kb. 8 ezer embert érint, ezekből közel ezer gyermek mérgeződik meg gyógyszerrel.

4.5.2. Háztartási mérgek

Minden háztartásban vannak tisztítószerek, olajok, ragasztók, festékek, kozmetikumok, az autók ápolásához használatos szerek, gyógyszerek stb. Ezeknek az eredeti csomagolásán minden feltüntetik a veszély jeleket, ami útbaigazítást ad arra nézve, hogy az illető anyagot miként kell alkalmazni, tárolni és használat után hova lehet szállítani. Alapszabály, hogy gyerekek és nagyon idősek kezébe vegyszer ne kerüljön. A gyerekek ismeretei nem elegendőek ahhoz, hogy egy színes folyadék ról megállapítsák, hogy fogyasztható-e, vagy sem. Az idősek pedig érzékszervi romlás miatt nem feltétlenül ismerik fel a palackon elhelyezett piktogramokat, és lehet, hogy összetévesztik egy üdítőszert egy üveggel. Ezen kívül az idősek mozgáskoordinációja is hibás lehet, így kiönthetik, vagy másokat veszélyeztethetnek a vegyszerekkel. Ez különösen igaz a kiskertek tulajdonosaira, akik elől hagyják a megkezdett üveget vagy a permetező edényt, és az arra járó unoka véletlenül magára önti, vagy megissza a tartalmát.

4.5.3. Főzéshez használt vegyszerek

Konyhasó. A NaCl életfontosságú vegyület, a napi bevitel a folyadékfogyasztástól és a külső hőmérséklettől is függ. Magas párolgás esetén nyáron hőségben 3-4 l víz elfogyasztásakor az ajánlott 5 g helyett, akár 8 g-ra is szükség lehet. Hazánkban a sóbevitel igen magas, 10–12 g/fő/nap. 2015-ben az Egyesült Államokban elítélik egy anyát, mert fogyatékos gyermekét gyomorszondán át adagolt, nagy mennyiséggű konyhasóval mérgezte meg. A halál veseelégtelenség miatt következett be.

Ecet. Növényi alapanyagokból készül az ecetsav, amit ízesíteni és hígítani szoktak a háztartások számára. A 10–20%-os hígítás a leggyakoribb. Maró hatású anyag, a nyálkahártyákra, szembe kerülve súlyos sérülést okozhat. A bőrre cseppenés után ajánlatos bővízzel lemosni. Az almaecet általában 5–7%-os aromás ételízesítő, amit sokan megfázás, torokfájás vagy fogínyvérzés esetén gyógyszerként is alkalmazznak.

Szódabikarbóna. Nátrium-hidrogén-karbonát. Lúgos kémhatású anyag, így sokan gyomorégésre vagy a foglepedék letisztítására is alkalmazzák. Sok esetben sütemények, krémek állagának javítására használják. Jó közömbösítő szer savas anyagokkal történő sérülések felületén.

Sütőpor. Nátrium-hidrogén-karbonát és dinátrium-hidrogén-foszfát keveréke. Veszélytelen, higroszkópos és CO₂ gázt termelő anyag hő hatására a süteménybe buborékokat enged, így a téiszta omlós és laza lesz.

4.5.4. Tisztító- és takarítószerek

A szaniterek, csempék vízkőmentesítésére általában sósav vagy ecet alapú tisztítószereket, tehát savas kémhatású anyagokat használunk. Ezeket tilos összeönteni pl. a hypóval, mert az lúgos kémhatású, és az igen heves reakció során mérgező klórgáz fejlődik. A vizes helyiségek fertőtlenítésére klórt vagy hidrogén-peroxidot használnak, az általános tisztításhoz pedig felületaktív anyagok szükségesek. Mosogatáshoz vagy általános tisztításhoz többnyire semleges kémhatású anyagokat, esetleg ecetet és alkoholt használnak. A sürolószerek többnyire különböző méretű szemcsés ásványi anyagokat tartalmaznak, felületaktív, zsíródó szerekkel kombinálva. A mosáshoz különböző felületaktív anyagokat (zsír-, fehérje-, keményítőbőntő) enzimeket tartalmazó készítmények használatosak, folyékony vagy por formában, illetve újabban ökonomikus kiszerelésben (kapszulákban) forgalmazva. A szappanok eredetileg különböző állati zsiradékok, nagy szénatomszámról zsírsavak, olajsav nátrium- és káliumsójának felelnek meg. Ma már egyre népszerűbbek a glicerin alapú illatosított szappanok.

4.6. AZ IVÓÍZBEN TALÁLHATÓ TOXIKUS ANYAGOK

A talajból, köztekből származó anyagok. A vízzáró réteget képező talaj összetétele geográfiai eltéréseket mutat. A vízben található toxikus anyagok sokszor nem különböző szennyeződésként, hanem a talaj összetételektől függően jelennek meg. Így kerülhet az ivóvízbe jód, bróm, arzén, vagy különböző aromás vegyületek pl. szénhidrogének a kőolajkutak közeléből. A termálvizek összetevőit éppen az jellemzi, hogy igen gazdagok sókban és különböző nem mérge-

ző ásványi anyagokban. Ezek alól kivétel az arzén, a bróm a jód és a szelen, ill. a fluor. Ezek túl nagy koncentrációban mérgezőek lehetnek. Az arzén kivételével az is probléma, hogy ha túl kevés van belőlük (pl. jódhiány – golyva, fluorhiány – fogszuvasodás, szelenhiány – a daganatos betegségek halmozódása). A talajban lévő gázok közül a radon szennyezheti a vizet, ez főleg hőforrások közelében gyakori.

Mesterséges (mezőgazdasági, ipari eredetű) vízszennyezők. A „kívülről jött” szennyeződések közül a leggyakoribb a mezőgazdasági vagy ipari szennyeződések beszivárgása a talajba, ami megmérgezheti a vízbázisokat. Ezért a hígtrágyát vagy a veszélyes hulladékot sohasem szabad az ivóvízbázisok közelében elhelyezni. Az egyik legsúlyosabb vegyszermérgezés lehet a nitrit- és nitráttartalmú műtrágyák vagy vegyszerek okozta *methemoglobinémia*, ami a csecsemőkre halálos veszélyt jelent.

METHEMOGLOBINÉMIA

- 1–3 hónapos korúakat veszélyeztet.
- Redukáló baktériumok jelenlétében a nitrát nitritté alakul, ami a Fe^{2+} iont Fe^{3+} ionná oxidálja a hemoglobinban, ami így oxigén szállítására nem képes (*hemoglobin F*).
- A NADP methemoglobin-reduktáz érettessége miatt a visszaalakítás nem történik meg, így a csecsemő hipoxiában meghal.
- A vese nitrátion kiválasztására nem képes.
- Nitrátforrások: ivóvíz, zöldségek gyümölcsök, pácolt halak, húsok, füstölt termékek, ivóvíz, belső anyagcsere-termékek.

- Terápia: metilénkék vagy aszcorbinsav iv.
- Megelőzés: az ivóvíz nitráttartalmának meghatározása. Ha 40 mg/l felett van, akkor zacskós vagy palackos vizet kell inni!
- Csecsemőkben gumós növények, céklák, retek, répa stb. fogyasztása kapcsán is kialakulhat, ezért csecsemőknek csak ellenőrzött (bio)zöldségeket szabad adni, vagy erre a célra készítet békételeket, amelyekben csak kontrollált minőségű alapanyagok kerülhetnek.

4.7. FOGLALKOZÁSORVOSI TOXIKOLÓGIA

A foglalkozás-orvostan feladata, hogy a veszélyes anyagokkal dolgozó munkavállalók egészsége a munkakörnyezet káros hatásai miatt ne romoljon. Ezért egészségi állapotuk folyamatos ellenőrzésével órködnek azon, hogy a munkavédelmi és a munkahigiénés szabályokat mind a munkáltató, mind a munkavállaló betartsa.

Hazánkban senki sem foglalkoztatható egészségre ártalmatnak munkakörben, mégis előfordulnak véletlen mérgezések, vagy betegségek a fokozott vegyi expozíció következtében. A legtípusosabb ártalom a porbelégzés, ami ha szilikátokat vagy azbeszett tartalmaz súlyos tüdőfibrózist okoz. Az építőiparban, bányászatban, vegyiparban dolgozók vagy az energia előállításával foglalkozók a leginkább veszélyeztetettek. A vegyipar, a gyógyszeripar és maga az egészségügy is számos veszélyt rejt magában. Ugyanis azok a viszonylag kis mennyiségen környezetbe kerülő anyagok – mint amilyenek a citozstatikumok, fertőtlenítő vagy immunágató

vegyületek – már igen kis mennyiségen károsak az egészségre. Az iparban, főleg a gépjárműgyártásban számos fémet használnak fel, ezek közül különösen a króm, a nikkel, a kadmium veszélyesek, mert hosszú expozició nyomán rákkeltő hatásúak.

A veszélyes anyagok közé tartoznak az oldószerök, a különböző olajok, a felszíneket kezelő műanyagok vagy a kipufogógázok. minden munkahelyen meg kell teremteni azokat az optimális feltételeket, melyek közepette a munkavégzést az egészség károsítása nélkül lehet folytatni (4.9. ábra).



4.9. ábra Védőruházat

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

1. Kerényi A: Európa természet és környezetvédelme. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 2003
2. Öllős G: Természetes és antropogén szerves anyagok. Közlekedési és Dokumentációs Kft., Budapest, 2007
3. Moser M, Pálmai Gy: A környezetvédelem alapjai. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 2006
4. Tompa A: Sérült világunk egészsége. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2007
5. Tompa A: Globalizáció és egészség. SpringMed Kiadó, Budapest, 2014

5. KRÓNIKUS BETEG GYERMEK A CSALÁDBAN, KÖZÖSSÉGBEN



Madarasi Anna 1978-ban végzett a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvosi Karán. Csecsemő- és gyermekgyógyászatból, gyermek-tüdőgyógyászatból, klinikai immunológiából és allergológiából tett szakvizsgát. PhD dolgozatát gyermek-tüdőgyógyászat témaörben írta. Jelenleg a Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak Gyermekosztályának osztályvezető főorvosa.

MADARASI ANNA



ALTMANN ANNA

Altmann Anna 1987-ben a Jahn Ferenc Kórház koraszülött- és patológiai újszülött osztályán kezdtem dolgozni. 1990-ben kerültem a Bethesda Gyermekkórház neurológiai osztályára. Az osztály elsősorban epilepsziás gyermekek ellátásával foglalkozott. 1993-ban a kórház átszervezése miatt a Heim Pál Gyermekkórház Mentálhigiénia és Epilepszia Osztályán folytattam munkámat, ahol elsősorban az epilepsziás gyermekek komplex ellátása volt a feladatom. 1992-ben szereztem meg a csecsemő- és gyermekgyógyász, 1994-ben a gyermekneurológiai szakvizsgámat. 2005 májusától a Heim Pál Kórház Epilepszia Centrum jogutódjaként működő Budapesti Gyermekkórház Gyermek Epilepszia és Neurológiai Szakambulanciáját vezetem. A kórház 2008 óta a Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórháza és Észak-budai Egyesített Kórházaihoz tartozik. Rendszeresen veszek részt hazai és külföldi továbbképzéseken és tartok előadásokat posztgraduális képzés keretében is.



BLATNICZKY LÁSZLÓ

Blatniczky László Bókay-, Magyar Imre-, Barta Lajos-díjas gyermekgyógyász, endokrinológus, diabetológus főorvos, a Szent János Kórház Gyermekdiabetológiai szakellátásának vezetője. Számos megbízatása mellett a gyermek-diabetológusokat összefogó Gyermekdiabetes Szekció elnöke. Jelenleg fő érdeklődési/tevékenységi területe a cukorbeteg gyermekek kezelésének, életvitelének optimalizálása, esélyegyenlőségének megteremtése.

5.1. BEVEZETÉS

5.2. KRÓNIKUS GYERMEKBETEGSÉG

5.3. ASZTMA

5.3.1. AZ ASZTMA KEZELÉSÉNEK ALAPELVEI

5.4. EPILEPSZIA

5.4.1. A LEGGYAKORIBB NEHEZEN FELISMERHETŐ ROHAMOK

5.4.2. MIT TEGYÜNK ROHAM ESÉTÉN?

5.5. CUKORBETEGSÉG

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

5.1. BEVEZETÉS

A MIKOR egy családban kiderül, hogy a gyermek krónikus betegségen szenved, akkor az egész család, a szülők, testvérek, nagyszülők élete megváltozik. Természetesen a betegség súlyosságától függ, hogy ez a változás mit jelent. Súlyos, az életet is veszélyeztető betegség esetén egészen más a helyzet, mint olyan krónikus betegségen, amikor a gyermek élettartama várhatóan nem rövidül, de az életminősége csökkenhet.

Ebben a fejezetben három krónikus betegségről lesz szó, melyen keresztül szeretnénk bemutatni, hogy mit tehet az egészségügyi személyzet, a beteg gyermek és családja annak érdekében, hogy a gyermeket a lehető legjobb állapotban neveljük fel, és indítsuk el a felnőtt életbe. Orvosok lévén, elsősorban az orvosszakmai rész bemutatását tüztük ki célul, de a kérdés pszichológiai aspektusai sokszor megkerülhetetlenek.

A három betegségen közös, hogy folyamatos orvosi gondozást igényelnek, az optimális gyógyszeres beállítás ellenére akut rosszullétek léphetnek fel, bizonyos életmódbeli változások szükségeltetnek, nagyon fontos a beteg és a családja aktív részvétel a kezelésben, legtöbbjük teljes értékű életet

élhet, amihez a közösségek (óvoda, iskola, társak) segítsége elengedhetetlen.

E fejezetben nem tudunk a betegségek minden egyes területére részletesen kitérni – erről számtalan önálló könyv érhető el. A legfontosabb gondolatok kiemelésével egy szemléletet szeretnénk átadni az olvasónak.

5.2. KRÓNIKUS GYERMEK-BETEGSÉG

Kezdjük rögtön az első lépéssel, a betegség elfogadásával. Szinte mindenkinél az az első kérdése, gondolata, hogy miért pont velem, ill. a gyermekemmel történik meg mindez? Természetesen, erre megnyugtató válasz nincs. A családok sokszor keresnek másik orvost, infézményt, hátha félrediagnosztizálták a betegséget az első helyen. Utána jön a széles körű tájékozódás: rokonok, ismerősek, internet. Ha már a betegség elején sikerül a család bizalmát elnyernünk, akkor sok felesleges kitérő elkerülhető. A gondozás során mindenkor meg kell adni a lehetőséget arra, hogy a család által felvett minden információt, lehetőséget megbeszélhessenek a gondozást vezető orvossal. Nekünk pedig folyamatosan nyomon kell követni a tudományos ismeretek fejlődését,

hogy mindenkor a lehető legkorszerűbb módon vezessük a gyógykezelést.

A következő lépés a betegség megértése. Mindenkinek a saját szintjén kell elmagyarázni, hogy mai tudásunk szerint miért alakult ki a betegség, annak milyen megnyilvánulásai vannak, mire kell figyelni, mikor mit kell tenni. Milyen sürgősségi helyzetek alakulhatnak ki a betegség lefolyása során, ilyenkor mi a teendő, mi az a helyzet, amit otthon önerőből elláthatnak, és mikor kell orvoshoz fordulni. Ki kell dolgozni az együttműködés technikai részleteit, hogy a család pontosan tudja, hogy mikor hova fordulhat, ha problémája akad.

Hogy még bonyolultabb legyen a dolog, külön gondot kell fordítani az életkorai sajátosságokra, hiszen más problémák adódnak óvodás, iskolás és kamaszkorban. Ezekben az életszakaszokban különböző szereplők lépnek a gyermek életébe, akiket szükséges bevонni a gondozásba. Mindhárom betegségen komoly erőfeszítéseket teszünk annak érdekében, hogy a krónikus betegségen szenvedő gyermekek részt vehessenek a közösségek életében. Az óvodapedagógusoknak, dadusoknak, tanároknak ugyanúgy meg kell tanulniuk ezeknek a gyermekeknek az ellátását, életvezetését, mint a csalátagoknak. Így érhetjük el, hogy ezek a gyermekek is teljes értékű tagjai legyenek a családoknak, közösségeknek.

5.3. ASZTMA

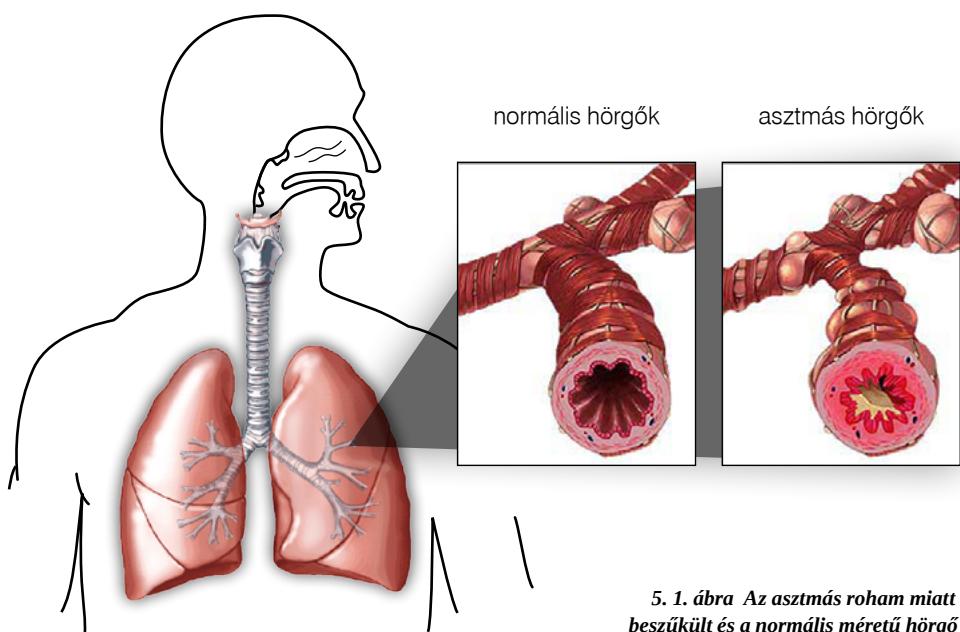
A gyermekkorú asztma előfordulási gyakorisága közel 5%. Családi halmozódás felfedezhető, de a betegség lefolyására nagyon erősen hatnak a környezeti tényezők is. Az asztmás gyermek kb. 60%-a serdülőkorra „kinövi” a betegséget. Az asztma egy tünetegyüttés, melyet szapora, ziháló, sokszor kiléggzési sípolással járó nehézlégzés, fulladás jellemzi.

Minél fiatalabb korban (<6 hónap) kezdődnek a tünetek, annál inkább kell valamilyen alapbetegséget, fejlődési rendellenességet, anatómiai elváltozást keresni. Ez az oka annak, hogy ha csecsemőnél fordul elő visszatérően asztmás tünet, akkor képalkotó vizsgálatok (röntgen, ultrahang) és laboratóriumi vizsgálatok is történnek.

Az esetek döntő többségében a kiváltó ok légúti vírusfertőzés. A légúti vírusfertőzés kulcsfontosságú tényező az asztmában: egyszerű önmagában lehet az asztmás tünetek oka, másrészről minden más ok miatt fennálló asztma esetén provokáló tényezőként szerepel. Abban az esetben, ha valamilyen környezeti allergén (allergiát kiváltó anyag), pl. háziporatka vagy parlagfűpollen szerepel az asztma kiváltó okaként, akkor is az asztmás tünetek fellángolásának döntő többsége valamilyen légúti fertőzés váltja ki. Arra hajlamos egyénekben a vírusok ugyanazokat az anyagokat (mediátorok, citokinek) szabadítják fel, mint maga az allergén.

A tünetek csecsemőkorban mindenkorban ijesztőbbek, súlyosabbak, mint nagyobb gyermekknél. Mi ennek az oka? Az 1 éves csecsemő főhörgője csupán 5 mm átmérőjű, és további hörgőoszlások során az átmérők egyre kisebbek. Ha ebbe a szűk „csőrendszerbe” csak egy kevés váladék is kerül, vagy a gyulladás miatt a nyálkahártya megtuddad, márás komoly légúti szűkület keletkezik (5.1. ábra a következő oldalon). A nehézlégzés kialakulásának oka asztmában mindenkorban a kis légutak beszűkülése, ami három tényező együttes hatására jön létre: kóros váladék felszaporodása, a hörgőfálat alkotó simaizom kóros összehúzódása, a hörgőt bélélő nyálkahártya gyulladás miatti megvastagodása.

Ha a légutak keresztmetszete csökken, kevesebb levegő jut a tüdők azon részébe, ahol a gázcsere zajlik, csökken a szervezet



5. 1. ábra Az asztmás roham miatt beszűkült és a normális méretű hörgő

oxigén ellátottsága. Ezt a beteg úgy próbálja kompenzálni, hogy gyorsabban veszi a levegőt, valamint annak érdekében, hogy minél több levegő jusson a tüdőkbe, használja a légzési segédízmait. Ezek közül a leglátványosabb az **orrszárnyi légzés**,

ami a külő orrnyílást alkotó porcos terület jellegzetes mozgásával jellemezhető. A mellkasra téve a kezünket, érezhetjük a hörgőkben lévő váladék mozgását, esetleg fülünkkel hangos zenei hangokat is hallhatunk. Ha levetkőztetjük a kisbabát, akkor

Az asztma súlyosságának megítélése

	Enyhe	Közepes	Súlyos	Fenyegető légzésleállás
Légszomj	csak mozgáskor	már beszédkor, csecsemőknél evéskor	nyugalomban	
Beszéd	folyamatos	akadozó	szaggatott	
Éberség	nyugodt	nyugtalan	izgatott	alusékony vagy zavart
Légszíni segédízmok használata	laposan is tud feküdni	jobban érzi magát ülve	csak ülve tud lélegezni	szabálytalan légzés
Pulzusszám	gyermek <100 csecsemő <160	100–120 160 körül	>120 >160	alacsony
Sípoló légzés	közepes	hangos	hangos	nincs

láthatjuk, hogy a szegycsont feletti bemélyedés, valamint a bordák közötti terület minden légvételkor erősen behúzódik. *Alarmírozó jel* – és ilyenkor feltétlenül orvoshoz kell fordulni –, ha a csecsemő szája körül a bőr szürke, vagy a körmök lilára színeződnek. Ezek már a súlyos oxigéniány jelei.

A tünetek súlyosságának megítélésében otthon is jól használható paraméter a *légészszám*, melynek normálértéke az életkorral csökken: újszülött korban percenként 35–40, csecsemőkorban 30–35, kisdedkorban 25–30, gyermekkorban 20–25, serdülő- és felnőttkorban 16–19.

A gondozó orvosnak minden írásban meg kell adnia, hogy a fenti helyzetekben mi a teendő: milyen gyógyszeres kezelés szükséges, mikor kell orvoshoz vinni a gyermeket, illetve mikor olyan súlyos a helyzet, hogy azonnali ellátást igényel.

5.3.1. Az asztma kezelésének alapelvei

Minden esetben a legfontosabb a kiváltó ok megszüntetése, vagy csökkentése. Ez elsősorban allergia esetén jön szóba a kimutatott allergén elkerülésével, de a vírusfertőzések elkerülése is fontos. Sokszor ez a gyermek közösségből történő kiemelésével oldható csak meg.

A tünetek gyakorisága, súlyossága, nagyobb gyermekknél a légzfunkciós értékek alakulása alapján az asztma négy fokozatra osztható.

Az első stádiumban csak akkor kell gyógyszert adni, ha éppen fennállnak a nehézlégzéssel tünetek, míg a második stádiumból kezdődően folyamatos gyógyszeres kezelésre van szükség. Talán ez a legnehezebben elfogadható tény a beteg és a szülők részére. Nehéz elfogadni, hogy miért kelljen gyógyszer, ami-

kor nem tünetes a gyermek. Azt kell megérteni, hogy az asztma krónikus hörgőgyulladással járó betegség, és ha ez a gyulladás folyamatosan, éveken keresztül fennáll, akkor vissza nem fordítható változások alakulnak ki a hörgők falában, ami a légzőfelület csökkenéséhez vezet. Ezt akadályozzuk meg a folyamatos gyulladásgátló kezeléssel.

Az asztma oki terápijának fő gyógyszerei a szteroid tartalmú belégzéses gyógyszerek. A szteroidról a legtöbb embernek a súlyos mellékhatások jutnak eszükbe. Fontos megérteni, hogy a jó technikával a légutakba juttatott szteroid minimális mennyiségen kerül a véráramba, több évtizedes folyamatos használat során sem jelentkeznek a szájon át adott szteroidkészítmények mellékhatásai.

A gondozás során mindenkor arra törekszünk, hogy a lehető legkisebb fenntartó gyógyszer-adaggal érjük el a jó asztmakontrollt.

Asztma esetén arra törekszünk, hogy az ún. *helyi hatású* szereket adjuk, ami a gyógyszerek közvetlenül a légutakba történő bejuttatását jelenti. Többfajta kiszerelés létezik: spray-k, porbelégzők, belélegezhető oldatok, melyekhez motoros porlasztó készülék szükséges. Nagyon fontos a gyógyszer használatának technikai elsajátítása. Kb. 5–6 éves korig kizárálag a spray-k és porlasztott gyógyszerek használhatók. A spray-k légitakba történő bejuttatásához különböző térfogatrövelő eszközöket kell használni. Ennek megértéséhez képzeljük el, hogy ha a spray-t megnyomjuk, akkor a szemcsék közel 100 km/óra sebességgel repülnek ki. A száj és a hátsó garatfal között 8–10 cm-nél nincs nagyobb távolság, tehát a nagy sebességgel haladó szemcsék 90%-a a garatfalonak csapódik, csak 10% jut közvetlenül a légitakba. A garatba kerülő gyógyszert lenyeljük, a gyomrból felszívódva kifejtí ugyan a hatását, de mivel a véráramba került, a nem kívánatos mellékhatások is érvényesülni fog-

nak. Ezt elkerülendő szükséges a térfogatnövelő eszközök használata.

A gyógyszeres kezelés mellett a gondozás másik fontos pillére az életvezetés. Alapvető fontosságú, hogy a gyermek testi és lelkى fejlődését segítsük, tanítsuk meg, hogyan tud teljes életet élni. Ebben komoly szerepe van a közösségeknek, az óvodának, iskolának. Ne húzzunk értelmetlen korlátokat, engedjük sportolni, kirándulni, táborokba, de ellenőrizzük, hogy meg tudja-e ítélni az állapotát, ismeri-e a korlátait, és tudja-e, mi a teendő rosszullét esetén. Példának felhozhatjuk sok kiválgó sportoló történetét, akik krónikus betegségük ellenére hatalmas teljesítményekre képesek.

5.4. EPILEPSZIA

Az epilepsziás roham az idegrendszer hirtelen fellépő, átmeneti működészavara, melynek hátterében nagy tömegű idegsejt egy időben történő körös kisülése áll. Bármelyik agyi területről kiindulhat, így a tünetek is nagyon szerteágazóak lehetnek. A roham érintheti az izmokat, az érzékszerveket, de a magasabb rendű idegműködések (gondolkozás, figyelem, tempó) is. A klinikai jelenségek lehetnek izgalmi jellegűek (pl. izomrángás, körös mozgás), de a roham járhat különböző agyi funkciók kiesésével is (beszédképtelenség, beszűkült tudatállapot, végtagok átmeneti bénulása). A roham hirtelen kezdődik, és többnyire hirtelen szűnik meg.

Epilepsziabetegségről akkor beszélünk, ha a rohamok ismételten, kiváltó ok nélkül jelentkeznek. Az epilepsziabetegség nem tekinthető egységes korképnek, hiszen sokféle kiváltó oka lehet, szerteágazó klinikai tünetekkel járhat, és a rohamok lefolyása is igen változatos. Az ok nem minden esetben

tisztázható, a háttérben legtöbbször az agy strukturális elváltozása vagy genetikai tényezők állnak. *Epilepsziás tünetegyüttés* bármely életkorban kialakulhat, de csecsemő- és gyermekkorban gyakoribb. A gyermek 1%-a szenved epilepsziában, és 5%-ukban fordul elő alkalmi epilepsziás rosszullét.

Epilepsziás roham esetén első lépésben azt kell eldöntenünk, hogy valóban epilepsziáról, vagy alkalmi rosszullétről van-e szó. A pontos anamnézis többnyire egymághában is lehetővé teszi az alkalmi roham diagnosztizálását. Amennyiben a rosszullét kizárolag valamilyen provokáló tényező hatására alakul ki (pl. láz, tartós kialvatlanság, alkohol) nem beszélhetünk epilepsziás betegségről. Mivel az orvos magát a rosszullétet csak nagyon ritkán látja, a legtöbb epilepsziás beteg a rohamok között teljesen egészséges, a pontos diagnózis felállításához a rosszullét leírása szükséges. Ehhez nagyon fontos, hogy a beteg környezetében lévő személyek tudják, hogy mit tegyenek egy epilepsziás roham alatt, hogyan tudnak legtöbbet segíteni a betegnek, és mire kell odafigyelniük, hogy később az orvos fontos információhoz jusson.

Az epilepsziás rosszullétek alatt legtöbb beteg tudatállapota érintett (zavart, beszűkült, vagy eszméletlen), így a környezetében lévő személyekre még nagyobb felelősség hárul. Ezért mondjuk, hogy gyermekkorú epilepszia kezelésében legalább olyan fontos szerepet játszik az epilepsziás gyermek és családjának gondozása, pszichés támogatása, mint maga a gyógyszeres kezelés. Ismert epilepsziás betegnél nélkülözhetetlen, hogy a szülő pontosan tudja, hogyan kell az adott epilepsziás rosszullétnél cselekedni, hogyan tudja megállapítani, milyen a gyermek tudatállapota, mikor kell gyógyszeresen közelbelépni, milyen információk lehetnek fontosak az orvosnak ahoz, hogy

a további gyógyszerezés még hatékonyabb legyen. Gyakran nagyon hasznos a rohamról készített videofelvétel is.

A gyógyszeres kezelés elkezdésének alapvető kritériuma az epilepszia biztos diagnózisa. A gyógyszerválasztás az epilepszia szindróma, a roham típusa és a gyermek egyéb betegségei, pszichés állapota és a mentális képességeinek figyelembevételével történik. Drasztikus életmódváltozásokra, a mai terápiás lehetőségek mellett, szerencsére egyre ritkábban van szükség. Olyan tevékenység, melyet egyik epilepsiás gyermek sem végezhet, nincsen. A kezelő orvos minden esetben egyénre szabottan, az epilepszia-formákörnek, a gyermek képességeinek, a család lehetőségeinek és szokásainak figyelembevételével, a gyermekkel és a szülőkkel együtt határozza meg, hogy milyen változásokra van esetleg szükség, mire kell esetleg jobban odafigyelni, mi az, ami veszélyes lehet a gyermek számára.

Az epilepsiás beteg is sportolhat, testnevelési órákon részt vehet, természetesen használhat számítógépet és nézhet tévét is. Ezen tevékenységek között milyen korlátozások szükségesek, ezt egyénre szabottan a kezelőorvos határozza meg.

Az adott életkornak megfelelő életmódra és önállóságra való nevelés az epilepsiás gyermek gondozásának kulcsfontosságú része. A cél az, hogy az epilepsiás gyermek élete minél kevésbé térjen el egészséges társiától. Ennek elérésében fontos szerepet kap a gyermek valós képességeinek felmérése, ennek alapján tudunk tanácsot adni a megfelelő iskolatípus kiválasztásához, nagyobb gyermeknél pedig segítséget nyújtaní abban, hogy milyen szakmát válasszon. minden esetben a gyermek vágyainak és képességeinek, az epilepszia-formákörnek és a rohamok típusának figyelembevételével kell mérlegelnünk a lehetőségeket. Fontos,

hogy a gyermek, életkorai szintjének megfelelően, minden tisztaiban legyen saját betegségével, hiszen csak vele együttműködve lehet a kezeléssel tartós eredményt elérni.

Ahhoz, hogy minél előbb felismerjük a betegséget, ismernünk kell a leggyakoribb rohamtípusokat, melyek fellépte esetén azonnal fordulunk orvoshoz. Minél előbb elkezdődik a céltartó terápia, annál több az esély a gyógyulásra. Általánosságban elmondható, hogy ha a gyermeknél rendszeresen „furcsa viselkedést”, magatartásban vagy tanulásban hirtelen romlást tapasztalunk, érdemes szakember segítségét kérni.

5.4.1. A leggyakoribb nehezen felismerhető rohamok

1. Az egyszerű *kisrohamra* a tudat pillanatnyi beszűkülése, az akaratlagos mozgás hirtelen felfüggésére jellemző. A roham alatt a szemek mereven előrenéznek, a tekintet üres, a szemhéjak kissé csüngnek, mind két szemgolyó finoman felfelé fordul. A roham rendszerint csaknem észrevehetetlenül enyhe és rövid. Leggyakrabban 10 másodpercen belül magától oldódik. A gyermek ezután folytatja a korábban megkezdett tevékenységét, mintha mi sem történt volna. Az esetek jelentős részében a gyermek nem is tud arról, hogy rosszullét zajlott, máskor „filmszakadás” élménye van. A szülők általában a kontaktus pillanatnyi kieséséről, máskor bambulásról számolnak be. A rosszulléthez társulhat a szemhéjak vagy a fej, ritkábban a törzs megrándulása is.

Fontos, hogy figyeljünk fel ezekre a rövid bambulásokra, ne bagatellizáljuk a tüneteket. Gyakori probléma, hogy az első tünet az iskolai teljesítmény rom-

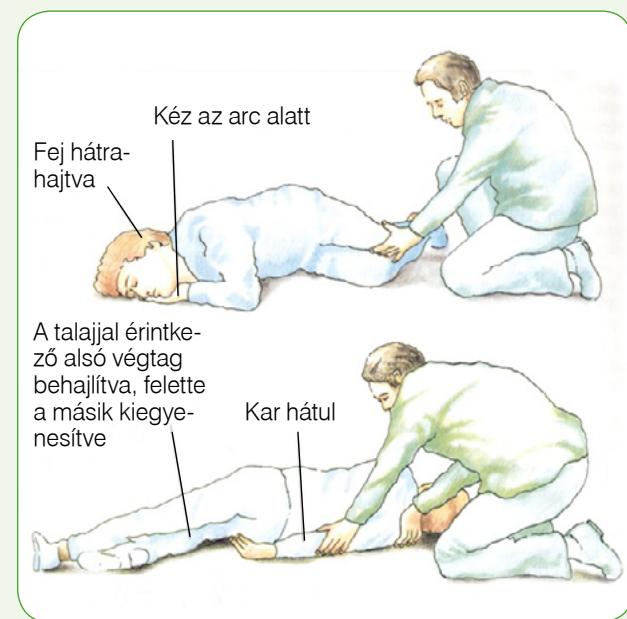
- lása, melyet figyelmetlenségnak vagy rosszasának tartanak, így a gyermek nem kerül időben orvoshoz.
2. A *roham* jellemzően az arc területére lokalizálódó (száj, nyelv, fogíny) zsibbadásérzéssel kezdődik. Gyakran társlul nyáladzással, beszédmegállással. Az azonos oldali arcizmok vagy a kar rágása is kísérheti. Az esetek jelentős részében a gyermek tudata tiszta, érti, hogy mi zajlik körülötte, a történtekre a roham lezajlása után pontosan emlékszik. A rosszullétet a fáradtság, álmosság provokálja, ezért gyakran a reggeli vagy esti órákban jelentkeznek.
3. A reggeli órákban, felkelést követően, gyakran a fürdőszobában vagy reggelizés közben, máskor az esti „álmoss” órákban jelentkező villámszerű izom-összehúzódások, legtöbbször a karokban. Ezt a betegek gyakran elektromos áramütésként élik meg, máskor magát a rágást nem is észlelik. Ha a megrándulás a lábakban jelentkezik, hirtelen, látszólag minden ok nélküli elesést eredményezhet. A rosszulléteket a fényingerlés aktiválhatja. Ezeket hívjuk *mioklonusos rohamnak*, mely alatt a tudat megtartott, a gyermek utólag el tudja mondani a tüneteket.
- A fenti rosszullétek gyakran évekig felismeretlenül maradhatnak, mivel a hirtelen izom-összehúzódást gyakran csak sorozatosan jelentkező ügyetlenségnek tekintik: a gyermek kilötyköli a teát, fogmosáskor elkenődik a fogkrém a szája körül stb. Sokszor csak az első ébredést követő úgynevezett *nagyroham* után, visszamennőleg derül ki, hogy esetleg már hosszabb ideje jelentkeznek a rosszullétek.
4. A rosszullétek szendergésben és a felületesebb alvásszakaszokban jelentkeznek. A rohamok gyakran furcsa hangadással indulnak, a gyermek az ágyban felül, szemét kinyitja, de kontaktust nem lehet vele teremteni. Kezeivel markolászik, lábaival pedáloz, bicikliző mozdulatokat tesz. Egy éjszaka akár több roham is előfordulhat, akár 4–10 is, ilyenkor a gyermek fáradtan, kialvatlanul kel fel. A gyermek viselkedése sokszor hasonlít ahhoz, amikor a rossz álmom miatt ébred fel valaki.

5.4.2. Mit tegyük roham esetén?

Roham esetén is próbálunk meg nyugodtak maradni. Amennyiben a gyermek nem veszítette el az eszméletét, vegyük ölte, néhány bátorító szóval, simogatással nyugtassuk meg a rémült gyermeket. Amennyiben a szájában van valami, vegyük ki, nehogy félrenyelje.

A roham néhány percig tart, utána fekessük le, mert a rosszullét után szüksége van a pihenésre. A rosszullét alatt a beteg soha ne fogjuk le, durván ne gátoljuk a mozgásában, de vigyázzunk, hogy ne tegyen kárt se magában, se a környezetében. Alapsabály, hogy soha ne hagyjuk magára, folyamatosan kövessük minden mozdulatát, így ki tudjuk védeni a másodlagos sérüléseket.

Ha az első rosszullét eszméletvesztésel és rágatózással jár, fordítsuk a gyermeket oldalra, hogy a nyála kifolyhasson (5.2. ábra). Ne tegyük semmit a gyermek szájába! A nyelve oldalt fekvő helyzetben nem fog fulladást okozni, de ha szétfeszítjük a száját, esetleg kitörhetjük a fogát, ami már elzárhatja a légitakat.



Ismert epilepsziás betegnél a kezelő orvos pontosan megtanítja a szülőt, hogyan kell az adott rosszullétet oldani, mikor használunk végbélbe adható rohamoldó készítményt. Amennyiben erről nincs pontos utasítás, roham alatt kizárolag végbélbe adhatunk be rohamoldó gyógyszert. A jelenleg kapható készítményből 15 kg alatt 5 mg, e felett 10 mg adható. A készítmény beadása után általában ½-1 percen belül oldódik a roham, utána a legtöbb gyermek elalszik, ne ébresztgessük ezen idő alatt!

Vigyázzunk, hogy ne essen le az ágyról. Védjük a lehetséges sérülések-től, hogy az esetleges rángatózás miatt meg ne üsse a fejét vagy a végtagjait. Rángatódzó gyermeket soha ne fogunk le erősen, hiszen ettől nem fog kevésbé remegni. Ugyanakkor esetleg bajt okozunk az-az, hogy például eltörünk egy vékonyabb csontot.

A roham alatt figyel-jük meg, hogy milyen sokáig tart, mely testré-szek rángatódnak, mi-kor tudunk a gyermek-kel kontaktust teremteni. minden adat hasznos le-het az orvos számára.

5.5. CUKORBETEGSÉG

A krónikus beteg gyermekek életvitelének biztosítása sem a családnak, sem a tár-sadalomnak, sem az intézményeinek nem könnyű feladat. E gyermekek igényei betegségspecifikusak ugyan, és szakmai vonatkozásban magas szinten biztosítottak. Ugyanakkor a laikus számára – a szakmai ismeretek hiánya miatt – minden ilyen álla-

pot és annak körülményei inkább elborzasztóak, mintsem elfogadhatóak. Ezért az isme-retek hiánya, a fals információk e betegségek fetisizálásához vezet. Így van ez a cukorbeteg gyermekekkel is.

A cukorbetegség (*diabetes mellitus*) meg-határozása az elmúlt évtizedekben jelentős változásban ment át és a mai álláspont szerint (gyermekekre vonatkozóan is): az anyagcse-re-betegségeknek olyan csoportja, melyre

az inzulinelválasztás elégtelensége, az inzulinhatás károsodása, vagy mindenkorban következőben kialakuló krónikusan magas vércukorszint a jellemző. Gyermekkorban az esetek 95%-ában az inzulinhiányos állapot a meghatározó. Ez annyit jelent, hogy e betegek számára a felismeréstől az élet végéig inzulint kell – a mindenkor legkorábban készítményekkel és a legkorábban eszközökkel – pótolni úgy, hogy anyagcserejük szinte az egészségesekének feleljen meg. E mellett törekedni kell arra, hogy a kezeléssel kapcsolatos minden beavatkozás (inzulinadás, vércukormérés, diéta tartása, életmód) a lehető legkisebb terhet rója rájuk, ezzel is segítve, hogy a kortársaitól alig különbözzene.

A betegség lényege: az immunrendszer kóros információs folyamat következtében elpusztítja az inzulintermelő sejteket. Az így kialakuló *inzulinhiány* eredményezi a tüneteket. Mivel az *inzulin* szerepe a *glükóz* (szőlőcukor) sejtekbe történő transzportjának a biztosítása, ennek hiányában ez a folyamat nem történik meg. Eredményeként a sejtek „éheznek” ez az érzet fenntartja a jó étvágyat; a táplálékból felszívódó glükóz emeli a vér-cukrot, a vér „elszírupsodásához” vezetve. Mindez a vér sűrűsödése révén *fokozott folyadékfogyasztást* és következményesen *fokozott vizeletürítést* eredményez. Az elégletes táplálékhasonosítás a már tárolt kalória (zsír, izomszövet) szükségszerű bontását vonja maga után, ami *fogyásban* nyilvánul meg.

Az így kialakult tünet együttes – megfelelő, célzott inzulinpótlás hiányában – rendkívül gyorsan, néhány nap alatt vezet súlyos anyagcsere-összeomláshoz, ami akár életveszélyes is lehet.

Az inzulinhiányos állapot *kezelése* három alapvető pilléren nyugszik (5.3. ábra).

1. Gyermekkorban legfontosabb az életkornak, kalóriaigénynek megfelelő *diéta*, az életkorai sajátosságoknak megfelelő



5.3. ábra A cukorbetegség kezelésének három pillére: diéta + inzulin + életmód

napi elosztásban. Az elfogyasztott diéta vércukorszint-emelkedést eredményez.

2. Az *inzulinkezelésnek* ehhez kell alkalmazkodnia úgy, hogy az egyes készítmények hatásgörbékének ismeretében megfelelően kiválasztott inzulint kell injektálni a gyermeknek (vagy szülőjének) olyan mennyiségen és adagban, hogy a vércukorszint a normális $3,6\text{--}8,0 \text{ mmol/l}$ -es szintek között ingadozzon.
3. A jó anyagcsere biztosításának a harmadik pillére az *életmód*. Ebben törekünk igazán arra, hogy ez lehetőleg ne változon az egészséges kortársakhoz képest. Mindent meg kell teremteni ahoz, hogy az életmód kiegyensúlyozott, lehetőleg naponta azonos ritmusú legyen, de különösebb megerőltetés nélkül. Ez az a szegmense a cukorbeteg életének, ahol a tágabb környezete maximális segítséget tud a számára nyújtani!

A köztudatban a környezet számára a cukorbeteg gyermekkel kapcsolatos minden nemű háritó jellegű magatartáshoz az a túlzó/téves információ vezet, miszerint ők igen alacsony vércukorszint (hipoglikémia) miatt gyakran elveszítik az eszméletüket. Kétségtelen, hogy átlagosan 4-5 évente előfordulhat, de nem általánosan és rendszeresen jellemző e az állapot.

A cukorbeteg gyermek kezeléséhez, életvitelének optimalizálásához mindenki számára elengedhetetlen a *tanulás*. Ennek tartalmilag különböző mélységűnek kell lennie a szülő/gyermek, a tágabb család vagy a környezet részéről. Az érintettnek és szüleiknek minden tudniuk kell, mert ők kezelik a cukorbetegséget! Az egészségügyi ellátás „csak” mint szakmai tanácsadó testület áll a háttérben. De a kezelést a nap 24 órájában a szülő/gyermek végzi. Ez nem könnyű szolgálat! Ezért a környezet minden tagjának (rokonok, szomszédok, óvodai/iskolai személyzet!) elemi kötelessége, hogy bizonyos ismeretei legyenek a cukorbetegségről, amivel esetenként, találkozva a számára megtanított problémával, azokat oldani is tudja.

Nem kell tehát félni és felelősséget hárítani, ha diabéteszes gyermekkel kerül bárki is kapcsolatba. Szeretettel, józan ésszel, empátiával kell közelíteni feléjük, elfogadni őket, és törekedni a szakemberektről(!) megtanulható minél nagyobb tudás birtoklására, hogy ezzel is segítsük őket. Ők ugyanis minden megérdemlő, napi 5–7-szer vércukrot mérő, 3-4-szer inzulint adagoló, fegyelmezett élet-

re törekvő, és azt élő, kiemelkedően intelligens hősök.

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

1. Madarasi A: A légzőrendszer tünetei. In.: Ha beteg a gyerek. Tünetek és betegségek csecsemő- és gyermekkorban. (szerk: Blatniczky L) Anonymus Kiadó, Budapest, 2011
2. www.asztmasuli.hu
3. Halász P (szerk.): Epilepszia: ablak az agyra. Garbo Kiadó, Budapest, 2007
4. Altmann A: Az idegrendszer betegségei. I.: Ha beteg a gyerek. Tünetek és betegségek csecsemő- és gyermekkorban. (szerk.: Blatniczky L) Anonymus Kiadó, Budapest, 2011
5. Blatniczky L: Diabetes mellitus. In: Gyermekendokrinológia (szerk.: Péter Ferenc) Semmelweis Kiadó, Budapest, 2010
6. Blatniczky L: Fokozott folyadékforgalom, cukorbetegség. In: Ha beteg a gyerek. Tünetek és betegségek csecsemő- és gyermekkorban. (szerk.: Blatniczky L.) Anonymus Kiadó, Budapest, 2011

6. A SZEXUALITÁS KÉRDÉSEI



FORRAI JUDIT

FORRAI JUDIT DSc fogszakorvos, történész, új- és legújabbkori muzeológus, valamint a társadalomrvostan szakorvosa. Kutatási érdeklődése részben az orvostörténet, részben a szociális medicina, ezen belül a szexológia területe felé irányul. A Semmelweis Egyetem Népegészségtani Intézet habilitált docense. Az Orvostörténeti és A hátrányos helyzetűek egészségvédelme munkacsoport vezetője. 2011-től a WJLF egyetemi tanára, az MTA doktora. Oktatási és kutatási érdeklődése az orvostörténeti kutatásokon kívül a primer prevenciós tevékenység felé irányult, a hazai modern szexuális nevelés módszertanának kidolgozója, nemcsak a fiatalok, hanem a különböző hátrányosan élők (értelmi sérültek, kisebbségekben, állami gondoskodásban élők, prosztuáltak, melegek, romák) számára intézményes és civil formában.

- 6.1. A SZEXUÁLIS NEVELÉS CÉLJA**
- 6.2. ÉRZELMEK**
- 6.3. TESTI JELENSÉGEK**
- 6.4. FOGAMZÁS, TERHESSÉG, FOGAMZÁSGÁTLÁS**
- 6.5. A SZEXUÁLIS ÚTON TÖRTÉNŐ FERTŐZŐDÉSEKRŐL**
- 6.6. AGRESSZIÓ, ZAKLATÁS, ERŐSZAK, EMBERKERESKEDELEM**
 - 6.6.1. AGRESSZIÓ**
 - 6.6.2. ZAKLATÁS**
 - 6.6.3. ERŐSZAK/ABÚZUS**
 - 6.6.4. EMBERKERESKEDELEM**

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

6.1. A SZEXUÁLIS NEVELÉS CÉLJA

ASERDÜLŐK intenzív életének központjában nagy szerepet játszik a szexualitás, annak biológiai, érzelmi folyamata, ezen érzések tudomásulvétele, megértése, szocializációs kérdései. E témaival való tudatos, a serdülő személyét mélyen érintő jelenségekkel kötelessége foglalkoznia a szülőknek, pedagógusoknak, orvosoknak, és időben úgy választ adni, hogy

az megnyugtató legyen. Már rég túlléphetnén az álságos szeméremnek nevezett kényelmetlenségen, ami miatt nem tudunk őszintén beszélni a gyerekeinkkel és mások ránk bízott gyerekével úgy, hogy valóban felelős védelemben legyenek a tudás és információk birtokában.

A megfelelő életkorban megkezdett és a rendszerszinten folytatott felvilágosítás, a kellő tájékoztatás hozzásegít mindenkit a szexualitás, a családtervezés, a korszerű

fogamzásgátlási módszerek megismeréséhez, amelyek végeredményben a családok harmóniáját és a társadalom érdekeit egyaránt támogatni hivatottak.

A diákok nem egyforma háttérrel, tapasztalattal, erkölcsi értékrenddel érkeznek az iskolába. Hosszú évek oktatása alatt azt látjuk, hogy még mindig nem elég hangsúlyos a diákok önálló gondolkodásra készítése az iskolai oktatói munka során. Sok gyerek egyáltalán el sem kezdte az önreflexió megtanulását. Ezért szeretnénk a magánéettel kapcsolatos alapvető ismereteken kívül önbizalmat, önálló tudatos gondolkodást, mérlegelést, döntési képességet, attitűdfejlesztést elérni, hogy ráébresszük a diákokat: saját maguk döntenek a maguk életéről, testéről, szexuális akaratukról, önmaguk védelméről. Sose legyenek a tudatlanságuk miatt bárkinek áldozatai, ne kerüljenek olyan helyzetbe, amitől végervényesen megváltozhat az életük, pl. nem kívánt terhesség, nem betegség, szexuális erőszak, emberkereskedelem áldozatává ne váljanak, hanem boldog, kiegyensúlyozott leendő családi háttérrel éljék le az életüket, s adjanak majd új életeket kívánt és várt gyermeküknek.

6.2. ÉRZELMEK

A következőkben a legfontosabb érzelmeket, fogalmak, jelenségeket és cselekedetet mutatjuk be játékos formában, amelyeket az iskolai tanóra keretében lehet megvalósítani.

Közösen tisztázzák a következő fogalmakat, érzéseket:

Együtt járás. A partnerek közös megegyezésén alapuló egyenrangú kapcsolata. Ha egy férfi és egy nő már megismerkedtek, és tetszenek egymásnak, kapcsolat alakulhat ki közöttük. Egyre több időt kívánnak egy-

más társaságában eltölteni, egymás gondolataira, véleményére és a másik jelenlétére tartanak igényt. Szükség van a másik bizalmára, megértésére, szeretetére, véleményére. Az együtt járásnak nem kötelező része a fizikai (testi) kapcsolat. Az együtt járás gyakran szerelemmé is válhat.

Szerelem. A szerelem voltaképpen az agyban tudatosul. A képzeletbeli erotikávalóságos erogén zónája. Az agyban találhatók az érzéseket kiváltó központok. Ezek az érzések a következők: szexuális fantázia, álmodozás, szeretet, szerelem, élvezet, boldogság, hűség-hűtlenség, féltékenység, harag, félelem, szégyen, undor. A szerelem felfokozott érzés, erotikus szenvédély a másik iránt. Lényegesen különbözik a személyközi vonzalom más formáitól. A szerelem az ember legcsodálatosabb érzése. A szeretet és a szerelem rokon fogalmak, de a szerelmet a szexuális vonzódás teszi másá. Mindenki másképp fogalmazza meg ezt a különös, szinte leírhatatlan érzést.

A szerelem érzésébe beletartozik a kötődés, a gondoskodás vágya és a bizalom érzése egyaránt. Gyakran elvakult: olyan nem létező tulajdonságokkal ruházza fel a másikat, amilyennek látni szeretné, és nem veszi figyelembe a valóságot. A szerelem összetett érzés, motiváció, késztetés, amely a társa is hat. Ennek pszicho-neuro-fiziológiai következményeként megkezdődik a

- „szerelemdendorfinok” termelődése (boldogsághormonok: szerotonin, endorfin, oxitocin, dopamin),
- áthangolódnak a belső elválasztású mirigyeik.

A szerelem nincs tekintettel korra, nemre, társadalmi hierarchia-rendszerre, bőrszínre, nemzetiségre, vagyoni helyzetre, szociális státuszra sem. Elmúlásának ideje előre pon-

tosan nem mondható meg, olyan emberi érzellem, amely nem a résztvevők saját akaratán múlik, nem hozható akaratlagosan létre.

A szerelmi kapcsolatoknak meghatározott szakaszai vannak, amelyek az érzelmek különböző intenzitását jelentik az idő függvényében. A kimenetelét tekintve lehet állandó, de abba is maradhat lassan, vagy azonnal (egyéjszakás szerelem). Ennek megfelelően a szakaszok a következők lehetnek: vonzalom, építkezés, folytatódás, hanyatlás, befjezés.

Álmodozás. Az agyban fogalmazódik meg a vágy is, a másikkal való együttlét kívánása, a hiányérzet kielégítésére való törekvés és a nemi együttlét siettetése. Ha tetszik valaki és szerelmesek vagyunk, kívánjuk a vele való találkozást, a szoros együttlétet. Gondolatban elképzeljük, mit fogunk csinálni, milyen az arca, hogy beszél, milyen a szája, hogy csókol. A szexuális fantázia tudaton kívüli elemekből épül fel, és már gyermek-, illetve serdülőkorban elkezdődik. mindenkor hatalssal van az ábrándozás, bár nem egyformán éljük meg. Van, aki a fantáziát elnyomja, van, aki szabadon engedi; minden esetre a fantáziálás a belső egyensúly kialakításához segít hozzá, ezzel oldva szorongásainkat. Képzeltünkben olyan dolgok történnek, amelyeket csak szeretnénk, vagy végigjátszódik gondolatainkban minden, amitől félünk.

Mindenkinék a legteljesebb magánügye az, hogy mi játszódik le benne, ennek tiszteletben tartása bármelyikünk nézve kötelező.

6.3. TESTI JELENSÉGEK

Érintés

- A szeretet egyik legerősebb megnyilvánulása, amely legyőzi a gátlásokat és megerősíti a kapcsolatokat!

- Megváltoztatja a fizikai és érzelmi állapotunkat, és érzékenyebbre teszi az embereket a szeretetet!
- Meggyógyítja a testet és felmelegíti a szívet.

Próbálják a diákok körülírni a következő érzelmeket, fogalmakat: boldogság, hűsgyhűtlenség, féltékenység.

Erogén zónák. Azok a testrészek, amelyek érintése erotikus izgalmat, szexuális vágyat vált ki. Ez az ingerlés lehet simogatás, csókolgatás vagy valamelyen tárgyhoz való érintés. Erogén zónák főleg a testnyílások körül vannak, de a test bármely részén kialakulhatnak. Nagy szerepük van a szerelmi előjátékban, a pettingben, valamint az utójátékban.

Maszturbáció. Önkielégítés. Kézzel vagy valamelyen tárggyal a hímvessző, illetve a lányoknál a csíkló izgatása, dörzsölése. A pszichoszexuális fejlődés során a maszturbációt fontos szerepe van a saját test, a nemi izgalmak, az erogén zónák és az intenzív orgazmus elérésének megismérésében. A saját test reakcióinak ismerete nyomán jobban és hamarabb megtalálható a szexuális harmónia a párokcsatlanban, könnyebben elkerülhetők a kudarcok: a frigiditás vagy a korai magömlés. Régi hiedelmek szerint az önkielégítés bűn volt és betegséget okoz: kézszörösödéssel, gerincsorvadással, az agy elbutulásával jár. Attól – hogy bűnként tüntették fel az önkielégítést, illetve a büntetéstől való felelemről – szorongás és bűntudat alakult ki a fiatalokban, amelynek hatására a későbbi szexuális életükben zavarok léphettek fel.

Mivel a maszturbáció szexuális örömförrás, a szorongó, elhanyagolt gyerekek gyakrabban fordulhatnak ehhez az örö-

forráshoz. Természetes folyamat, hogy óvodáskorban és serdülőkorban, valamint időskorban ágyhoz kötötten gyakori tevékenységgé válik.

Csók. A szexuális aktus első lépése. A másik ajkát megéríntve bizalmas viszonyba kerülünk vele. Többféle csóktípus van. A kíváatos és sikeres, boldog csókolozás feltételei:

- a száj tisztán tartása,
- a fogak helyes ápolása, a rendszeres fogászati ellenőrzés,
- az üde lehelet, melyet gátolhat a fogazat vagy az íny valamilyen betegsége, gyomorpanasz, a dohányzás és az alkohol kellemetlen szaga.

Petting. Pettingnek nevezük a szexuális előjátékot, izgató simogatásokat, a másik testének megismerését nemi aktus nélkül. Az angol szó kedveskedést, simogatást, becázést, kényeztetést jelent. Nagy szerepe van a fiatalok életében. Fontos a másik testének fel-fedezése, izgatása főként akkor, ha az első aktus idejét még ki akarják tolni. Különösen ott válik fontossá, ahol családi, vallási vagy társadalmi igény a házasságig tartó szücség megőrzése.

A petting intim közeledés a másikhoz, de ugyanakkor segít elkerülni a nemi betegséget, fertőzéseket, oldja a kezdeti gátlásokat és szorongásokat. Olyan esetekben is jól alkalmazható, ahol a partnert előzőleg valamilyen insultus (erőszak, durvaság stb.) érte, ezzel lassan a szorongását, a gátlásait fel lehet oldani. A petting a szüles vagy nőgyógyászati műtét után is elősegíti a fájdalomtól való felelem megszűnését.

Orgazmus ugyanúgy kiváltható petting közben, mint az aktus alatt, sőt a lányoknál gyakrabban vezet orgazmushoz a csíkló kézzel való izgatása, a hímvessző által kiváltott hüvelyi izgalom helyett. Petting

közben a partner vérmérseklete szerint, kívánságának megfelelő ideig lehet izgatni az összes erogén zónát.

A szüzesség elvesztése. Mielőtt szexuális kapcsolatot létesítünk, fel kell tennünk magunknak és partnerünknek a következő kérdéseket:

- Szeretjük-e a másikat?
- Akarjuk-e a kapcsolatot, nem kényeszerből vagyunk-e együtt?
- Készek vagyunk-e a szexuális kapcsolatra?
- Gondoltunk-e a lehetséges következményekre (nem kívánt terhesség, betegségek)?
- Akarunk-e szülővé válni, elég érettek vagyunk-e, hogy anyává vagy apává váljunk?
- Ha nem akarunk szülővé válni, vagy bármilyen nemi betegséget kapni, mit teszünk annak megakadályozásának érdekében?

A szüzesség elvesztése minden férfi/fiú és nő/lány életében nagy esemény. Hosszú ideig készülnek rá, tele izgalommal, néha félelemmel és szorongással. Az első alkalom élménye örökre elkíséri az embert, ezért nagyon fontos, hogy kivel és milyen körülmények között történik.

Ha már jól ismeri a partnerét, megbízik benne, szereti, és már nem tudnak várni, megérett az idő arra, hogy az együttlét a szerelem természetes folytatása legyen. A félelem az ismeretlentől, a másik elfogadása, szégyenérzés, gyakorlatlanság stb. a szerelemben, érzelmi biztonságban jobban megosztható, és a szorongás feloldható a szerető másik féllel közösen.

Ilyenkor együtt kell megválasztani a helyet, az első alkalom idejét, hogy méltó és zavarmentes legyen (hazajönnek, benytnak,

csönégetnek stb.), és valóban csak egymás boldogságára, örömjére figyeljünk.

Az önkielégítés, majd később a petting jó előgyakorlat az első együttléthez. A szüzeség elvesztése akkor lesz igazán örömteli, nagy esemény, ha ismerjük saját testünket és a másik testét is, ha szerelemből és önszántukból, nem kényszer hatására, minden testi, lelki fenyítés és erőszak nélkül, szereettel, szerelemmel, vággyal lesznek a fiatalok egymáséi. A tudatlanság félelmet, szorongást okoz.

A lányok szüességének elvesztése vérzéssel járhat, de nem feltétlenül. Ennél gyakoribb kérdés a fájdalom. Az első együttlét problémája csak ritkán anatómiai okra vezethető vissza, főleg pszichés izgalommal, szorongással társul. Az erőszakos, durva, érzellementes behatolás nemcsak testi, de lelki fájdalmat is okoz. A fiúknál nem látványos a szüesség elvesztése. Fájdalmat akkor okozhat, ha a fityma nem húzódik fel teljesen, vagy alatta – helytelen tisztálkodás miatt – begyulladt a bőr.

6.4. FOGAMZÁS, TERHESSÉG, FOGAMZÁSGÁTLÁS

A fogamzás fázisairól itt most nem beszélünk részletesen, inkább csak a terhesség tüneteit emlíjük meg. Különböző tünetekből és gyanújelekből, azok megjelenésének időpontjából és jelentőségből a következők alapján lehet felismerni a terhességet:

- 1. Gyanújelek.** Általános, az egész szervezetre vonatkozó tünetek: émelygés, fáradtság, hányinger, fokozott alváskényeszer, érzékenység bizonyos szagokra
- 2. Valósínűségi jelek.** A nemi szervek terhességi változásaival állnak kapcsolatban: várt időben nem jön meg a menstruáció, duzzadtak a mellek.

Terhességi tesztek. A terhességet úgynevezett terhességi tesztel lehet kimutatni, a vérben és a vizeletben ugyanis megtalálható a terhességet kísérő humán koriongonadotropin (HCG) hormon. Különböző érzékenységű tesztek vannak forgalomban.

Fogamzásgátlás. *Mi a teendő a serdülőkorú terhességek megelőzését illetően?* E kérdéssel a nemzetközi és a hazai szakirodalmat tekintve azt tapasztaljuk, hogy komoly problémáról van szó.

A szakemberek általános véleménye, hogy a serdülőkori terhességek szempontjából másodlagos jelentősége van annak, hogy a serdülő hány éves korban kezd szexuális életet élni; meghatározó szerepe a védekezési magatartásnak van. Más szóval: a kockázati tényezőt nem a túl fiatalon megkezdett szexuális élet jelenti, hanem a serdülőnek a szexuális kapcsolat során tanúsított viselkedése, felelősségtudatának kialakulása a döntő. Gyakori, hogy a fogamzásgátló eszközökkel és azok alkalmazását nem ismerik, valamilyen ok miatt elutasítják, vagy nem megfelelően hatékony módszereket alkalmaznak. Fontos szerepe van a teherbe esés körülményeinek is, például buliban alkohol vagy kábítószer használata közben elveszíti az önkontrollját, nem a saját akaratából kerül szexuális kapcsolatba, hanem szerek hatására, esetleg erőszakkal.

A nem kívánt terhességek esetében a teherbe esések megelőzése érdekében segíteni kell kialakítani a serdülőkben a felelős magatartást, amely megóvja őket az érzelmi, lelki, fizikai ártalmaktól.

Sokfajta fogamzásgátló módszer létezik. A helyes módszer megválasztása függ a használó korától, egészségi állapotától, orvosa véleményétől, vallásától, az anyagi helyzetétől stb. A férfi spermium és a női pesszejt érését, kilökődését, egyesülését, vagy

a méh falába való beágazódást akadályozzák meg. A sokfajta fogamzásgátló szer közül egyik sem 100%-os biztonságú!

Bizonyos módszerek (mechanikus eszközök) nemcsak születésszabályozásra, hanem a szexuális úton terjedő betegségek elleni védelemre is szolgálnak.

A fogamzásgátlók típusai:

- hormontartalmú szerek,
- mechanikus eszközök használata,
- önmegfigyelésen alapuló természetes eljárások,
- orvosi beavatkozást igénylő módszerek.

A fogamzásgátló módszerek Pearl Indexe (minél kisebb az érték, annál nagyobb a hatékonyság)

100 nőnél 1 évig alkalmazott módszer	A módszer használatának 1 éve alatt terhessé vált nők száma
Nincs fogamzásgátlás	85
Megszakítás	35
Ritmus (naptári)	14–40
Ritmus (billings)	15,5–32
Spermicidek	5–20
Méhszájsapka (pesszárium)	7–11
Óvszer	3–4
Női óvszer	1–5
Pesszárium spermiciddel	2–3
Ritmus (hőmérőzés)	0,5–3
Injekció	0,03–2
Hormontartalmú IUD	0,05–0,1
Tabletta	0,1–0,5
Sterilizáció	0,1–0,3
IUD, méhen belüli fogamzásgátló eszköz	0

forrás: <http://www.szexualpsichologia.hu/reprodukcio.htm>

A FOGAMZÁSGÁTLÁS SZABÁLYAI

1. minden szer jobb az abortusznál, de egyik módszer sem 100%-os.
2. minden párnak a neki legmegfelelőbb módszert kell kiválasztani. A választást befolyásolja a(z): kor, egészségi állapot, meglévő betegségek, első születés előtti vagy utáni időről van-e szó, vallási hovatartozás, társadalmi szokások, szexuális szokások, együttlét gyakorisága.
3. A fogamzásgátló eszközökről a használóknak teljes ismerettel kell rendelkezniük!

Ne feledjük: az esemény utáni tabletta 72 órán belül hat. Szükség esetén minden nőgyógyász vagy családorvos felírja! (Az ügyeleti ambulanciákon ingyenesen kapható.)

6.5. A SZEXUÁLIS ÚTON TÖRTÉNŐ FERTŐZŐDÉSEKRŐL

Bizonyos betegségek csak szexuális együttlét útján adhatók át a partnernek: ezek a szexuális úton terjedő fertőzések (SzTF), más néven, szexuális úton terjedő betegségek (SzTB).

A nemi betegség szexuális érintkezés útján, a nemi szerveken keresztül terjedő fertőző betegség. A fertőzést baktériumok, gombák, vírusok okozzák. (Részletesen a különböző fertőzések és tünetei itt találhatóak meg: <http://www.springmed.hu/sex/korokozok-betegsegek.htm>)

Ma több mint 20-féle nemi betegséget tartanak nyilván. A nemi betegség mindkét nemnél előfordul. Ha a pár egyik tagja megkapja, a partnert is kezelni kell, mert a betegség pingpong módjára újra visszakapható, ha nem egyszerre kezelik.

A szexuális úton terjedő fertőzések megelőzésének általános szabályai:

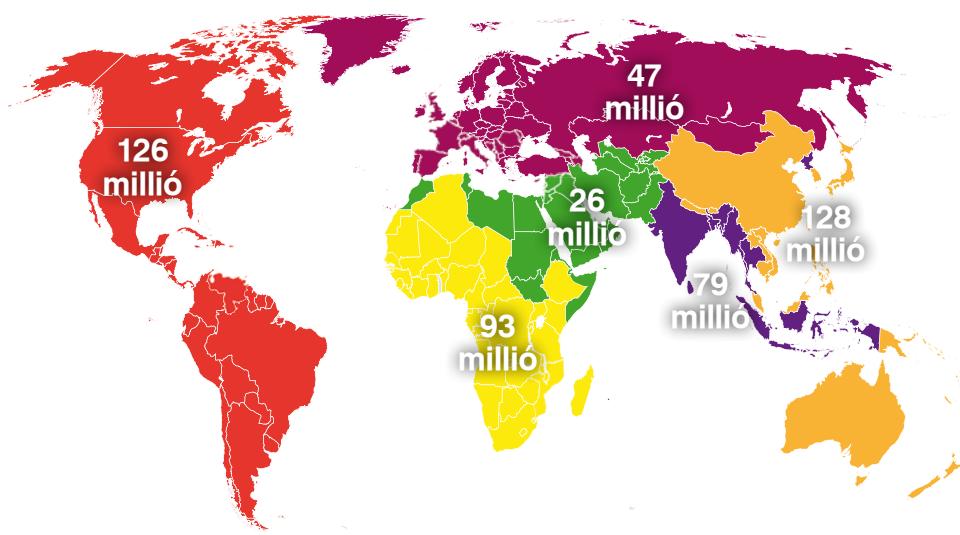
- Olyan fogamzásgátlót kell alkalmazni, amely akadálytípusú, vagyis óvszer.
- A hatékonysságot növeli, ha spermaölő szerekkel együtt használják.
- A szexuális partnerek számát csökkenetlen kell! Csak megbízható, hosszú távú kapcsolat előnyös.
- Az első gyanús jelnél orvoshoz kell fordulni.
- A hűség.

A szexuális úton terjedő fertőzések tipikus tünetei:

- hüvelyi folyás,
- fiúknál húgycsőből váladékozás,
- bőrön hólyagok, sebek, kiütések,
- vizeléskori fájdalom, viszketés,
- gyakori vizelési inger.

TÉNYEK

- Naponta 1 millió ember fertőződik nemi betegségekkel.
- Becslések szerint minden évben, 500 millió ember betegszik meg a 4 leggyakoribb nemi betegségen (chlamydiais, gonorrhoea, szifilisz és trichomoniasis).
- Több mint 530 millió ember fertőzött a nemi herpesszel (HSV-2).
- Több mint 290 millió nő fertőződik humán papillómavíussal (HPV).
- A legtöbb szexuális úton terjedő betegség tünetek nélkül van jelen. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>).



**6.1. ábra A WHO becsült adatai a leggyakoribb szexuális úton terjedő fertőzésekről, 2008.
(gonorrhoea, chlamydiais, szifilisz, trichomoniasis)**



WHO Amerikai Régió



WHO Nyugat-Csendes-óceáni Régió



WHO Afrikai Régió



WHO Kelet-Mediterrán Régió



WHO Délkelet-Ázsiai Régió



WHO Európai Régió

A legismertebb betegségek; a chlamydiasis, gonorrhoea, szifilisz, candidiasis, szemölcsök, HPV, genitális herpesz, hepatitis, HIV/AIDS.

Mindegyikre jellemző, hogy:

- ha nem kezelik a betegséget, akkor hosszú távon súlyos következményekkel lehet számlálni;
- többször is meg lehet kapni.

A szexuális úton terjedő fertőzések következményei (lehetnek):

- nehezebb fogamzás, meddőség,
- méhen kívüli terhesség,
- magzati betegségek.

KOCKÁZATCSÖKKENTŐ IRÁNYELVEK SZEXUÁLIS MAGATARTÁS TERÉN

1. Absztinencia, azaz senki ne kezdjen túl fiatalon, érzelmileg éretlenül nemi életet!
2. Ha már valaki szexuális életet él, akkor fontos, hogy:
 - törekedjen monogám kapcsolatra,
 - kölcsönös bizalom alakuljon ki a pártagjai között,
 - ismerje a gyakori partnercsere veszélyeit,
 - minden esetben használjon óvszert!
3. Nem lehet elég sokszor hangsúlyozni, hogy a szexualitás nem azonos a közösüléssel, vagyis a testi érintkezésnek vannak fokozatai (csók, simogatás, petting stb.), amelynek tudatos alkalmazása megóvja a fiatalokat a nem kívánt következményektől, és alkalmazásuk veszélytelen.

6.6. AGRESSZIÓ, ZAKLATÁS, ERŐSZAK, EMBERKERESKEDELEM

TÉNYEK

A WHO adatai szerint 2012-ben a becslések szerint 1,3 millió serdűlő meghalt. A vezető halálokok a kamások körében 2012-ben a következők voltak:

- közúti baleset
- HIV
- öngyilkosság
- alsó légúti fertőzések
- interperszonális erőszak
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/adolescence/en/

Adatok Magyarországon (2013):

- minden 5. nő olyan családban nőtt fel, ahol az apa verte az anyát.
- Magyarországon minden héten legalább 1 nőt meggyilkol férje vagy volt férje, élettársa vagy volt élettársa, barátja vagy volt barátja.
- A nők 23%-a élt át legalább valamilyen fizikai erőszakot jelenlegi vagy volt férfi partnere által. (Az adat konzervatív becslésű alsó érték.)
- A bántalmazást megélt nők 27%-a arról számol be, hogy partnere az erőszakkitörések során soha nem állt alkohol vagy drog hatása alatt.
- A párapcsolati erőszakot megélt nők más nőkhöz viszonyítva ötször nagyobb eséllyel esnek át vetélésen és abortuszon.

6.6.1. Aggresszió

Agresszió olyan viselkedést értünk, amely szándékosan sért egy másik embert. Fizikai vagy lelki szenvedést okoz, rombolja a környezet értékes tárgyait. Az elméletek egyik típusa szerint az agresszió velünk született ösztön. Olyan késztetés, ami mindenben megvan. Leggyakrabban olyankor jelenik meg, amikor egy személyt valami akadályozza célja elérésében. A keletkező indukció ilyenkor az illetőt arra készíti, hogy az őt korlátozó akadályt elpusztítsa.

A harag, a düh az agresszió megjelenése. Az agresszió a mimikában (kipirult arc, feszülő izmok, ökölbe szorult kéz stb.), s a szervezet működésében (magas vérnyomás, fokozott szívuműködés, gyomor-, bél tünetek stb.), a beszédben (nagyobb hangerő, sértő kifejezések, indulatszavak, káromkodás stb.) és a viselkedésben (verekedésben, törésben-zúzásban stb.) nyilvánulnak meg. A sértődékeny ember könnyen sérül, főként önértékelésében károsodik: gyakran kicsinyes, kórosan befelé fordulóvá válhat. Az irigység hasonlóan agresszív érzéseket válthat ki, gyakran torz látásmóddal párosul, túlértekelve a másik valós helyzetét.

Az erőszakos, agresszív magatartást fokozhatja az alkoholfogyasztás. Nagyon sok bűncselekmény elővetője alkoholos befolyásoltság alatt állt. Itt nem arról van szó, hogy az alkohol agresszióhoz vezetne, csupán arról, hogy az alkohol hatására oldódnak a gátlások, s az emberek olyan dolgokat is meg mernek tenni, amit egyébként elkerülnének.

Egyre inkább növekszik a világban a férfiak nőkön elkövetett erőszakos cselekmé-

nyeinek száma is. A legtöbb ilyen esetben a felek már ismerik egymást. Ezek az *első randevús megerőszakolások*. Háttérükben az áll, hogy a férfi partnerek nem hajlandók a *nem* szót komolyan venni. Sokan úgy gondolják, hogy a hagyományos női szerep szerint a nőknek ellen kell állniuk, viszont a férfiak feladata az, hogy kitartóak legyenek. Ez igaz is. Legjobb megelőzés, ha először megismered azt a férfit, aki vel intím helyzetbe kerülhet sz.

6.6.2. Zaklatás

A zaklatás nem kívánatos, sértő, tolakodó magatartás és minden van szexuális, faji, vallási, illetve testi-szellemi másság eleme. Erőteljes a fizikai elem: a kontaktus és a személyes tér vagy tulajdon megsértése. Azért irányul a célszemélyre, mert ő *valamilyen* (nő, fekete, rokkant stb.). Előírás, kiközösítés (diszkrimináció), erőszak, fenyegetés, agresszió alapján működik. Gyakori az interneten keresztüli zaklatás is.

A lelki erőszakot alkalmazók is mélyen előírásokat alkalmaznak, azonnal tisztaiban van ezzel a tényvel; aki ellen viszont lelki erőszakot alkalmaznak, sokszor hónapokig, sőt, évekig észre sem veszi. Eleinte hajlamos felülemelkedni ezen a tényen.

A magyar jogrendszer nem ismeri el a zaklatás fogalmát sem a nemek között, sem vallási, sem etnikai hovatartozás vonatkozásában.

6.6.3. Erőszak/abúzus

Az erőszak lehet lelki vagy fizikai. Lelki erőszaknak nevezük az egy vagy több célszeméllyel szembeni negatív, megfélemlítő, zsarnokoskodó magatartást. Beletartozik mások minden apróságba belekötő bírálata, mások értékeinek és elismerésének elutasítása, mások lejáratása.

A szexuális erőszakra jellemző a *beleegyezés hiánya*. A gyermek életkorától függően, a cél elérése érdekében először manipulálhatják a gyermeket. Ez az „udvarlás” szakasz, melyet az elkövető arra használ fel, hogy kiismerje áldozatát, mit szeret, mitől fél, így az ismeretek birtokában később ráveheti vagy kényszerítheti őt a szexuális kapcsolatra. Mindenképpen aszimmetrikus kapcsolatról van szó, amelynek alapja, hogy a felnőtt kihasználja áldozatát – a tapasztalat, a kor és az erőfölény segítségével – kifejezetten szexuális célra.

Az elkövető szinte minden esetben a *titkosság* megtartására kényszeríti a gyereket, hol fenyegetéssel, hol zsarolással.

Felmérések szerint a pedofilok áldozatainak 22%-a 7 év alatti és 40%-uk 7 és 12 év közötti.

**GYERMEK- ÉS SERDÜLŐPORNOGRÁFIA
ÉS AZ INTERNET. MIRE KELL KON-
CENTRÁLNI A FIGYELMÜNKT?**

Értelmetlen kérdés, hiszen mindenki tudjuk a választ: természetesen a gyermekáldozatokra. Ha azonban a gyermek nem panaszkodik, akkor az elkövetőt kell megtalálni, aki elvezet minket a gyermekhez. A gyermekpornográfia internetes megjelenésének jellemző tulajdonsága, hogy a fotó vagy az internet segítik az azonosítást.

6.6.4. Emberkereskedelem

Az erőszak egyik súlyos formája az emberkereskedelem. A prostitúcióból élők – mivel ez sokaknak hatalmas jövedelmet hozó „iparág” – kifinomult módszerekkel veszik rá a lányokat arra, hogy előbb-utóbb prostituáltak legyenek. Ezek a bekerítés és toborzás módszerei.

Felhasználnak munka- és házasságközvetítő szervezeteket, utazási irodákat, modelküngökségeket. A kapcsolatfelvétel az áldozatokkal újsághirdetéseken keresztül is történik, melyekben jól fizető külföldi munkahelyeket ígérnek, mint au-pair, pincérnői, ápolónői, háztartásvezetői, táncosnői, fotómodell, hostess stb. állások. Néhányan tudják, hogy a szexipar valamely területén kell dolgozniuk, az őket váró feltételekről azonban fogalmuk sincs. Még az is előfordul, hogy saját szüleik adják el a lányokat, vagy állami intézetekből idősebb kikerült diákok adják el sorstársaikat.

Miért a fiatalkorú az áldozat? A fiatal lányok könnyen válthatnak az emberkereskedők prédájává, mert a tizenéves lányokra, mint általában a serdülőkre, jellemző, hogy: kísérletezők, lázadók, érzékenyek, identitásukat keresik, családi kötelékük laza, kortársak hatása dominál, önálló egyénisége lassan alakul ki, függetlenségre vágnak, önellátók szeretnék lenni, keresettel, pénzzel, sok pénzzel akarnak rendelkezni, (negatív) önértékelési problémával küzdenek, hiszékenyek, nem gondolják végig a dolgokat, befolyásolhatóak, nem rendelkeznek kellő információkkal a minden nap élet területén, barát- és társkeresők, pályakeresők, érzelmi életük labilis.

Ezen kívül, sokkal kiszolgáltatottabbá válhatnak a fiatalok, ha veszélyeztetett környezetben élnek, vagy ha a következő

kockázatos magatartást folytatják, amelyek persze már tünetei is lehetnek egy előbbi traumának:

- alkoholfogyasztás: ettől önkontroll- vesztés jöhet létre,
- játékautomata-szenvedély,
- kábítószerezés,
- a nemi élet korai kezdése,
- promiskuitás,
- csellengés.

AZ ABÚZUS MEGELŐZÉSE

- A szexuális fejlődés természetével kell tisztába lenni,
- beszálni kell az erőszak természetéről,
- foglalkozni kell a különböző szexuális viselkedésekkel,
- erősíteni kell az önvédelem begyakorlását.

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

1. Barabás K–Forrai J: A szexualitás és a szülés orvosi antropológiája
2. Forgács J: A társas érintkezés pszichológiaja Gondolat Kiadó, Budapest, 1985
3. Forrai J: Párkapcsolat, szerelem, szex, család. Tankönyv diákok számára. Sex Educatio. Budapest, 2008
4. Lázár I–Pikó B (szerk.): Orvosi antropológia szerk.: Medicina. Budapest, 2012
5. Howitt D: Pornography and the pedophile: Is it crimonogenic? British Journal of Medical Psychology, 68 (1) 1995

7. ALVÁS ÉS EGÉSZSÉG



PUREBL György pszichiáter, pszichoterapeuta szakorvos. 1993-ban diplomázott a SOTE-n, 1993-1995 között a Jahn Ferenc Délpesti Kórházban dolgozott, majd 1995-től a Semmelweis Egyetem Magatartás-tudományi Intézetében, melynek jelenleg klinikai igazgatóhelyettese. Érdeklődési területei az alvászavarok, a pszichoszomatika, valamint a depresszió és az öngyilkosság-megelőzés. A Magyar Pszichiátriai Társaság megválasztott elnöke, a Közös Akció a Mentális Egészségért Európai Uniós program depresszió- és öngyilkosság-megelőzéséről felelős munkacsoporthoz vezetője.

PUREBL GYÖRGY

- 7.1. MENNYIRE HATÁROZZA MEG ALVÁSUNK EGÉSZSÉGÜNKET?**
- 7.2. AMIT AZ ALVÁSRÓL FELTÉTELÉNÜL TUDNI KELL**
- 7.3. TÉVWHITEK AZ ALVÁSSAL KAPCSOLATBAN**
- 7.4. MIT TEHETEK AZ ALVÁSOM JAVÍTÁSAÉRT? AZ ALVÁSHIGIÉNÉ**
- 7.5. ÉLETMÓDTÉNYEZŐK. TANÁCSOK AZ ÁLTALÁNOS ÉLETMÓDRA VONATKOZÓAN**
 - 7.5.1. ALVÁSJAVÍTÓ PRAKTIKÁK**
 - 7.5.2. TANÁCSOK IDŐSEBBEKNEK, A JÓ ALVÁS ÉRDEKÉBEN**
 - 7.5.3. MILYEN PANASZOK ESETÉN FORDULJAK ORVOSHOZ?**
- 7.6. HORKOLÁS, ALVÁSHOZ KÖTÖTT LÉGZÉSZAVAROK**
- 7.7. ALVÁSFÜGGŐ MOZGÁSZAVAROK**
- 7.8. PARASZOMNIÁK: FURCSA ALVÁS KÖZBENI VISELKEDÉSEK**

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

7.1. MENNYIRE HATÁROZZA MEG ALVÁSUNK EGÉSZSÉGÜNKET?

ELETÜNK valamivel kevesebb, mint egy-harmadát alvással töltjük, ami azt jelenti, hogy az alvás az egyik legfontosabb életfunkciónk. Tudjuk, hogy a szélsőségesen nagymértékű alvásmegvonás halálhoz vezet, és sajnos az emberiség történetében nem volt még olyan kultúra, amely az alvásmeg-

vonást ne használta volna fel más emberek megkínzására. A súlyos fokú alvásmegvonás tehát súlyos testi és lelki tünetekkel jár (anyagcsere felborulása, fertőzések iránti hajlam megnövekedése, hallucinációk, tévképzetek). De hogyan hat az egészségünkre az, ha „csak” rendszeresen nem alusszuk ki magunkat?

CAPUCCIO és munkatársai 27 nagy vizsgálat, és összesen 1 382 999 ember adatait elemezve azt találták, hogy a rendszeresen 5 óránál keveseb-

bet vagy 10 óránál többet alvók esetében a halálozás magasabb (a rendszeres alatt több évet kell érteni, az, ha valaki néha kevesebbet alszik, nem jár egészségkárosodással, sőt, mint a késsőbbiekben olvashatjuk, még hasznos is lehet). Mindez nem csak a kialvatlansággal járó balesetek okozta halálozás miatt van így.

A rendszeres alváshiány növeli többek közt az elhízás és a 2-es típusú cukorbetegség, valamint a depresszió kockázatát is – ezek a betegségek sajnos a 21. század legnagyobb népegészségügyi problémái közé tartoznak, és mind a kettő növeli a legtöbb áldozatot követelő szív- és érrendszeri betegségek gyakoriságát. A 10 óránál többet alvók körében pedig valószínűleg azért magasabb a kockázat, mert az alvásuk nem kielégítő minőségű (ezért is alszanak többet).

Az egészséges alvás tehát testi-lelki egészségünk megőrzésének az egyik legfontosabb záloga. De hogyan őrizzük meg egészségesen alvásunkat? Mielőtt ennek a részletezésébe belekezdenénk, nézzük először meg, milyen az egészséges alvás!

7.2. AMIT AZ ALVÁSRÓL FELTÉTELÉNÜL TUDNI KELL

Az egészséges alvás két legfontosabb összetevője a *mélyalvás* és az *álomlátó alvás* (az ilyenkor észlelhető gyors szemmozgások miatt *REM* alvásnak hívják, a gyors szemmozgások angol neve alapján). Ez a két összetevő ritmusosan ismétlődik az éjszaka során. Bár a tudomány még ma sem ismeri pontosan az alvás teljes szerepét a szervezet működésében, azt már tudjuk, hogy a mélyalvás nagyon fontos szerepet játszik a szervezet erőforrásainak újraképződésében, a regenerációban, a szervezet védekező rendszerének megfelelő működésében és

többek között a cukrok és zsírok anyagcseréjének szabályzásában is. Ezzel szemben az álomlátó alvásnak inkább pszichológiai feladatokat tulajdonítanak: ennek során raktározódnak el a memoriánkban a nap fontos eseményei, a tanultak, de az álomlátó alvás nagyon fontos az érzelmek szabályozásában és a stresszel való megküzdésben is.

Azt, hogy mennyi alvásra van szükségünk, számos dolog határozza meg. Nagyon fontosak a géneink – van, akiknek kevés, vannak, akiknek felnőttkorukra is több alvásra van szükségük. Ők nem is betegszenek meg a túl kevés, vagy a túl sok alvástól, de kevesen vannak, a legtöbb túl keveset vagy sokat alvó embernek általában valami gond van az alvásával, vagy az életkörülményei nem teszik lehetővé, hogy eleget aludjon. De többet alsunk olyankor is, ha lázas betegek vagyunk, vagy ha sokat kell tanulnunk (mint olvashattuk, az alvás a védekező rendszer működéséhez és a tanuláshoz is szükséges).

Európában az átlagos alvásidő 7 óra, ami azt jelenti, hogy a felnőttek többségének nincs 8 óra alvásra szüksége. Azt, hogy jelenlegi életszakaszunkban mennyi alvásra van szükségünk, elsősorban a nappali tüneteink mondják meg. Ha nappal fáradtak, kialvatlanoak vagyunk, az alvás kevés volt, és bármennyire is keveset aludtunk, ha nem vagyunk utána kialvatlanoak, akkor az alvásminőség elég volt. Az alvás hosszával sokkal fontosabb a *minősége*: a jó minőségű alvásból, sokkal kevesebb is elég!

Az alvást két dolog szabályozza, az egyik szabályzó maga az *alvás-ébrenlét ciklus*: ha sokáig nem alszunk, fáradtak leszünk, és elalszunk, majd ha már eleget aludtunk, felébredünk. De akkor hogyan lehetséges az, hogy sokszor fáradtak vagyunk, és mégsem tudunk aludni? Ennek az oka az, hogy az alvást egy másik folyamat, a *szervezet bioritmusa* is szabályozza, amelyben megvan az alvásnak

és az ébrenlétnek a konkrét időpontja. Hiába fekszünk le tehát fáradtan, ha a bioritmuskunk még nem tart az alvásnál, nem fogunk tudni elaludni, csak idegeskedünk miatta.

Bioritmusról egyébként a szervezet ritmusosan ismétlődő működéseinek összességét értjük. Bioritmus van a testhőmérsékletnek, az anyagcserének, számos hormon elválasztásának, illetve a hangulatnak, a figyelemnek és a teljesítőképességnek is. A ritmust négy dologgal lehet jól beszabályozni:

- a nappali fényben való szabad levegőn tartózkodással,
- a stressz megfelelő kezelésével és
- a jó társasággal (igen!), a megfelelő időben, rendszeresen nagyjából ugyanabban az időpontban elfogyasztott étkezésekkel, valamint
- a rendszeres testmozgással.

Az emberek egy része úgynevezett *kronotípusba* sorolható az alapján, hogy saját bioritmusa hogyan viszonyul a környezet ritmusához, vagyis hogy inkább reggel aktívak-e („pacsirták”) vagy inkább este („baglyok”). Az emberek nagyobb része azonban rugalmás kronotípusú, vagyis ritmusát rugalmasan képes a környezet elvárasaihoz igazítani.

7.3. TÉVHITEK AZ ALVÁSSAL KAPCSOLATBAN

8 óra munka, 8 óra pihenés, 8 óra szórakozás. Az európaiak átlagosan 7–7,5 órát alszanak, de ebbe az átlagba a csecsemőket és gyerekeket is bele számolták. A felnőtt emberek többségének nincs szüksége 8 óra alvásra! Olvashattuk korábban azt is, hogy az alvásidő nagyon egyéni, és változat a környezeti tényezők hatására. Nem érdemes tehát órákban gondolkognunk, sokkal fon-

tosabb az, hogy a nap nagy részében energikusnak és kipihentnek érezzük magunkat! Ha valaki rendszeresen 5 óránál kevesebbet vagy 10 óránál többet alszik, érdemes legalább egyszer orvossal konzultálnia, mert ennek hátterében valamilyen rejtett betegség is állhat.

Az éjfél előtti alvás a leghasznosabb. Ez az állítás pontosításra szorul: az éjfél előtti alvás nagyon hasznos lehet a pacsirta kronotípusú emberek számára. Bizonyára azonban minden olvasó ismer olyan bagoly krontípusú embert, aki egyszerűen nem tud éjfél előtt elaludni. Ez az állítás tehát nem igaz, és sok ember számára csak fölösleges aggódást okoz a saját alvásával kapcsolatban – az aggódás viszont tényleg ronthatja az alvásminőséget.

Az idősebbek keveset alszanak. Az idősebbek valóban alhatnak kevesebbet, ez azonban nem törvényszerű és nem is gyakori. Ha összeadjuk a 24 órás alvásmennyiséget, vagyis hozzáadjuk a nappali szunyókálásokat is az éjszakai alváshoz, akkor sok esetben az teljes alvásmennyiség nem változik. Ennél sokkal lényegesebb változások azonban tényleg bekövetkeznek az idősödéssel. A mélyalvás mennyiség már a felnőttkor elejtől csökken, és később, idősebb korban csökken az álomlátó (REM) alvásfázisok mennyisége is. Mind a mélyalvás, mind a REM-fázisok helyét a felszínes alvás veszi át. Azt, hogy miért következnek be ezek a változások, még nem tudjuk, az azonban biztos, hogy időskorban gyakoribbá válnak az alvászavarok. Ezeknek azonban az alvásban bekövetkezett változásokon kívül számos más oka is lehet: idősebb korban a bioritmus könnyebben megzavarodik, és gyakoribbá válnak az alvást (is) megzavaró betegségek.

Ha nem aludtam előző este jól, korábban kell lefeküdnöm. Ha egyébként nincs gond az alvásunkkal, lefekhetünk korábban, de gondoljunk arra, hogy a bioritmusunkban az alvásnak megvan a megfelelő helye (mégpedig a megszokott időpontban, később), ezért nem biztos, hogy el tudunk majd aludni. Ha pedig ezen elkezdünk idegeskedni, akkor annyira éberré tehetjük magunkat, hogy már a megszokott alvásidőnkben sem tudunk elaludni. minden, a megszokottól való eltérés megzavarhatja a bioritmust és az alvást is! Fiatalkorban ez ritkábban következik be, mert az alkalmazkodóképesség még sokkal rugalmasabb, idősebb korban azonban megnő a gyakorisága.

A kialvatlanságot napközben valahogy ellensúlyozni kell. Ha megengedhetjük magunknak, ne ellensúlyozzuk a kialvatlanságot, vagy legalábbis minél kevésbé! Ugyanis minél inkább fáradtak vagyunk napközben, annál nagyobb lesz következő este az alváskészítés, és így sokkal nagyobb az esélyünk is arra, hogy elaludunk! Ha viszont teszünk a kialvatlanságunk ellen (sok kávéval, teával, szunyókálással, pihengetéssel, vagy akár csak azzal, hogy aznap a megszokottnál kevesebb tevékenységet végzünk), biztosan csökkentjük az alváskészítést is, ráadásul a bioritmusunkat is felboríthatjuk, így aztán a következő éjszaka is nehézségeink lehetnek az elalvással – ez pedig nagyon könnyen az alvászavar tartóssá válásához vezethet.

Az elmaradt alvást pedig amúgy sem lehet pihengetéssel és energiatalokkal pótolni. Ha megtehetjük, inkább kerüljük ilyenkor a baleseti kockázattal járó helyzeteket (például ilyenkor ne menjünk autóval) vagy a nagy, tartós koncentrációt igénylő feladatokat, de az alváshiányt csak a lehető legkisebb mértékben ellensúlyozzuk.

7.4. MIT TEHETEK AZ ALVÁSOM JAVÍTÁSAÉRT? AZ ALVÁSHIGIÉNÉ

Láttuk, hogy az alvás nagyon erősen összefügg az életmóddal. Sajnos, emiatt, ha nem figyelünk oda, nagyon sokat ronthatunk rajta, viszont a jó hír az, hogy ugyanezen okból mi magunk is nagyon sokat tudunk tenni az alvásunk javításáért! Sőt, ha mi magunk nem teszünk érte semmit, az orvosi segítség is csak korlátozottan lesz eredményes, különösen hosszú távon.

Az életmóhoz kötött alvásjavító praktikákat nevezzük *alváshigiénének*. A következőkben azokat a legfontosabb alváshigiénés tanácsokat mutatjuk be, amelyek a legtöbb embernek beválnak.

7.5. ÉLETMÓDTÉNYEZŐK – TANÁCSOK AZ ÁLTALÁNOS ÉLETMÓDRA VONATKOZÓAN

1. Éljünk minél rendszeresebb életmódot! Ez lehet, hogy a mai hétköznapokban sokkal nehezebb, mint mondjuk ötven évvel ezelőtt volt, de törekedjünk rá! Ha már nem tudunk tenni, legalább igyekezzünk az étkezéseket (reggeli-ebéd-vacsora) nagyjából ugyanarra az időpontra időzíteni. Emlékezzünk, az étkezések rendszeressége segít beállítani a bioritmust!
2. Kerüljük a nappali lepihenést és szunyókálást, különösen ebéd és vacsora ELŐTT! Ez megzavarhatja a bioritmusunkat. Kivételt jelent az ebéd utáni pihenés vagy alvás (a szieszta), de tudomásul kell vennünk, hogy amennyit ilyenkor alszunk, annyival lesz kevesebb az éjszaki alvásunk.

3. Délután már kerüljük az élénkítő italokat és ételeket!
4. Ne együnk túl sokat és nehezeti elvás előtt. Ha nem tudjuk megoldani, hogy a főétkezésünk a vacsora legyen, költsük el minél korábban! Az is fontos, hogy éhesen se feküdjünk le! Ha pl. hatkor eszünk utoljára, de éjfélkor fekszünk le, a hatkor elfogyasztott ételeket érdemes egy nagyon könnyű utóvacsonyval kiegészíteni (pl. egy kis zöldség, gyümölcs, joghurt).
5. Kerüljük az alkoholt! Elaltat ugyan, de azután a szervezetben ébresztő hatású anyagokká alakul, és megzavarja az alvást. Természetesen az ajánlásoknak megfelelő egészen kicsi mennyiségek nem okoz ilyen hatást.
6. És a végére hagytuk a legfontosabban: A rendszeres testmozgás az egyik legnagyobb segítség az álmatlanság (és sok más betegség) leküzdésében! Érdemes persze nem a lefekvés előtti órákra időzíteni, mert akkor későbbre tolhatja az elvási időt.

7.5.1. Alvásjavító praktikák

1. Az ágyat csak alvásra és szerelemre használjuk. minden más tevékenységet (pihenés, olvasás, tévézés stb.) máshol végezzük, például egy fotelben.
2. Találjuk ki a számunkra legmegfelelőbb alvási környezetet! Ez mindenki számára más, különösen az, mennyi sötétet igényel éjszaka, és milyen hőmérsékletet tart optimálisan.
3. Alakitsunk ki lefekvési szokásokat (pl. mosdás-fogmosás-esti olvasás, nagyjából mindenkor ugyanakkor, ugyanabban a sorrendben).

4. Igyekezzünk legalább az elvás előtti félórában pihenni, kikapcsolni! Akár milyen nehéz napunk volt, az elvás előtti időszak már a saját igényeinkről szóljon! Érdemes persze az éberségi szintet emelő tevékenységeket (pl. izgalmas filmek, számítógépes játék) ilyenkor már kerülni!
5. Amennyiben az elvási helyzetben rendszeresen a gondjaink járnak a fejünkben, iktassunk be egy rövid délutáni időszakot, amikor pontról-pontra végiggondoljuk ezeket az aggodalmatokat, és kitaláljuk, mit tehetünk megoldásuk érdekében másnap. A lényeg az, hogy ezt ne elváskor tegyük.
6. Valamelyen relaxációs módszer (lézéskontroll, relaxáció, jóga stb.) meg tanulása rendkívül hasznos lehet alvási nehézségek esetén. Ugyanakkor fontos tudunk, hogy ezek önmagukban nem javítják jelentősen az alvást – ehhez ugyanis az életmódból változások is kellenek.
7. Ne nézegessük az órákat, ha nem tudunk elaludni, ettől inkább még idegesebbek leszünk, ami megint csak gátolja az elvást. Állítsuk be az ébresztőt, helyezzük el a hallótávolságon belül, de ne nézegessük!
8. Csak akkor feküdjünk le, ha álmossak (nem fáradtak!) vagyunk. Ne feküdjünk le csak azért, mert azt gondoljuk, hogy már aludnunk kéne! Ha bioritmuskban még nincs itt az ideje az alvásnak, úgyis hiába fekszünk le – ettől csak idegesebbek leszünk, így végül már akkor sem tudunk majd aludni, ha a ritmusunkban tényleg elérkezik az alvás ideje.
9. Ne hánynakolódjuk az ágyban! Ha rövid időn (kb. 20 percen belül) nem tudunk elaludni, keljünk fel, és csak akkor feküdjünk vissza, ha megint álmossnak (nem fáradtnak!) érezzük magunkat.

7.5.2. Tanácsok idősebbeknek, a jó alvás érdekében

1. A kornak és a képességeknek megfelelő testmozgás éppen olyan fontos, mint fiatalkorban!
2. A rendszeres napi életvitel ugyanakkor talán még fontosabb, mint fiatalabb korban, mert a bioritmust sokkal könnyebben zavarják meg külső tényezők.
3. Nagyon fontos a megfelelő mennyiségi fény! Menjünk szabad levegőre minden nap, különösen télen! Kinn a fényerő még a legborongósabb napon is sokszorosa a benti, mesterséges fénynek.
4. Igyekezzünk minél többet társaságban lenni! Emlékezzünk, a társas élet a biórítmus egyik legfontosabb szabályzója!
5. Orvosuktól kérdezzük meg, hogy az általunk szedett gyógyszerek nem rontják- e az alvásunkat, és ha igen, nem lehet-e valamilyen másik szerrel helyettesíteni!

Fontos! A fenti tanácsok nagyon sok embernek segítettek már, de nem biztos, hogy az olvasónak az összes beválik, hiszen mindenki más, és mások a körményei. A tanácsokat nem elég egyszer kipróbálni, sokszor nem használnak elsőre, de ha következetesen, legalább 3 hétag betartjuk őket, akkor kiderül, melyek válnak be nekünk, és melyek nem. Az biztos, hogy a fentiek többsége előbb-utóbb kifejt a hatását és pótolhatatlanul hasznossá válik, javítja az alvást és a napali teljesítőképességet is.

7.5.3. Milyen panaszok esetén forduljak orvoshoz?

Ha nem tudunk aludni, pedig van rá lehetségünk (*inszomnia*). Az inszomnia a leg-

gyakoribb alvászavar. Négy fő formája van: nem tudunk elaludni, az éjszakai felébredesek után – ez önmagában még nem baj – nem tudunk visszaaludni, kora reggeli ébredeés, visszaalvási képtelenséggel, illetve, ha egyszerűen az alvás nem kielégítő.

Az alvásával sok ember elégedetlen, de inszomniáról csak akkor beszélhetünk, ha az illető másnap fáradt, és kialvatlansági tünetek jellemzik: álmoság, ingerlékenység, hangulatzavar, koncentrációs zavar, megnőtt reakcióidő, több hibázás a napi tevékenységekben stb.

Az *inszomnia* a leggyakoribb orvosi panaszok egyike, és egyben a leggyakoribb alvászavar. A lakosság kb. 1/3-ának van az élete során legalább egyszer egy hónapnál hosszabban fennálló elalvási vagy átalvási zvara. Sajnos, mint láttuk, a hosszan fennálló alvási problémák károsan hatnak az egészségre.

Az inszomnia azért olyan gyakori, mert az alvást számos tényező zavarhatja. Ilyen tényező lehet a hétköznapi stressz, a rendszeresen életmód, a bioritmus felborulása. Ezekben kívül sajnos számos testi és lelki betegség is inszomniához vezethet, ilyenek lehetnek a depresszió, a szorongással járó betegségek, a magasvérnyomás-betegség, gyomorbetegség, fájdalom-zavarok, és még sorolhatnánk. Mint korábban olvashattuk, ez az egyik oka annak, hogy az inszomnia az idősek között gyakoribb.

Sajnos olvashattuk azt is, hogy nemcsak betegségek vezetnek inszomniához, hanem az inszomnia is növeli egyes betegségek kockázatát. Sok betegség esetén (pl. depresszió) ez igazi tyúk-tojás probléma (melyik volt előbb?). Mindezek miatt, ha egy hónap alatt nem műlnak el alvási panaszaink, mindenkiéppen fordulunk orvoshoz!

Sokszor tapasztalható, hogy az alvási panaszok akkor sem műlnak el, ha a kiváltó

okokat megszüntették. Ez általában akkor következik be, ha elkezdünk az alvásunk miatt aggódni, és ahogy az este közeledik, már azon rágódunk, hogy el tudunk-e aludni, és milyen problémákhöz vezethet, ha nem. Ez az idegeskedés gátolja az elalvást vagy a visszaalvást. Ráadásul az alvászavarosok olyan megoldásokkal is próbálkoznak, amelyekről azt gondolják, segít az alvásban vagy a kialvatlanság kontrolljában, pedig valójában tovább rontják a helyzetet: este már minden az ágyban csinálnak, nappal sokat pihengetnek (ezzel felborítják a cirkadián ritmusukat), vagy rengeteg kávét isznak (ami szintén gátolja az elalvást).

Az alvással kapcsolatos aggódások leküzdésében a pszichoterápiák egy speciális formája, a *kognitív viselkedésterápia* tud segíteni.

7.6. HORKOLÁS, ALVÁSHOZ KÖTÖTT LÉGZÉSZAVAROK

A *horkolás* az emberek legalább negyedét érintő probléma. Ilyenkor a levegő egy kicsit nehezebben jut be a légutakba, és ettől rezgnek be a garat szövetei. Ennek hétköznapi okai is lehetnek: nátha, allergia, túl száraz levegő, nagy, gyulladt mandulák (ezek főleg gyermekkorban) és így tovább. Azért érdemes odafigyelni a súlyosabb horkolásra, mert az *alvásfüggő légzészavarok* egy korai bevezető tünete lehet.

Mikor kérjük tehát ki az orvos tanácsát a horkolással kapcsolatban? Olyankor minden esetben, ha nappali fáradtság, a teljesítőképesség nappali csökkenése is fennáll (de azért akkor is érdemes, ha a hálótársunkat nagyon zavarja...).

Ha a kivizsgáláson kiderül, hogy a horkolás hátterében nem áll semmi, és ebből

a szempontból egészségesek vagyunk, akkor vásárolhatunk horkolásgátló eszközöket. Bár nagyon sok ilyet reklámoznak, azt, hogy melyiket vegyünk meg, előzetesen beszéljük meg szakemberrel, mert ő tudhatja, mi az, ami a mi problémánkban beválik, és mi az, ami nem, sőt esetleg káros is.

Az alvásfüggő légzészavarok súlyosabb állapotok, ilyenkor leggyakrabban a légutak éjszakai beszűkülése, sőt átmeneti elzáródása a probléma. Elalváskor a garatizmok elenyednek, a garat fala egyre lazább lesz, lelőg, és szűkíti a levegő útját. A tüdőbe nem jut elég levegő, oxigéniány alakul ki, ez kiváltja a szervezet vészreakcióját, és az illető ébredezni kezd. Mivel ébredezik, a garatizmok ismét megfeszülnek, a levegő útja újra szabad lesz, ezért visszaalszik, de az egész kezdődik előlről. Mindennek a következménye az lesz, hogy az illető mélyen sosem tud aludni (általában csak a szendergésig jut el), ezért másnap fáradt, aluszékony lesz.

Mit lát mindebből a külső szemlélő (mondjuk, a hálótárs)? Hangos, egyre erősödő horkolás kezdődik, majd egy hosszabb légzéskimaradás jöhét (ezt hívjuk *apnoénak*). Ezután egy felriadásszerű állapot következik, majd ismét beindul a horkolás, amit egy idő után ismét apnoé követ.

Az alvásfüggő légzészavarokat minden képpen ki kell vizsgálni és megfelelő módon kezelni! Ezek nemcsak kellemetlen, hanem veszélyes betegségek, növelik a szív-ér rendszeri betegségek kockázatát, és sajnos a szívritmuszavar valószínűségét is. Az alvásfüggő légzészavarban szenvedők számára számos hétköznapi gyógyszer (pl. altatók!) veszélyes lehet. Mivel sokszor az agy sem kap elég vér ilyenkor, károsodhatnak a gondolkodási működések is.

A kezelésben az életmódváltás, szükség szerint gégeszeti beavatkozás, illetve gyógyszeres terápia mellett döntő szerepe van

a légzéskönnyítő maszkoknak. Bár a maszk használata éjszaka elsőre kényelmetlennek tűnhet, egy súlyos apnoés számára a maszk azonban valóban sokszor a megváltás élénnyé válhat!

Fontos: mivel az altatók szedése ronthatja az apnoé tüneteit, ezért semmiképpen ne szedjünk ilyeneket, amíg orvossal nem beszéltünk!

7.7. ALVÁSFÜGGŐ MOZGÁS-ZAVAROK

Többféle, alváskor jelentkező mozgászavart ismerünk. Sokak számára ismert jelenség az *éjszakai fogcsikorgatás* (*bruxizmus*). Az éjszakai fogcsikorgatásnál a fogak védelmére fogvédőt érdemes hordani, illetve stresszcsökkentő módszereket tanulni – az éjszakai fogcsikorgatás gyakoriságát ugyanis a sok nappali stressz növelteheti.

Kevésbé gyakori, de annál kellemetlenebb a *nyugtalan láb szindróma*: ennek fennállásakor a lábakban nyugalmi helyzetben furcsa, kellemetlen érzések, esetleg fájdalom keletkeznek, amelyek csak a láb mozgatására múlnak el. Ez napközben kisebb problémát jelent, hiszen sokat mozgatjuk a lábunkat, éjszaka azonban a rossz érzéktől és a folyamatos mozgatási kényszertől nem tudunk aludni.

A *periodikus végtagmozgás zavar* esetén általában nincsenek kellemetlen érzések (bár lehetnek), a beteg végtagjai azonban rengeteget mozognak akaratlanul éjszaka,annyira, hogy zavarják a beteget és hálótársát az alvásban. Nagyon fontos tudnunk, hogy mindenkinél vannak alvás közben végtagmozgásai: egy kis mozgás, végtagrángás természetes – a periodikus végtagmozgás zavarban azonban ezek gyakoriak és erőteljesek.

Az alvásfüggő mozgászavarok – éppen úgy, mint az alvásfüggő mozgászavarok – kivizsgálást igényelnek. Mindkét betegségcsoport esetében *alváslaboratóriumi vizsgálatra* is szükség van.

7.8. PARASZOMNIÁK: ALVÁS KÖZBENI FURCSA VISELKEDÉSEK

Az alvás közbeni furcsa viselkedéseket összefoglaló néven *paraszomniáknak* nevezzük. Ezek, bár nagyon ijesztőek lehetnek, eleinte a beteg és környezete számára, néhány kivételtől eltekintve nem veszélyes betegségek, és sokszor maguktól elmúlnak.

A leggyakoribb ilyen jelenség az *alvás közbeni beszéd* (amely a hétköznapi szóhasználattal ellentétben nem az álomlátó REM fázisban, hanem a mélyalvásban történik), amely annyira gyakori, hogy nem is tartjuk betegségnak. Nagyon gyakori az alvajárás is, különösen gyerekkorban. Ez néhány ritka kivételtől eltekintve nem veszélyes betegség tünete, éppen ezért általában nem is igényel kezelést. Fiatal felnőttkorra az *alvajárás* gyakorisága fokozatosan csökken, és a tünetek is enyhülnek (az alvajárás gyakori alvás közti beszéddé „enyhülhet”), vagyis a legtöbben egyszerűen kinövik.

A közhiedelemmel ellentétben az alvajárás az esetek többségében nem veszélyes. Leggyakoribb a lakásban belüli bolyongás, pakolászás, rendrakás. A beteg ilyenkor alszik, és aztán reggel csodálkozik azon, miért ébred az ágya helyett egy fotelban, vagy azon tűnődik, ki rendezte át a szobáját. A hozzátarozóknak legtöbb esetben csak annyit teendőjük van, hogy az illetőt viszszafektetik az ágyába (amit az esetek 90%-ában az alvajáró hagy), lehetőleg úgy, hogy közben ne ébresszék fel.

Ritka esetben azért lehet veszélyes az alvajárás is (például ha valaki galérián alszik, vagy nyitogatja az ablakot, késeket, veszélyes eszközöket, vegyszereket pakolászik). Ilyenkor biztonságossá kell tenni a környezetet: az ablakokat zárhatóvá kell tenni, a veszélyes szereket vagy eszközöket, kulcsokat (beleértve az autókulcsot is) pedig el kell zárnai, bizonyos esetekben pedig gyógy-szeres kezelés is szükséges lehet. Az alvajárás gyakoriságát egyébként a szigorú napirend, a rendszeresség csökkenti.

Vannak esetek azonban, amikor az alvajárást is ki kell vizsgálni. mindenéppen ki kell vizsgálni, ha felnőttkorban jelentkezik, vagy ha a gyakorisága a kamaszkor végén inkább nő, mint csökken, valamint akkor, ha veszélyes vagy agresszív viselkedéssel társul. mindenéppen ki kell vizsgálni akkor is, ha minden éjjel ugyanaz a mozgássorozat történik (mintha a beteg egy robot volna éjjel, amit bekapcsolnak), ha légzéskihagyást, furcsa légzésritmust vagy fuldoklást észlelünk (ez lehet alvásfüggő légzészavar is).

Az alvajárásnak azonban van egy különösen veszélyes formája is, amely a többi alvajárással ellentétben álmódás közben jelentkezik, ezt REM viselkedészavarnak hívjuk (a REM alvásnak az álonlátó alvás-szakaszt nevezzük). Ez nagy, csapkodó mozgásokkal, esetleg ugrálással, rohangálással (és eleséssel), kiabálással és agresszív viselkedéssel járhat, a betegre, és a környezetére is veszélyes lehet. A többi alvajárásformával ellentétben ez legfőképpen idősebb korban jelentkezik, és mielőbbi kivizsgálást és kezelést igényel, mert más idegerendszeri betegség tünete is lehet.

Alvási terror zavar: rémülten ébredés álmok nélkül. Ebben az esetben a beteg rémülten (általában ordítva) ébred, látszik, hogy nagyon fél, majd lassan megnyugszik. Álomról általában nem tud beszámolni. Ez

is főleg gyermekkorban gyakori, bár ritkán felnőttkorban is előfordul, és ha gyakran ismétlődik, vagy erőszakos viselkedéssel társul, az alvajáráshoz hasonló módon kell kivizsgálni és kezelni (általában azonban ezt is kinövik).

Fontos még néhány szót ejtenünk a rém-álmokról is. Fontos, hogy általában gyakoribbak a negatív álomtartalmak, mint a pozitív, jó álmok. Rémálmokról akkor beszélünk, amikor kifejezetten ijesztő, kínzó álom jelentkezik (ilyen néha-néha minden-kivel előfordul), rémálom-zavarról pedig akkor, ha a rémálmok olyan gyakorivá válnak, hogy tönkreteszik az illető éjszakáit (az álmok kínzóak, gyakoriak az éjszakai felébredések, végül pedig a beteg már elaludni sem mer, annyira fél a rémálmoktól).

A rémálom-zavar hátterében az esetek feleben állhat valamilyen korábbi súlyos lelki megherhelés, negatív életesemény (ezeket traumáknak hívjuk) – ilyenkor poszttraumás rémálmokról beszélünk. A rémálom zavarok másik felében viszont semmilyen lelki probléma, trauma stb. nem tárható fel – ilyenkor nem tudjuk, mi a rémálmok oka az egyébként testileg-lelkileg egészséges emberekben, de rémálmokat okozhatnak egyes gyógyszerek is. A poszttraumás rémálmok kezelésében a megterhelő esemény feldolgozását kell támogatni, általában pszichoterápiával, ritkábban pszichoterápiával és gyógyszeres kezelés kombinálásával. Amikor a rémálmok mögött nem tárható fel trauma, a pszichoterápia a rémálmokkal való megbirkázást segíti.

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

1. W R Pigeon: Édes álom. A jó alvás kézikönyve. Sanoma Budapest Kiadói Rt., 2011
2. Purebl Gy: Te jól alszol? Mindennapi pszichológia kiskönyvtár. Media Connection, Budapest, 2014
3. Bódizs R: Alvás, álom, bioritmusok. Medicina, Budapest, 2002
4. Perlis ML, Jungquist C, Smith MT, Posner D: Cognitive behavioral treatment of insomnia. Springer NY, 2005
5. Novák M (szerk.): Az alvás- és ébrenlététi zavarok diagnosztikája és terápiája. Okker Kiadó, Budapest, 2000
6. Carney PR, Berry RB, Geyser JD (eds.): Clinical sleep disorders. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia, 2005

▲ VISSZA A TARTALOMJEGYZÉKRE ▲

▲ VISSZA A FEJEZETCÍMHEZ ▲

8. AMIT A VÉDŐOLTÁSOKRÓL FELTÉLENÜL TUDNI KELL



KULCSÁR ANDREA

KULCSÁR ANDREA infektológus, csecsemő-gyermekekgyógyász szakorvos, védőoltási szaktanácsadó. 1989-ben SOTE általános orvosi karán végzett. 1994-ben gyermekgyógyászatból, 1997-ben fertőzőgyógyászatból szakorvosi képesítést szerzett. Nemzetközi bizonyítványát vakcinológiából 2007-ben, utazás-orvostani képesítését 2010-ben kapta. 25 évet töltött el a Szent László kórház gyermekosztályán. Jelenleg az intézmény szakrendelőjében, az általa 13 éve vezetett védőoltási szakrendelő főorvosa. Feladata a súlyos alapbetegségekben szenvedő immunológiai sérült betegek immunizációja, az oltást követő nem kívánt események értékelése. A betegellátás mellett a szakmai és a laikus közönség oktatásában vesz részt előadásokkal, közleményekkel és elektronikus tanácsadáson keresztül.

- 8.1. BEVEZETÉS**
- 8.2. AZ EGYÉN ÉS A KÖZÖSSÉG VÉDELME**
- 8.3. HOGYAN HATNAK A KÓROKOZÓK ÉS A VÉDŐOLTÁSOK IMMUNRENDSZERÜNKRE?**
- 8.4. BETEGSÉGEK ÉS VÉDŐOLTÁSOK**

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

8.1. BEVEZETÉS

SZÜLKÉNT mindenkiünk számára rendkívül fontos a gyermekünk biztonsága. Ahol tudjuk, védelmezni próbáljuk őket. Gyermekünk születése előtt vásárolunk békörzöt, konnektorvédőt, órákat töltünk az által, hogy a legbiztonságosabb autósülést kiválasszuk, tudjuk melyik a legjobb fürdető. De vajon mit tudunk a betegségek megelőzéséről?

„Az 1990 óta a gyermekhalálozásban elérte 30%-os csökkenés több mint fele az immunizásnak köszönhető.” (Dr. MARGARET CHAN főigazgató, WHO)

A védőoltások saját sikereik igazi áldozatai, vagyis az oltások olyan hatékonyan elő-

zik meg a betegséget, hogy mostanában már egyre többekben felmerül, hogy egyáltalan szükségesek-e. A mai fiatal szülők legfeljebb nagyszüleik elbeszélésből ismerhetik a klasszikus járványok veszélyeit.

A védőoltásokról általánosságban elmondható, hogy súlyos, sok esetben életet veszélyeztető vagy maradandó fogyatékos-ságot okozó betegségek ellen biztosítanak védelmet.

A fertőzések megelőzésével elkerülhető a betegség okozta fájdalom, szenvedés, a szövődmények kezelése jelentette anyagi és idővesztését.

Az immunizációval (védőoltással kiváltott immunválasz) megakadályozható a fertő-

zés, a kórokozók terjedése, elérhető, hogy ha a fertőzés bekövetkezik, enyhe megbetegedés legyen. Célunk lehet hosszútávon egy fertőző betegség megszüntetése. A fekete himlő volt az első betegség, amely a védőoltás következtében eltűnt. 1979 óta egyetlen fekete himlő megbetegedés sem fordult elő a világon. A gyermeket nem kell többé fekete himlő ellen oltani. Védőoltásokkal csaknem az egész világon sikerült megszüntetni a járványos gyermekbénulást. Ma 5 millió olyan ember tud járni, akiket különben megbénított volna a poliovírus.

8.2. AZ EGYÉN ÉS A KÖZÖSSÉG VÉDELME

A védőoltások az egyén és a közösség védelmét egyaránt szolgálják. Amikor a populáció elegendő aránya rendelkezik védettséggel (*immunis*) egy fertőző betegséggel szemben (a védőoltás révén és/vagy egy korábbi fertőzést követően), valószínűtlenne válik a fertőzés emberről emberre történő terjedése. Így a nem oltott személyek (mint az újszülöttek és a krónikus betegek) is védettek bizonyos mértékig, mivel csekély a valószínűsége, hogy a betegség elterjed a közösségen.

Ezt nyájimmunitásnak nevezik. Védőoltási programmal, kötelező oltási renddel többek között a közösség védelmét, járványok megfékezését lehet elérni. Ha csökken az átoltottság (egy korosztályban oltottak száma), nő a megbetegedések száma, megjelenik egy eltűntnek hitt fertőzés. Ezt több esetben már sajnos megfigyelhettük, ezért kell folytatni a harcot „békéidőben” is a fertőzések ellen.

Az 1980-as évek végén a Szovjetunió korábbi tagállamaiban összeomlott a közegészségügyi rendszer. Ezt követően diftéria járvány ütötte fel a fejét, amelyben 150 ezren betegedtek meg, és 4 ezren haltak meg. A tömeges védőoltások végzésével végül megfékezték a járványt.

Európában most ismét jelen van a kanyaró vírusa, amely járványokat okoz. Sok országban az MMR (kanyaró-mumpsz-rubeola) oltóanyaggal történő átoltottság nem éri el az optimális szintet és az oltatlan gyermekek számának növekedése miatt kanyarójárványok alakultak ki. Azok, akik egyéni megfontolásból megtagadják gyermekük oltását – mondva, nincs betegség, és a többi gyerek úgyis bevan oltva – visszaélnek a gyermekükkel felelősséggel gondozó szülők, és az összefogó társadalom által létrejött optimális helyzettel. Egyben veszélyeztetik azokat a betegeket, akiknek oltása ellenjavallt, vagy életkoruk folytán még nem oltottak, mert a fertőzésre fogékonyak számát növelte szabad utat engednek a kórokozó terjedésének.

Ahogya a gyógyításban használt minden eszköznek és gyógyszernek biztonságosan kell gyógyulást eredményeznie, úgy a megelőzésben alkalmazott oltóanyagnak is biztonságosan kell hatékony védelmet biztosítania. Immunbiológiai készítményt csak akkor lehet forgalomba hozni, ha elegendő tudományos bizonyíték áll rendelkezésre, amely igazolja biztonságosságát, hatékony-ságát és megfelelő minőséget.

Az óvatosság elve alapján minden lehetséges emberi egészséget érintő kockázati tényező figyelembe kell venni. Nyilvánvaló kockázat nélkül, gyanú esetén is óvintézdesek történhetnek a nélkül, hogy megvár-nák, amíg nyilvánvalóvá válik a kockázatok valóságossága és súlyossága.

Erre jó példa a tiomerzál elhagyása az oltóanyagokból annak ellenére, hogy a tudományos adatok azt jeleztek, hogy ez a szakmai változtatás szükségtelen. Az oltóanyagokkal szembeni bizalom növelése elősegíti a teljesebb körű felhasználást.

8.3. HOGYAN HATNAK A KÓROKOZÓK ÉS A VÉDŐOLTÁSOK IMMUNRENDSZERÜNKRE?

Testünket – a higiéniás szabályok legalaposabb betartása mellett is – naponta bombázák a baktériumok, vírusok és más mikroorganizmusok. Amikor a szervezet találkozik egy kórokozóval, testünk védekező rendszere támadást intéz ellene. Ennek folyamán immunrendszerünk antitesteket termel a kórokozó antigénje ellen. Az antitestek felszámolják a kórokozót a szervezetben. Amikor a következőkben az antigénnel ismét találkozik az egyén, a keringő antitestek gyorsan felismerik és közömbösítik, felszámolják az antigént, mielőtt a betegség jelei kialakulnának. Ez az *immunitás*.

Védőoltás által kiváltott immunitás kialakulása során az antigén az oltóanyaggal jut be a szervezetbe. Lehet elő-gyengített, inaktivált-elölt kórokozó, vagy tartalmazhatja csak a baktérium vagy vírus bizonyos részét. Oltási betegség abban az esetben következhet be, ha legyengített elő kórokozót tartalmazó oltóanyagot alkalmazunk. Ilyen az MMR vagy a bárányhimplő elleni védőoltás. Az oltási betegség tünetileg enyhe fertőzsének felel meg, de nem fertőző állapot, a környezetre és az oltott gyermekekre nem jelent veszélyt, még terhesség esetén sem.

A vakcinával a szervezetbe juttatott hatóanyagok kölcsönhatásba kerülnek az immunrendszerrel, és a természetes fertőzés által kiváltott reakcióhoz hasonló immunválaszt eredményeznek a megbetegedés kockázata vagy potenciális szövődményei nélkül. Minél inkább hasonlít az oltóanyag és az általa kiváltott reakció a természetes betegségezhez, annál hatékonyabb lesz az immunválasz. Az immunválasz erőssége természetesen függ az oltott személy immunrendszerének állapotától is.

Passzív immunizálás során kész ellenanyagot (betegséget átvészelt egyének véréből kivont, tisztított) ellenanyagok alkalmazunk (hepatitisz B, tetanusz, bárányhimplő). Hatása általában csak néhány hétagig vagy hónapig tart, az ellenanyagok lebomlásáig. Passzív immunizálás történik, amikor a csecsemők az édesanyjuktól kapják a méhlepényen keresztül a védettséget az átjutó ellenanyagoknak köszönhetően.

A csecsemők számára a szoptatás számos előnnyel jár, és jól tudott, hogy erősíti a védőoltásokra adott immunválaszt, azonban az anyatej önmagában nem nyújt teljes védelmet a fertőzésekkel szemben. A védőoltások biztosította a védettség jó kezdet gyermekünk hosszú, egészséges életéhez. Védettség nélkül hagyni a gyermekinket valós és élethosszig tartó kockázat.

8.4. BETEGSÉGEK ÉS VÉDŐOLTÁSOK

Betegség	A betegség hatásai	A védőoltási reakció
Diftéria (torokgyík)	<ul style="list-style-type: none">■ Lepedékes torokgyulladás, légúti akadály, idegrendszeri érintettség, szívelégtelenség.■ 10%-ban halálos fertőzés.	<ul style="list-style-type: none">■ A csecsemők 20%-ánál helyi bőrpír, fájdalom.■ Kevesebb, mint 5%-nál láz (ritkán igen magas láz, lázgörcs) fokozott bőrpír és duzzanat a 4–6 éves korban adott emlékeztető oltásnál.

Betegség	A betegség hatásai	A védőoltási reakció
Pertussis (szamárköhögés)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 3–6 héti tartó súlyos köhögési rohamok, tüdőgyulladás, görcs-rohamok. ■ Agykárosodás, halál minden 400. csecsemőnél. ■ Az újszülöttek halálozási aránya nagy. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ A csecsemők 20%-ánál helyi bőrpír, fájdalom. ■ Kevesebb, mint 5%-nál láz (ritkán igen magas láz, lázgörcs) fokozott bőrpír és duzzanat a 4–6 éves korban adott emlékeztető oltásnál.
Tetanusz	<ul style="list-style-type: none"> ■ A toxinok az idegvégződésekre hatnak, fájdalmat okozva. ■ Magas halálozással jár. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ A csecsemők 20%-ánál helyi bőrpír, fájdalom. ■ Kevesebb, mint 5%-nál láz, fokozott bőrpír és duzzanat a 4–6 éves korban adott emlékeztető oltásnál. ■ A helyi bőrpír és érzékenység gyermekekben a felnőttkorban adott emlékeztető oltásnál.
Polio (járványos gyermekbénulás)	<ul style="list-style-type: none"> ■ A 100 fertőzött közül 1 esetben maradandó izombénulás. ■ Súlyos esetben halál. 	A védőoltás nem okoz megbetegedést.
Haemophilus influenzae b	<ul style="list-style-type: none"> ■ Az agyhártyagyulladás az esetek 5%-ában halált okoz, agykárosodáshoz és sükséghelyzethez vezet a gyógyultak 10–15%-ánál. ■ A gégefedor gyulladása fulladásveszélyteljesen jár. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ A csecsemők 20%-ánál helyi bőrpír, fájdalom. ■ Kevesebb, mint 5%-nál láz, fokozott bőrpír és duzzanat.
Morbilli (kanyaró)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Súlyos hörgthurut, magas láz, bőriütés 7–14 napig. ■ Halál: 1/1000 eset; agyvelőgyulladás: 1/1000 eset. 	A kombinált MMR vakcina (kanyaró-mumpsz-rózsahimlő) 5–10%-ban lázat okoz – kiütéssel vagy kiütés nélkül – 7–10 nappal az oltás után.
Mumpsz (fültörmi-rigyi-gyulladás)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Láz, duzzadt nyálmirigyek. ■ Agyvelőgyulladás: 1/200 eset; sükségszám: 1/200 000 eset. ■ Heregyulladás a serdülők 20%-ánál, esetleg sterilitás. 	Az oltás eredményeként enyhe lefolyású ún. oltási betegség alakulhat ki. 24 000 oltottból 1-nél alacsony vérlemezkeszám alakul ki.
Rubeola (rózsahimlő)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Láz, duzzadt nyiroksomók, kiütések. ■ A magzat súlyosan károsodik, ha az anya a várandóssága első 3 hónapjában fertőződik. 	Az oltás eredményeként enyhe lefolyású ún. oltási betegség alakulhat ki. 24 000 oltottból 1-nél alacsony vérlemezkeszám alakul ki.
Bárányhimlő	<ul style="list-style-type: none"> ■ Baktérium okozta felülfertőzés. ■ Véráramfertőzés. Gyermekkor stroke, látássérülés. ■ Az életkorral gyakoribb szervi elváltozások. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 7–10 nappal az oltás után láz +/- kiütés. ■ 50 000 oltottból egynek alacsony vérlemezke szám alakul ki. ■ Áttöréses, enyhe bárányhimlő.

Betegség	A betegség hatásai	A védőoltási reakció
Hepatitis B (fertőző máj-gyulladás)	Akut/krónikus májgyulladás formájában zajlik, májzsugor, májrák alakulhat ki.	Fájdalom és bőrpír az injekció helyén, láz, általános rossz közérzet.
Hepatitis A (fertőző máj-gyulladás)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Járányosan terjed főképp tünetmentes gyermekek között. ■ Felnőtteknél súlyos betegség, autoimmun folyamatok. ■ Terhesség alatt veszélyes. 	Fájdalom és bőrpír az injekció helyén, láz, általános rossz közérzet.
Gennyes agyhártyagyulladás (meningococcus)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Súlyos lefolyású betegség, 20%-ban halálos. ■ Súlyos maradványtűnetek. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Helyi pír, duzzanat és fájdalom az oltottak 15%-ánál. ■ Kevesebb, mint 5%-ban fejfájás, sírás, tarkókötöttség.
Invazív pneumococcusbetegség	Súlyos lefolyású betegség, közel 30%-ban halálos.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Helyi pír, duzzanat és fájdalom az oltottak 15%-ánál. ■ Kevesebb, mint 5%-ban fejfájás, sírás, tarkókötöttség.
Humán papillómavírus	Méhnyakrák, a nemi szervek rosszindulatú daganata, szemölcs.	Helyi pír, duzzanat és fájdalom az oltottak 15%-ánál.
Rotavírus	Súlyos, kiszáradáshoz vezető hányás, hasmenés.	Az oltást követő napokban enyhe hasmenés.

A védőoltással szerzett immunitásunk nem életre szóló, bizonyos fertőzések ellen felnőttkorban is szükséges védekezni. Részben az **egyéni védelem**, részben a **nyájvédelettség, fészekvédelem** (az újszülött környezetének védelme) érdekében. Megszokott, hogy utazás, foglalkozás miatt felnőtteket oltunk. Kevesen élnek a lehetőséggel, mert nem tudják, hogy tízévente javasolt tetanusz, szamárköhögés ellen emlékeztető oltást kapni. Sokan azt gondolják, ha gyermekkorban nem estek át bárányhimplón, nincs lehetőség már tudatosan megelőzni. Pedig mindenki által oltásra előnyt kell választani a súlyos lefolyású bárányhimplő helyett.

Serdülők és fiatal felnőttek védekezhetnek a humán papillómavírus ellen. A rendszeres nőgyógyászati szűrővizsgálat mellett a védőoltás tökéletesíti a rákos elfajulások megelő-

zését. Fiatal felnőtteink, kollégisták, egyetemi hallgatók a gennyes agyhártyagyulladás elleni védőoltás nélkül komoly veszélyben lehetnek, hiszen körükben a baktérium horodzása a legmagasabb, így a fertőzés esélye a legnagyobb.

Meg kell említeni az aktuális járványhelyzetet, amikor a potenciális kontaktok védőoltása májgyulladás ellen, influenza ellen a prevenció leghatékonyabb eszköze.

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

1. www.gyermekbetegsegek.hu
2. www.oltasbiztonsag.hu
3. www.facebook.com/vedooltas
4. www.vedooltas.blog.hu

9. AZ ŐSSEJTEK JELENE ÉS JÖVŐJE AZ EGÉSZSÉG SZOLGÁLATÁBAN



URBÁN VERONIKA az Eötvös Loránd Tudományegyetemen 1991-ben biológus oklevelet szerzett. 1999-től a Semmelweis Egyetem Egész-ségtudományi Kar Morfológiai és Fiziológiai Tanszékén dolgozik, 2014-től főiskolai tanárként. A PhD fokozatot a Semmelweis Egyetemen, Uher Ferenc témavezetésével szerezte, akinek tanítványnak 2004 óta őszejtbiolójával foglalkozik. Az Országos Vérellátó Szolgálat, az Egészsegtudományi Kar és a Chicagói Illinois Egyetem támogatásával 2011-ben az őszejtek epigenetikájának kutatásában vett részt Chicagóban.

URBÁN VERONIKA



UHER FERENC immunológus és őszejtbiológus. Diplomáját 1979-ben a budapesti Eötvös Loránd Tudományegyetem biológus szakán szerezte. A Magyar Tudományos Akadémia doktora, az ELTE habilitált egyetemi tanára. Hosszabb ideig dolgozott az ELTE Immunológiai Tanszékén, az Országos Haematológiai és Immunológiai Intézetben, valamint az Országos Vérellátó Szolgálat központjában. Jelenleg az OVSzK oktatási igazgatója. Fő érdeklődési területe a szöveti – elsősorban az emberi és az egér mezenchimális – őszejtek eredetének, differenciálódásának és immunszuppresszív aktivitásának vizsgálata.

UHER FERENC

- 9.1. DEFINÍCIÓ HELYETT: AZ ŐSSEJTSÉG SKÁLÁJA**
- 9.2. A HIVATALOS ŐSSEJT-MEGHATÁROZÁS**
- 9.3. A FEjlőDÉS ÁRA A BESZÜKÜLÉS: ELKÖTELEZŐDÉS ÉS DIFFERENCIÁLÓDÁS**
 - 9.3.1. AZ ÖRÖKSÉG ÉS A RÉSZBEN INTERAKTÍV „HASZNÁLATI UTASÍTÁS”: GENETIKA ÉS EPIGENETIKA**
 - 9.3.2. REJTETT (VÉSZ)TARTALÉKOK: SZÖVETI ŐSSEJTEK. NINCSEN ŐSSEJT NICHE NÉLKÜL**
- 9.4. FLIPPEREZÉS WADDINGTON VILÁGÁBAN**
 - 9.4.1. WADDINGTON EPIGENETIKAI TÁJKÉP MODELLJE**
 - 9.4.2. A HEGYRÓL A VÖLGYBE. AZ ÉLET ELSŐ NÉHÁNY SEJTJÉNEK ÍGÉRETE: IN VITRO EMBRIÓK ÉS EMBRIONÁLIS ŐSSEJTEK**
 - 9.4.3. A VÖLGYBÓL A HEGYRE. A VISSZAPROGRAMOZÁS ÚJTAI: KLÓNOZÁS ÉS GÉNBEVITEL**

- 9.5. A HEMATOPOETIKUS ŐSSEJT-TRANSZPLANTÁCIÓ. A HAZATALÁLÓ ŐSSEJTEK. EGY(ETLEN) RÉGÓTA MŰKÖDŐ ŐSSEJTERÁPIA LÉNYEGE**
- 9.6. FAGYASSZUNK, VAGY NE FAGYASSZUNK? BANKBETÉT VAGY KIDOBOTT PÉNZ AZ EL-TETT KÖLDÖKZSINÓRVÉR**
- 9.7. MIT ÍGÉR A JÖVŐ? ŐSSEJTKUTATÁS ÉS ŐSSEJTBIZNISZ**
 - 9.7.1. LABORATÓRIUMI, PREKLINIKAI, KLINIKAI VIZSGÁLATOK ÉS A TÖBBIEK**
 - 9.7.2. SZÍNES-VEGYES ŐSSEJTBIZNISZ: FEKETE DOBOZ ÉS ZSÁKBAMACSKA**
 - 9.7.3. A KÖZELJÖVŐ TERÁPIÁS SZEMPONTBÓL LEGIGÉRETESEBB ŐSSEJT TÍPUSA: MEZENCHIMÁLIS ŐSSEJTEK**
- 9.8. SZÖVETSZERKESZTŐK ÉS SZÖVETPRINTEREK
AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK**

9.1. DEFINÍCIÓ HELYETT: AZ ŐSSEJTSÉG SKÁLÁJA

Az Őssejtek mibenlétének és felhasználhatóságának kérdésköre majd 50 éves történet, mely az utóbbi 10–15 évben különösképpen borzolja a kedélyeket pró és kontra értelemben egyaránt. Sokat ígérnek, és ezt már valóra is váltottak ezek a sejtek. Ki ne hallott volna az 1960-as évek óta sikeresen folyó vérképző Őssejt-transzplantációkról? Korábban csontvelő-átültetésként hallhattuk híret, de lényegében ugyanarról a kezelésről van szó akkor is, ha a sejtek köldökzsínórvér eredetűek. Hányszor röppent fel a remény sosem látott gyógymódokat előrevetítő tudományos eredmények hallatán, az embrionális és más Őssejtekkel kapcsolatban? A remény nyomában árnýékként járnak az embriók felhasználásáról szóló parázs etikai viták. Sokakat elgondolkodtattnak, forgatókönyvírókat ihletnek meg a klínozási, fiatalítási ügykről, vagy az emberi szervek pótalkatrész-gyártásáról szóló elképzelések. És végül hányan botránkoztunk meg a beteg emberek utolsó reményével visszaélő, csalásnak bizonyult esetek hírének? De a minden napok dönt-

tései is rászorítanak bennünket az Őssejtekkel kapcsolatos állásfoglalásra. Nincs olyan gyermeket vállaló család, akit ne érintene a köldökzsínórvér lefagyaszthatásának kérdése. A mesterséges megtermékenyítésre válalkozóknak pedig gyakran döntenik kell beültetésre nem került embrióik sorsa felől.

Az Őssejtekkel kapcsolatos vélemények két szélsőséges álláspont között oszlanak meg. Sokan a Szent Grált látják az Őssejtekben: az örökhatalmáság, egészség, a remény, ha nem a halhatatlanság lehetőségét. A túlzott elvárásaik gyakran csalódáshoz vezetnek. Mások szinte ördögi dolognak állítják be az Őssejtekkel végzett kutatásokat, és gyógyító eljárásokat, holott azoknak vitathatatlan eredményei vannak. Viszonylag kevesen tájékozottak elég ahhoz, hogy ítéletüket tudományos érvekkel is alá tudják támasztani. Ezt megnehezíti, hogy gyakorta tapasztalható akár a különböző médiákban is alapvető tájékozatlanság abban a tekintetben, hogy mik is azok az Őssejtek, milyen típusaik vannak, mire használhatók jelenleg, és hol tart a tudomány az újabb terápiás lehetőségek kidolgozása terén.

Ebben a fejezetben közérthetően átkívánjuk tekinteni az Őssejtbiológia alapfogal-

mait, elért eredményeit és nyitott kérdéseit. Célunk eközben egy olyan közös fogalomtárt megalkotása is, mely kilép a szigorú tudományosság szűk köreiből, és akár családi, akár társadalmi méretű viták nyelvezetéhez szolgálhat alapul. Nem szeretnénk senkire ráérőltetni egy adott állásPontot az Őssejtes kutatások vagy terápiák egyetlen vonatkozássában sem, ehelyett csupán objektíven össz szeretnénk foglalni az elméleti és praktikus ismereteket.

9.2. A HIVATALOS ŐSSEJT-MEGHATÁROZÁS

Őssejtnek olyan sejtet nevezünk, amely osztódásai eredményeként többféle sejttípus kialakítására képes, miközben önmagát is fenn tudja tartani Őssejtként, tehát továbbra is magában hordozza a többféléség kialakításának lehetőségét a szervezet élete végeig. Ennek a két feltételnek csak úgy tud egy sejt megfelelni, ha osztódásainak legalább egy része nem szimmetrikus. Az *aszimmetrikus osztódás* képességét ezért hagyományosan Őssejt-tulajdonságnak tekintik.

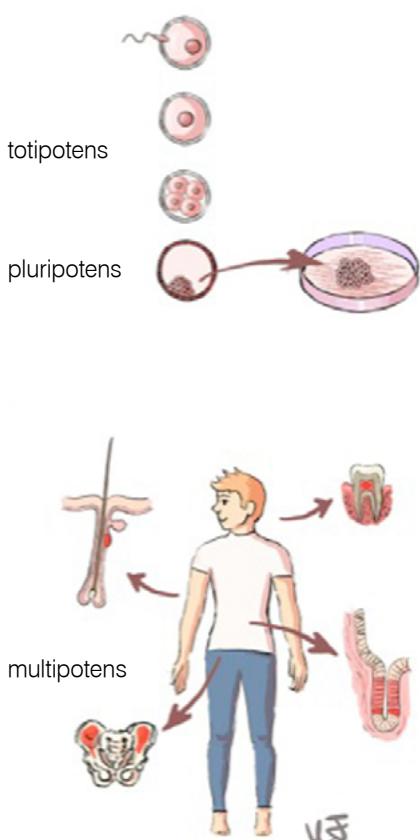
Alaposabban megvizsgálva, valójában fokozatokról van szó, így közelebb áll az igazsághoz, ha egy sejt „Őssejtségeként” mértékéről beszélünk. Egy sejt Őssejtsége annál nagyobb, minél többféle specializált sejtípust képes kialakítani, vagyis minél szélesebb a differenciációs potenciálja.

9.3. A FEJLŐDÉS ÁRA A BE-SZŰKÜLÉS: ELKÖTELEZŐDÉS ÉS DIFFERENCIÁLÓDÁS

Az egyedfejlődés elején a sejtek nagyon gyorsan osztódnak és építik fel a fejlődő

embriót, majd magzatot. Kezdetben differenciációs potenciáljuk is nagy: még sokféle jövő állhat utódaik előtt. Később elköteleződnek valamelyik sejttípus irányába, egyre specializáltabb leszármazottaik lesznek. Ahogy kialakítják a szöveteket és szerveket, lassan többségbe kerülnek a végsőkig specializált, ún. végdifferenciált sejtek, melyek jól körülírt alaki, strukturális és működésbeli jellemzőkkel, vagyis *fenotípussal* bírnak. Identitásukat – vagyis azt, hogy a sejt pl. zsírsejt, bőrsejt stb. – osztódásai során is megőrizik: csak önmagukhoz nagyon hasonló utódokat képesek létrehozni. A fejlődés tehát a sejtek öröklődő „valamilyennek válásának” irányába mutat. A sejtek differenciációs lehetőségei eközben fokozatosan beszűkülnek.

Életünk sejtjei egy „Őssejtségi skála” mentén sorba rakhatóak. A skála egyes állomásainak elnevezése csak megállapodás kérdése. Eszerint *totipotens* (totálisan potens: mindenre képes) a zigóta és első néhány utódsejtje, mert még mindegyikból külön egyed fejlődhet ki a magzati függelékekkel (méhlepény, magzatburok és köldökzsínór) együttermi. *Pluripotensek* a hólyagsíra (5-6 napos emberi embrió) belső sejtötömegének sejttei, mert belőlük a szervezet minden sejtípusa – több mint 200-féle sejt – létrejöhét, noha a magzati függelékek kialakítására már nem képesek. *Multipotensek* azok az ún. szöveti Őssejtek, melyek a nekik otthonát adó szövet sejtípusainak kialakítására képesek. Hárrom-, kettő-, egyfélé sejtípus kialakítására képesek a *tri-*, *di-* és az *unipotens* sejtek. A végdifferenciált sejtek Őssejtsége olyan mértékben közelít a zéróhoz, amennyire utódsejtjeik azonosak egymással és a kiindulási sejttel – tökéletesen szimmetrikus osztódás ugyanis csak elméletben létezik. Vítán felül nulla az Őssejtsége annak a sejtnek, amelyik nem osztódik többé: senki őse már nem lehet (9.1. ábra a következő oldalon).



9.1. ábra „Őssejtségi skála”

9.3.1. Az örökség és a részben interaktív „használati utasítás”: genetika és epigenetika

Egy ember egyedi genomja először a szülei ivarsejtjeinek egyesülésével áll össze, és a zigótától kezdődően valamennyi – a növekedés és fejlődés során létrejövő – testi sejtjébe belekerül. A DNS bázissorrendjében rejő genetikai tudásra ráíródó többlet-információ lesz az, amitől ez a tudás életre kel, ami a sejtek egyediségét hozza, és aminek jellemző sajátságai az őssejtséget

is meghatározzák. Ezt a többletinformációt, a genom feletti, ún. *epigenetikus információk* összességét, a sejt *epigenomjának* nevezük. A DNS, valamint az őt szervező és működtető molekulák összessége alakítja ki a sejtmag belső állományát, a *kromatinállományt*. Ebben több felület adódik arra, hogy az örökség (*genom*) mellé felíródjék a használati utasítás (*epigenom*).

Az epigenom apró molekuláris jelzések ből, utasításokból áll. Ezek lehetnek „*kikapcsolva*” jelentésű jelzések, melyek az érintett kromatinterület feltekeredését és besűrűsödését váltják ki. A gének itt fizikailag is elzáródnak, elcsendesednek. Vagy éppen ellenkezőleg: a „*bekapcsolva*” címke hatására kitekerednek, feltárulnak és hozzáférhetővé válnak gének az információ levéllegréйт felelős molekulák számára. A hozzáférhető információ fehérjék szintézisét indíthatja el, melyek meghatározzák a sejt fenotípusát.

Osztódáskor az utódsejtek kromatinjára automatikusan rákerül, tehát egy sejttípuson belül örökletes epigenetikai jelzések a sejt szintű emlékezés, a differenciálódás alapját képezik.

A címkézetlen vagy nem egyértelműen jelzett gének sorsába a környezetből jövő hatások még beleszólhatnak. Minél több a címkézetlen és a „*talán*” címkéjű gén, annál nyitottabb a változásokra a kromatin állomány, annál többféle funkciót elláthat potenciálisan a sejt, tehát annál nagyobb a differenciációs potenciálja. Mondanunk sem kell, hogy az őssejtség mértéke a kromatin nyitottságával arányos, a sejtek elköteleződésének irányára pedig attól függ, hogy mely területek sorsa dőlt már el, ill. melyek nyitottak még.

Az embrionális időszak pluripotens őssejteiben fehérjék egy csoportja, az ún. *pluripotencia faktorok* tartják fent az általánosan nyitott állapotot. Az epigenom ké-

sőbb elcsendesíti: megakadályozza képződésüket és teret ad a „valamilyenné válásnak”.

9.3.2. Rejtett (vész) tartalékok: szöveti őssejtek. Nincsen őssejt niche nélkül

Az egyes szervek zömében végdifferenciált sejtjei között életünk végéig található néhány kevessé differenciált, nyitottabb kromatin állományú sejt. Ezek a szöveti őssejtek, melyek a helyi sejtpótlásért felelősek és a regeneráció tartalékosai. A legismertebb példa, hogy a vörös csontvelő multipotens vérképző, idegen szóval *hematopoietikus őssejtei* (HSC: hematopoetic stem cell) képesek a vér valamennyi alakos elemének (fehérvérsejtek, vörösvérsejtek, vérlemezekék) a kialakítására, és ezáltal az elhasználódó sejtek folyamatos pótlására. Nagyobb vérzés esetén a vérnek mint szövetnek a regenerációja is elképzelhetetlen nélkülük. Hasonló pótól és regeneratív funkcióval bíró sejteket már csaknem valamennyi szervünkben leírtak.

Az egyes szövetek különböző irányokban elkötelezett, multipotens őssejteinek van pár közös vonása. Vigyáznak rájuk, és ők is vigyáznak magukra, nehogy elveszíték őssejtségüket! Az őket körülvevő sejtek és a sejtközötti tér szerves és szervetlen molekuláit létrehoznak egy olyan mikrokörnyezetet – az őssejt *niche-t* –, melynek üzenetei akadályozzák a differenciálódást.

Az őssejt niche békés rejtekében ifjan maradó őssejt még csak álmodozik a jövőjéről: génjei többségét fogékony, „talán” állapotban tartja az epigenomja, a *kromatin relative nyitott*. Nem, vagy alig osztódik, ameddig teheti. Ha viszont egyszerű elhasználódás vagy szövetkárosodás miatt sejthiány, vagy fokozott sejtigény lép fel a környezetükben, felébred-

nek Csipkerózsika-álmukból. Jellemző, hogy osztódáskor, egy, az őssejtekben fokozottan működő enzim (telomeráz) meggátolja, hogy elkopjon a kromoszómák vége (telomer), ami egy végdifferenciált sejtből az osztódások számával arányosan rövidülve jelzi, ha egy sejt felett elszállt az idő. Ráadásul aszimmetrikus osztódásai során az őssejtnek maradó utódsejtek, úgy tűnik, hajlamosabbak megőrizni az eredeti DNS-szálat, így elkerülve a másolási hibák egy részének bekerülését az őssejtkészletbe.

A másik utódsejt differenciálódásának közvetlen oka gyakran éppen az, hogy ki kerül a niche-ből, és az új környezet – az epigenom változásain keresztül – lezár és megnyit géneket. Ilyenkor hasonló történik velük, mint az egyedfejlődés során volt elköteleződéskor. Sokan úgy gondolják ezért, hogy a szöveti őssejtek tulajdonképpen olyan szunnyadó zárványok, mintegy „időkapszulák”, melyek, a méhen belüli élet óta megőrizték embrionális jellegüket. Az sem kizárt azonban, hogy az őssejt *niche* már a szöveti elköteleződés után alakult ki, hogy néhány már specializált sejtot visszatérítsen, visszaprogramozzon álmodozó tartalékosnak, „időgép”-ként visszavigye a saját múltjába.

Akár időkapszula, akár időgép az őssejt *niche*, test-szerte létezik, és szükség esetén ifjú sejtekkel járul hozzá szöveteink fentartásához, a sérvísek kijavításához. Nagyrészt ennek köszönhetjük hosszú életünket és számos felépülésünket a különböző szövetkárosodásokból. Sajnos azonban a regeneratív kapacitás véges. Az őssejtek is lasacsának megöregszenek, egyre inkább csak az eldifferenciálódott sejtek maradnak, és kimerül az őssejtkészlet. A többé-kevésbé eldifferenciálódott, de még osztódóképes sejtek is sokáig pótolhatják az elhasználódott sejteket. Ezek azonban hajlamosabbak a hibák felhalmozására. Gyakorta csúszik hiba

a sejtosztódás vezérlésébe: *daganatok* keletkezhetnek, vagy éppen sorvadás lép fel az idősödő szervezetben.

9.4. FLIPPEREZÉS WADDINGTON VILÁGÁBAN

9.4.1. Waddington epigenetikai tájkép modellje

Képzeljük el a kromatin állapotait egy hegyet ábrázoló térképen! Az egyes tereppontok a ki- és bekapcsolt gének minősége alapján meghatározott *epigenom* állapotot és az általa kialakított *fenotípust* képviselik, a magassági adatok a még nyitott gének számával arányosan emelkednek. A hegy tetején maga a zigóta trónol. Kicsit alatta a hólyagsíra belső sejtőmegének sejtjei ülnek egyformán pluripotensen. Utódaik több irányban szétgyűrülve indulnak az elköteleződés különböző irányait jelentő lankákon lefelé. Gurultukban egyre alacsonyabb potenciálú szintekre jutnak, hogy identitást nyerve megpihenjenek a génszabályozás szűk keretei között, a legmélyebb völgyek alján. A multipotens szöveti őssejtek *niche*-ükben rekednek a magasabb hegygerinceken, de holtunkiglan eredetik innen a völgyekbe utódaikat (9.2. ábra).

Ezt a sejt-sors lejöt - C. H. WADDINGTON modelljének, az *epigenetikai tájképnek* a mai ismeretekkel bővített változatát – a kutatók még tovább fejlesztették. A szervezetből ki-nyert sejtek sejttenyészettel flippereznek rajta. Egy részük a hegycsúc közeléből indulva igyekezik a kiszemelt völgybe bejárni a sejtjeit. Mások a völgyek aljából indulnak, és igyekeznek felpöckölni a sejteket akár egészen a „pluripotencia hágóig”, hogy onnan terelhessék őket a kívánt, új irányba.

Miért jó ez? A *sejterápia* célja a betegből hiányzó, vagy rosszul működő sejtek



9.2. ábra Waddington epigenetikai tájkép modellje

pótlására használható sejtek előállítása. Így pl. inzulin termelő sejteket adhatnának a diabetes mellitusban szenvedőknek, szív-izomsejteket szívizominfarktus után, dopamin termelő sejtekkel Parkinson-kórban, izomsejteket izomsorvadásban, új idegsejteket a gerincvelősérülteknek. A játék téje nagy: néhányak számára az élet elfogadható minősége, vagy maga az élet.

9.4.2. A hegyről a völgybe. Az élet első néhány sejtjének ígérete: *in vitro* embriák és embrionális őssejtek

A szöveti őssejteket igen nehéz megtalálni a végdifferenciált sejtek között, mert nem elsősorban fenotípusukban, hanem génszabályozásukban különböznek. A hólyagsíra

belső sejttömegének (ICM: inner cell mass) minden sejtje pluripotens őssejt! Itt nem kell válogatni az ocsút a búzától, minden sejt felelős részeket. Ha az ICM sejtek igényeit a tenyészítőedényben biztosítjuk, akkor gyakorlatilag korlátlanul tudnak osztódni és fennmaradni úgy, hogy az őssejtségüket is megőrzik. E mesterségesen tenyészteknek sejteit nevezzük *embrionális őssejteknek* (ES sejtek: embryonic stem cells).

Az első humán ES őssejtvonalat 1998-ban hozták létre (JAMES THOMSON és munkatársai) egy felajánlott hólyagsíra belső sejttömegéből. Nagy kihívás maradt a korlátlanul beazonosítani, majd *in vitro* is biztosítani azokat a külső, belső jelzéseket, melyekkel a sejtek az egyedfejlődés során találkoznak.

Azóta már nagyon sok minden megpróbáltak: minden ismert gombot megnyomtak azon a flippergépen, többféle sorrendben. Egyre pontosabban sikerül is imitálni a megcélzott sejttípushoz vezető fejlődési útvonalat, de több probléma is adódik.

A MEDDŐSÉG KEZELÉSÉRE KIFEJ- LESZTETT IN VITRO FERTILIZÁCIÓ (LOMBIKELJÁRÁS)

Lényege, hogy a megtermékenyítést tesztelik kívül bonyolítják, majd a fejlődésnek indult embriót beültetik az anyaméhbe. Ma már biztonsággal nevelik az embriókat, mesterséges körülmények között egészen hólyagsíra állapotig. Így a beültetéskor éppen a beágyazódáshoz optimális stádiumban lesz.

Általában legalább 4 embriót indítanak el az életre, de csak egyet, vagy kettőt ültetnek be végül. A többöt folyékony nitrogénben tárolják. Sok millió emberi embrió várhatja lefagyásztva a sorsát világszerte. Az embriók később is beültethetők, örökre adhatók, de a szülők fel is ajánlhatják azokat a tudomány céljaira.

A legfőbb gond, hogy az *in vitro* differenciáltatás sohasem maradéktalan. Bármennyire is hasonlít a készítmény a megcélzott sejttípusra, minden akad néhány kiválogathatatlan sejt, amely túlságosan embrionális jellegű marad. Ezek egy jellegzetes rosszindulatú daganatot, teratomát alakíthatnak ki. Ráadásul beültetés esetén az ES sejtekből létrehozott sejteket is érintené a szöveti összeférhetetlenség kérdése: a befogadó szervezet idegenként azonosíthatja és elpusztíthatja őket.

Az ES sejt kutatások e technikai nehézségek miatt jelenleg inkább az *in vitro* gyógyszer kipróbálásokhoz felhasználható tenyésztek, szövetek előállításának és egyes öröklétes betegségek tanulmányozásának irányában folynak.

Az ES sejtek vizsgálatával és felhasználásával kapcsolatban súlyos *etikai aggályok* is felmerülnek. Világnezzettől függően sokan gondolják úgy, hogy az emberi élet a megtermékenyítéskor kezdődik, így teljes jogú emberi személyeket pusztít el, aki ES sejtvonalakat hoz létre. Mások szerint ezek az embriók amúgy is veszendőbe mennének, ezért etikusabb, ha legalább a tudományt szolgálják és reményt adnak beteg embereknek. A dilemma megoldódását jelenti a végdifferenciált sejtek visszaprogramozása pluripotens állapotba.

9.4.3. A völgyből a hegyre. A visszaprogramozás útjai: klónozás és génbevitel

A kromatin nyitottságáért felelős epigenetikus információk egy része a sejmagon kívül is megtalálható. Ez a magyarázata, hogy ha áthelyezzük egy testi sejt

magját egy petesejt magjának a helyére, akkor az új közvetlen környezet képes lehet visszaforgatni az idő kerekét és elhitetni a maggal, hogy az induló élet első sejtjének a magja. A kifejlődő szervezet genomja azonos lesz a sejtmagdonor genomjával, vagyis bizonyos értelemben annak másolata, vagyis klónja lesz. *A sejtmagáthelyezés a klónozás alapja.* Az azonosság sohasem lesz teljes, hiszen nemcsak a citoplazma más, de a tárgabb környezet hatásai is eltérőek lesznek a fejlődés során.

Az első klón ebihalat (JOHN GURDON, 1962) számtalan más állat követte. A legemlékezetesebb az első emlős, Dolly, a klónozott bárány esete 1997-ben. Kísérleti és mezőgazdasági állatok sora követte őt: egér, nyúl, szarvasmarha, sertés, ló, juh, kecske klónozása is megtörtént. Jómódú gazdik „másoltathatják” kutyájukat, macskájukat. Az emlősök klónozása azonban igen alacsony hatásfokú, és az állatok viszonylag sok egészségügyi problémával küzdenek. Érthatő okokból az emberi reproduktív célú klónozás tilos, és ebben elég nagy az egyetértés szerte a világon.

Később azonosították azt a *minimálisan szükséges 4 pluripotencia faktort* (ld. előbb), melyek az ES sejtekben nyitva tartják a kromatint, sőt a differenciálódás során lezáródó területeket is képesek újra megnyitni. Ezek génjeivel lényegében „megfertőzték” a differenciált sejteket, pl. vírusokkal bejuttatva őket, és így sikerült pluripotenssé tenni őket (SHINYA YAMANAKA 2006). Ezek az *indukált pluripotens Őssejtek* vagy röviden *iPS sejtek* (iPS: induced pluripotent stem), melyek az embrionális Őssejtekhez hasonlóan használhatók kutatási célra. A személyre szabott terápia céljait szolgálhatja, ha beteg sejtjeiből nyert tenyészleteken próbálhatják ki a kockázatosabb gyógyszereket. A technika

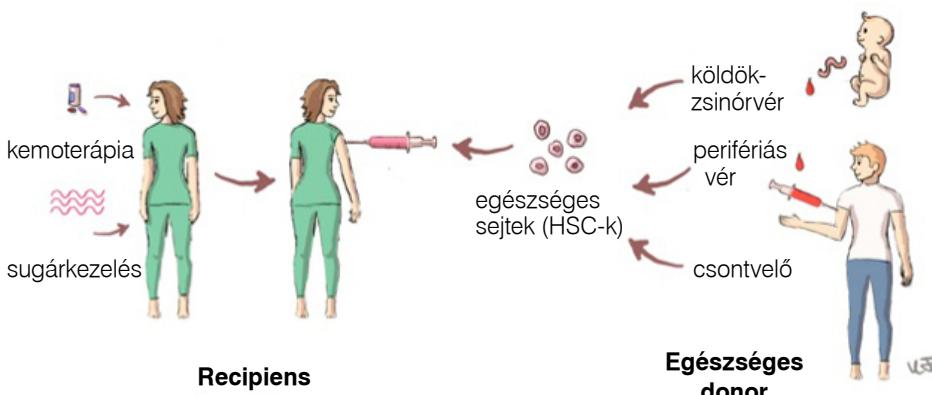
nagyon igéretes, de hatásfoka ennek is rendkívül alacsony. Problémát jelenthet a visszaprogramozó ágens eltávolítása, és továbbra is fennáll a teratomaképződés veszélye.

9.5. A HEMATOPOETIKUS ŐSSEJJTRANSZPLANTÁCIÓ. A HAZATALÁLÓ ŐSSEJTEK. EGY(ETLEN) RÉGÓTA MŰKÖDŐ ŐSSEJT-TERÁPIA LÉNYEGE

A vérképző Őssejtek (HSC-k) számára az Őssejtségüket fenntartó környezet (niche) a vörös csontvelőben található. A méhen belüli életben a májból, a véren keresztül települtek ide be, és később is hajlamosak „átsökdösní” a csontvelő/vér gáton, a keringő vérbe, majd vissza. Újszülöttök vérében még sok a keringő vérképző Őssejt. Szerencsére a HSC-k nem veszítenek Őssejtségükből a körutazás során, és amikor újra hazatalálnak (*homingnak*) a csontvelőbe, ugyanott folytatják vérképző és önenntartó osztódásaikat, ahol abbahagyták. Ez a kiutazási és visszatelepülési hajlandóság teszi lehetővé, hogy a véráramba kívülről beadott Őssejtekkel le lehessen cserélni a meghibásodott vérképzést. Ha egy rokontól, vagy immunológiai értelemben közel álló idegen donorból származnak az Őssejtek, akkor *allogén transzplantációról* beszélünk, míg *autológ transzplantációkor* a beteg egy korábbi időpontban levett saját sejtjeit adják vissza.

Allogén transzplantációt követően előfordulhat, hogy az újonnan kialakuló immunrendszer a befogadó szervezet ellen fordul. A többnyire kordában tartható betegség elnevezése: *GVHD* (graft versus host disease).

A HSC-keket három módon is ki lehet nyerni (9.3. ábra):



9.3. ábra A hematopoietikus Őssejtek transzplantációja. Az egészséges sejtek háromfélle módon nyerhetőek ki: csontvelőből, perifériás vérből és köldökzsinórverből

1. Régebben *csontvelő-transzplantáció*-nak is hívták a HSC-k beadását, mert teljes csontvelőből indultak ki. Még ma is gyakran a csípőlapát megszűrásával nyert csontvelőből izolálják a HSC-ket.
2. Gyógyszerekkel is mobilizálhatják a donor Őssejteit és így azok a vérből ki nyerhetőek.
3. Végül az újszülöttek vérében *keringő Őssejtek* is felhasználhatóak transzplantációra. A megszületéskor marad 90–110 ml vér a köldökzsinórban és a placentában, amit gyűjteni és tárolni lehet. Korábban ez mindig kidobásra került, ma már a szülések körülbelül 10%-ánál megőrzik.

A hematopoietikus Őssejjtranszplantáció során az egészséges sejtek beadása előtt a beteg csontvelőt *kemo-* vagy *sugárterápiával* csaknem teljesen el kell pusztítani. Erre a kondícionáló kezelésre azért is szükség van, hogy az új Őssejtek és a belőlük induló vérképzés elfoglalhassa a régi helyét és, hogy a régi immunrendszer sejtei ne pusztitsák el az újonnan érkezőket. Az új sejtek az intravénás beadást követően, a vérből

„homingolnak” az új szervezet csontvelejébe, ahol – mintha otthon lennének – folytatják a vérképzést. Elvileg egyetlen megtapadt HSC képes felépíteni a befogadó szervezet teljes vérképző rendszerét. A donor vérsejtei már az Őssejtek beadását követő harmadik héten megjelennek a befogadó vérében.

Vannak tehát olyan szerencsés helyzetű és tulajdonságú szöveti Őssejtjeink, melyeket viszonylag könnyű kinyerni és nem kell őket sehova sem pöckölgetni WADDINGTON tájképén, hogy felhasználhatók legyenek. Úgy jók, ahogy vannak, betalálnak a *niche*-be, és teszik a dolgukat.

A HSC-k képességei mai tudásunk szerint a vérképzés helyreállítására korlátozódnak, noha más regeneratív funkciót is tulajdonítanak nekik (ld. az Őssejtbizniszről írottakat).

1968 óta használják a HSC-ket transzplantációra (E. DONNALL THOMAS), a beavatkozások száma meghaladta az egymilliót. Számos veleszületett és szerzett, a vérképző rendszert érintő betegség (pl. leukémiák) – köztük több korábban gyógyíthatatlan – vált gyógyíthatóvá. Ezek a sejtek tehát kétség kívül értékesek, hiszen életet menthetnek. Jó

biztosítéknak tűnhet ezért eltetetni az újszülött köldökzsínórvérét. De valóban megéri?

9.6. FAGYASSZUNK, VAGY NE FAGYASSZUNK? BANKBETÉT, VAGY KIDOBOTT PÉNZ AZ ELTETT KÖLDÖKZSINÓRVÉR?

A köldökzsínórvér (KZSV) mint HSC-forrás, előnyökkel, de hátrányokkal is bír a másik két forráshoz képest. minden szüleškor adott, a levétel nem okozhat semmilyen károsozást. A fagyaszott sejtek hosszú ideig tárolhatóak és azonnal elérhetőek. Éretlenségük miatt allogén transzplantációkor is kisebb a GVHD valószínűsége és mértéke, ugyanezért viszont hosszabb a beteg immunhiányos álapota. Gyorsabban osztódnak ugyan, de soha nem képesek megfelelő erővel fellépni a kórokozókkal, vagy a saját rosszindulatú sejtekkel szemben, pl. a kondicionáló kezelést túlélte leukémia sejtekkel szemben sem. Hamarabb megjelenhetnek tehát a köldökzsínórvér eredő sejtek a recipiens vérében, mégis kissé nagyobb lehet az eredeti betegség visszatérésének, vagy az immunhiány okozta más szövődmények (fertőzések, daganatok) megjelenésének veszélye. A fagyaszta költséges, és sejtvesztéshez vezethet.

A sikeres transzplantációhoz szükséges Őssejtszám a beteg testsúlyával arányos, ezért egy minta átlagosan csak 10–12 éves korig használható fel. Az ilyen fiatal kor előtt megjelenő vérképzőrendszer érintő betegség pedig jó eséllyel öröklletes: a saját sejtek a betegség újból megjelenésének fokozott veszélyét hordozzák magukban. Autoimmun betegségekben segíthet az immunrendszer KZSV-ból indított „rebootolása”, de a kondicionáló kezelés mellékhatásait csak nagyon súlyos esetekben kockáztatják.

Több köldökzsínórvér egység együttes beadása segítség lehet a sejtszám korlátainak kivédésére, de ameddig a magánbankokban mindenki a sajátját fagyaszta, addig nem sok esély van több összeférhető minta egyidejű felhasználására.

A tudomány mai állása szerint a köldökzsínórvérben található egyéb Őssejtek (pl. endoteliális progenitorok) terapiás felhasználására nem találták még meg a módot. Ugyancsak kérdéses, hogy valaha felhasználhatóak lehetnek az olyan szintén lefagyasztható szövetek, mint a köldökzsínór, placenta, tejfog... Nem láthatunk a jövőbe, de pellanatnyilag a sejtek felhasználásának valószínűsége elenyésző ahhoz képest, hogy a tárolás mekkora anyagi terhet ró az egyes családokra. Az adott család anyagi helyzetétől is függ, hogy kinek mit jelent ez.

A sok ismeretlenes egyenlet megoldásaként 1991-ben New Yorkban létrehozták az első közösségi köldökzsínórvér-bankot. Mára már világszerte több mint 50 hasonló működik. Hazánkban is az jelenthetné a megoldást, ha egy ilyen, közösségi finanszírozású bankba minden szülés után automatikusan bekerülnének a minták, és bárki, aki rászorul, felhasználhatná azokat, még ha nem is a sajátja.

9.7. MIT ÍGÉR A JÖVŐ? ŐSSEJTKUTATÁS ÉS ŐSSEJTBIZNISZ

9.7.1. Laboratóriumi, preklinikai, klinikai vizsgálatok és a többiek

Amikor a jövőt latolgatjuk, el kell tudnunk különíteni, hogy a laboratóriumi *in vitro* kísérletek, a preklinikai állatkísérletek vagy a humán klinikai kipróbálások eredményeiről beszélünk-e. Mindezeket pedig kü-

lönösen fontos elhatárolni a tudományos megalapozottság nélkül folyó, *kereskedelmi jellegű „őszejterápiák”*-tól. Például, ha csontvelői sejtek egy preklinikai állatkísérletben segítették a cukorbeteg állatok inzulin-termelő sejtjéinek, vagy a bénult állatok idegsejtjeinek regenerációját, még közel sem biztos, hogy ezek a sejtek valaha is hozzásegíthetnek az emberi cukorbetegség, vagy a bénulások leküzdéséhez. *Etikálisan haszon-szerzési vágyból még csak sugallni is*, hogy csontvelői, vagy a köldökzsínórén eredetű sejtek beadása, vagy mobilizálása ilyen betegségek gyógyulásához vezet. Az őszejtekkel folyó klinikai vizsgálatok *java része még csak a biztonságosság tesztelésénél tart, a hatásosságuk még nem bizonyított.*

9.7.2. Színes-vegyes őszejtbiznisz: fekete doboz és zsákbamacskák

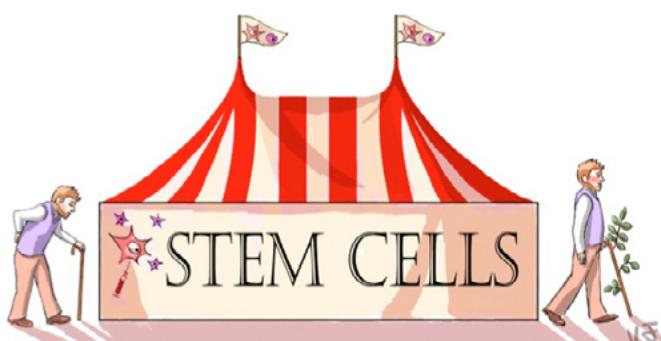
Az őszejtbiznisz virágzásnak indult, mit sem törődve holmi tudományos alapokkal. Számos „csodászer” és „csodaklinika” hirdeti magát gyógyulást ígérvé a hivatalos orvostudomány által gyógyíthatatlannak ítélt betegségekre. Még nagyobb üzlet az anti-ageing sejtterápia, hiszen ki szeret megöregedni?

A féleinformációk – megfelelő csoportosításban – a hiszékenység révén, sajnos készpénzre vált-hatóvá váltak. A legtöbb esetben saját csontvelői sejteket vesznek le és adnak vissza. Más-kor köldökzsínórén vagy köldökzsínórén eredetű őszejteket adnak. Az allogén sejtek gyakran ellenőrizhetetlen anamnézisű donortól

származnak, de nyúlból, birkából, sőt még cápából izolált őszejteket is használhatnak emberi „terápiára”. A sejtek valódi identitása „üzleti titok”, a beteg számára pedig zsákbamacskák.

A HSC transzplantációt megelőző kondicionáló kezelést szerencsére nem hajtják végre, úgyhogy a beadott sejtekkel a szervezet immunrendszerére vsz. hamar végez. A beadás előtt néha „megkezelik”, vagy „felszaporítják” az őszejteket, bár nem világos, hogy ez mit jelent. Ha van hatás, annak mechanizmusa is *fekete doboz*. Egyik-másik drága beavatkozás nem csak a beteg pénztárcáját veszélyeztetи, de akár ronthat is az állapotán.

Ritkán ugyan, de leírtak már tumorképződést és májgyulladást is, mint az „őszejterápia” szövődményét. A pozitív be-számolóknak viszont se szeri se száma... legalábbis az ebből élő magánklinikák honlapjain. Figyelembe véve, hogy általában kombinált kezeléseket alkalmaznak, nem szétválasztható, hogy pl. egy izomsorvadásos beteg izomerő-fokozódásban mérhető eredményei a gyógytornának, akupunktúrának, masszázsnak, vitamininjekciónak, pszichés tényezőknek, vagy valóban az őszejteknek köszönhetőek-e. *Semmi garancia*



9.4. ábra A „csodaklinikák” minden bajra gyógyírt igérnek. A bevezetetten terápiákkal szemben óvatosság indokolt

rá, hogy egy hasonló betegségen szenvedő ember hasonló eredményeket fog elérni.

9.7.3. A közeljövő terápiás szempontból legígéretesebb őszejt típusa: mezenchimális őszejtek

Ahogy az őszejterápia múltja egy szöveti őszejt típusban (a HSC-kben) gyökeredzik, úgy a közvetlen jövő is egy multipotens szöveti őszejt típusé, a mezenchimális őszejteké (MSC: mesenchymal stem cell). Számos *in vitro* és preklinikai kísérlet, és sok száz humán klinikai kipróbálás is folyik velük. Utóbbiakhoz bevizsgált donoroktól származó, standardizált körülmenyek között legyártott őszejtkészítményeket, hoznak forgalomba.

Az MSC-k kötőszöveti őszejtek, így csaknem minden szervből izolálhatóak. *In vitro* felszaporíthatók és sokáig őrzik szokatlanul nagy differenciációs potenciáljukat. Képesek nem csak zsír-, csont- és porcsejté differenciálódni a szervezeten kívül, de akár inzulintermelő vagy neuronjellegű sejté is alakíthatók a körülmenyek változtatásával.

Intravénás vagy lokális beadásuk után nem váltanak ki erős immunválaszt, de segítik a regenerációt, és csökkentik a gyulladást. Feltételezték, hogy a sejtek azokká a sejtekkel alakulnak, amelyeket pótolni kell a sérült szövetben. Később kiderült, hogy inkább a sérült szövetet magát veszik rá az öregenerációra. Ez akkor a legnyilvánvalóbb, amikor a keringésbe adott MSC-k el sem jutnak a javításra szoruló szövetbe, regeneratív hatásuk mégis érvényre jut.

Ennek hátterében lassan kirajzolódnak sokréti kölcsönhatásaiak az immunrendszer sejteivel. Csak most kezdenek világossá válni azok a kényes, sejtszintű együttműködések és átalakulások is, melyek lehetővé teszik, hogy

az idegen organizmusokat és meghibásodott saját sejteket pusztító immunsejt-beáramlás le tudja fékezni önmagát, majd helyreállító működések elindítására legyen alkalmas, amikor a közvetlen veszély elmúlt.

Az újabb bizonyítékok arra utalnak, hogy az MSC-k egyik eredendő funkciója, hogy segítsék az immunrendszer gyulladásos folyamatait átfordítani regenerációba, de ha nagy számban beadják őket terápiás céllal, akkor ez gyors, látványos javulást eredményezhet. Elősegítik azt is, hogy a funkcióképtelen hegszövet helyett inkább az eredeti struktúra álljon helyre a sérülés helyén.

Az MSC-k több GVHD-s esetben is életmentő módon képesek voltak a regeneráció útjára terelni az általánosan jelenlévő összeférhetetlenségi reakciókat. Azt is igazolták, hogy támogatják a HSC-k megtapadását és a csontvelő regenerációját transplantációban. Az egyik sejtgártó cégek már 2012-ben sikerült is egy MSC készítményt gyógyserként elfogadattni.

További preklinikai és klinikai kísérletekből kiderült, hogy számos más – közöttük autoimmun eredetű szövetkárosodásban (Crohn-szindróma, COPD, reumatoid arthritis, diabetes mellitus, sclerosis multiplex, miokardiális infarktus, traumás idegrendszeri sérülések stb.) is hatékonyak. Egyetlen érv ellenük, hogy a tumorok „regenerációját” is hasonlóan támogathatják, mint a normális szöveteket, így hosszú távon alkalmazva őket, növelhetik a tumorok fennmaradását és áttétkepzését.

9.8. SZÖVETSZERKESZTŐK ÉS SZÖVETPRINTEREK

A regeneratív gyógyítás nagy kihívása, hogy ne csak néhány sejttípust, de 3 dimenziós szöveteket, szerveket állítson elő *in vitro*. A biotechnológia ún. *bioreaktorokat* fejleszt,

ami képes a 3D-s struktúrákban szövetekké fejlődő sejtek számára oxigént és tápanyagokat biztosítani. A sejteket gyakran „álvványzatra” növesztik rá, melyek lehetnek szövetbarát anyagokból formázott mesterséges szerkezetek, vagy a szervek olyan *sejtmentesített* vázai (rostjai), melyek halott do-norból származnak és a beteg saját sejtjeivel futtatják be őket.

A „pótalkatrészgyártás” még közel sem rutinszerű, de rendkívüli ütemben fejlődik. Beültetésre került például egy sejtmentesített légszívázra, autológ MSC-kból képzett porcsejtekből álló „légszív”, egy asszonyba, akit különben tbc-je, légutelzáródás miatt, lassú halára ítélt volna.

Fejlesztés alatt áll az MSC-kból *in vitro* vágászerkezetekre növesztett, ízületekbe ültethető porc. Működőképes húgyhólyagot is készítettek. Bőr őssejteket génkezelve egészséges bőrt növesztettek egy öröklletes bőrléziókkal küzdő beteg lábára. A tökéletesedő bőrpótlások égési sérülteknek is reményt jelentenek. Pluripotens (ES vagy iPS) sejtekből készítettek már kicsiny vesét, szívet, de még almamag nagyságú agyat is. Ezek egyáltalán nem beültethetők, kutatásokra azonban kiválóak. Érdekes fejlesztés a szövetprinter, mely olyan 3D-s printerként működik, melynek patronjaiban a különböző sejttípusok szuszpenziói vannak „szövetnyomtatáskor” megszilárduló ragasztófolyadékban.

Az őssejtek a gyógyításban – legalábbis a vérképzés területén – már bizonyítottak. Sok munka, ígéret és lehezőség van bennük, de a türelmetlenség, tájékozatlanság és a haszonszerzési vágy sokat árt a területnek. Adnunk kell még legalább 10 évet az őssejteknek ahhoz, hogy új, biztonságos és tudományos megalapozott terápiákban váljanak rutinszerűen alkalmazhatóvá.

A szöveti őssejtek kinyerhetőek magából a betegből, így kilökődés nem fenyeget, és a tumorképződés veszélye is elenyésző,

ezért még akkor is alkalmasabbnak tűnnek a mielőbbi terápiás felhasználásra, ha a pluripotens sejtekre vonatkozó etikai aggályokat az iPS sejtekkel sikerül kivédeni. Ezért tehát a szöveti őssejtekben (különösen az MSC-ken) alapuló *sejterápiák* terén, az élet minőségének a javításában várhatóak a leghamarabb eredmények.

A fejezetben található rajzokat Kiss Judit készítette.

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

1. Tee WW, Reinberg D. Chromatin features and the epigenetic regulation of pluripotency states in ESCs. Development. 2014;141:2376-2390.
2. Tabar V, Studer L. Pluripotent stem cells in regenerative medicine: challenges and recent progress. Nat Rev Genet. 2014;15:82-92.
3. Scadden DT. Nice neighborhood: emerging concepts of the stem cell niche. Cell. 2014;157:41-50.
4. Eguzabal C, Montserrat N, Veiga A, Izpisua Belmonte JC. Dedifferentiation, transdifferentiation, and reprogramming: future directions in regenerative medicine. Semin Reprod Med. 2013;31:82-94.
5. Lancaster MA, Knoblich JA. Organogenesis in a dish: modeling development and disease using organoid technologies. Science. 2014;345:1247125.
6. Behrens A, van Deursen JM, Rudolph KL, Schumacher B. Impact of genomic damage and ageing on stem cell function. Nat Cell Biol. 2014;16:201-207.
7. Christine Mummery, Sir Ian Wilmut, Anja van de Stolpe and Bernard Roelen:

- Stem Cells Scientific Facts and Fiction
ISBN: 978-0-12-381535-4
8. Anthony Atala, Robert Lanza, James A. Thomson and Robert M. Nerem: Principles of Regenerative Medicine ISBN: 978-0-12-381422-7
9. Robert Lanza, John Gearhart, Brigid Hogan, Douglas Melton, Roger Pedersen, E. Donnall Thomas, James Thomson and Sir Ian Wilmut: Essentials of Stem Cell Biology ISBN: 978-0-12-374729-7
10. International Society for Stem Cell Research (ISSCR): www.isscr.org
11. EuroStemCell: www.eurostemcell.org

▲ VISSZA A TARTALOMJEGYZÉKRE ▲

▲ VISSZA A FEJEZETCÍMHEZ ▲

JOG ÉS SZOCIOLÓGIA AZ EGÉSZSÉG TÜKRÉBEN

10. „BETEG-JOGOK”



FEITH HELGA JUDIT

Egerben születtettem, az általános és középiskolai tanulmányaimat a szülővárosomban folytattam. 1995-ben történelem szakos középiskolai tanári és szociológus előadói, majd 2002-ben jogász végzettséget szereztem a József Attila Tudományegyetemen.

Szakmai pályámat a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karán kezdtem, majd a Budapestre költözésemet követően a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán folytattam, ahol jelenleg a Társadalomtudományi Tanszéket vezetem. Négy gyermek édesanya vagyok.

FEITH HELGA JUDIT

10.1. EGÉSZSÉG ÉS BETEGSÉG A TRADICIONÁLIS ÉS A MODERN TÁRSADALMAKBAN, EGÉSZSÉGÜGYI TÁRSADALMI NORMÁK VÁLTOZÁSAI A RÉGMÚLT TÖL NAPJAINKIG

10.2. A BETEGEK JOGI HELYZETE A HATÁLYOS EGÉSZSÉGÜGYI TÖRVÉNY ÉS A MINDENNAPOS JOGKYAKORLAT ALAPJÁN

10.3. SPECIÁLIS HELYZETŰ BETEGEK AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSBAN MEGJELENŐ MINDENNAPI JOGKYAKORLAT SZEMPONTJÁBÓL

10.4. BETEG JOGOK?

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

10.1. EGÉSZSÉG ÉS BETEGSÉG A TRADICIONÁLIS ÉS A MODERN TÁRSADALMAKBAN, EGÉSZSÉG- ÜGYI TÁRSADALMI NORMÁK VÁLTO- ZÁSAI A RÉGMÚLT TÖL NAPJAINKIG

AZ EMBERI TÁRSADALMAT már az űskorban is foglalkoztatta a születés és a halál kérdése. Természetesen nem kevésbé fontosnak bizonyult az egészség fenntartása vagy a betegségek kezelése is. Annak ellenére, hogy a születések száma és a társadalmat alkotó egyének egészségi állapota

szoros összefüggést mutat a mindenkorai társadalmi fejlettséggel, hosszú időn keresztül az „egészség ügyét” magánügynek minősítették. Ennek oka egyrészt, hogy hiányzott e területek állami szintű jogi szabályozása, másrészről pedig a betegek egészségügyi ellátása sem professzionális környezetben, hanem elsődlegesen családi közigben történt, a korabeli család egyik fő funkciójaként, kötelezettségeként. A tömeges és olykor világmerítő pusztító járványok azonban szükségszerűvé tették a határozott szemléletváltást. Kezdetben ez csak a települési és a területi (vármegyei) szintet érintette csupán, a későbbi fejlődés eredményeképpen

viszont megjelent az állami szintű felelősségvállalás, vagyis az „egészség ügyének” állami közügygyé válása.

A betegséggel küzdő emberek kiszolgáltatott, aszimmetrikus helyzetűek a társadalom egészséges tagjaihoz képest, hiszen sok esetben elveszítik önállóságukat; testi, pszichés tünetekkel, anyagi terhekkel küzdenek; életminőségük és társadalomban elfoglalt pozíciójukat „jól-létükkel” együtt drámai-an romlik. Emiatt a beteg ember számára nélkülözhetetlen alapvető emberi, valamint egészségügyi hivatásbeli kötelességek hoszszú évezredre óta etikai, vallási normákon nyugszanak. A betegek laikus és professzionális ellátását előíró, erkölcsileg helyes cselekvési minták és az írott bioetikai szabályok mind a mai napig meghatározók.

Miután a populáris szektor egészségügyi ellátásának legfontosabb helyszíne továbbra is a család, a beteg helyzetének és a velük foglalkozók kötelességeinek megítélése még mindig inkább az általános etikai elvárásokon nyugszik. Ezzel szemben a vallási normák jórészt csak a szekularizált világ megjelenéséig jelentettek társadalmi szintű zsinórértéket a hétköznapi emberek, így a betegek és gyógyítóik, ápolóik számára. A hívő betegek természetesen napjainkban is olyannyira meghatározhatják és érvényesíthetik céljaikat, akaratukat az általuk gyakorolt vallásuknak megfelelően, hogy még a hatályos betegjogok között is találkozunk a szabad vallásgyakorlást rögzítő jogi normával (kapcsolattartás joga). Ugyanakkor jogi és vallási szabály ütközése esetén egyértelműen a jogi norma élvez elsőbbséget, így például a szülő nem utasíthatja vissza – vallására és annak írott rendelkezéseire hivatkozva – kiskorú gyermekének az életemlő vagy éppen a súlyos, maradandó egészségkárosodás megelőzését biztosító ellátását.

Ellentétben a több ezer éves etikai és vallási normákkal, a jog szintjén szabályozott egészségügyi dolgozói kötelezettségek minden össze néhány évszázados múltra tekintenek vissza, de a törvényben deklarált és kikényszeríthető betegjogi szabályozás még ennél is rövidebb történelmi múlttal bír. 1770-ben született meg az első átfogó magyar egészségügyi szabályozás, a *Generale Normativum in Re Sanitatis* (GNRS). Ebben az uralkodói rendeletben még nincsenek nevesített betegjogok, azonban a betegek érdekében már számos rendelkezést megfogalmazott a jogalkotó. Így a betegeknek joguk volt vagyoni megkülönböztetést nélkülöző ellátásra; méltányos mértékű díjszabásra; titokvédelemre; valamint a különös méltánylást/különböző engedélyt érdemlő eseteket leszámítva, állandó készenléiben levő orvosi és sebészeti ellátásra mint lehetőségre (de ez nem jelentett automatikusan ellátási kötelezettséget az egészségügyi szakközeg részéről).

Ebbe a jogtörténeti fejlődésbe illeszthető be az első, országgyűlés által alkotott egészségügyi törvény, a közegészségügy rendezéséről szóló 1876. évi XIV. törvénycikk is. A magyar egészségügyi ellátás leányúgató fejlődésének dualizmus kori törvényi alapját biztosította ez a jogszabály, amely megteremtette a kor színvonalán álló egészségügyi alap- és szakellátást, közegészségügyi szakigazgatást. Folytatta és megérősítette a GNRS által biztosított betegek jogi alapokon nyugvó védelmét a korabeli egészségügyi szakközeg kötelezettségeinek deklarálása által. Ebben a jogi normában a gyermekek egészségi állapota kiemelt szabályozási tárgykörre vált: így pl. kötelező volt a 7 éven aluliak orvosi kezelési díjának leszállítása, illetve vagyontalan gyermek/szülő esetében pedig a községi vagy körorvos (ha nem volt ingyenes gyógyításra kötelezett orvos, akkor a község) általi in-

gyenes gyógyítás. A kórházak és gyógyintézetek törvényi szabályozására született meg TISZA KÁLMÁN miniszterelnöksége idején az 1876. november 21-én (51.661. szám alatt) kiadott belügyminiszteri végrehajtási rendelet, amely részletesen szabályozta a kórházak és gyógyintézetek (továbbiakban kórházak) működését.

Témánk szempontjából azért rendelkezik különös jelentőséggel ez a jogi norma, mert ebben már kifejezetten hangsúlyosabbá váltak a betegek kiszolgáltatottságát csökkenő, az érdekükben megfogalmazott jogi normák. Ezek többsége már jól beazonosítható, ráadásul egybevethető a ma hatályos betegjogi szabályokkal és az egészségügyi dolgozók kötelezettségeivel. Megállapítható, hogy napjaink betegjogi rendelkezései érdemi és közvetlen történelmi előzményekre támaszkodhatnak a 18-19. századi előírásokban.

Ugyanakkor modern értelemben vett betegjogi normákat a II. világháborút követő polgárjogi mozgalmak után deklaráltak először, kezdetben a nemzetközi jog szintjén, majd ezt követően számos ország belső jogalkotásában. Az 1972. évi II. tv. a kor politikai elvárásának megfelelően, szocialista szellemben írt egészségügyi jogszabály volt. Számos, a betegek szempontjából lényeges kérdést – az 1876-os tvc. óta eltelt mintegy száz év ellenére – továbbra sem szabályozott, illetve a betegek jogi védelme még mindig nem a betegek alanyi jogosultságaként, hanem az egészségügyi dolgozók kötelezettségeként jelent meg. Magyarországon az 1997. évi CLIV. törvényben (a továbbiakban Eütv.) történt meg először az egészségügyi ellátást igénybevevők alanyi jogainak széleskörű szabályozása.

Napjainkban a hagyományos, de különösképpen a hivatásos szektor egyértelműen az egészségügyi ellátáshoz szorosan kapcsolódó jogi és/vagy hivatásrendi etikai

normák vezérik. Ennek okai elsődlegesen az egészségügyi ellátásban részt vevő felek (gyógyító és beteg; ápoló és beteg) között fennálló információs aszimmetriában, a közöttük meglevő bizalmi viszony megrendülésében, esetlegesen annak hiányában vagy éppen a minden nap betegellátásban gyakori konfliktust eredményező vallási és/vagy kulturális különbségekben keresendő.

A paternalistikus orvos-beteg kapcsolat csökkenő tendenciája, a betegek és hozzátartozóik részéről megnyilvánuló fogyasztói jellegű szemléletmód tényerése, és ezzel párhuzamosan az egyre nagyobb számú bírói kárterítési esetek ellenére, még mindig megállapítható, hogy a magyar egészségügyi rendszer legkiszolgáltatottabb szereplője a beteg.

Beteg talán a jog is? Vagy valami más magyarázat lapul meg a probléma hátterében? Többek között erre keresi, és remélhetőleg adja meg a választ a könyv jelen fejezete.

10.2. A BETEGEK JOGI HELYZETE A HATÁLYOS EGÉSZSÉGÜGYI TÖRVÉNY ÉS A MINDENNAPOS JOGGYAKORLAT ALAPJÁN

Jogi értelmezésben betegnek tekinthető minden olyan természetes személy, aki egészségügyi szolgáltatást igénybe vesz, vagy abban részesül, függetlenül attól, hogy az egészségi állapotában bekövetkezett-e valamilyen negatív irányú változás. Ennek megfelelően a szűrővizsgálaton megjelenő személy is jogi értelemben betegnek tekintendő, és az egészségügyi szolgáltatás igénybevételének kezdetétől megilletik a betegjogok, illetve terhelik a betegkötelezettségek. A jogviszony kezdetét olykor

azonban nagyon nehéz meghatározni, hiszen nem biztos, hogy ez minden esetben a kezelés megkezdéséhez kapcsolódik. Ráadásul előfordulhat, hogy az is kérdéssé válik, egyáltalán létrejött-e a jogviszony, vagy amennyiben ez nem vitattott, a beteg beleegyezését adta-e a kivizsgálásába vagy a kezelésébe. Az Eütv. rendelkezése szerint a beteg nemcsak írásban, hanem – a bizonyíthatósági nehézségek ellenére – szóban, sőt akár ráutaló magatartással is beleegyezést adhatja az egészségügyi szolgáltatás igénybevételéhez. Ez alól csak a szakmai szempontból nem elhanyagolható kockázatot jelentő invazív beavatkozások képeznek kivételt, ugyanis ezekben az esetekben csak az írásbeli nyilatkozat fogadható el.

Magyarországon egészségügyi szolgáltatást csak működési engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltató nyújthat. Az Eütv. szerint az egészségügyi ellátás során okozott károkért és személyiségi jog-sértésekért is az egészségügyi szolgáltató felel. Az egészségügyi szolgáltatók körét megvizsgálva megállapíthatjuk, hogy manapság még mindig igen kis arányban fordul elő, hogy a károkozó vagy személyiségi jogot sértő egészségügyi dolgozó közvetlenül tartozik felelősséggel, helytállással. Emiatt az egészségügyi dolgozók sokszor nincsenek is tisztában azzal, hogy az esetleges jogellenes magatartásukkal – a beteg kárán és sérelmén túl – milyen mértékű vagyoni hátrányt okoznak vagy okozhatnak az egészségügyi szolgáltatónak.

Miután az Eütv. rögzíti, hogy bármely személy lehet beteg, és így rendelkezhet betegjogokkal, ez egyúttal azt is jelenti, hogy nemcsak a magyar állampolgárságú, hanem a külföldi állampolgárságú betegeket, valamint a hontalanokat is megilletik a betegjogok. A vonatkozó Eütv. és más egyéb

jogsabályok rendelkezései alapján viszont a beteget nem érheti joghátrány csak azért, mert nem magyar állampolgárságú. Így pl. a magyar nyelvet nem beszélő külföldi betegnek is joga van a számára érthető teljes körű tájékoztatásra. Éppen ezért, ebben az esetben az egészségügyi szolgáltató kell, hogy biztosítsa a tolmacsot. Ez a gyakorlatban azonban igen komoly nehézséget okoz a magyar egészségügyi szolgáltatóknak.

A minden napos egészségügyi ellátás során ugyancsak számos problémát vetnek fel azok az esetek, amikor a beteg nem cselekvőképes, tehát önállóan nem képes a jogait gyakorolni. Ezekben az esetekben szükségszerűen be kell vonni egy törvényes képviselőt (pl. szülőt, gyámot, gondnokot). Ilyenkor előfordulhat a beteg számára olyan hátrányos helyzet, amelyben a törvényes képviselő a szigorú törvényi korlátok mellett akár a beteg érdeke ellenére is hozhat a beteg nevében döntéseket (pl. az ellátás visszautasításával vagy az egészségügyi intézmény elhagyás jogának érvényesítésével).

Magyarország legmagasabb szintű jogi normája az Alaptörvény, amely arról rendelkezik, hogy minden természetes személynak joga van a testi és a lelki egészséghöz, és ezt többek között az egészségügyi ellátás megszervezésével segíti elő. A betegek átfogó jogi védelmének kérdését először a hatályos Eütv.-ben deklarálták. A jogalkotó összesen 9 betegjogot nevezettet, és ezek mindegyikét viszonylag részletesen tárgyalja is. A hatályos Eütv.-ben az alábbi betegjogok jelennek meg:

- az egészségügyi ellátáshoz való jog,
- az emberi méltósághoz való jog,
- a kapcsolattartás joga,
- a gyógyintézet elhagyásának joga,
- a tájékoztatáshoz való jog,
- az önrendelkezéshez való jog,

- az ellátás visszautasításának joga,
- az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga,
- az orvosi titoktartáshoz való jog.

Amennyiben összevetjük a betegek jogait az egészségügyi dolgozók jogaival, akkor megállapíthatjuk, hogy a jogosultságok számát tekintve erőteljes egyenlőtlenség áll fenn, hiszen az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevők deklarált jogainak száma jóval felülmúlja az egészségügyi dolgozókét. Ennek magyarázatául a betegek és az egészségügyi dolgozók között fennálló aszimmetrikus viszonyrendszer szolgál. A betegjogok megjelenése ilyen mértékben és váratlanul (nem valamiféle szerves történelmi fejlődés eredményeképpen), egyfajta sokkszerű állandapot eredményezett a minden napos egészségügyi szolgáltatásban. A betegjogok megjelenését követően egyre nagyobb számban indultak meg egészségügyi szolgáltatókkal szemben a kárterítési perek, és ezek minden napig igen gyakran a média nyilvánossága mellett zajlanak.

A betegjogok deklarálása mellett az Eütv. gondoskodik a betegek jogainak érvényesítéséről is, létrehozva ennek megfelelően a betegjogi képviselői rendszert. A betegjogi képviselők legfontosabb feladata a betegek törvényben foglalt jogainak védelme. A betegek és/vagy hozzá tartozóik, törvényes képviselőik felkereshetik a betegjogi képviselőt, és tájékoztatást kérhetnek, vagy panasz-kivizsgálási kezdeményezhetnek. Jelenleg az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ (OBDK) látja el a betegek jogainak védelmét; kezeli a jogutód nélkül megszűnt egészségügyi intézményekben keletkezett egészségügyi dokumentációt; vezeti a betegjogi képviselők nyilvántartását; valamint a határon átnyúló

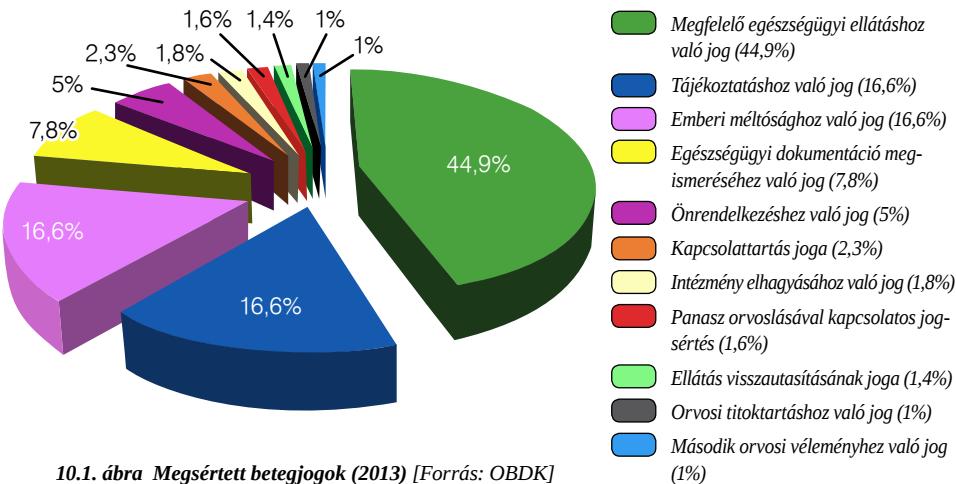
egészségügyi ellátás nemzeti kapcsolattartó pontja is. Ugyanakkor az OBDK – jogelődjéhez hasonlóan – évről évre megjelenteti közleményben a betegjogi képviselői megkeresések számát, illetve a megkeresések leglényegesebb jellemzőit. Ezen jelentések ből megállapítható, hogy nagyságrendileg évente tízezer körül a betegjogi képviselői megkeresések száma. Sokan fordulnak információkérés miatt a betegjogi képviselőkhöz, de pl. 2013-ban az esetek megközelítőleg egynegyedében panaszt is tettek.

Évek óta a leggyakrabban megsértett betegjogok (10.1. ábra a következő oldalon):

- az egészségügyi ellátáshoz való jog (leggyakrabban a nem megfelelő elátás),
- az emberi méltósághoz való jog (főként az indokolatlan várakoztatás, valamint az egészségügyi dolgozó által alkalmazott nem megfelelő hangnem),
- a tájékoztatáshoz való jog, valamint
- az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga.

Általánosságban megállapítható, hogy a legtöbb bejelentés ott érkezik, ahol egyébként is magas az igényoldali túlterheltség. A bonyolultabb, nagyobb kockázattal járó beavatkozást végző egészségügyi szolgáltatók körében szintén magasabb a betegjogi panaszok száma is.

Nem nélkülözhető a betegek jogi helyzetének vizsgálatakor a betegkötelezettségek feltérképezése sem. minden egyén felelősséggel tartozik a saját és környezete egészségi állapotáért, hiszen a társadalom ilyen irányú kötelezettségvállalása önmagában nem lenne elegendő az egészségmegőrzéséhez vagy a beteg állapot mihamarabbi felszámolásához. Súrgós szükség vagy veszélyeztető állapot fennforgása esetén mindenki köteles a tőle elvárható módon segíteni a másikon,



10.1. ábra Mogsértett betegjogok (2013) [Forrás: OBDK]

értesíteni a tudomása szerint illetékes egészségügyi szolgáltatót, mintahogyan köteles tartózkodni minden olyan magatartástól, tevékenységtől, amely mások egészségét veszélyeztetи.

A betegkötelezettségek lényegében az ellátás szakmai munkarendjéhez, vele összefüggésben a betegek gyógyításának, ápolásának, ellátásának megkönnyítéséhez, sikerességehez, az egészségügyi dolgozók jogszabályokban foglalt jogainak gyakorlásához, valamint más betegek jogainak tiszteletben tartásához kapcsolódnak. Elvi jelentőségű, hogy a betegjogok gyakorlása soha sem sértheti más betegek jogainak gyakorlását. A minden napos egészségügyi ellátás során azonban ez a betegkötelezettség igen gyakran háttérbe szorul. Erre példaként szolgálhat a fekvő-beteg-intézményben kezelt beteg személyes vagy telefonon történő kapcsolattartása, amikor a házirendtől eltérő módon, a másik beteg gyógyulását vagy éppen az emberi méltósághoz való jogát (ezen belül szeméremérzéstét) sérte a betegjog gyakorlása.

A beteg és az egészségügyi dolgozó között korábban erősen jelenlevő paternalisz-

tikus kapcsolat napjainkra sok tekintetben megváltozott. Ennek legfőbb okai az információs aszimmetria csökkenésében és a beteg fogyasztói szemléletének megerősödésében keresendő. Olykor maga az egészségügyi dolgozó éri magát kiszolgáltatott helyzetben az esetlegesen jogi felelősségre vonással fenyegetőző beteggel/hozzátarozóval szemben. Igen gyakran fordul elő, hogy a beteg vagy éppen a hozzátarozó sérti meg az egészségügyi dolgozó Eütvben foglalt jogait, pl. a vizsgálati és terápiás módszerek megválasztásához való jogát. Ez a jog a kezelőorvost illeti meg, és ennek megfelelően jog van ahhoz (a nyilvánvaló felelősségvállalása mellett), hogy szabadon válassza meg a szakma szabályai és a hatályos jogszabályi keretek között, a rendelkezésre álló tárgyi és személyi feltételek figyelembe vételével az egészségügyi szolgáltatás mikéntjét. Ezt a betegnek, illetve a hozzátarozónak nincs joga felülbírálni.

Az Eütv által deklarált betegkötelezettségek legnagyobb hányadát az együttműködési kötelezettségek teszik ki. Amennyiben a beteg megszegi a tájékoztatási kötelezettségét, nem

tartja be a gyógykezeléséhez elengedhetetlen orvosi utasításokat vagy egyéb rendelkezéseket, nem fizeti meg az előírt téritési díjat, nem tartja be a gyógyintézmény házirendjét vagy éppen hitelt érdemlően nem igazolja a személyes adatait (hatóság által kiállított fényképes igazolvánnyal, lakcímkártyával, illetve TAJ kártyával), akkor akár az ellátása is megtagadható (súlyos kötelezettségszegése esetén). Ráadásul, amennyiben a beteg elmulasztja együttműködési kötelezettségét, akkor a bíróság ezt a kötelezettségszegést a beteg közrehatásaként értékelheti, és emiatt a beteg, még egészsékkárosodása esetén is, perveszesként kerülhet ki az eljárásból.

A beteg együttműködési kötelezettségét természetesen abszolút módon befolyásolhatja egészségi állapota, képességeinek többféle korlátja (pl. cselekvőképessége), valamint az, hogy milyen ismeretekkel rendelkezik betegségéről.

10.3. SPECIÁLIS HELYZETŰ BETEGEK AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSBAN MEGJELENŐ MINDENNAPOS JOGGYAKORLAT SZEMPONTJÁBÓL

Megállapítható, hogy a betegek bizonyos csoportja az életkor, a fogyatékosság, az egészségi állapot, vagy éppen a társadalmi-szociális helyzet miatt kiszolgáltatottabb, speciálisabb helyzetbe kerülhet más betegtársakhoz képest. A hatályos Eütv. alapelvi szinten rögzíti, hogy az egészségügyi szolgáltatások során biztosítani kell az esélyegyenlőséget; de az egészségügyi ellátáshoz való jog egyik alappillére is az egyenlő bánásmód követelményének megfelelő egészségügyi ellátás.

Számos kutatás bizonyította, hogy az egészségügyi ellátás során a legkiszolgáltatottabb helyzetben a kiskorúak (18 éven alul-

iak), az időskorúak, a pszichiátriai betegek, valamint az igen rossz társadalmi-szociális körülmények között élők találhatóak.

Más jogszabályokhoz hasonlóan, az Eütv. is igyekszik ezeket a társadalmi csoportokat jobban körülbástyázott jogi védelemben részesíteni. Így pl. a pszichiátriai betegek gyógykezelésének és gondozásának szabályait külön fejezetként tárgyalja az Eütv., számos garanciális szabályt beépítve. A nem cselekvőképes betegek esetén fogalmilag kizára az életmentő, életfenntartó, illetőleg az egészségi állapotukban várhatóan súlyos vagy maradandó egészsékkárosodás megelőzését biztosító ellátás visszautasítását.

A kiskorúak speciális kapcsolattartási joggal rendelkeznek, hiszen joguk van arra, hogy szülőjük, törvényes képviselőjük, vagy az általuk vagy törvényes képviselőjük által megjelölt személy mellettük tartózkodjon, mintahogyan ez a különleges kapcsolattartás a súlyos állapotú (pl. haldokló vagy önmagukat fizikailag ellátni képtelen) betegeket is megilleti.

Minden betegnek, így az igen rossz szociális helyzetben levő betegeknek is, alapvető joguk az életmentő, valamint a súlyos vagy maradandó egészsékkárosodás megelőzését biztosító ellátás elérése, valamint a fájdalomcsillapítás, szennedés csökkentése. Korlátozza a nem cselekvőképesek (pl. kiskorúak, pszichiátriai betegek), illetve a fogva tartottak esetében a recipiensi szerv- és szövetátültetés lehetőségét, mintahogyan az emberen végzett orvostudományi kutatásokat is.

Különös szabályok vonatkoznak a várandós betegekre, hiszen cselekvőképességük ellenére sem utasíthatják vissza az életfenntartó vagy életmentő beavatkozást (amennyiben előre láthatóan képesek a gyermekük kihordására), sőt amennyiben a 24. hetet betöltött magzat egészségét vagy testi épse-

gét súlyosan veszélyeztetné egy beavatkozás vagy intézkedés elmaradása, úgy nincs szükség beleegyezésükre. A szülő nőnek ugyanakkor különös kapcsolattartási joga van, hiszen az általa megjelölt nagykorú személy a vajúdás és a szülés alatt folyamatosan vele lehet, azt követően pedig joga van arra, hogy újszülöttjével egy körteremben helyezzék el (persze akkor, ha az ő vagy az újszülött egészségi állapota ezt nem zárja ki). Ugyanakkor társadalmi érdekből a fertőző betegek számos betegjoga abszolút módon korlátozható, pl. az intézményelhagyás, a személyes kapcsolattartás vagy éppen az önrendelkezési jog gyakorlása.

10.4. BETEG JOGOK?

Összegzésképpen megállapíthatjuk, hogy az elmúlt évtizedekben ugrásszerű változás állt be a betegek jogi helyzetének megítéléssében, és ez elsőlegesen az átfogó betegjogi szabályok megjelenésének köszönhető. Ugyanakkor az is jól tettэн érhető, hogy a betegek jogai, sőt olykor a kötelezettségei is sokszor a jogi norma szintjén maradnak meg. Úgy tűnik, hogy sem a betegtársadalom, sem az egészségügyi dolgozók nem nőttek fel igazán ehhez a megmérettetéshez, legtöbbször éppen az ismerethiány miatt. Így olykor valóban betegként jelentkezik maga a jog vagy éppen a joggyakorlat is. Ma már nem lehet becsukott szemmel, vagy elbagatellizálva tekinteni a minden napos egészségügyi ellátást átszövő jogi kérdésekre, annál is inkább, mivel az egészségügyi jogi normák célja is elsőlegesen a minél egészségesebb, joghátrányuktól, megkülön-

böztetésektől és kiszolgáltatottságtól mentes társadalom megeremtése...

„Sokat kell tanulnia az embernek ahoz, hogy megtudhassa, milyen keveset is tud.”

Széchenyi István

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

1. Dósa Á: A betegek jogai. In: Kovácsy Zs. (szerk.): Az egészségügyi jog nagy kézikönyve. Complex Kiadó, Budapest, 2009. 395-467. ISBN 978 963 224 960 5.
2. Feith HJ, Gradvohl E, Balázs P: Betegjogok a régmúltban? Normativitás az orvosi munkában a XIX. századig, különös tekintettel az első átfogó magyar egészségügyi uralkodói rendeletre. (2014) Orvosi Hetilap 155. (34): 1361–1366. ISSN: 0030-6002
3. Feith HJ, Balázs P (2012): Magyar egészségügyi hatósági igazgatás szervezeti modelljei a XVIII. századtól napjainkig. Kaleidoscope 3. (4): 119-128. ISSN: 2062-2567 <http://www.kaleidoscopehistory.hu/cikkek/6.%20Feith.pdf>
4. Feith HJ, Gradvohl E, Váczi A, Balázs P (2014): Betegek jogi helyzete a paramedikális dolgozók XVIII-XIX. századi szabályozásában. Kaleidoscope 5. (9): 102-116. ISSN: 2062-2567 <http://www.kaleidoscopehistory.hu/index.php?page=cikk&cikkid=189>
5. Kovács J (2006): A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába. 2., jav. kiad. Medicina Könyvkiadó, Budapest

11. KAPCSOLATOK ÉS BIZALOM AZ ISKOLAI ÉS A CSALÁDI KÖZÖSSÉGEKBEN



DÁVID BEÁTA szociológus, egyetemi tanár. A Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet igazgatója, valamint a SE IV/3 doktori program vezetője. Az MTA Szociológiai Intézet tudományos főmunkatársa, 2014-től a Társas kapcsolatok és hálózatelemzés osztály vezetője. Fő kutatási területei: kapcsolathálózat-elemzés, család- és egészségszociológia. Jelenleg futó kutatásai: a rendszerváltás családtörténeteinek utánkövetéses elemzése, a roma szakkollégiumi hálózat vizsgálata, valamint integrációs és dezintegrációs folyamatok elemzése kapcsolathálózati módszerekkel.

DÁVID BEÁTA



LUKÁCS ÁGNES a Pázmány Péter Katolikus Egyetemen végzett szociológusként. Doktori tanulmányait 2012-ben kezdte meg a Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskolájában. Ugyanebben az évben csatlakozott a Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézetének kutatócsoportjához, amely a Kereszteny Roma Szakkollégiumi Hálózat hallgatóinak utánkövetéses vizsgálatát végzi. Kutatói érdeklődésének fókuszában a cigányság, a hálováztatás, valamint a szociálpszichológia áll.

LUKÁCS ÁGNES

11.1. TÁRSADALMI TÓKE

11.1.1. AZ EGYÉNI KAPCSOLATHÁLÓZAT SAJÁTOSSÁGAI

11.1.2. KÖZÖSSÉGI AKTIVITÁS

11.1.3. A KÖZÖSSÉGI KAPCSOLATOK ÉS A BIZALOM – TYÚK, VAGY A TOJÁS?

11.1.4. A MAGYAR VALÓSÁG

11.1.5. A CSALÁD MINT KATALIZÁTOR

11.1.6. MAGÁNY, A „NÉMA PESTIS”

11.2. ÖSSZETARTÓ KÖZÖSSÉG, EGÉSZSÉGESEBB EGYÉN

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

„Vegyetek erőt magatokon
És legelőször is
A legegyszerűbb dologhoz lássatok –
Adójatok össze...”
(József Attila: A számokról)

11.1. TÁRSADALMI TŐKE

11.1.1. Az egyéni kapcsolat-hálózat sajátosságai

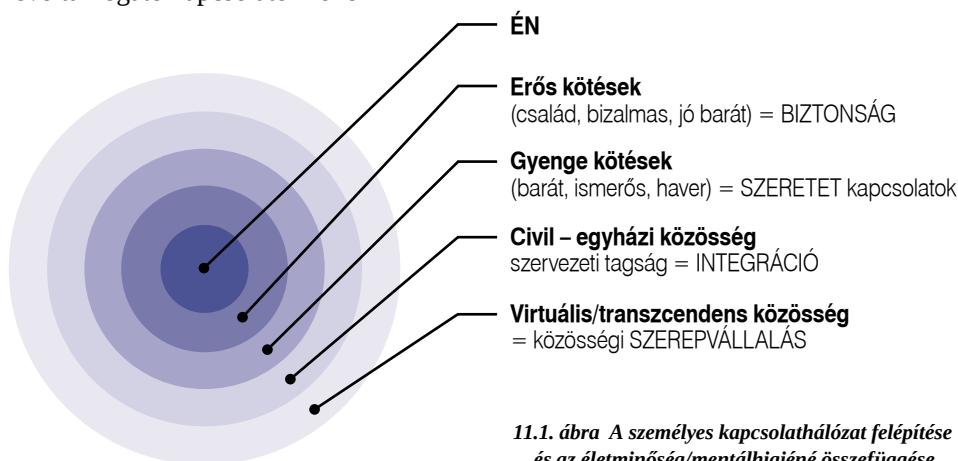
TÁRSAS KAPCSOLATAINKON keresztül ágyazódunk a társadalom szövetébe. Születésünk től fogva életünk végéig körülvesz bennünket egy kapcsolathálózat, amely velelünk együtt, mint egy „konvoj” kísér, mozog és változik (Antonucci & Akiyama 1995). Kapcsolataink nem csupán önértekelésünk, identitásunk kialakulásában, a társas szerepek elsajátításában – egyszóval személyiségsfejlődésünkben – játszanak szerepet, hanem testi-lelkű jöllétéinkre is hatással vannak (Skrabski et al. 2003, Horváth-Szabó 2011). Az erős, stabil támogató kapcsolathálózattal rendelkezők kedvezőbb fizikai és pszichés egészséggel bírnak: nehéz helyzetekben a körülöttük lévő támogató kapcsolatok fokoz-

hatják megküzdési képességeiket, csökkenthetik a feszültséget (Kopp et al. 1998, Matolcsy 2002, Dávid 2009).

A személyes kapcsolatok több szempont alapján csoportosíthatóak: legegyszerűbb a kapcsolat erőssége szerinti felosztás, ahol vannak a közeli, ún. „erős”, és a távolabbi, „gyenge” kötések (Granovetter 1973). Intenzitás és kölcsönösségi, valamint a közösségihez tartozás vágya alapján ezeket a kapcsolattípusokat a 11.1. ábrán látható egymásra épülő koncentrikus körök, vagy „hagymahéjak” segítségével ábrázoljuk (Lin 2008, Utasi 2013).

A legelső „hagymahéjban” az egyén a közösség iránt érzett vágyának alapszintjét kielégítő kapcsolatait találjuk. Olyan embereket, akikkel bensőséges, bizalmas a viszony, akikkel kölcsönösen meg lehet osztani a pozitív és negatív érzelmeket, akik támogatják egymást, azaz akikkel biztonságban érezzük magunkat. Ők jellemzően a közeli családtagok (társ, gyermek, testvér, szülő), illetve a legjobb/legközelebbi jó barátok.

Hozzáunk közel állóknak tekinthetjük tágabb baráti körünket, ismerőseinket is, azokat a szeretetkapcsolatokat, akikhez erő-



11.1. ábra A személyes kapcsolathálózat felépítése
és az életminőség/mentálhigiénié összefüggése

sebben, vagy gyengébben kötődünk, de közösen birtoklunk fontos erőforrásokat és információkat.

A körülöttünk lévő harmadik kör szomszédsági kapcsolatokból, valamint olyan, akár civil, akár egyházi kisközösségi kapcsolatokból verbuválódik, amelyekhez viszonylag szorosan kapcsolódunk. Ez a közeg biztosítja a társadalmi integrációt, valamint itt sajátíthatók el a közösségi lét alapszabályai és törvényszerűségei is.

A legkülső körbe azok a gyenge kapcsolatok tartoznak, akikkel nem vagyunk ugyan rendszeres interakcióban, de közös az identitásunk, a hovatartozásunk. Ez lehet akár egy etnikai csoport, egy lokális közösség, de maga a nemzet is. Ehhez a körhöz tartozó kapcsolataink adnak lehetőséget identitásunk megélésére, valamint a társadalmi felelősséggel, és szerepvállalás megtapasztalására.

A közösségek ezen formáit nem csupán a síkban, koncentrikusan táguló körök formájában, de egy hierarchikus térben is el képzelhetjük. Az, aki közvetlen környezetében megéri a biztonságot, könnyebben alakít ki baráti kapcsolatokat; akinek stabil baráti köre van, könnyebben integrálódik más közösségekbe, és így tovább. Az emberek többsége általában megelégszik a két belső körrel, és nincs igénye arra, hogy tágabb érték-, vagy hobbiközösséghoz tartozzon. Pedig életfeltételeink, lehetőségeink szélesedésével a tágabb közösségek iránti vágyunk is fokozódik (Utasi 2013).

Kötődéseink által tehát különböző csoportoknak, közösségeknek vagyunk tagjai, amelyeket a közös érdeklődési kör, értékrend és normák fűznek össze, így válunk aktív részesévé annak a társadalomnak, amelyben élünk.

Kapcsolataink és az egymás iránt érzett bizalom kéz a kézben jár. A kettő közötti összefüggést manapság a társadalmi tőke írja

le. A társadalmi tőke néhány évtizede került a társadalomtudományok, elsősorban a szociológia fókuszába (Putnam 1993, Fukuyama 1995, Lin 2001). Azóta számos definíció született arra a jelenségre, amely azt a nehezen meghatározható „pluszt” hívott kifejezni, amely az egyén saját, társadalmi környezetének és társas kapcsolatainak együttes adottságaiból fakad. Eszerint a társadalmi tőke olyan erőforrások összessége, amelyek az egyén kapcsolathálózatába ágyazottak, elérhetők és ezeken a kapcsolatokon keresztül mobilizálhatóak (Lin 2001).

A társadalmi tőke azonban nem csupán egyéni, de közösségi szinten is értelmezhető: az egyének társadalmi tőkéjük összeadásával stabilizálják saját társadalmukat. Ez a kohéziós erő a társadalom összetartó erejét, erőforrásait és potenciálját reprezentálja. Az elmúlt évtizedek kutatásai különböző módon próbálták az adott társadalom szociális kohézióját megragadni: a kohézió erősséget mérik például a választásokon való részvételi aránnyal, a véradás gyakoriságával vagy épp a bűnelkövetési rátával.

A társadalmi tőkének a segítségnyújtás, vagy a szubjektív jóllét egyaránt mutatói lehetnek. Konszenzus látszik a tekintetben is, hogy a társadalmi tőke szempontjából meghatározó jelentőségű az általános bizalom, a közösségi részvétel, valamint a civil aktivitás mértéke (Alesina & Ferrara 2002, W. van Deth 2008, Giczi & Sik 2009).

11.1.2. Közösségi aktivitás

A társadalmi tőke a jól működő, egészséges demokrácia záloga (Putnam 1993). Egy olyan társadalomban, ahol az egyének megbíznak egymásban, és ahol sokan működő közösségek, önkéntes szervezetek elkötelezettséjei, ott a társadalom tagjai nagyobb

mértékben kapcsolódnak be a közügyekbe is. Ugyanígy, ha egy nemzetnek jelenős társadalmi tőke áll rendelkezésére, és állampolgárai aktív közéleti tevékenységet folytatnak, az a társadalmi párbeszéden keresztül a kormányzás hatékonyabb kontrollját eredményezheti (Putnam 1993).

A civil szervezetek önkéntesei munkájuk során ráébrednek, hogy az egyes emberek problémái gyakran közösségi problémák is egyben, és megtapasztalják a közösségi összefogás erejét tevékenységük hatékonyさá által. Az önkéntes munkán keresztül erősödik társadalmi érzékenységük és felelősségvállalásuk egy-egy társadalmi ügy iránt, fejlődnek szociális és kommunikációs kompetenciáik is, valamint fontos informális kapcsolatokra tesznek szert (Verba et al. 1995, Bartal 2009). Igaz ez a vallási, sport, hobbi valamint egyéb, aktívan működő közösségekre is. Az is látszik, hogy az önkéntesek általában elégedettebbek, boldogabbak, fizikálisan jobban érzik magukat az önkéntes munkát nem végzőkhöz képest (Bartal 2009).

A kutatások azt mutatják, hogy ha valaki egy szervezet/közösség iránt elkötelezett, az utána nagyobb eséllyel lesz „ügybuzgó” egyszerre több szervezetben és közösségeiben is (Putnam 2000, Dávid et al. 2008).

A közéleti aktivitás egyik jó fokmérője tehát, hogy egy társadalomban hány civil szervezet, közösség működik, és azokban hányan vesznek részt tagként vagy önkéntesként. Ott, ahol a helyi közösségekben, magas az önkéntesek aránya, ott jobb az oktatás, a bűnözési ráta alacsonyabb, kevesebb az adócsalás (Putnam 1993).

Az egyes országok társadalmi tőkjéét vizsgáló kutatások eredményei alapján Európa azon országaiban, ahol a társadalmi egyenlőtlenség alacsony, az általános műveltség, iskolázottság magasabb, és ahol a túlnyomó

többség kis lélekszámú településeken él, ott sűrűbb a közösségi háló, erősebbek a közösségi kötélékek, intenzívebb a közéleti aktivitás, és magasabb fokú az általános bizalom (Alesina & Ferrera 2002, Utasi 2013).

A nyugati kutatások alátámasztják, hogy az általános bizalom és a közösségi-közéleti aktivitást mérő mutatók kevés kivétellel harmonikusan együttesen mozognak, egymás hatását erősítik, vagy éppen gyengítik (Putnam 1993, Utasi 2013).

11.1.3. A közösségi kapcsolatok és a bizalom – tyúk vagy a tojás?

A közösségi kapcsolatok és a bizalom tehát együttesen járnak, de vajon melyik hat a másikra? A csoportokban, közösségekben szerzett élményeink erősítik a másik emberbe vetett bizalmunkat, vagy éppen fordítva: azért tudunk elköteleződni közösségek mellett, mert eleve jobban bízunk a másikban?

A pszichológiai elméletek szerint az első kétszemélyes kapcsolatban – édesanyánkkal való kapcsolatunkban – alakul ki az ős-bizalom élménye, amely aztán képessé tesz minket később a mások iránti bizalomra.

A kutatások alapján bizalmunkat korai kötődési mintázatunk és személyisé jegyeink, személyes tapasztalataink mellett társadalmi tényezők is meghatározzák. A kultúra, a hagyomány és a vallás, amiben szocializálódtunk, az etnikai hovatartozás (és hogy milyen a társadalom viszonya az adott etnikumhoz), az, hogy milyen régióta vagyunk tagjai egy közösségnak, milyen gyakran találkozunk barátainkkal, illetve – ahogyan fentebb említettünk –, a társadalom etnikai és jövedelmi heterogenitása egyaránt befolyásolják, mennyire tudunk bízni másokban (Alesina & Ferrera 2002, Albert & Dávid 2005).

Különbséget kell tennünk a személyes és az általános bizalom között (Hardin 2004). Előbbi egy másik emberrel, csoporttal, szervezettel szembeni, korábbi tapasztalatokra épülő bizalomra utal. Az általános bizalom viszont előzetes tapasztalatok híján megelőlegezett bizalmat jelent ismeretlen személyek és intézmények iránt. Bár minden típusú bizalomnak fontos szerep jut egy-egy közösség működésében, az általános bizalom jelentősen befolyásolja a közösségi hatékonyságot. A bizalom teszi lehetővé a közösség működését, a normák betartását, az egymásrautaltság érzésének megtapasztálását, és hangolja össze a csoporttagokat a közös célok elérésében (Tyler & Blader 2000).

A kutatások azonban azt is igazolják, hogy a közösségi kooperáció elősegíti az általános bizalom erősödését a közös célok elérése által (Putnam 2000). Már a társas interakció is hozzájárulhat ehhez: egyes kognitív-behaviorista pszichológusok például a terápia során klienseiket arra biztatták, hogy elegyedjenek szóba idegenekkel társas szorongásuk oldása, bizalmuk fejlesztése érdekében (Beck et al. 1987).

A bizalmat személyesen legszorosabb kapcsolatainkon keresztül tapasztaljuk meg, általában családi körben, vagy szűkebb közösségekben. FUKUYAMA *bizalmi rádiusz*-nak nevezte azt a társadalmi kört, amelyben a közös normák, viselkedési szabályok és kötelezettségek érvényesülnek, éppen ezért elég alapot képez arra, hogy bizalmat adjunk a körön belül lévőknek (Fukuyama 1995). Bizonyos társadalmakban ez a kör szűk, csak a családot foglalja magában, nyitottabb társadalmakban kiterjedtebb.

A tradicionális társadalmak felbomlással csökkent az egyéni kapcsolathálózatokban az erős kötések aránya, és túlsúlyba kerültek a gyenge kapcsolatok, amelyeket tovább gazdagítanak korunk újszerű, vir-

tuális kapcsolatai. Korábban a közvetlen kapcsolatok által a bizalom tapasztalati úton született, a modern társadalom tempójában azonban erre nincs idő, a bizalmat legtöbbször csak megelőlegezhetjük (Utasi 2013). Az urbanizáció következményeként az ingázással lecsökkent az az idő, amit barátainkkal, szomszédjainkkal, egyéb közösségekkel töltünk, valamint az általános bizalom és a közösségi kapcsolatok is gyengültek (Putnam 2000).

11.1.4. A magyar valóság

Európában a társadalmi tőke – az általános bizalom illetve a közösségi aktivitás – mérőszámai alapján a skandináv országok – Dánia, Norvégia, Svédország –, illetve Svájc és Hollandia áll a lista élén. Leggyengébb a poszt-szocialista országok – Ukrajna, Bulgária, Horvátország, Magyarország, Lettország –, illetve Görögország teljesít. A közösségi-közéleti mutató hazánkban és Romániában különösen gyenge, hiányoznak a megtartó közösségek (Giczi & Sík 2009, Utasi 2013). A magyarázat UTASI ÁGNES szerint abban keresendő, hogy utóbbi országok – köztük hazánk – sok konfliktust megélt, forráshiányos országok, amelyek nélkülözték a harmonikus gazdasági és társadalmi fejlődést, gátat szabva a közösségi-közéleti részvétel megerősödésének. A felemás modernizáció egrérzszeről gyengítette tradicionális közösségeink erejét, másrészről a bizalmatlanság útját állja gyenge kapcsolataink kiépülésének.

Hazánkban mind az általános, mind az intézményi bizalom szintje európai viszonylatban alacsony (Giczi & Sík 2009, Utasi 2013, Keller 2014). A legfrissebb felmérések alapján leginkább az idősekben, szegényekben, hívő emberekben bízunk, legkevésbé pedig

a képviselőkben, bankárokban és a gazdagokban. Az emberek többsége az intézmények közül egyedül a Magyar Tudományos Akadémiában bízik, legkevésbé pedig a politikusokban (Keller 2014). Ugyan a bizalom mutatói továbbra is alacsonynak tekinthetőek, ki kell emelnünk, hogy az utóbbi néhány évben jelentős pozitív elmozdulás tapasztalható, különösen az intézményi bizalom tekintetében (Keller 2014).

Ugyan az alapítványok, egyesületek száma a rendszerváltás óta folyamatosan nő, a szervezeti részvétel a '90-es évek növekedése után az ezredfordulótól kezdődően stagnál (Gerő 2012). Amíg a skandináv államokban a civil szervezetekben aktívan részt vevők aránya 80% körüli, addig hazánkban a 10%-ot sem éri el (Giczi & Sik 2009), az önkéntes munkát végzők aránya pedig szintén csupán 11% körüli a felnőtt népességen belül (Bartal 2009).

Ennél is árulkodóbb a magányosan élők aránya társadalmunkban. A magyarok 2011-ben átlagosan 5,5 barátot tudhattak maguknak, de a néppesség ötöde egyetlen olyan embert sem tudott megnevezni, akire bárátként számíthat. A társas izoláció aránya az egyedül élők, valamint a rossz anyagi helyzetben lévők között volt a legmagasabb (Albert & Dávid 2012).

11.1.5. A család mint katalizátor

A család mint elsődleges szocializációs közege meghatározó szerepet játszik nem csupán a társadalmi normák elsajtításában, de az egyén későbbi közösségi aktivitásában is. A társas összetartozás megtapasztalása, a szociális kompetenciák és a bizalom kialakulásának alapja a meleg, elfogadó család, és a pozitív szülői modellnyújtás (Tunstall 1994, Németh 2008). Tunstall szerint

az erős szülő-gyermekek kötődés, a megfelelő szülői elvárások, a gyermek bevonása a családi tevékenységekbe, valamint a család pozitív önértékelése egyaránt fejlesztik a gyermek szociális kompetenciáit.

A kutatások szerint az egyes csalátagok aktív közösségi részvételére aktivizálhatja a többi csalátagot is, azaz ha valaki önkéntes munkát végez, nagyobb eséllyel vonónak be a körülötte élő csalátagok is (Dávid et al 2008). Ez a hatás a házastársak között a legerősebb, de számos olyan közösségi kezdeményezés működik, amely a gyerekekben keresztül próbálja elérni és bevonni a szülőket. Olyan közösség, amely az egész családot képes integrálni kevés van, jellemzően az egyházi szerveződések azok, amelyek – életkortól függetlenül – az összes csalátagot tudják aktivizálni.

A családi mintán túl meghatározó a kortárs gyermekcsoportok, közösségek, az iskola szocializációs hatása is, sőt, ez utóbbiak az idő előrehaladtával egyre nagyobb súlyjal formálják a gyermek szociális kompetenciáit is (Tunstall 1994, Németh 2008).

11.1.6. Magány: a „néma pestis”

A kortárs kapcsolatok egyrézszeről megerősítik a családból hozott mintákat, visszacsatolást adhatnak az egyén viselkedésével kapcsolatban pozitív és negatív értelemben is. Az az iskolai közeg, ahol a diákokat bevonják a szabályok közös kialakításába, ahol kooperatív oktatás folyik, nagyban hozzájárul a közösségi kompetenciák erősödéséhez is. (Tunstall 1994, Németh 2008).

A kutatások szerint az életkor előrehaladtával egyre valószínűbb a társas izoláció esélye, ugyanakkor úgy tűnik, a magány nem csupán az időseket sújtja és egyre gyakoribb a fiatalok körében is. Az Ifjú-

ság 2012 kutatás eredményei rávilágítanak a hazai ifjúsági közösségek foglójasságára (Nagy 2013). A felmérésből készült tanulmány szerint a 16–29 éves fiatalok negyedének nincs olyan baráti társasága, akikkel gyakran van együtt szabadidejében, és az előző adatfelvételkkel összevetve negatív tendencia tapasztalható ezen a téren. NAGY (2013) elemzéséből úgy tűnik, hogy a lányok, a szakmunkás végzettségűek, a házasok és a gyermekek, és az átlagosnál rosszabb szociális helyzetben lévők között sokkal nagyobb arányban találunk magánynos fiatalokat. Ugyan a fiatalok szabadidejük nagy részét otthon töltik – javarézsit internetezéssel vagy tévénézéssel –, harmaduk – főként fiúk – rendelkezik törzshellyel, ami többnyire vendéglátóhelyet, szabadtéri találkozási pontot vagy bevásárlóközpontot jelent, és amit néhány (5 vagy kevesebb) fős társaságokkal látogatnak. A művelődési házak, ifjúsági házak elenyésző mértékben jelentek meg a fiatalok szabadidő eltöltésének tereként.

A valamelyen civil szervezetben aktív szerepet vállaló fiatalok aránya az Ifjúság 2012 kutatás alapján meglehetősen alacsony. A megkérdezett fiatalok tizede szokott szervezett programokba bekapcsolódni (Nagy 2013). A szervezett ifjúsági közösségek töredézettségét a kutatók a rendszerváltás nyomán felszámolódó állami struktúráknak tulajdonítják, amelynek hiányát nem töltötték még be az egyházi és civil szerveződések (Nagy 2013, Utasi 2013). A rendszerváltás utáni generációk a gyermekszervezetek helyett sokkal inkább sportkörökben és informális „bandákban” találták meg a helyüket (Utasi 2013).

Fontos kiemelnünk, hogy a tartalmas szabadidő eltöltés terén sok esetben megjelennek a jövedelmi és településtípus által meghatározott különbségek. A jobb módú, nagyobb lélekszámú településeken élő családokból

származó gyermekek adott esetben színesebb élményekben részesülhetnek az alacsony lélekszámú településen felnövő, hátrányos helyzetű fiatalokhoz képest (Utasi 2013).

Ugyan az online kapcsolattartás és a közösségi oldalak egyre nagyobb teret hódítanak, fontos megjegyeznünk, hogy az internetes közösségekben aktívan részt vevők jellemzően offline közösségek tagjai is, a virtuális kapcsolatok tehát nem pótolják, hanem inkább kiegészítik, sőt, felerősítik az egyén valós kapcsolatait az internetes háló nyomán (Albert & Dávid 2012, Utasi 2013).

11.2. ÖSSZETARTÓ KÖZÖSSÉG, EGÉSZSÉGESEBB EGYÉN

A közösségnek és a bizalomnak tehát kulcsszerepe van nem csupán a társadalom, de az egyén jólétének biztosításában is. A szociális kohézió erősítésével egy összetartó társadalom az egyén egészségi állapotának, jólétének megőrzéséhez is jelentősen hozzájárul; és ugyanígy, az aktív közösségi munkát végzők is tehetnek – alulról építkezve – az összetartó társadalom létrejöttéért.

Mit lehetünk közösségeink megerősödéséért? Ahogy láttuk, az egyik legfontosabb teendő az ifjúsági kisközösségek erősítése, szervezett gyermekközösségek támogatása, amelyek fontos alapjai lehetnek a közösségek és a társadalmi bizalom erősítésének. Ebben mind a civil, mind az egyházi kezdeményezések ki kell, hogy vegyék a részüket, az oktatás pedig a tárgyi tudáson kívül szubsztantív értékek – tolerancia, bizalom, szolidaritás – és szakmai ethosz átadásával kell, hogy segítse a közösségi cselekvés/gondolat térnyerését (Tóth 2005).

A civil társadalom erősítése szintén alapvető feladat. UTASI ÁGNES kutatása (2013) feltártá, hogy ugyan a megkérdezettek harma-

dának van szándéka, ötlete környezetének, saját közösségenek jobbítására, amelynek érdekében szívesen összefogna másokkal, ennek ellenére ezek a kezdeményezések – szervezés híján – kivitelezés nélkül maradnak. A kutatási eredmények szerint, ha családunkban legalább egy valaki részt vesz bármilyen közösségi tevékenységben, sokkal nagyobb esélyel aktivizálódik a többi családtag, a szűkebb környezet is (Dávid et al. 2008).

Hajlamosak vagyunk azt gondolni, hogy kapcsolathálózatunk esetlegesen alakul pedig épp ellenkezőleg, a körülöttünk élő embereknek meghatározó szerepük van egészségünk megőrzésében, általános jóllétünkben. A recept talán nem is annyira egyszerű, mint ahogy JÓZSEF ATTILA A számokról c. versében papírra vetette, ezzel együtt társadalunk jövője, egyéni boldogságunk közösségeink megerősítésén áll vagy bukik.

„Tanultátok-e a számokat?
Bizony számok az emberek is,
Mintha sok 1-es volna az irkában.
Hanem ezek maguk számolódnak
És csudálkozik módfölött az irka,
Hogy mindegyik csak magára gondol,
Különök akar lenni a többinél
S oktalanul külön hatványozódik,
Pedig csinálhatja a végtelenséggig,
Az 1 ilyformán minden 1 marad
És nem szoroz az 1 és nem is oszt.
Vegyetek erőt magatokon
És legelőször is
A legegyszerűbb dologhoz lássatok –
Adójatok össze,
Hogy roppant módon felnövekedvén,
Az Isten is, aki végtelenség,
Valahogyan megközelítsétek.”

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

- Albert F. & Dávid B. (2005): Mobilitás, kapcsolati környezet és általánosított bizalom. In: Medgyesi M. & Tóth I. Gy. (szerk.) Kockázat, bizalom és részvétel a magyar gazdaságban és társadalomban. Budapest, TÁRKI. 38–59.
- Albert F. & Dávid B. (2012): Az interperszonális kapcsolathálózati struktúra átrendeződése Magyarországon. In: Kovách, I. et al. (szerk.): Társadalmi integráció a jelenkor Magyarországon. Budapest: Argumentum Kiadó. 343–356.
- Alesina A. & La Ferrera E. (2002): Who trusts others? Journal of Public Economics, 85(2), 207–234.
- Antonucci T. C. & Akiyama H. (1995): Convoys of social relations: Family and friendships within a life span context. In.: Blieszner, R. & Bedford, V. H. (szerk.) Handbook of aging and the family. Westport, CT: Greenwood Press. 355–372.
- Bartal A. M. (2009): Önkéntesek és nem-önkéntesek jellemzői a 2008. évi Európai Érték Vizsgálat tükrében. http://volunteermotivation.info/downloads/ONK_NEMONK_BAM2009.pdf
- Beck A. T., Rush A. J., Shaw B. F. & Emery G. (1987): Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press.
- Dávid B., Albert F. & Vajda Zs. (2008): Is it in the family? Civic Participation Patterns Based on a two Generational Family research in Hungary. In: Puszta, G. (szerk.) Religion and Values in Edu-

- cation in Central and Eastern Europe. Debrecen: Center for Higher Education Research and Development. 257–277.
8. Dávid B. (2009): Gondolatok a magánról a szociológiai adatok tükrében. *Vigilia* 74(11): 819–827.8.
9. Fukuyama F. (1995): Trust. New York: Simon and Schuster.
10. Giczi J. & Sik E. (2009): Bizalom, társadalmi tőke, intézményi kötődés. In.: Tóth, I. Gy. (szerk.) TÁRKI Európai társadalmi Jelentés. Budapest: TÁRKI. 65–84.
11. Gerő M. (2012) A civil társadalom néhány trendje Magyarországon 1990 után. In.: Kovách I., Dupcsik Cs., P. Tóth T. & Takács J. (szerk.): Társadalmi integráció a jelenkor Magyarországon. Budapest: Argumentum Kiadó. 317–342.
12. Granovetter M. S. (1973): The Strength of Weak Ties. *American Journal of Sociology*, 78(6): 1360–1380.
13. Hardin R. (2004): Trust & trustworthiness. New York: Russell Sage Foundation.
14. Horváth-Szabó (2011): Kapcsolatok kapcsolati hálóban. *Embertárs*, 9(1): 4–20.
15. Keller T. (2014): Megfogyva bár, de törve... Mérsékkelten javuló mutatók, súlyosan növekvő politikai polarizáltság a magyar értékrendszerben, változások 2009 és 2013 között. In.: Kolosi T. & Tóth I. Gy. (szerk.): Társadalmi Riport 2014. Budapest: TÁRKI. 375–403.
16. Kopp M., Skrabski Á. & Szedmák S. (1998): A bizalom, a társas támogatás, az összetartozás, együttműködés képességének egészségügyi jelentősége. *Végeken*, 9(4): 4–11.
17. Lin N. (2001): Social Capital: A Theory of Structure and Action. London: Cambridge University Press
18. Lin N. (2008): A network theory of social capital. In: Castiglione, D., van Deth, J. W. & Wolleb G. (szerk.): The Handbook of Social Capital. Oxford: Oxford University Press 50–69.
19. Matolcsy Á. (2002): „A legjobb befektetés a bizalom”: A társas támász szerepe az egészségmegőrzésben. *Psychiatria Hungarica* 17(4): 427–431.
20. Nagy Á. (2013): Szabadidős tervezés és tevékenységek. In: Székely L. (szerk.) Magyar Ifjúság 2012. Budapest: Magyar Közlöny Lap- és Könyvkiadó. 211–228.
21. Németh G. D. A. (2008): A szociális kompetencia fejlesztésének lehetőségei az iskolában. *Új Pedagógiai Szemle*, 58(1): 23–34.
22. Putnam R. D. (1993): Making democracy work. Civic traditions in modern Italy. Princeton NJ: Princeton University Press
23. Putnam R. D. (2000): Bowling alone. The collapse and revival of American community. New York: Simon and Schuster
24. Skrabski A., Kopp M. & Kawachi I. (2003): Social capital in a changing society: cross sectional associations with middle aged female and male mortality rates. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(2): 114–119.
25. Tóth I. Gy. (2005): Bizalomszint, kötelezettségi hálók és társadalmi tőke: Előtanulmány. In: Medgyesi M. & Tóth I. Gy. (szerk.): Kockázat, bizalom és részvétel a magyar gazdaságban és társadalomban. Budapest: TÁRKI. 13–23.
26. Tunstall D. F. (1994): Social Competence Needs in Young Children: What the Research Says. Paper presented at the Association for Childhood Education, New Orleans

27. Tyler T. R. & Blader S. (2000): Cooperation in groups: Procedure justice, social identity, and behavioral engagement. Philadelphia: Psychology Press
28. Utasi Á. (2013): Kötélén. Szolidaritás-hálók és közélet. Szeged: Belvédere–MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont
29. Verba S., Schlozman K. L. & Brady H. (1995): Voice and Equality: Civic Voluntarism in American Politics. Cambridge: Mass, Harvard University Press
30. W. van Deth J. (2008): Measuring social capital. In: Castiglione D., van Deth J. W. & Wolleb G. (szerk.): The Handbook of Social Capital. Oxford: Oxford University Press. 150–176.

▲ VISSZA A TARTALOMJEGYZÉKRE ▲

▲ VISSZA A FEJEZETCÍMHEZ ▲

12. EGYÜTTÉLÉS ÉS SOKFÉLESÉG. JUT HELY MINDENKINEK – KULTÚRÁK TALÁLKÖZÁSA, KISEBBSÉGEK



K. NAGY EMESE

K. NAGY EMESE agrármérnök, mérnöktanár, angol nyelvtanár, a neveléstudomány doktora. A Miskolci Egyetem docense és a Hajókeresztúri IV. Béla Általános Iskola vezetője. Kutatási területe a hátrányos helyzetű tanulók státusproblémájának kezelése. Oktatási szakértőként szakterülete a tanügy-igazgatás. Munkája során szerepet vállal a hátrányos helyzetű tanulók felzárkóztatásában, a tehetség-gondozásában és a tanár-továbbképzésben. A Komplex Instrukciós Program szakmai vezetője, a program a tudásban és szocializáltágban heterogén tanulói csoportok nevelésére-oktatására alkalmas speciális kooperatív tanulási eljárás. Legmagasabb elismerése a Magyar Köztársasági Érdemrend lovagkereszte.

12.1. BEVEZETÉS

12.2. KISEBBSÉGEK

12.3. A MULTIKULTURÁLIS TÁRSADALMAK SZERVEZŐDÉSEI

12.3.1. KÁIN ÉS ÁBEL MODELL

12.3.2. AZ ASSZIMILÁCIÓ

12.3.3. A MULTIKULTURALIZMUS

12.3.4. AZ INTERKULTURALIZMUS

12.4. ÖSSZEGZÉS

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

12.1. BEVEZETÉS

A Z ELMÚLT ÉVTIZEDBEN az eddiginél hangsúlyosabb helyet kaptak az etnikum, a multikulturalizmus, a multikulturális és az interkulturális nevelés fogalmak, amelyek elsősorban a kisebbség, ezen belül is a cigányság iskolázásával kapcsolatban merültek fel. Ugyanakkor kevés az olyan írás, amely elemzi és összefüggéseiben mu-

tatja be ezeket a fogalmakat (Integrating Immigrant Children into Schools in Europe 2009; Torgyik 2009, Debreczeni 2014).

Mindenekelőtt különbséget kell tenni a multikulturális és az interkulturális fogalmak között. DAVID MILLER szerint „a multikulturális és a multikulturalizmus kifejezéseknek nincs letisztult vagy rögzült jelentése”. A leíró használaton túl „azonban a kifejezés utal a kulturális különbözőségek természeté-

re, valamint arra, milyen egyéni és politikai választ adhatunk a jelenségre” (Miller 1995).

Az UNESCO által javasolt definíció szerint a *multikulturális* fogalom kölcsönös együttelést és megértést jelent egyazon társadalomban élő különböző kultúrák között, az *interkulturális* terminust pedig a kultúrák közötti interakció értelmében használjuk (UNESCO 1995). DEBRECZENI (2014) előszörben a társadalomba való betagozódás képessége szerint közelíti meg a két fogalmat. Írásunkban szeretnénk bemutatni, hogy olyan paradigmáról van szó, amely a társadalmi együttelés javítását, az együttműködés, a kölcsönösséggel és partnerség kialakítását tűzi ki célul.

Az oktatás mezején érdemes abból a gondolatból kiindulni, hogy ugyanazon területen élő multikulturális társadalmak eltérő nyelvi és etnikumú csoportjainak interkulturális oktatása elsőlegesen iskolaszervezési, és kevésbé tantervkészítési kérdés. Munkánkban megpróbálunk rámutatni arra, hogy a multikulturális intézmények szerkezete az egyik legmeghatározóbb tényezője az emberek szellemi és érzelmi beállítódásának és a tanulásban való előrehaladásnak. Valljuk, hogy a rendszer háttérében megbúvó, rejtegett tanterv sokszor hatékonyabb, mint a hivatalos tanterv. A hivatalos tanterv csak kiegészítés, tartalmazzon bármit: legyen szó emberi jogokról vagy többnyelvű oktatásról, az csak másodlagos a rejtegett tanterv legfontosabb üzenetéhez képest.

12.2. KISEBBSÉGEK

A különböző kultúrájú csoportokat magába foglaló társadalmakban a többségi kultúrához tartozó domináns, többségi csoport mellett megtalálhatók a kisebbségek is. A kisebbség kifejezést többféle értelemben használjuk:

Általában egy társadalmi csoporton belül az a kisebb létszámu csoport, amely valamilyen ismérv révén különbözik a többségtől. Leggyakrabban etnikai, nemzetiségi, nyelvi, vallási kisebbségekről beszélünk (Gergely et al 2015). A kisebbség elsősorban azokat az őslakos népeket jelenti, akiknek a származása valamely ország őseredeti lakosaira vezethető vissza, és akiknek különleges viszonyuk van saját területükhez, akik hangsúlyosan tulajdonosi érzéssel viseltetnek saját földjük iránt. Másodsor területi kisebbségek azok a nagy múltú kulturális hagyományokkal rendelkező csoportok, amelyek nemzeti környezetben élnek olyan helyeken, ahol nagyszámú a kisebbség, mint például Európa tekintetében Anglia, Franciaország vagy Németország. Kisebbségshez tartoznak azok a nem területi kisebbségek vagy vándorlók, akik az adott területhez nem különösebben kötődnek. Végül ebbe a kategóriába tartoznak a bevándorlók is.

Nemzetközi viszonylatban a kisebbség azokat a marginalizált vagy sebezhető csoportokat jelöli, amelyeknek a többség árnyékában domináns, de a többségtől eltérő kulturális ideológiájuk van. Probléma abból adódik, hogy ezeknek a csoportoknak az értékrendje és önbecsülése más forrásból táplálkozik, mint a többségi kultúrához tartozóké. (Kreatív sokszínűség, UNESCO, 1996). Emiatt sok országban szervezetten vagy erőszakosan elnyomják a más, nem a többség kultúrájához tartozókat. Századunk fő problémája ebből az elnyomásból adódó politikai kérdés, vagyis a kisebbségi jogok problémája.

12.3. A MULTIKULTURÁLIS TÁRSADALMAK SZERVEZŐDÉSEI

Az európai társadalmak multikulturalizmusának kialakulását a gyarmatbirodalmak felbomlásától számítjuk, amikor az egykori

gyarmattartó országok multietnikussá váltak. Az Európán kívülről beköltözők milliói nyelvileg és általában kulturálisan nemcsak a gazdaságban, hanem az oktatásban is válásos helyzetet hoztak létre. Gondolunk Nagy-Britanniára, ahol a kudarcok okát eleinte csak a szociális háttérben keresték, és csak a hatvanas évek liberális klímája tette lehetővé azokat az egyéni kezdeményezéseket, amelyek nyomán a multikulturális nevelés eszméje és gyakorlata kialakult. A gyarmatbirodalmak felbomlásától számítják annak kezdetét, hogy az egykor gyarmattartó országok multietnikussá váltak (Lesznyák-Czachesz 1995; Forray 2013).

Európában a kisebbségeket védő nemzetközi szabályozás 1555-re tehető: az augsburgi béke előírta a vallási kisebbségek védelmét. Az 1648-as vesztfáliai egyezmény, majd az 1767-es, illetve 1775-ös lengyel-orosz egyezmény garantálta a lengyel kisebbség jogait, miközben az 1815-ös bécси szerződés nemcsak a szabad vallásgyakorlás jogát adta meg a vallási kisebbségeknek, hanem bizonyos polgári jogokat is. Az 1919-es békészerződések sok régi és új államtól megkövetelték, hogy biztosítsák minden lakosuk számára a teljes védelmet, akár „másként gondolkodó”, akár nem, vagyis függetlenül származásától, nemzetiségtől, anyanyelvétől, fajától vagy vallásától (Herber 1996).

A második világháború után létrejött az Egyesült Nemzetek Szervezete. Ebbe a szerződésbe tartozó államok elsőleges feladatauknak tekintették az emberi jogok védelmét. Az Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata, haladó gondolatai ellenére sem tért ki a kisebbségek védelmére, mivel féltek a szeparatista mozgalmak fellendülésétől. A jogokat a „minden embertől elidegeníthetetlen” jogokként fogták fel (*Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata, 1948*).

Napjainkban nyilvánvaló, hogy a kérdést nem lehet megkerülni. 1992-ben az ENSZ

Közgyűlés elfogadta „*a nemzeti vagy etnikai, vallási és nyelvi kisebbségekhez tartozó személyek jogainak deklarációja*” átfogó, egyetemes dokumentumot. Multikulturális társadalomban élünk, és e társadalmak velejárója a multikulturális oktatás megszervezése, ami hosszú fejlődési folyamat, és felismerhető fázisai vannak (Linch 1986; Torgyik Karlovitz 2006).

LYNCH (1986) szerint a *laissez-faire* fázisban a politika, a társadalomirányítás figyelmen kívül hagyja, vagy nem érzékelni, hogy új társadalmi és kulturális jelenséggel áll szemben, és a problémát vagy aktívan vagy passzívan elutasítja. Ebben az összefüggésben a 19. századi nacionalizmusok kulturális hegemonia-törekvésére kell gondolnunk.

Az *asszimiláció* fázisában a szociális nyomás és nyugtalanság, elégedetlenség hatására a bonyolult problémák halmazából kiemelik a „gyermekkérdést”. Ennek megoldására születtek olyan intézkedések, mint a kisebbségekhez tartozó gyerekek szétosztása a különböző iskolák között, buszoztatásuk, speciális iskolák szervezése. Mindezek hatására a jó szándéktól függetlenül a kisebbségek gyerekei marginalizálódnak.

A *deficit* vagy az *integracionizmus* fázisában az oktatáspolitika tudomásul veszi, hogy léteznek alternatív, legitim kultúrák, és egyre inkább hangsúlyt kap a néphagyomány. Az identitás, az etnikai öntudat ebben a fázisban tulajdonképpen strukturális hátrányt jelent, mert az etnikum csak az iskolarendszer egyes szervezeti elemeiben van jelen.

Az *antirasszista* fázisról akkor beszélünk, amikor olyan politizáló, kriticista társadalom jön létre, amelyben a kulturális eltérésekhez semminemű halalmi pozíciók nem társulnak.

Témánk szempontjából fontosnak véljük az *etnocentrizmus* szó „körbejárását”. A fogalom azt a szemléletet takarja, miszerint a saját népcsoportunk mindenek a közép-

pontja, és más csoportok kultúráját (dolgait, viselkedését, értékeit) ehhez viszonyítva becsüljük. KOZMA (1993) *etnocentrizmus* gyűjtőnévvel foglalja össze azokat az oktatáspolitikákat, amelyek – nagyjából a múlt század kezdete óta – az etnikai kultúrák megőrzésére vagy ellenkezőleg, ezek teljes beolvasztására törekedtek.

Az „olvasztótégely-iskola” az uralkodó ideológia jegyében arra törekszik, hogy olyan államot teremtsen, amelyben egyetlen nyelv, egyetlen kultúra létezik. Ennek a törekvésnek voltak eredményei (különösen a gyarmatbirodalmakban), virágosztak országoknál (jobbára gyarmattartóknál) különböző ágai, altípusai. Sajátos eszköze a történelem kezelése: ezek az oktatási rendszerek minden átírták a történelmet. A spanyol és a portugál verziók az indián örökséget helyettesítették a keresztenységgel, a brit változatban csak az angol történelmet tanították, a francia változat az arab történelmet alakította úgy, hogy más értelmezést adott ugyanazonknak az eseményeknek, az orosz változat új történelmet kreált, de vannak olyanok is, akik egyszerűen elhanyagolják a történelmet.

A kétnyelvű oktatás kialakulását az első világháború utáni területi átrendezések tettek szükségessé, ahol az oktatáspolitika olyan kisebbségi nyelvekkel (kultúrákkal) találta szembe magát, amelyek nemrég még saját kultúrájának részét képezték. Az egyes nemzetállamokban (Svájc-tól Magyarországgig) a kisebbségeknek – legalábbis az elismert, anyaországgal is rendelkező nemzetiségeknek – önálló iskoláik, sőt esetenként önálló iskolarendszerük volt, és a többnemzetiségű szövetségi államokban is kialakult a kétnyelvűség. KOZMA szerint a jelenlegi etnikai reneszánsz fő forrása a jóléti állam – a megállapításban sok igazság van, hiszen a jóléti állam magas fokú szervezettsége

bizonyosan hozzájárul ahhoz, hogy egyes etnikai csoportok saját jogokat követelhessenek és vívjanak ki a szolgáltatások – pl. oktatás – területén is.

Az internacionálista nevelés a múlt században mást jelentett a nyugati és mást a keleti, volt szocialista blokkhoz tartozó országokban. A szocializmusban az elkövetelt „olvasztótégely” valójában alig működött, ma pedig már mindenhol közelünk az akkor a nyugati országokban irányt jelentő kultúrák és társadalmak közötti információcsere kívánalmához.

A multikulturális oktatás eszméje Európában annak eredményeként bontakozott ki, hogy a különböző indítékű „vándorlások” következtében Európa gazdagabb, nyugati országai többetnek ismertek, multikulturális területekké váltak. A multikulturális pedagógia reagálás, reflexió erre a helyzetre, egyúttal kompromisszum az asszimilációs oktatáspolitika és az ennek ellenálló kisebbség között. Benne az ideológiai és a konkrét politikai töltet igen erős, hiszen az etnikai kisebbségeknek juttat „hatalmat” a nemzetállamok oktatási rendszerében.

Az OECD-országokban az interkultúralis és multikulturális nevelési koncepciók kialakulása összekapcsolódott az olyan oktatáspolitikákkal, amelyek a nagyobb esélyegyenlőség megteremtését tüzték ki célul. Az 1970-es évektől felerősödött az állampolgári és emberi jogi csoportok hangja, amelyek a bevándorlókkal és az etnikai kisebbségekkel kapcsolatos diszkriminációért az egynyelvű és egykultúrájú nevelési rendszert is felelőssé tették. Az egyenlőtlenség és a diszkrimináció, az emberi és állampolgári jogok megsértése akadályozza a szociális integrációt.

Az elmúlt két évtizedben világossá vált, hogy a társadalmi, technikai és tudományos

fejlődés a nemzeti gazdaságok egyre nagyobb mértékű kölcsönös függőségének kialakulása, a globalizáció felé halad. Ez minden nemzeti oktatásügyet arra ösztönöz, hogy a fiatal nemzedékeket minden tekintetben tegye képesé a magas szintű tudományos-technikai műveltség elsajátítására. Következésképpen megnőtt a nemzetek feletti tudomány jelentősége a nemzeti oktatásügyben. E szempontból azok az oktatási rendszerek a leghatékonyabbak, amelyek a legrugalmasabban képesek alkalmazkodni, és a legsikeresebbek a kulturális és nyelvi partikularizmusok módosításában.

Ugyanakkor az is nyilvánvalóvá vált, hogy a gazdasági-kulturális fejlődés tartaléka halmozódott föl azokban az iskolákban, ahol az etnikai kisebbségek gyermekei tanulnak. Ez a tartalék csak akkor hasznosítható, ha az iskolák elég adaptívak ahhoz, hogy a különböző kultúrájú gyerekek ott-hon tudják magukat érezni bennük. Kérdezés, hogyan lehet feloldani azt az ellentétet, amely a kétféle társadalmi igény között feszül. A feloldás – függetlenül az ideológiák által hordozott értékeitől – lényeges, hiszen minden társadalom alapvetően érdekelt abban, hogy a társadalmi konszenzusnak legalább a minimumát biztosítsa. E probléma súlyát jelzi, hogy az Európa Parlament folyamatosan költségvetést különített el az interkulturális nevelés céljára (Onestini 1996).

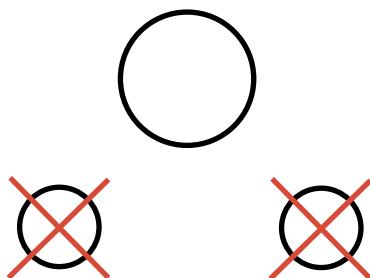
A multikulturális oktatásnak tudatában kell lennie a multikulturális társadalmak és az interkulturális oktatási rendszer összefüggésének. A tisztánlátás kedvéért négy elméleti modellt szeretnénk felvázolni a multikulturális társadalmak lehetséges szerveződéséről LARCHER (2000) gondolatai alapján. Mindegyik séma elméleti modell, és a valóságban, tiszta formában nem léteznek. A valóság sokkal összetet-

tebb és színesebb, mint az elméleti tiszta modellek és hajlamos a modellek keverésére. Mégis, a négy mintamodell mindegyikének szoros kapcsolata van a valósággal, még akkor is, ha nem egyeznek meg azzal. Továbbá a négy politikai modell mindegyike rendelkezik megfelelő oktatási modellel, amely eltérő nyelv és kulturális háttérrel az ifjúság nevelését irányítja. A négy modell mindegyike kisebb vagy nagyobb mértékben tükrözi a politikai történelmet, valamint azokat a politikai alapelveket és az adott társadalompolitika törekvéseit, amelyekről megállapításaink erednek.

12.3.1. Káin és Ábel modell

Gondolatainkat ANDRÁSFALVY (1995) megállapításából indítjuk, miszerint, ha az egyénnek, mint élőlénynek joga van élni, akkor joga van életét egyéniségeben megélni. Ez a feltevés azonban azt vonja maga után, hogy szüksége van arra, hogy ehhez legyen eszköztára, vagyis kultúrája. A bemutatásra kerülő *Káin és Ábel modell*, vagy nevezhetjük *Hitler és Sztálin modellnek* is, a megsemmisítésen alapszik. Jellemzője, hogy az uralkodó csoport tagjai lerombolnak vagy megsemmisítének minden, ami nem tartozik a többség kultúrájához.

A ókortól napjainkig a történelem tele van a modellt alátámasztó példákkal. Az egész Káinnal és Ábellel kezdődik. A Bibliából tudjuk, hogy Káin területeket birtokló letelepedett földműves volt, míg Ábel, a bátyja, vándorló életet élt. Pásztor lévén, birkáival járta az országot, itt-ott megpihenve, miközben testvére a saját földjén dolgozott. A történet mindannyiunk számra ismert. A letelepedett megölte a vándorlót, akit Isten megbüntetett. De Isten nem tudta megvédeni az embereket



12.1. ábra Káin és Ábel modell vagy Hitler és Sztálin modell

Káin példájának követésétől. Az emberiség a mai napig üldözi, bántalmazza és megöl azokat, akik úgy élnek, mint a bibliai Ábel. A zsidók és a cigányok a politikai elnyomás következményeként – és nem szabad akartukból – évezredek óta tartó vándorlás közben lettek áldozatai az őslakosoknak Európa-szerte.

A náciizmus a zsidók és cigányok ezen módszeres kiirtásának modelljét tette magáévá és tökéletesítette. A sztálini szovjetunió tömeges kivándorlásra készítette, és börtönbe vetette őket. A csoportokkal szemben a terror a minden nap politika részévé vált, így erősítve az uralkodó párt hegemoniáját (Larcher 2000) (12.1. ábra).

A mai Európában a bevándorló és vándorló életet élő népek nem sokban különböznek a bibliai korban élőkétől. Úgy véljük, hogy Európa adaptált egy enyhébb Káin és Ábel modellt. Ennek a modellnek azonban azért is nehéz megtalálni a modelljét, mert ha már egyszer megsemmisítettek egy bizonyos csoportot, akkor nincs szükség arra, hogy bármit is megtanítsanak neki.

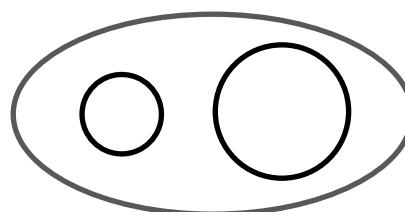
12.3.2. Az asszimiláció

Asszimilációnak nevezzük egy kisebbség, Európa szempontjából például a migráns

külföldiek olyan beolvadását a többségi társadalomba, amely során elveszti saját eredeti kultúráját és önonazonosságát. Az asszimilációra jellemző, hogy lehet önkéntes és kikényszerített is, amely elsősorban a nyelv elvesztésével jár, amit a kulturális szokások visszaszorulása, majd a kisebbségi identitás elvesztése követ (Gyulai 2011) (12.2. ábra).

Az asszimiláció vagy olvasztótégely modell „enyhébb” változata a Káin és Ábel modellnek, mivel a népirtást felváltja a nyelvi és kulturális megsemmisítés. Ez a modell is arra a feltételezésre épül, hogy a multikulturális társadalmak csak akkor tudnak működni, ha monokulturálissá válnak. Ebben az esetben ahelyett, hogy megölnek vagy üldöznék azokat az embereket, akiknek a nyelve és a kultúrája eltér a többségtől, asszimilálják őket.

Az asszimiláció a kulcsa a monokultúralis társadalom megtérítésének. A probléma súlyosságát jelzi, hogy „még most is előfordul, hogy a jóléti államok a régi stratégiához – elnyomáshoz, elhanyagoláshoz – folyamodnak. Ezzel az esettel találkozunk például a francia kormánynak a korzikai és a breton szeparatista mozgalmakkal szemben vívott harcakor. Jellemző azonban, hogy az asszimilációt sürgetők egyre inkább olyan elvekhez és eszmékhez igazítják magatartásukat, mint a demokrácia, önrendelkezési jog, egyenlőség, antirasszizmus, de főként a kulturális pluralizmus. FORRAY és



12.2. ábra Asszimiláció vagy olvasztókemence

HEGEDŰS (1998) úgy fogalmaz, hogy „*egy-re több országban válik egyértelművé, hogy a kisebbségi etnikumok elnyomásáért és az asszimiláció kikényszerítéséért később nagy árat kell fizetni*”.

Ehhez a modellhez kapcsolódó oktatási rendszer olyan nemzeti iskolai rendszert foglal magában, amely nem ad semmiféle útmutatást a népesség azon csoportjainak, akiknek anyanyelve eltér a domináló csoport nyelvétől. A gyerekeket csak egy nyelven, az állami nyelven tanítják, még akkor is, ha kezdetben egyetlen szót sem értenek belőle. A családok nyelvét magánügynek tekintik. Az iskolákban a gyerekek a nemzeti nyelvet tanulják anélkül, hogy nyelvi felzárkóztató leckéket adnának nekik. Nyilvánvaló, ha egy társadalom elfogadja ezt a modellt, akkor semmilyen interkultúrális oktatásról nem lehet szó.

A fenti séma a 19. század nemzetalkotási politikájából ered. Amikor az európai hatalmak elkezdték átalakító tevékenységeket a laza kapcsolatú soknyelvű szerveződésekkel nemzeti államokká váltak. Legtöbbnek két kulturális célja volt: a nemzeti nyelv érvényesítése és a nemzeti identitás kialakítása. A legjobb példa arra, hogy egy ilyen európai nemzetépítés milyen módon zajlott, a 19. századi Olaszország. Amikor végre az olasz nemzetállamot évtizedes küzdelem és nézeteltérések után sikeresen megalakították, kitűnt, hogy a lakosságának csak 2,5%-a használta az egységes nyelvet, mint a kommunikáció eszközét. Az 1861-ben megrendezésre kerülő első egyesültési parlamenten MASSIMO D'AZEGLIO azt mondta: „*Most, hogy létrehoztuk Olaszországot, létrehozzuk az olaszokat*”. Természetesen ez nem csak Olaszországban zajlott így, hanem a legtöbb európai országban is.

A fentiek egyik következménye, hogy majdnem minden nemzetállamban még mindig

jelen van a nemzeti nyelv elfogadására és elfogadtatására való törekvés. Ez a törekvés a minden napjai érintkezés kultúrájában is él. Természetesen vesszük, hogy mindenki a nemzeti kisebbség az, amely kétnyelvű – és nem a többség. Így majdnem minden csoportok közötti érintkezésben a meghatározó nyelv automatikusan a többség nyelvje. Következményként a kisebbség tagjai odáiig jutnak, hogy még akkor is a domináló nyelvet használják a többséggel való kapcsolattartásban, amikor azok jobban szeretnék használni a kisebbség nyelvét.

Az oktatás területén ez a modell széles körben elterjedt. Jellemzője, hogy a nemzeti oktatási rendszer kizárolag egy nyelven, a nemzeti nyelven alapul, de létezhetnek más nyelvű csoportok is az állam határain belül, akik minden nyelvben mind kultúrában eltérnek a domináló csoporttól. „*Kisebbségi diákok esetében a tanulás feltételei akkor jók, ha az osztály lékgöre kultúrájukkal konziszens, vagyis ha a tanárok megpróbálnak a diákok kultúrájához alkalmazkodó tanítási stílust kialakítani*” – véli BORECZKY.

Az oktatási rendszer szerencsés helyzetben oly módon figyel ezekre az eltérő csoportokra, hogy kezdetben kétnyelvű oktatást szervez azért, hogy elősegítse és felgyorsítja a gyerekek asszimilációjának folyamatát. Ez a két nyelven történő oktatási szakasz időben beharangozott és gyakran az iskola első évében befejeződik. Fő célja, hogy enyhítse a gyerekek lemaradását és megriadását akkor, amikor szembetalálják magukat egy számukra teljesen idegen hivatalos nyelvvel, továbbá, hogy segítse a pedagógusokat annak tudatosításában, hogy a nemzeti nyelv a kommunikáció eszköze. A kisebbség részére az ilyen korlátok közé szorított oktatás egyik következménye az anyanyelvvel kapcsolatban az, hogy minél több tapasztalatot, ismeretet és jártasságot szereznek, an-

nál nehezebbé válik átvinni azt a saját nyelvükre, így aztán a domináló nyelvre kell szorítkozniuk azért, hogy szavakba foglalják és felépítsék saját identitásukat. Végül azt veszik észre, hogy a belső saját nyelvük, amelyen gondolkoznak, olvasnak és számolnak, már nem az anyanyelvük többé. Előbb vagy utóbbit rájönnek, hogy éppen olyanokká váltak, mint bárki más az országban.

Ha a gyerekek ilyen asszimilációs modellben nőnek fel, igen különböző mértékben szenvedhetnek a következményektől. Az első problémát az jelenti, hogy a nyelvi kompetenciájuk mindenkorral közelről közelről változik, miközben – és ez már az első következménye – önbizalmuk megnyirbálódik és öntudatuk formálódása nagyon vontatottá válik. Azok a gyerekek, akikre ez a kétnyelvűség vonatkozik, úgy tűnik, hogy két oldalról is szenvednek. A szülők azt szeretnék, ha gyermekük jól boldogulnának az életben. Ezért a szülők, gyermekükkel való beszélgetésük közben kerülik az anyanyelvet. A többség nyelvét használják majdnem minden szülőgyermek párbeszédben és megpróbálják – ha nehezen is – a nemzeti nyelvet használni még a saját, egymás közötti beszélgetésükben is.

De sok esetben a szülők nincsenek tudtában a nemzeti nyelvvel kapcsolatban a saját csapdájuknak és problémájuknak, és ami még elkeserítőbbé teszi a helyzetet az, hogy nem tudják érzelmeket a célnyelven kifejezni, így aztán jó szándékuk következményeként gyermeküket egy szoros korlátok közé szorított nyelven tanítják. Az ilyen gyerekek gyakran azt fedezik fel az iskolában, hogy a mód, a színvonal, ahogyan ők a nemzet nyelvét használják kívülállókká és kitaszítottá teszi őket. Szüleik anyanyelvű rejtett kultúra marad számukra, ugyanakkor nem tudják könnyen elsajátítani a nemzeti nyelvet. Valójában a nyelv elsajátítását nehézkessé teszi a nyelvi szocializálódásuk. Ez az egész

körülmény viszont nem ösztönzi őket az interkulturális kapcsolattartásban való részvételre, hiszen folyamatosan bizonytalanságot éreznek a nemzeti nyelv használata során.

12.3.3. A multikulturalizmus

Nagyon leegyszerűsítve a multikulturalizmussal összefüggésben egy olyan társadalomról beszélünk, amelyet a kulturális sokszínűség jellemz, és amelyben egymással kölcsönhatásban és békében élnek a főbb jegyeikben önálló kultúrák. A multikulturális társadalom nem törekszik a kisebbségek vagy a bevándorlók asszimilációjára, a kulturális – nyelvi, vallási stb. – sokszínűséget és önnarendelkezést értéknek tekinti, amely a hivatalos állami szakmapolitikai döntések és a közoktatás terén is megnyilvánul (Gergely 2011).

A *The International Encyclopedia of Education*ben írottak alapján a multikulturális oktatás többnyire formális oktatást jelent, amely két vagy több kultúrát ölel fel.

A multikulturális oktatás definícióját SONIA (1992) az alábbi pontokban fogalmazza meg:

- a multikulturális oktatás antirasszista oktatás,
- a multikulturális oktatás alapoktatás,
- a multikulturális oktatás fontos minden tanuló számára,
- a multikulturális oktatás minden átfigurált oktatás,
- a multikulturális oktatás a társadalmi igazságosságért oktatás,
- a multikulturális oktatás egy folyamat,
- a multikulturális oktatás kritikai pedagógia.

A multikulturalizmust az európai országok közül elsőként Nagy-Britannia és a Német

Szövetségi Köztársaság vette át Kanadától, Ausztráliától és az Egyesült Államoktól, amely eszme az utóbbi fél században a különböző országok nevelési intézményeiben, pedagógiai programjaiban is mindenkiáll előtérbe kerül. A pedagógusok egyre nagyobb számban kísérik meg alkalmazni a multikulturalitás eszményét, például Olaszország, Luxemburg, Franciaország és Németország iskoláiban.

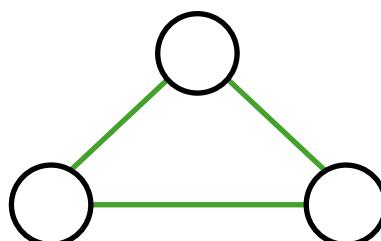
A mutikulturalizmus egyre nagyobb tömeget érint. Nyugat-Európa államainak fele homogén nemzetállam, ahol aránylag kis létszámban, de területileg koncentráltan élnek kisebbségek. Ilyen Franciaország, Finnország és Olaszország. Nemzetiségi állam Nagy-Britannia és Hollandia. A több- illetve soknemzetiségű államok sorába sorolható. Belgium (flamandok, frankofonok, németek), Svájcot négy nyelvi közösség alkotta (német, francia, olasz, rétoromán). Spanyolországban több millió katalán, galiciai és baszk él. A francia és német kultúra találkozási pontján található a háromnyelvű Luxemburg. Nyugat-Európában a lakosság körülbelül 15%-az etnikai kisebbséghez tartozik (Saad 1995), és manapság a közép-kelet-európai országok politikai-társadalmi változásai újabb migrációs lökést jelentenek az Európai Unió számára. Az újonnan oda érkezők kultúrájukkal együtt viszik magukkal a munkanélküliséget, szegregációt és marginalizációt. STAVENHAGEN egy másik jelenségre is figyelmeztet: „*Amikor a régi ipari nagyhatalmak kezdk elveszteni erejüket és termékeik jelentős részét exportálják, a harmadik világ országaiból érkező, eltérő kultúrájú néppességárادat feszültséget kelt a hagyományos munkaerőpiacnak és a befogadó ország szociális hálójában.*”

A Nyugattól eltérően az etnikai választóvonalak sokkal „elmosódottabbak”. Homogén nemzetállam például Csehország,

Magyarország és Szlovénia, a nemzetállam kategóriába Albánia és Lengyelország sorolható. Nemzetiségi állam Belarusz, Bulgária, Horvátország, Litvánia, Románia és Szlovákia. A soknemzetiségű ország csoportjába csak a keleti blokk összeomlását követően létrejött, jugoszláv és szovjet utódállamok kerültek (Bosznia-Hercegovina, Észtország, Lettország, Macedónia, Moldova, Szerbia, Montenegró, Ukrajna) (Szabó 2010).

A multikulturalis modellben a társadalom szerveződése megengedi mindegyik nyelvi- és népcsoportnak a teljes kulturális autonómiát, amely kulturális önállóságnak az ára az, hogy mindegyik csoportnak többé-kevésbé egy hasonló társadalmat kell létrehozna. A hasonló társadalomnak azonban laza, távolságartó a kapcsolata a többi parallel csoporttal. Az embereknek a földrajzilag egymás mellett élését, a kapcsolat nélküli szomszedságot dekonstruktívnak kell tekinteni. Ebben a szerveződésben, mindenféle szándék ellenére, a lehető legnagyobb szociális távolság alakul ki a különböző csoportok között (12.3. ábra).

Talán a dél-tiroli Bolzano tartomány a legjobb példája egy etnikai sokszínűségi modell bemutatására. De Bosznia-Hercegovina ugyanezt a mintát követi a daytoni egyezmény óta. Ott ezt a távolságartó szerveződést követhetjük nyomon egy mai, nagyon nyers formában, mivel az embereknek csekély tapasztalatuk van az ilyen típusú szerveződésben.



12.3.ábra *Etnikai pluralizmus: multikulturális modell*

Az oktatást tekintve, mindegyik népcsoportnak van saját iskolai felépítése, amely a nemzeti iskolai rendszer alszerveződéseként működik. Ezen alrendszeren mindegyikében az oktatás nyelve az adott csoport anyanyelv. Az is jellemző, hogy mindegyik csoportra nagy figyelmet fordítanak interkulturális oktatás tekintetében. Ez azt jelenti, hogy az egyik csoport a másik csoport jelentére nélkül tanulja a csoport nyelvét és kultúráját. Általános jelenség, hogy az eltérő nemzeti nyelvek kötelező tantárgyai a tantervnek. Mivel szoros a kapcsolat a különböző alárendelt rendszerek között, a tanulókban kialakul a tudat, hogy többnyelvű és többkultúrájú tásadalomban élnek. Jellemző továbbá, hogy az alrendszer tekintik saját közegüknek, a többire kevés figyelmet fordítanak.

Feltételezhető azonban, hogy amennyiben szoros kapcsolat épül ki a különböző népcsoportok között, ez járható útja lehet a kulturális és nyelvi különbözőség kiépítésének. A tapasztalatok azt mutatják, hogy a kapcsolat az egyes alrendszerök között erősebb, mint az egyes csoportok közötti etnikai hovatartozásra irányuló érdeklődés. A politikában ezt a nézetet *démotikus* prioritásnak nevezzük az *etnikai* elsőlegességgel szemben (Larcher 2000).

A „*démotikus*” szó a görög *demos* – hétköznapi ember – szóból ered, míg az „*etnikai*” az *ethnos* – egy bizonyos törzsből vagy kiterjedt családból származó ember – szóból származik. A *demokrácia* szó a *demos* szóból származik és nem az *ethnos* szóból. Az etnikum szó valójában predemokratikus. Azoknak a társadalmaknak, amelyek a nyelvi és kulturális sokszínűség etnikai pluralizmusa mellett döntöttek, nagy figyelmet kell fordítaniuk a demokratikus fejlődésre nem csak az egyént, hanem a népcsoportot is figyelembe véve. Az etnikai érdekeltérek közelítésében határozott alkotmányos

előírásoknak kell érvényesülniük, olyanoknak, amelyek mindenki előtérő népcsoportot figyelembe veszik, szemben az etnikumközpontú érdekeltségekkel, amelyek az adott csoport raison d'être-je. Csak ebben az összefüggésben hasonlíthatjuk össze a demosnak és az *ethnos*nak az alapelveit.

Másrészről ez az etnikai pluralista rendszer tekintélyei szisztemákkal működik együtt, amelyeknek erőskezű és karizmatikus vezetője van, akit mindenki népcsoport tisztei. Ez a helyzet például Színgapúrban. Mi történik, amikor a karizmatikus vezető eltűnik? Napjaink történelme már leckét adott erről.

Az oktatás etnikai sokszínű modellje magában foglalja azt a kötelezettséget, hogy a tanterv jelentős részének el kell köteleznie magát a nyelvi és kulturális tudatosság mellett azért, hogy állandóan ráirányíthassuk a tanulók figyelmét arra a tényre, hogy olyan emberekkel osztják meg a területet, akik az övéktől eltérő nyelveket beszélnek, és élétüket más értékek szerint élik. A csoportok közötti távolságot mérsékli, ha a tanterv a többi csoport nyelvét mint kötelező nyelvet tartalmazza. Egyre inkább akut kérdéssé válik a többnyelvűség az Európai Unió megalakulása után – „*annus mirabilis 1992*”, ahogyan ROSEN nevezi.

Valójában a kapcsolatépítés az egyik központilag előírt programja az ilyen fajta iskoláknak. Mindegyik iskolának meg kellene próbálnia partneriskolát és partnerszövetséget keresnie más nyelvi népcsoportból a folyamatos találkozás és közös programok lebonyolítására, ahol a gyerekek megtanulhatják a vegyes összetettséű csoportokon belül a nyelvi akadályok legyőzésével az együttműködést.

DUNLOP szerint a multikulturális nevelésnek az etnikai kisebbségek regionális jelennelétértől függetlenül valamennyi általá-

nos képzést nyújtó iskolában a nevelőmunka fontos területe kell, hogy legyen. A multikulturális nevelésben nemcsak az előítéletek elleni küzdelemről van szó, bár nyilvánvalón ez is a lényeghez tartozik. A cél a nyitott, türelmes, itthon és a világban magabiztosan mozgó ember nevelése.

12.3.4. Az interkulturalizmus

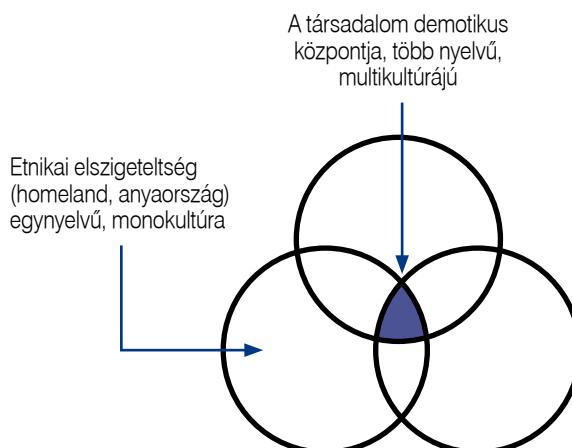
A negatív jelentéstartalmú asszimilációval szemben az integráció a bevándorlók vagy menekültek befogadó társadalomba való beilleszkedésének egy olyan formája, amely nem jár a saját kultúrájuk, önazonosságuk feladásával (Gyulai 2011).

Az integráció elvén alapuló társadalmak szervezete azon alapszik, hogy a társadalom meghatározói, mint például a munka, gazdaság, szociális jólét, egészség, kultúra kétnyelvű (többnyelvű) legyen, és két (több) nyelven legyen irányítva. A közösségi szférában a társadalom által beszélt összes nyelvnek jelen kell lennie. Az állami intézményeknek és vállalatoknak szigorúan két- vagy többnyelvűen kell működniük. A legjobb példája ennek az integrációs politikának Luxemburg, ahol három a hivatalosan elfogadott nyelv. Kis mértékben a Dolomitokban lévő Ladin-völgyekben találhatunk még ilyen háromnyelvű közösséget (12.4. ábra).

A megfelelő oktatási modell gondoskodik a kötelező többnyelvű iskolákról és többnyelvű oktatásról minden gyerek számára, aki többnyelvű területen lakik, tekintet nélkül a gyerek anyanyelvére. Csak egy iskolai rendszer és tanterv létezik, de mind a rendszer, mind a tanterv

többnyelvű. Cél kiépíteni a nyelvet és a kulturális tudatosságot a tanulókban ebben a Bábel tornyára emlékeztető zúrvavarban. Jellemző, hogy bármelyik multikultúrajú osztály olyan, mint Bábel tornya, így az eltérő nyelvek és az eltérő kultúrajú viselkedési minták találkoznak. A modell sikerének kulcsa az, hogy az iskolarendszer elég segítséget adjon minden iskolának, osztálynak a csoport és a projektmunkához. Mivel az oktatás meglehetősen keveset tesz a többnyelvű és többkultúrajú osztályok speciális tanítási módszerének a fejlesztéséért, még sok gyakorlatot kell szerezni abban, hogy Bábel tornyát vonzó tanítási hellyé tegyük.

BOURDIEU szerint a standard nyelv használata a „legitim habitus” része. Nem szabad azonban megtagadni az emberektől az általuk beszélt népnyelvnek kijáró méltságát sem. Ebben a norvégok élen járnak. Rendkívül erős, az egész társadalomra kiterjedő a nyelvi toleranciájuk. Törvényben szabályozzák, hogy a tanároknak engedniük kell tanulóiknak saját nyelvük használatát az iskolában megváltoztatniuk (Trudgill



12.4. ábra Nyelvi és kulturális integráció: interkulturális modell

1995). Többnyire azonban az egyes országok a standard (irodalmi) nyelv használatát követelik meg. TRUDGILL szellemesen és élesen fogalmaz:

„Ha valaki rasszizmusból kifolyólag diszkrimináció áldozata lesz, nem szoktuk azt javasolni, hogy változtassa meg bőre színét, bár sajnálatosan hosszú azoknak az eseteknek a sora is, amikor a négerek fehérnek igyekeznek látszani. Ha valaki szexizmusból kifolyólag lesz diszkrimináció áldozata, szintén nem szoktuk javasolni, hogy változtassa meg a nemét, bár több híres történelmi epizód szól arról, hogy nők férfiaknak adták ki magukat azért, hogy az előítéletekkel szembeszálljanak. Ha valaki az általa beszélt dialektus miatt lesz diszkrimináció áldozata, a diszkriminációt kell megszüntetni, nem pedig a dialektust”.

LARCHER nyomán egy kísérleti, többnyelvű és többkultúrájú példát mutatunk be az oktatás területéről. 1997 októberében LARCHER professzor részt vett egy többnyelvűségi körfülményt vizsgáló kísérleten.

Egyik kollégájával együtt Luxemburgban találkozott egy 16 fős csoporttal, ahol a diákok életkora 20 és 26 év között volt. A hallgatók öt eltérő országból érkeztek és négy különböző nyelven beszéltek. Találkozásuk napja az ő megismerkedésüknek is első napja volt, tehát előtte még sohasem látták egymást. Mindannyian olyan egyéves nemzetközi projekten vettek részt, amelynek témája a művészettel hátrányos helyzetű emberek integrációja volt. A műhelymunka vezetőinek egy hetük volt arra, hogy az eltérő nyelvű, elszigetelt egyénekből egy munkacsoportot hozzanak létre. Hogy ezt elérjék, mindenivel kölcsönösen megismerték az angol, német, francia és olasz nyelvet azért, hogy a továbbiakban ne érezzék kellemetlenül magukat a csoportban meglévő nyelvi ak-

dályuktól és azért is, hogy egymással való kapcsolat kiépítésére ösztönözzék a résztvevőket.

Francia szerzők által kidolgozott modellt használtak és ez inkább a szó szerinti technikákon alapult mintsem a gyakorlati nyelvhasználaton. Egy teljes héten át eljátszották a hallgatókkal, hogy egy lakatlan szigeten élnek, kialakították saját identitásukat, és elképzelték a környezetet, amelyben az egész esemény zajlik. Még a sziget nevét és a szigeten folyó eseményeket is a csoport találta ki. A hétfélékére hozzászoktak a bábeli zűrzavarhoz. Válogatásban a szokatlan és idegen dolgok mindenki számára normálissá váltak a nemzeti hovatartozás ideiglenes felfügesztésének köszönhetően. Legyőzte a nyelvi akadályokat, sok eljárást dolgoztak ki a kölcsönös megértésre és kapcsolattartásra. Mindegyik résztvevő elvezette a vegyes kísérletet és mindenki hozzászokott ahhoz, hogy olyan csoportban dolgozik, ahol a tagok eltérő nyelven beszélnek.

Egy héttel később kipróbálták a Tandemprojektet is, amelyhez eltérő nyelvű hallgatókból párok alakultak. A projekt lényege az volt, hogy mindenki meg kellett tanítania párját a saját nyelvére, egy nyelvtanár felügyelete alatt. A sikeres munkát nagyban segítette, hogy amikor problémájuk akadt, konzultálhattak, és segítséget kérhettek a nyelvtanáról.

Az oktatás területén van néhány – bár nem sok – eljárás, amelyik sikeres integrációs modellt valósított meg. Luxemburg például közel van az elméleti modellhez, de a Ladin-Reto-Roman oktatási rendszer is Észak-Olaszországban (a harmadik nyelvcsoport Bolzano/Bozen Dél-Tirolban) és Svájcban. Luxemburgban is, mint a fent említésre került területeken, minden gyereknek három nyelvet kell tanulnia. A luxemburgi anyanyelv mellett az általános iskolai oktatásban, az első évben a német jelentkezik első idegen nyelvként, harmadik osztálytól pedig a francia. A középiskolában a mate-

matika tantárgy kivételével az anyanyelven kívül már minden nyelven tanítják a tantárgyat (HVG 2002). A ladin iskolában a tanulók napi váltásban tanulják a nyelveteket. Hétfőn és kedden az oktatás nyelve kizárolag a német, míg ladint szerdán, olaszt pedig csütörtökön és pénteken használják.

Az ilyen oktatási rendszerek erősítik az integrált, többetnikumú társadalmat, amelyben markáns részeként jelenik meg az erős emberi jogokon alapuló demokratikus alkotmányos irányzat. A német társadalomfilozófus, HABERMAS ezt *alkotmányos patriotizmusnak* nevezi szemben a *nemzetiségi* vagy *etnikai patriotizmussal*. Ez utóbbiak célja, hogy elősegítsék a saját csoportidentitásuk kialakulását más csoportok mellőzésével. Ez a viselkedési minta inkább etnocentrizmus, etnikumközpontúság néven ismert.

A negyedik modell valóban interkultúrális oktatást nyújt. Vannak területek, ahol a gyerekek az integrációt a más nyelveket beszélőkkel való minden napos érintkezés kapcsán tanulják meg. Számukra a nyelvi és kulturális eltérés természetes és a napi kommunikáció több nyelven megszokott dolog. Ennek a rendszernek a veszélye az, ha az egyik nyelv előjogot élvez (mert az a média nyelve, vagy a többség által beszélt nyelv), hajlamossá válik az asszimilációs modell enyhe változatává válni, ahol azt sem veszi észre az egyén, hogy már az asszimilálódás folyamatába lépett.

A nyugati világ posztmodern társadalmai mindegyikében jelentkezik az a probléma, hogy a nemzet, mint a szerveződés alapeleme, gyorsan veszít fontosságából. Egyik oldalról a nemzeti államok beadoladásának növekvő tendenciája tapasztalható, másrészről a növekvő világkereskedelem, amelyet a késoi kapitalizmus globalizált gazdasága használt. Bár az Európai Unió különböző nemzetek egyesülése, Brüsszel fennhatósága alatt

tartja a nemzeti törvényhozást és gazdaságot.

A jelenlegi világméretű gazdaság dinamikája felgyorsítja a denacionalizációs folyamatot. Valójában a gazdaság globalizációja még inkább csökkenti a nemzet hagyományos erejét és befolyását. Az egyik következmény az általános vándorlás. Manapság a kapitalista világcetrumok kulturális állapota többé már nem csak a többség és a helyi kisebbség sajátossága, hanem a világ minden tájáról odavándoroltak és menekültek növekvő számával is jellemző. A nagy világvárosok egyre inkább a bibliából ismert ókorai Babilonhoz hasonlítanak, amely olyan kaotikus hely volt, ahol az emberek elvesztették a kommunikációs képességüket azért, mert sok eltérő nyelven beszéltek.

Ma mindenhol bábeli zúrzavar van. Manapság mindenannyian Babel tornyában élünk, és meg kell tanulnunk, hogy a nyelvi sokszínűség nem veszély, hanem kihívás. A nemzeti állam globalizációjának időszakában az egy nyelven való tanítás előtérbe helyezése elavult nézet, mert amit most a politika, üzleti élet és a minden nap élet megkíván, az többé már nem az egy nyelven beszélő ember, hanem olyan személy, aki több nyelven beszél és multikulturális kompetenciával rendelkezik.

Az *idegennyelv-tanítás* többé nem megfelelő kifejezés. A globalizált társadalmi életben az embereknek képesnek kell lenniük a többnyelvű közegben élni. Manapság a több nyelv tudása előfeltétel mindenki számára, aki az üzleti életben sikeres szeretne lenni. A nemzeti államok kezdi észrevenni, hogy oktatási politikájuk változtatásra szorul, át kell térniük az egynyelvűségről a többnyelvűségre azért, hogy polgárait ellásssa a szükséges alapvető tudással (Globalizáció: www.frisshirek.hu; Globalizáció: www.agria.hu; Kiss Endre: www.c3.hu; Kovács: uccu.palya.hu; Kiss László 2000; Szabó 2010).

12.4. ÖSSZEGZÉS

Bármely interkulturális oktatásban a szerveződés döntő jelentőségű. Ezért a legjobb útja a gyerekek életre való felkészítésének egy többnyelvű és kultúrájú országban az, ha egyazon oktatási intézményben és egyazon osztályban oktatják őket. Ennek az oktatásnak egyidejűleg kell biztosítani az integrációt és felszínre engedni a nyelvi és kulturális különbözőségeket. Tehát olyan többnyelvű iskolának kell működniük, amelyek nagy hangsúlyt fektetnek a többnyelvűség mellett a kapcsolatok kialakítására, az együttnevelésre. Biztosítani kell minden gyerek számára a művelődéshez való hozzáférést a terület hivatalos nyelvétől különböző, saját anyanyelven. Nem kétséges az anyanyelv elsődlegessége, de kis szerepet kapjon az adott területen használatos nyelvhez képest. Ezeknek a nyelveknek fokozatosan az oktatást közvetítő közegévé kell válniuk. Az iskolai oktatás egy nyelvre alapuló privilégiumát meg kell szüntetni.

Ha az oktatás a fenti útmutatás szerint folyik, a tanulóknak minden nap lehetőségeük adódik az interkulturális élet gyakorlássára, és hozzászoknak az együttműködéshez és kapcsolatok kialakításához, viták és nézeteltérések közepette, játszva és tréfálkozva a hasonló korúakkal, olyanokkal, akiknek más a kulturális és nyelvi háttérük. Önállóan fedezhetik fel, hogy mit jelent az interkulturális oktatás és élet minden napjaiban. A legjobb pillanat akkor következik be, ha megfeleldék ezeket a saját maguk által teljesen minden napinak tartott különbözőségükről.

Ma az interkulturális oktatás bevezetésének nehézségeit a következőkben látjuk. Az interkulturális oktatás fogalmának értelmezése nem teljesen világos, hiányzik a pontos definíció. A demográfiai változások sem kedveznek az interkulturális oktatás-

nak. Gondoljuk végig, hogy a felsőoktatásban dolgozó tanárok túlnyomó része a többségi társadalomhoz tartozó férfi, akiknek a felkészítésében az interkulturalizmusra irányuló képzés nem jelent meg hangsúlyosan. Problémát jelent az is, hogy a témával foglalkozó kutatások támogatása nem kielégítő.

Hol a helyünk ebben a bábeli zúrzavarban? Magyarország a rendszerváltás után a multikulturálissá válás stádiumába lépett azzal, hogy a meglévő, domináns és a kisebbségi kultúrák mellett újabbak is megjelentek illetve jelennek meg. Jelenleg a problémát az jelenti, hogy hazánkban a jövő nemzedékek személetemdóját megalapozó oktatási anyagok egyelőre még monokultúrás jellegűek, leginkább a domináló kulturális modellt képviselik és közvetítik. Nem készültünk még fel az interkulturális oktatás megszerzésére, sőt domináló kisebbségünk, a cigányság kultúrájának oktatásában is nehézségeink vannak.

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

1. Andrásfalvy Bertalan (1995): Ellenet és harmónia. Kultúrák találkozása – kultúrák konfliktusai. Szerk.: Krupa András–Eperjessy Ernő–Barna Gábor. Magyar Néprajzi Társaság, Budapest, 1995. 13.p.
2. Boreczky Ágnes (2000): Kultúraazonos pedagógia. Új Pedagógiai Szemle, 2000. július-augusztus. 84.p.
3. Bourdieu P. (1985): Az identitás és reprezentáció. A régió fogalmának kritikai elemzéséhez. Szociológiai Figyelő, 1985/1.
4. Debreczeni József (2014) Ne bántsd a cigányt! Kapitális Nyomdaipari Kft. Debrecen

5. Dunlop J.: A skót tantervi bizottság nemzetközi és multikulturális nevelési programja.
6. Gergely András, Gelsei Gergő, Gergely Vera, Horváth Vera (2015): Nemzeti és etnikai kisebbségek. http://vmek.oszk.hu/03400/03477/pdf/6_etnikai.pdf Letöltve: 2015. 02. 15.
7. Globális kérdések tanítása. Módszertani tanulmányok, 1989. szerk.: Gönczöl Enikő
8. Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata, 1948.
9. Forray R. Katalin (2013): Idő fogáságától szabadon. Oktatás és Társadalom 16. ÚMK.
10. Forray R. Katalin, Hegedűs T. András: Cigány gyermekek szocializációja, Aula, 1998.
11. Globalizáció, <http://www.frisshirek.hu>
12. Globalizáció: <http://www.agria.hu>
13. Gyulai Gábor (2011): Külföldiek Magyarországon. Magyar Helsinki Bizottság. Európai Integrációs Alap
14. Integrating Immigrant Children into Schools in Europe 2009: Bruxelles, Euridyce. <http://www.eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/.../101EN.pdf> (utolsó letöltés: 2011. november 10.)
15. Ki érti ezt? Heti Világgazdaság (HVG), 2002. április 5. 3.p.
16. Kiss Endre: A globalizációs társadalom filozófiája, <http://c3.hu>
17. Kiss László: Globalizáció és oktatás, Új Pedagógiai Szemle, 2000. december
18. Kovács Melinda: Globalizáció és nevelés, <http://uccu.palya.hu>
19. Kozma Tamás: Etnocentrizmus. Educatio, 1993/2.
20. Kreatív sokszínűség. A kultúra és a Fejlődés Világbizottságának jelentése. Osiris Kiadó, Budapest, 1996.
21. Larcher Dietmar: gondolatok az európai interkulturális oktatásról. Interkulturális oktatás az emberi jogok tükrében. EJBO Könyvek, 2000. 24-29.pp.
22. Lesznyák Márta, Czachesz Erzsébet: Multikulturális oktatáspolitikai konцепciók. Valóság, 1995/11.
23. Lynch J.: Multicultural Education. Principles and Practice. Routledge & Kegan Paul, London, Boston and Henley, 1986.
24. Miller D. On nationality. Clarendon Press, 1995
25. Onestini G.: Intercultural Education within European Education Programmes. European Journal of Intercultural Studies, 1996/3.
26. Rosen,H.: Multilingual Initiative. Institute of Education, London, 1988.
27. Saad L.: Learning to Live in Multicultural Society. Adults Learning, 1995. 6.
28. Sonia N.: Moving Beyond Tolerance in Multicultural Education. Spring, 1994.
29. Stavenhagen R.: Oktatás egy multikulturális világban. Oktatás rejtett kincs. Jacques Delors (szerk.), Osiris Kiadó. 1997. 193.p.
30. Szabó Gábor: Szétszakadó világunk A globalizáció emberi jogi kockázatai, Publikon Kiadó, 2010
31. Szabó Róbert (2010): Nemzet, nemzetállam, önrendelkezés, autonómia. Habilitációs dolgozat. Szent István Egyetem
32. Torgyik Judit (2009): Jó gyakorlatok a multikulturális nevelés köréből. In: Kállai Ernő–Kovács László (szerk.): Megismerés és elfogadás. Pedagógiai kihívások és roma közösségek a 21. század iskolájában. Budapest, Nyitott Könyvműhely. 31–41.
33. Torgyik Judit, Karlovitz János Tibor: Multikulturális nevelés. Bölcsész Konzorcium, Budapest, 2006

34. The International Encyclopedia of Education. Volume 2. Szerk.: Thorsen Húsén, T. Neville Postlethwaite
35. Történelem, 4., 5., 6. kötet (szerk.: Herber Attila és munkatársai), Gyömai Kner Nyomda, 1996
36. Trudgill P.: Dialektusok és szociolektusok az új Európában. Valóság, 1995/11.
37. UNESCO által javasolt definíciót idézi Majzik Lászlóné: Cseppekben a tenger. Fejlődés, kultúra és nevelés. Új Pedagógiai Szemle, 1995. 4.

▲ VISSZA A TARTALOMJEGYZÉKRE ▲

▲ VISSZA A FEJEZETCÍMHEZ ▲

13. A MAGYARORSZÁGI ROMA/CIGÁNY KISEBBSÉG HELYZETE ÉS AZ ÉLETKÖRÜLMÉNYEIT BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK



ANGYAL MAGDOLNA védőnő, egészségi szakmenedzser, romológus bölcsész. Jelenleg a PTE BTK „Oktatás és Társadalom” Neveléstudományi Doktori Iskola doktorandusza. Kutatási területe az egészségi felsőoktatásban részt vevő fiatalok romákkal/cigányokkal kapcsolatos attitűdje. Két évtizedes területi védőnői munka és tizenkét évi felsőoktatási oktatói tevékenység után jelenleg a PTE Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika védőnője.

ANGYAL MAGDOLNA

- 13.1. A HAZÁNKBAN ÉLŐ CIGÁNY/ROMA NÉPCSOPORTOK**
 - 13.2. A MAGYARORSZÁGI CIGÁNY TÁRSADALOM A DEMOGRÁFIAI ADATOK TÜKRÉBEN**
 - 13.3. A CIGÁNSÁG SZOCIOLÓGIAI JELLEMZŐI NAPJAINKBAN**
 - 13.3.1. A CIGÁNY NÉPESSÉG ISKOLÁZOTTSAGI HELYZETE**
 - 13.3.2. LAKHATÁSI KÖRÜLMÉNYEK**
 - 13.3.3. FOGLALKOZTATOTTSÁGI MUTATÓK A CIGÁNY/ROMA NÉPCSOPORTBAN**
 - 13.4. A CIGÁNSÁG/ROMA KULTÚRA SAJÁTOSSÁGAI, A TÖBBSÉGI TÁRSADALOMTÓL ELTÉRŐ SZOKÁSRENDSZERE**
 - 13.4.1. ROKONSÁGI RENDSZER, CSALÁD**
 - 13.4.2. A NŐ SZEREPE A CIGÁNY KÖZÖSSÉGBEN**
 - 13.4.3. TISZTASÁGI SZOKÁSOK A ROMA NŐK KÖRÉBEN**
 - 13.5. A CIGÁNY POPULÁCIÓ TAGJAINAK EGÉSZSÉG-MAGATARTÁSA ÉS EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA**
 - 13.6. AZ INTEGRÁCIÓ JELENTŐSÉGE**
- AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK**

13.1. A HAZÁNKBAN ÉLŐ CIGÁNY/ROMA NÉPCSOPORTOK

E ZERÉVES történelme során számos nemzetiség tarkította a magyar társadalmat, amely éppen attól vált sokszínűvé.

Ezért tehát a kisebbségi csoportok változatos, egymástól eltérő kultúráira mindenkor értékként kell tekintenünk. Ezek a különböző kultúrák olyan eltérő normarendszereket, szokásrendszereket hordoznak, amelyek megjelennek a minden nap élet területein is. A kisebbségek kulturális örökségének

megismérése fontos a többségi társadalom tagjai számára, mert a diszkrimináció fakadhat akár abból a félreértésből is, amely az egymás kultúrájának és szokásainak nem-ismeretéből táplálkozik. Az előítétek és sztereotípiák elkerülése érdekében fontos megismerni a cigány/roma társadalom szokásait, kultúráját, érték- és normarendszerét is.

A cigány népcsoport több évszázada él hazánk területén. Helyzetükre a marginalizáció, a sztereotipizáltság jellemző, a többségi társadalom tagjainak előítélete rendszeresen megbélyegzi őket. Míg a cigány populáció egy része beleolvadt a többségi társadalomba és elhagyta ősei kultúráját, hagyományait, nyelvét, vagyis asszimilálódott, addig egy másik, jelentős létszámu csoportja még ma is őrzi és gyakorolja ősei szokásrendszerét.

A sztereotípiából adódóan a cigány kisebbséget homogén csoportnak tekintik a többségi társadalom tagjai, azonban a hazai cigányság nem egységes népcsoport, hanem néprajzilag, szociológiaiailag és lingvisztkailag eltérő csoportok összessége.

ERDŐS KAMILL a magyarországi cigányokat/romákat három főbb, és azon belül két további nyelvi csoportba sorolta. (A százalékos arány KEMÉNY ISTVÁN 1971. évi kutatásainak alapján kerül feltüntetésre.)

- A csak magyarul beszélő cigányok, a *romungrók* (71%), akik magukat magyar cigányként határozzák meg.
- A kétnyelűek csoportjába tartoznak az *oláh cigányok* (21%), akik a magyar nyelv mellett a romani nyelv különböző nyelvjárásait beszélik. Néprajzi szempontból ők a legjobban vizsgált csoport, mert a hagyományos roma értékek és szokások körükben a legélőbbek.

■ A harmadik csoportba a *beás cigányok* (8%) tartoznak, akik magyarul és az archaikus román nyelven beszélnek; róluk kevesebbet tud a néprajztudomány.

A cigány kisebbség elnevezésével kapcsolatban két némenklatúra is van hazánkban: a cigány és a roma. A romani nyelvet beszélő oláh cigányok és a romungrók hívják magukat romának. A beások többsége a cigány meghatározást alkalmazza saját csoportjának tagjaira. Romológos szakemberek véleménye szerint a *cigány/roma* terminus egyenrangú használata jelentheti a helyes megoldást.

13.2. A MAGYARORSZÁGI CIGÁNY TÁRSADALOM A DEMOGRÁFIAI ADATOK TÜKRÉBEN

Európa legnagyobb létszámu etnikai kisebbségi csoportját a romák alkotják. Feltételezhetően 7–9 millió roma él ma a kontinensen, legnagyobb létszámban (kb. a kétharmaduk) Közép- és Kelet-Európa államaiban. A hazai cigányságról sincsenek pontos adatok, és ez igaz a népesség számára is. Lélekszámukat tekintve napjainkban Magyarország Európában a 4. helyen áll, becslések alapján a lakosság 6–8%-át teszik ki a cigányok.

A hazai cigányság lélekszámára vonatkozó népszámlálási adatok a 18. századtól lehetsők fel, azonban ezek az adatok ellenmondásosak. A 20. század utolsó harmadában KEMÉNY ISTVÁN és munkatársai végeztek cigánykutatásokat, amelyek nem önbevalláson alapultak, hanem a környezet definiálására támaszkodtak. Az 1993–94-ben lebonyolított reprezentatív kutatás alapján

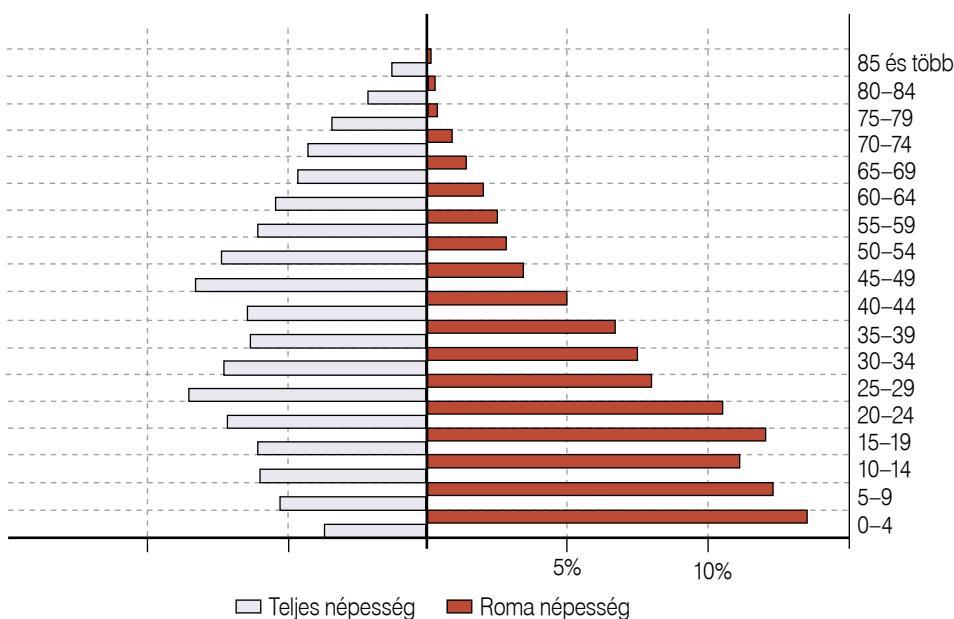
az akkor összlakosság 4,7%-a volt cigány származású. Az ezredfordulón tartott census adatai szerint – melyek az önmeghatározáson alapultak – a hazai cigányság lélekszáma alig volt több mint 190 000 fő. A 2011-es népszámlálás adatai szerint a legnépesebb hazai nemzetiség a cigányság, 315 ezren vallották magukat cigány/roma nemzetiséghöz tartozónak, másfélszer többen, mint a 2001. évi census alkalmával.

Meg kell említeni azonban, hogy az önbevallások nem minden hitelesek, a társadalomban megtalálható előítéletek és sztereotíp vélemények arra késztetik a cigány kisebbség tagjait, hogy eltitkolják származásukat, és a maguk és gyermekük érdekében a magasabb presztízsű csoport tagjai-ként definiálják magukat.

Az utolsó 35–40 év demográfiai adatait tekintve hazánk népessége folyamatos csök-

kenést mutat, a romák termékenységi mutatói viszont kedvezőbbek. A korösszetétel alakulása a magyarországi cigányság köreiben inkább a fejlődő országok korfájára hasonlít, a születések száma emelkedik, a népesség fiatalodik, viszont a halálozási mutatók magasabbak, és a születéskor várható élettartam alacsony. A 15 év alatti roma gyermekek aránya a kétszerese (kb. 38%), mint a teljes népesség ezen korosztály gyermekeié (13.1. ábra).

KOPP MÁRIA kutatása azt mutatja, hogy a roma és többségi társadalomhoz tartozó nők körében a tervezett, kívánt gyermekszám tekintetében nincs számottevő különbség. Az általa vizsgált roma csoportban a nehéz életkörülmények ellenére is a fiatal cigány nők kívánt gyermekei korábban és valóban megszületnek.



13.1. ábra Korösszetétel a teljes népesség és a roma népesség körében
forrás: Babusik Delphoi, 2004

**A tényleges és a kívánt gyermekszám a romák,
illetve a nem romák körében**

Hány gyermeket szeretne?		Gyermekszám	
Roma	Nem roma	Roma	Nem roma
(n=105)	(n=2844)	2,35	2,13

2,08	1,25
------	------

Az utóbbi évtizedben a roma populáció termékenységi rátája is csökkenő tendenciát mutat, azonban a cigányság különböző csoportjaiban eltérés található. Míg a tradíciókat őrző roma nők körében kevésbé, addig az asszimiláció útjára lépett nők körében jelentősebben csökkent az élveszülések száma. A csökkenő szülési kedv feltételezhetően az iskolázottság és az életmód változásával, valamint az asszimilációs törekvésekkel magyarázható.

13.3. A CIGÁNYSÁG SZOCIOLOGIAI JELLEMZŐI NAPJAINKBAN

Ma hazánkban több tényező határozza meg alapvetően a szegénységi kockázatot, úgy mint a képzettség/képzettlenség, a munkaerő-piaci helyzet, a demográfiai mutatók, a földrajzi helyzet, a lakóhelytípus, valamint számos egyéb tényező. A cigányság körében a szegénység tartóssá vált, egyes becslések szerint a mélyszegénységenél elők között minden harmadik ember roma.

13.3.1. A cigány népesség iskolázottsági helyzete

Külföldi és hazai kutatások egész sora igazolta, hogy az iskolai végzettség és a foglalkoztatottság, a lakhatási gondok, a szegénység, az egészség között soros összefüggés van,

így napjainkban általánosan elfogadott megállapítás, hogy az emberek szociális helyzetét jelentősen befolyásoló tényező az iskolai végzettség. A kisebbségi kutatások szerint a romák iskolázottsága jelentős mértékben marad el a társadalom egészétől, ami a társadalmi mobilitás gátját képezi. Az alacsony iskolai végzettség valószínűsíti a munkanélküliséget, a szegénységet, a deriváltságot annak minden negatív következményével együtt.

A romák oktatásában változás az 1970–80-as években kezdődött el, egyre többen fejezték be általános iskolai tanulmányait, ami akkor a felemelkedést jelentette. A rendszerváltás után végzett vizsgálatok szerint a roma fiatalok közel fele rendelkezett nyolc osztállyal, míg a többségi társadalom tagjai körében már a középfokú oktatásban való részvétel szinte általános volt.

Az új társadalmi struktúrában a mobilitás a magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők számára volt csak biztosított. A középiskolai továbbtanulás esélyei csak keveset javultak, az érettségit adó iskolákba a roma fiatalok töredéke jutott és jut el, megfigyelések szerint közöttük is magas a lemorzsolódók aránya. Sok gyerek a jó tanulmányai ellenére sem tanul tovább. A szülők a szakmaszerzést preferálják inkább, és ellenzik a gimnáziumi és az egyetemi továbbtanulást. Ebben szerepet játszik az is, hogy minél előbb vegyenek részt a fiatalok a családi munkamegosztásban, ill. a család létfenntartásában. A tanulási motiváció hiányának oka a sorozatos iskolai kudarcok mellett, hogy az iskolában megszerezhető tudás értéke a cigány családokban alacsony, ami a munkanélküliség hatására még jobban leértekelődik.

A cigány tanulók iskolai sikertelenségeinek okai – egyéb tényezők mellett – a rossz szociális helyzet, a nyelvi hátrány, az előítéletek, a hátrányos megkülönböztetés, a pe-

dagógiai módszerek alkalmatlansága, iskola és szülők közötti együttműködés hiánya.

2005-ben a felsőoktatásban tanulók 2%-a vallotta magát cigánynak, pedig a tanulás esetén nő az esélye a társadalmi mobilitásnak, az egyén felelősségének, csak így képes megfelelni a befogadó társadalom elvárásainak gazdasági és szellemi tekintetben, valamint csökkenhet a diszkrimináció mértéke. Szomorú tény, hogy az iskolázottsági hátrányokból is eredő hátrányos helyzet nemzedékeken keresztül átöröklődik.

13.3.2. Lakhatási körülmények

A területi és települési hátrányok az esélyegyenlőtlenség meghatározó részei. A lakhatási viszonyok fontos szerepet játszanak a kirekesztés folyamatában, ha hátrányos helyzetű csoportokról beszélünk. Bár a 20. század második felében a cigány kisebbség lakásviszonyaiban jelentős változás történt, azonban a telepek és a nagyvárosi gettók lakosai között napjainkban is jelentősen felülreprezentáltak a roma közösségek tagjai.

A rendszerváltást követően a munkahelyet kereső cigány emberek a városi léttől várták életük jobbafordulását. A városokba való beköltözésük új *gettók* létrejöttét eredményezték, elindult a terület „slumosodása”, ahol a cigányok szinte kizárolag az alacsony piaci értékű lakásokban laknak, amelyek többnyire önkormányzati tulajdonúak, lelakottak, rosszul közművesítettek és kis alapterületűek. A város peremén meghúzódó *cigánytelepeken* is sok roma él.

A panelházakban lakók szintén rossz életkörülmények között tengődnek, mert a rendszerváltás után a munkalehetőségek elapadtak, a közüzemi díjak pedig jelentősen megemelkedtek. A szaporodó díjhátralékok miatt a szolgáltatók elzárhatják

a villanyt, a gázt, a vizet, megszüntethetik a hőszolgáltatást, a szemeteszállítást. A lakások tartós komfortromlása egézségügyi kockázatot jelent, mert járványok alakulhatnak ki.

Vidéken a cigányok jelentős része él zsákfalvakban, ahol még kevesebb a munka. A telepszerű körülmények közötti lakhatást súlyosítja az infrastruktúra, a csatornázatlanság, az ivóvíznyerési lehetőség, illetve az áram- és a gázellátás hiánya. Az egészségügyi alapellátás hiányossága és a szakkellátáshoz való bonyolultabb hozzáférés is tovább növeli az egyenlőtlenséget. Ha nincs óvoda és iskola a településen, az megnehezíti a gyermekek intézményi szocializációját.

A lakhatással kapcsolatos hátrányokat növeli a *településen belüli szegregáció*, ami a nyomor újratermelődését is eredményezi. LAMPEK KINGA kutatási adatai azt mutatják, hogy a cigány népesség 66,5%-a él telepen vagy telepszerű környezetben, közel 30%-a pedig cigány többségű környéken.

A *jövedelmi viszonyok* is alapvetően determinálják a lakhatási körülményeket. Csak egy szűk réteg él saját tulajdonú, komfortos házban. Mivel a roma populáció körében a szegények aránya felülreprezentált, ezért itt is megállapítható, hogy jelentős többségük a magyar átlagnál rosszabb körülmények között él. Gyakori jelenség, az egy fedél alatti, több generációs együttest és nem ritka az egymáshoz csak távoli rokonai szálakkal kötődő családok közössége sem. A szűkös élettérrel rendelkező szegény cigányok lakásaiban nincsenek elkülönített funkciójú helyiségek, így igen gyakori, hogy a konyhát szobaként is használják. A szűk élettér okozta feszültségek, konfliktusok negatívan hatnak a családi légitörre, és gátolják a pihenést, a tanulást, a koncentrációt.

13.3.3. Foglalkoztatottsági mutatók a cigány/roma népcsoportban

Korábban a szocialista társadalom biztosította az ún. teljes foglalkoztatottságot, vagyis munkahelyet adott az alulképzett munkaerő számára is. A rendszerváltást követő gazdasági változások, az ipar gyengülése tragikus következményekkel járt a munkerőpiacra – elsősorban a képzetlen vagy az alacsonyan képzett emberek körében. Korábban a teljes foglalkoztatottság körülisérei között a munkaerő-politika feladatrendszerében még nem fogalmazódott meg elég határozottan az emberi erőforrás fejlesztésének igénye, hiszen a kevésbé képzett munkaerőt is alkalmazták valamire a munkahelyeken. Ennek következményévéképpen a „hozott”, ill. kialakult hátrányos helyzet folyamatosan és tragikusan reprodukálta önmagát.

Mivel a cigány munkavállalók jelenős része betanított vagy segédmunkásként dolgozott, ők váltak a rendszerváltás nagy veszteségeivé. Az 1993-ig dolgozó cigányok 40%-a veszítette el állását. Több, egész térséget is eltartó ipari ágazat összeomlott. A romák munkáért kapott szerény jövedelme a minden napok meg- és túlélésére szorít-

kozott, így az ō esetükben nem álltak aztán (és sokhelyütt) nem állnak ma sem rendelkezésre az ōket ért válságok kezelésére és átvészélésére alkalmas tartalékok. Klasszikus foglalkozásaiakra korunk piaca egyre kevésbé vevő.

Jelentős változás a közelmúltig alig történt, a munkahellyel rendelkezők többsége nehéz fizikai munkát végez segéd- vagy betanított munkásként alacsony bérért. Jellemző az alkalmi munkavállalás, annak minden hátrányos következményével együtt. A képzetlenségből fakadóan az esetlegesen támogatott vállalkozói lehetőségeket csak szűk réteg tudja kihasználni.

A 2003-ban végzett kutatás adatai szerint a dolgozó romák 70%-a segéd- vagy betanított munkásként, 22%-a szakmunkásként dolgozott, és csupán 8%-a végzett szellemi tevékenységet.

A cigányság foglalkoztatottságának alakulását nyomon követhető kutatások adatait az alábbi összehasonlító táblázat jól szemlélteti.

A cigányság jelenlegi kedvezőtlen munkaerő-piaci helyzetéért felelőssé tehető az alacsony iskolai végzettség, a szakképzetlenség, az előíletek a többségi társadalom részéről, a területi egyenlőtlenségek, illetve a nők esetében a magasabb gyermekszám.

A foglalkoztatottság alakulása a cigányságon és a teljes népességen belül 1971 és 2003 között

Év	Teljes népesség		Cigányság	
	Munkaképes korú férfiak	Munkaképes korú nők	Munkaképes korú férfiak	Munkaképes korú nők
1971	87%	64%	85%	30%
1993	64%	66%	29%	15%
2003	56,5%	43,7%	28%	15%

13.4. A CIGÁNY/ROMA KULTÚRA SAJÁTOSSÁGAI, A TÖBBSÉGI TÁRSADALOMÉTŐL ELTÉRŐ SZOKÁSRENSZERE

13.4.1. Rokonsági rendszer, család

A roma közösségekre jellemző a többgenerációs együttelési forma, amely az életmódnak néhány elemét is meghatározza úgy, mint az idősek tisztelete, a férfi tekintélyelvűsége, a gyermekszeretet és a családi kapcsolatok hierarchiája.

A hazai cigányság házasodási szokásaira jellemző, hogy a saját etnikai csoportjukon belül kötnek frigyeket, másik cigány csoport tagjaival vagy nem cigányokkal csak elvétve. Vegyes házasság esetén a rokonság egyik ágát nem működtetik, és a gyermekek nevelésének mikéntjét is a domináns szülő identitása határozza meg. A párválasztást – a többségi társadalom tagjaihoz hasonlóan – a réteg-, ill. osztályszempontok is befolyásolják. A házasság törvényességét nem mindenkor a polgári és/vagy az egyházi házaságkötés jelenti a számukra.

13.4.2. A nő szerepe a cigány közösségenben

A cigány nők többségének viselkedéskultúrája, amely a többségi társadalom nőtagjainak viselkedésétől eltér, a régi cigány hagyományokon alapszik. A tradíciókat őrző cigány közösségekben a nők és a férfiak világa elkülönül egymástól. A férfiak társadalomban az egymás iránt érzett testvérei szolidaritás dominál, amely a családi kötelezettségek előtérében helyeződhet. A nők tekintélye szűkebb, a tevékenységi körükkel elsőd-

legesen a család ellátása, a háztartásvezetés, a gyereknevelés és az idős családtagok ápolása terén fejtik ki.

A lányokat serdülőkorukra „kicsinyített felnőttekként” kezeli a család, meghatározó munkaerőnek számítanak a háztartásban, a nemi érésük pedig egyet jelent a házaságra való készenléettel. A hagyományokat őrző cigány csoportok lányainak nevelésében sok a tiltás és a tabu, mert vigyázni kell a jó hírékre. A hagyományos cigány közösségeken belül elfogadott a korai nemi élet, amit a kultúrát nem ismerő személy könyen érhet félre és vélhet szabadosságnak. A roma lányokat már fiatal koruktól készítik a házasságra, számukra reproduktív célokat tűznek ki. Ebből következik – a többségi társadalom számára érthetetlen – korai családalapítás. Az ily módon feleségszerepre nevelt lányok akkor válnak férjük családjának valóságos tagjává, amikor gyermekkel ajándékozzák meg a közösséget. Minél több gyermeket hoz a világra egy cigány nő, annál nagyobb a saját társadalmán belüli megbecsültsége.

A nők várandós állapota általában nem jelenti a köreikben a kímélő életmódot. Várandósságuk ideje alatt életmódjukon nem változtatnak, a családjuk fizikailag nem kíméli őket jobban. A gyermeket váró aszszonyt a cigány közösségek tiszteletben tartják, ám a tisztelet elsősorban a születendő életnek szól.

13.4.3. Tisztasági szokások a roma nők körében

Az antropológia irodalma nagy figyelmet szentel a roma közösségekben a tisztasággal/szennyezettséggel kapcsolatos másságának. A roma társadalomban a tisztálanságot nem higiéniai értelemben fogalmazzák

meg, hiszen náluk a szennyezettség a rendezetlenséggel azonos. A *marhime* elvont értelemben jelent piszkosat, olyat, amit vízzel nem lehet lemosni. Míg a nem cigányok meg vannak győződve róla, hogy a cigányok koszosak, addig egyes roma közösségek életét a rituális tisztasággal kapcsolatos szokások határozzák meg.

A tisztaság/tisztálanság a roma ember életének számos területén megfigyelhető. Vannak szennyező alkalmak, amiket kerülni kell, mert így tarthatók fent az általános értékek a cigány közösségekben, a szerencse, az egészség és a termékenység.

Kutatók vizsgálták roma közösségekben a tisztasági eljárásokat. Megállapításuk szerint a marhimének szociológiai értelemben három jelentése van: a társadalmi kontroll egyik formája, a nemi szerepek rendszerének tiszteletben tartása, valamint az emberi élet változásainak nyomon követése. Tehát a marhimében a társadalmi kapcsolatrendszerük tükröződnek vissza, így az egyszerre jelképezi a testi-lelki szennyezettség állapotát és a társadalmi kirekesztettséget.

Ebben az írásban csak a nők életciklusából addódó tisztálanság kerül bemutatásra. A cigány nőket a pubertás kortól a változó-korig sok tisztasági korlátozás érintheti. Sok szabály létezik a szülés körül, az azt követő gyermekágyban és a havi vérzés alatt, mert ezek az élethelyzetek tisztálata időszaknak számítanak. A cigány nők nemisége állandóan a tisztálanság forrása a roma férfiak számára, mert a nők biológiai sajátossága a férfiak számára nehezen érthető és magyarázható.

A tisztaság és tisztálanság megjelenik a nők ruhaviseletében, tisztálkodásában és a háztartási munka végzése kapcsán.

Mivel a többségi társadalom nem ismeri a rituális tisztasági szabályokat, így tag-

jai azokat nem is tartják be. Ezért a romák a gádzsó embereket tekintik tisztálannak – szerintük az érintkezés veszélyeztetetheti a romák tisztaságát.

A roma nők szerepe – saját közösséggükön belül – kulcsfontosságú, hiszen ők nevelik a gyermekeiket, gondozzák az időseket és a családjuk egészségével kapcsolatos eszközökkel is ők rendelkeznek, vagyis a nők foglalkoznak a családjuk „egészségnelvésével”, így minden, ami őket érinti, visszahathat a család többi tagjára.

Napjainkban ezek a tilalmak már enyhültek ugyan, de bizonyos elemei még megtállíthatók, ha nem is mindegyik cigány közösségen.

13.5. A CIGÁNY POPULÁCIÓ TAGJAINAK EGÉSZSÉG-MAGATARTÁSA ÉS EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA

Az egészség alapvető emberi jog. A WHO az 1997-es dzsakartai kongresszusán elfogadott nyilatkozatában meghatározta az egészség előfeltételeit és forrásait, amelyek közé sorolta a társadalmi egyenlőséget és igazságosságot, valamint az alapvető szükségleteket, úgymint az élelem, az ivóvíz, a higiénia, a lakás, az oktatás és a biztos munka megléte. Az emberi egészségre a legfőbb veszélyt a szegénység jelenti.

A cigányság igen rossz egészségügyi helyzete több okra vezethető vissza. A szegénység kultúrájából fakadóan alacsonyak a higiénés körülmények, az egészséget negatívan befolyásoló tényezők közül az egészséges ivóvíz és a közművek hiánya, az elég-telen vagy szűkös lakásviszonyok, amelyek számos betegség kialakulásának elősegítői. Az elégtelen táplálkozás következtében a ro-

mák jelentős része nem jut megfelelő mennyiségi és minőségi táplálékhoz, körükben gyakori probléma az éhezés és az alultápláltság, az egyoldalú étkezés, az olcsó, zsírban és szénhidrátban gazdag ételek fogyasztása. Ezzel ellentétben a jobb módon romá családok tagjainál pedig a túltápláltság a jellemző, mert az elhízást a romá emberek a gazdagság és a jómód velejárójának tekintik.

A függőséget kiváltó alkohol, a kábítószer és dohánytermékek túlzott fogyasztása az ember mentális zavarának eredménye. Az elvezeti szerek nagyobb arányú fogyasztásának oka a szegénység talaján kialakult rossz életkörülményekben, a stresszoldásban, a marginalizált helyzet elviselésében keresendő a cigány/roma populáció körében. A szociális helyzet befolyással van az elfogyasztott elvezeti szerek, drogfajták megválasztásában, vagyis minél szegényebb az ember, annál olcsóbb és egészségére ártalmasabb szereket fogyaszt. Mind a legális, mind az illegális drogok használata – egyes kutatások szerint – magasabb a cigány/roma lakosság körében, mint a többségi társadalom tagjainál. Ezekben belül is a dohányzás előfordulása a legmagasabb. Az iskolázatlan, az ismeretek hiánya miatt az egészségeket értékként nem kezelő cigány/roma emberek körében a dohányzás és az alkoholfogyasztás szubkulturálisan jóváhagyott cselekvésként terjedt el – a kutatásokat végző szakemberek szerint.

A cigányok munkaerő-piaci helyzetére jellemző, hogy a nehezebb és az egészségre ártalmasabb, fizikai munkákat végezik. A rossz életkörülmények, a munkanélkülıség, a jövedelem hiánya és a betegségek kialakulása között jól körvonalazható összefüggés található, de összefüggés fedezhető fel az egészségi állapot és az iskolázottság között is, hiszen az iskolázottság és az ab-

ból fakadó tudatosabb életmód kialakítása az egyik legfontosabb egészségi védőfaktor.

Egy etnikai kisebbséghez való tartozás önmagában nem gátolhat meg senkit a forrásokhoz való hozzájutásban, de a szegénység talaján már óhatatlanul létrejön a hátrányos helyzet. A cigányok egészség-magatartása éppen ezért hasonlatos a velük azonos társadalmi státuszú csoportok esetében tapasztalható egészség-magatartáshoz.

A cigányok egészségi állapotáról számos vizsgálat született, ennek dacára arra járászt csak következtetni lehet. Joggal feltételezhető az, hogy a szegénységből fakadó rossz szociális helyzetre és életmódjukra vezethető vissza a nem cigány lakosságánál rosszabb egészségi helyzetük. Becslések szerint a cigány emberek átlagos élettartama 10–15 évvel alacsonyabb a többségi társadalom tagjaiénál. A halálokra vonatkozóan sem készült teljes körű statisztika, de vélhetően a cigányok körében is a szív- és érrendszeri betegségek állnak az első helyen. Gyakran fordulnak elő körükben fertőző betegségek is, amelyeknek a rossz lakás és higiénés körülmények az előidéző okai. A tbc, az anémia, a krónikus légúti megbe tegedések, az asztma, az agyi vérkeringési zavarok, a magas vérnyomás, a gyomorbetegségek és a látási zavarok előfordulási aránya vélhetően jóval magasabb, mint a többségi társadalom tagjainak körében.

Mentális állapotukra jellemző, hogy a depressziós tünetegyüttés előfordulási aránya a cigányok körében is magas, hasonlóan a többi perifériára szorult réteg tagjaihoz. Halmozottan jelentkeznek azonban a cigány értelmiségi embereknél is mentális betegségek, amelyek okai közé sorolhatóak az életmód- és kultúraváltás, az értékrend-válság, a származás stigmaként való megélése és a bizonyítási vágy szülte stressz.

A perinatális halálozás és a koraszülések, illetve a spontán vetélések száma a romák körében is csökkenő tendenciát mutat, azonban még mindig magasabb, mint a nem cigányoknál. Ennek oka a populáció rossz szociális helyzete, a várandós nők elégtelen és egészségtelen táplálkozása, a terhesség alatti dohányzás és a gyermeket váró nők fiatal életkora.

Az egészségügy szolgáltatásait a romák csak korlátozott mértékben veszik igénybe, mert hozzáférési lehetőségeik sokszor kedvezőtlenebbek, mint a többségi társadalomból származóké. Ezt részletezve lehet okként sorolni az anyagi feltétel hiányát, a közlekedési nehézségeket és az iskolázottság alacsonyabb szintjéből fakadó ismerethiányt.

A téritéssel járó egyéb egészségügyi ellátást és szolgáltatásokat nem, vagy csak ritkán tudják igénybe venni. A gyógyulásukhoz szükséges gyógyszereket számtalan esetben nem tudják kiváltani, sokszor öngógyítási technikák alkalmazására kényszerülnek. Bezettség-megelőzési eljárásokat és technikákat általában nem, vagy csak néha használnak, és szűrővizsgálatokra is ritkán járnak.

13.6. AZ INTEGRÁCIÓ JELENTŐSÉGE

A többségi társadalom azt várja el a cigány-ságtól, hogy önerőből oldja meg a jelenlegi rossz helyzetét. Az ún. cigánykérdés megoldása nem egy szűk cigány értelmiségi réteg ügye, hanem az egész társadalomé. A cigányság helyzetében javulás kizárolag társadalmi presztízsük növekedése esetén következhet be. Csak attól az embertől várható el, hogy saját – és szűkebb – környezetén változtasson, aki társadalmi szempontból is fontosnak érzi magát. Ezért szükségesek a roma kisebbség felzárkóztatását célzó programok, a folyamatos odafogylelés és gondoskodás.

A helyesen megfogalmazott gondoskodás feltétele a többségi társadalom romákkal kapcsolatos ismeretbővítése, illetve az azon alapuló felelősséggérzet javítása. Feladat a romák iskolázottsági szintjének folyamatos emelése, feladat a foglalkoztatottságuk és megélhetésük javítását célzó munkahelyteremtés, ami nyilván előbb-utóbb tompít a népcsoport szegénységén is. Ha e területeken csökken a lemaradásuk, az idővel maga után vonja a velük kapcsolatos diszkrimináció megszűnését is.

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

1. Bíró B. (2002): Vándorlás, tiszta, munka a cigány kultúrában. In: László J.-Forray R. K. (szerk.): Roma tanulók iskolai pszichológiája. PTE BTK Pszichológiai Intézete és Romológia Tanszéke, Pécs
2. Forray R. K. és mtsai (2000): A pályakezdő cigány/roma fiatalok munkaerőpiaci esélyei és a munkanélkülieket segítő non-profit szervezetek szerepe az esélyek növelésében a Dél-Dunántúlon
3. Forray R. K., Hegedűs A. (2003): Cigányok, iskola, oktatáspolitika. Új Mandátum Kiadó, Budapest
4. Kertesi G., Kézdi G. (1998): A cigány népesség Magyarországon. Dokumentáció és adattár. Socio-typo, Budapest
5. Kertesi G., Kézdi G. (2006): A hátrányos helyzetű és roma fiatalok eljuttatása az érettségihez. Budapesti Munkagazdaságtagi Füzetek BWP 2006/6. Corvinus Egyetem
6. Kiss J. (2002): Cigány életmód. In: László J.-Forray R. K. (szerk.): Roma tanulók iskolai pszichológiája. PTE BTK Pszichológiai Intézete és Romológia Tanszéke, Pécs

7. Kopp M., Skrabski Á.: A gyermekválalás pszichológiai és szociális háttértenyezői a magyar népesség körében. *Demográfia*, 2003/4 383-395
8. Lakatos Szilvia és mtsai (2007): Cselekvési kézikönyv az egészség területén történő ellátásra a roma közösség tekintetében. Fundación Secretariado Gitano, Madrid
9. Lampek K., Törőcsik M. (2005): A magyarországi roma felnőtt népesség egészségi állapota a kisebbségek fogyasztói magatartásáról készült kutatás alapján. In: Kupa L. (szerk.): Globalitás-lokalitás: etnoregionális nézőpontok Közép-Európában. B&D Stúdió, Pécs
10. Mészáros Á., Fóti J. (2000): A cigány népesség jellemzői Magyarországon. in: Horváth Landau Szalai (szerk.): Cigánynak születni. Új Mandátum Kiadó, Budapest
11. Neményi M. (1998): Cigány anyák az egészségügyben. Nemzeti és Etnikai Kisebbségi hivatal, Budapest
12. Okely, J (1996): Cigány nők. *Cigányfúró* 1996/1 4-7
13. Puporka Lajos, Zádori Zsolt (1999): A magyarországi romák egészségi állapota. Villágbank Mo. Regionális Képviselet, Budapest
14. Raicsné H. A., Dömény I.: Bevezetés a romológiába http://www.ejf.hu/hefop/jegyzetek/bevezetes_a_romologiaba.pdf
15. Szabóné K. J. (2005): A magyarországi cigány értelmiségi helyzete, mentális állapota. PTE BTK, Romológia és Nevelésszociológia Tanszék, Pécs
16. Szabóné K. J. (2008): A roma/cigány népesség helyzete. In: Kopp M. (szerk.): Magyar lelkiállapot 2008. Semmelweis Kiadó, Budapest
17. Szuhay Péter (1999): A magyarországi cigányság kultúrája: etnikus kultúra vagy a szegénység kultúrája. Panoráma, Budapest

▲ VISSZA A TARTALOMJEGYZÉKRE ▲

▲ VISSZA A FEJEZETCÍMHEZ ▲

PSZICHOLÓGIA, PSZICHIÁTRIA ÉS AZ EGÉSZSÉG

14. SZENVEDÉLYBETEGSÉGEK – KÉMIAI ÉS VISELKEDÉSI ADDIKCIÓK



KORONCZAI BEATRIX klinikai és mentálhigiéniai gyermek- és ifjúsági szakpszichológus, az ELTE Fejlődés- és Klinikai Gyermekpszichológia Tanszék adjunktusa. Kutatási területe a problémás internethasz-nálat, problémás közösségioldal-használat. Évekig tartott iskolai drogprevenció foglalkozásokat, és kutatási interjút vett fel kezelésben lévő opiátfüggőkkel. A kutatás, oktatás mellett pedagógiai szakszolgálatban dolgozott gyerekekkel, családokkal. Pszichodráma-vezető.

KORONCZAI BEATRIX



DEMETROVICS ZSOLT klinikai szakpszichológus, addiktológus, kulturális antropológus; az MTA doktora, egyetemi tanár. Az ELTE Pszichológiai Intézetének igazgatója, a Klinikai Pszichológia és Addiktológia Tanszék tanszékvezetője. Főbb kutatási területe a szenvedélybetegségek epidemiológiája, a kémiai és viselkedési addikciók személyiségpszichológiai és családi prediktori. A Journal of Behavioral Addictions c. folyóirat alapító főszerkesztője.

DEMETROVICS ZSOLT

14.1. BEVEZETÉS

14.2. A SZENVEDÉLYBETEGSÉGEK FŐBB JELLEMZŐI

14.3. A SZENVEDÉLYBETEGSÉGEK KIALAKULÁSÁNAK OKAI

14.3.1. A SZENVEDÉLYBETEGSÉGEK KIALAKULÁSÁNAK PSZICHOLÓGIAI OKAI

14.3.2. A CSALÁD SZEREPE A SZENVEDÉLYBETEGSÉGEK KIALAKULÁSÁBAN

14.4. FIATALOK ÉS SZENVEDÉLYBETEGSÉG

14.5. A SZENVEDÉLYBETEGSÉGEKKEL SZEMBENI VÉDŐ TÉNYEZŐK

14.6. A SZENVEDÉLYBETEGSÉGEK SOKFÉLESÉGE

14.7. A SZENVEDÉLYBETEGSÉGEK KEZELÉSE

14.7.1. AZ ÁRTALOMCSÖKKENTÉS SZEMLÉLETE

14.8. A SZENVEDÉLYBETEGSÉGEK MEGELŐZÉSE

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

14.1. BEVEZETÉS

KORUNK egyik jelentős problémáját a szenvedélybetegségek jelentik. Egyre újabb és újabb viselkedésünkkel kapcsolatosan merül föl, hogy akár addiktívvá, életünk hátráltatójává is válhat. Valójában persze nem minden új jelenségekről van szó, hanem gyakran, azokat a jelenségeket, amelyeket korábban rossz szokásnak vagy az akarat gyengeségének tartottunk, ma inkább függőséggé válnak, szenvedélybetegségként értelmezzük. Ilyen pl. a szerencsejáték-függőség, de vannak más zavarok, mint amilyen az internetfüggőség vagy a számítógépes játékokkal kapcsolatos függőség, amelyeket viszont a technikai fejlődés hívott életre, s tulajdonképp új jelenséggé váltak fel az életünkben.

14.2. A SZENVEDÉLYBETEGSÉGEK FŐBB JELLEMZŐI

A szenvedélybetegségeket, vagy más néven addikciókat összefoglalóan úgy tudnánk leírni, mint visszatérően ismétlődő viselkedés, szokás, amelyet a személy kényszeresen újra és újra végrehajt, s amelyek a személyre – és környezetére – káros következményekkel jár.

Az addikciókat két csoportra szokás bontani aszerint, hogy van-e jelen kémiai anyag az ismétlődő viselkedéssorozatban vagy sem.

- Az első esetben *kémiai addikcióról* beszélünk: köznyelvi megfogalmazásban drogfüggésről, vagy egyéb legális szerektől (nikotin, alkohol) való függőségről (*dohányzás, alkoholizmus*). Ezekben az esetekben a függőség tárnya valamelyen kémiai anyag.
- Amikor kémiai anyag nem játszik szerepet a szenvedélybetegségen, akkor

viselkedési addikcióról beszélünk, és olyan viselkedésekre gondolunk, mint a szerencsejáték-függőség, az internetfüggőség, a kényszeres vásárlás, a testedzésfüggőség, az evési zavarok egyes formái, a kényszeres hajtépegetés (*trichotillomania*), a kényszeres lopás (*kleptomania*), a túlzott szexuális viselkedés (*hipersexualitás*), a kényszeres gyűjtőgetés, az online számítógépes játékok túlzó használata, a közösségi oldalak (pl. facebook) függő típusú használata, a munkafüggőség.

A függőség során gyakran megfigyelhető a *tolerancia* (hozzászokás) kialakulása, amely azt jelenti, hogy a személy az adott (kémiai anyag, vagy viselkedés által kiváltott) hatás elérése érdekében egyre nagyobb mennyiségre, vagy egyre túlzóbb, intenzívebb viselkedésre lesz szüksége. A drogfüggős esetében ez a használt szer dózisának a növelését jelenti, míg a viselkedési függőségeknél egyre intenzívebb, egyre kockázatosabb viselkedést. Így a szerencsejáték-függő egyre nagyobb téteket kockáztat, a játékfüggő egyre hosszabb ideig játszik, a testedzésfüggő egyre nagyobb edzésmennyiségeket végez és így tovább.

A tolerancia tehát minden esetben a viselkedés „elszabadulását” jelzi, azt, hogy az illető, a már megszokott és elvárt élmény eléréséhez egyre erősebb ingerlést igényel.

A függőség egy másik jellegzetes tünete lehet a *megvonási tünetegyüttés* megjelenése. Ez alatt a drog használatának abbahagyásakor, vagy a kényszeres viselkedéssel történő felhagyáskor jelentkező kellemetlen lelki és/vagy testi tüneteket értjük. Ezek sokfélek lehetnek, az addikció természetétől függően, de mindenkor közös bennük, hogy a viselkedés kivitelezésének akadályoztatásakor jelentkeznek, s komoly szenvedéssel

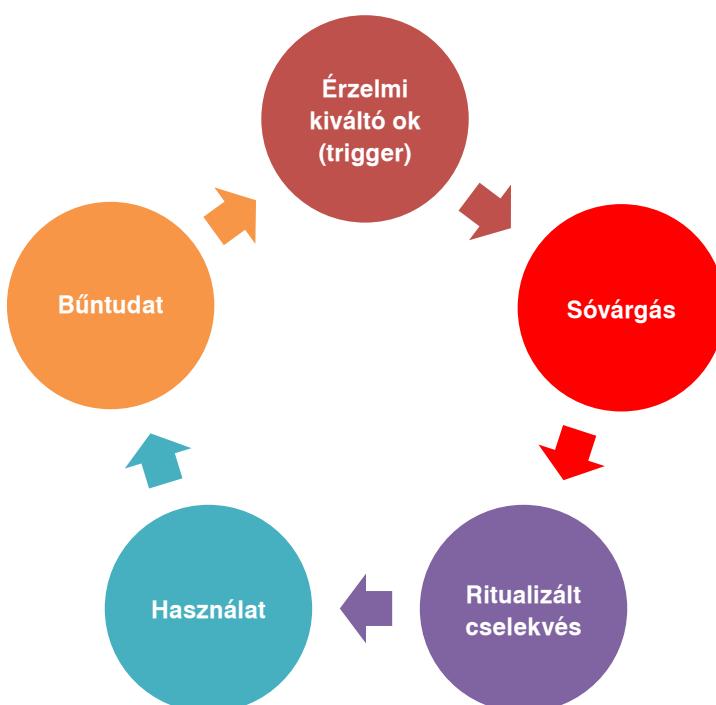
járnak. A megvonási tünetek megjelenése jelentős mértékben hozzájárul a függősségek fennmaradásához, hiszen újra és újra a viselkedés végrehajtására készti a személyt.

Ezek mellett a függősségek jellemzője a *kontrollvesztés*, azaz a személy nem tudja kontrollálni, hogy mennyi időt és pénzt szenteljen az adott viselkedésnek, s egyáltalán, elveszti a kontrollt a viselkedés szabályozása felett. Jellemző emellett az egyéb, korábban fontos tevékenységek sérülése, azaz csökken az érdeklődés a korábbi hobbik iránt, elhalványul a fontossága a korábban kedvelt aktivitásoknak, háttérbe szorulnak a korábban fontos baráti kapcsolatok, sérül a partnerkapcsolat, s romlik a munkateljesítmény vagy a tanulmányi eredmény. A függősségek ily módon az élet egészére kihatnak.

14.3. A SZENVEDÉLYBETEG-SÉGEK KIALAKULÁSÁNAK OKAI

Ezen zavarok minden kialakulásuk okaiban, minden tüneteikben, minden pedig lefolyásukban és kezelésükben is sok rokonságot mutatnak egymással. Ha az okokat tekintjük, minden képpen elmondhatjuk, hogy mint a legtöbb mentális zavar esetén, itt is sokféle ok együttes jelenléte érhető tetten a zavar megjelenése mögött. Ilyen hatótényezők a *biológiai/genetikai* sérülékenység, a *pszichológiai* (személyiségen belül vagy a családban rejtőző) okok és az adott *kultúra, társadalom* hatásai.

A droghasználat és drogfüggés esetében a genetika a kutatások szerint 40–60%-ban járul hozzá a kialakuláshoz. Ez a hatás azonban



14.1. ábra Az addikció ciklikus folyamata

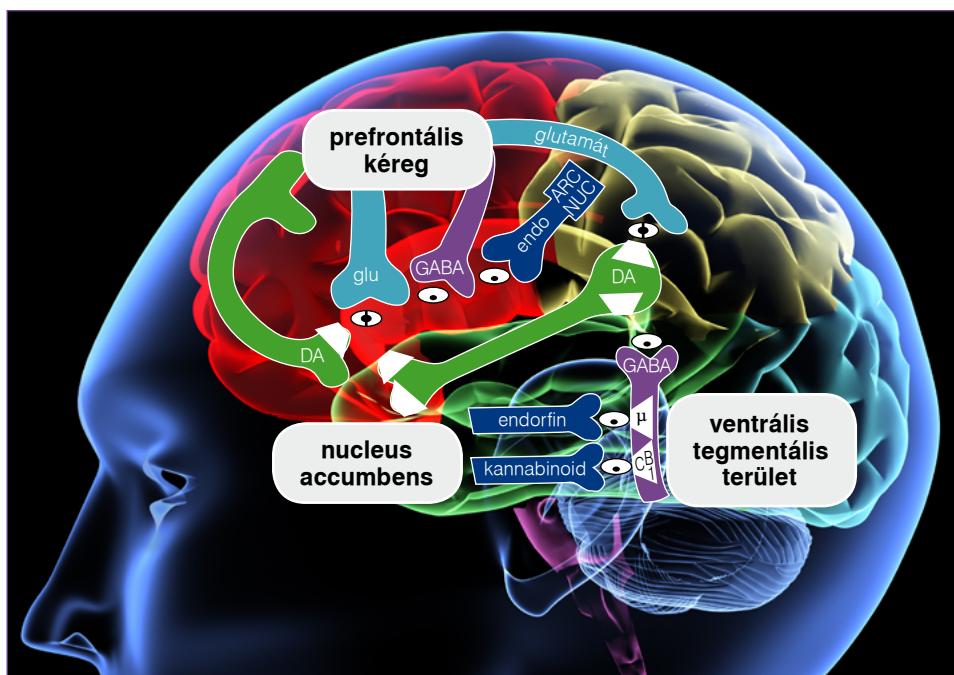
az egyes ember esetében soha nem minden vagy semmi jellegű; azaz az öröklött tényezők csak hajlamot jelentenek, és soha nem vezetnek önmagukban a probléma kialakulásához.

Valamennyi függőség esetében érintett az agy központi jutalmazó rendszere, amelyben ez a központ közvetíti az adott viselkedés által kiváltott jutalomérzetet. Ez, a dopamin által vezérelt központ felelői azért, hogy az egyes viselkedésekhez örömerzettel társul, s ezért ezek ismétlésére törekszünk. Ennek a rendszernek az ingerlését váltják ki az ún. természetes jutalmak, mint az evés vagy a szexualitás is, de a mesterséges jutalmak, mint a drogok vagy a fent említett viselkedések is ingerlik ezt a központot. Egyes emberek esetében, úgy tűnik azonban, hogy ez a rendszer veleszü-

letett módon alulműködik, s emiatt ezek a személyek fokozottan keresik az olyan ingereket, viselkedéseket, tevékenységeket, amelyekben a minden naposnál erősebb ingerléshez juttathatják a középagyi jutalmazó rendszert, s ennek megfelelően ők veszélyeztetettebbek a függőség szempontjából. Ezt a jelenséget nevezzük *jutalomhiányos tünetegyüttésnek* (14.2. ábra).

14.3.1. A szenvedélybetegségek kialakulásának pszichológiai okai

A pszichológiai okokat keresve a droghasználók, illetve drogfüggők személyiségett vizsgáló kutatások megállapították, hogy jellemző rájuk a szenzoros élménykeresés nagyobb foka, vagyis ők jobban keresik



14.2. ábra Az alkoholfüggőség esetében érintett agyterületek
http://www.alcoholanddrugabuse.org/addiction_education/alcohol_addiction/

az új, szokatlan, kihívást jelentő élményeket, illetve az impulzivitás és az érzelmi szabályozás hiányosságai.

Az utóbbival kapcsolatban a pszichoanalitikus megközelítést alkalmazó szakemberek rámutatnak a drog azon funkciójára, hogy a szer a szerhasználó számára lehetősséget ad arra, hogy megszabaduljon azoktól a negatív érzések től, amelyek kínozzák, és azt nyújtsa a számára, ami hiányzik neki. Ezt az öngyógyítási vagy öngyógyszerelési kísérletet számos kutató leírta, hangsúlyozva, hogy a használó ilyenkor megoldhatatlan belső konfliktusait kezeli, „gyógyítja” a droggal, valamint a szerint választ a maga számára szert, hogy melyek azok a domináns érzések, amelyeket ellenályozni szeregne. Az opiátok (heroin, ópium, morfium, máktea stb.) esetén ezek az érzések a fájdalom, a stressz, az agresszió, még a kokainnál az önértékelés problémái, a depresszió vagy a hiperaktív működés.

E jelenség feltárása nagyon fontos annak a megértése szempontjából, hogy rámutat, hogy a droghasználat soha nem véletlen jelenség, s nem egyszerűen a drogok addiktív jellegéből adódik, hanem sokkal inkább a kémiai szer hatásának és a használó problémáinak, személyiségének és tudatos, illetve tudattalan elvárásainak a kölcsönhatásból születik.

14.3.2. A család szerepe a szenvedélybetegségek kialakulásában

A család szerepe szintén kiemelendő a szerhasználat, illetve a drogfüggés esetében. Leginkább az opiátfüggők (heroinfüggők) családjával kapcsolatosan állapították meg, hogy a férfi függők családjában gyakoribb a túlvédő, de engedékeny anya jelenléte,

amelyet az érzelmileg vagy fizikailag is távollévő apa egészít ki.

A kutatók az opiátfüggő fiatal szerepét a családban több szinten is vizsgálták. Rámutattak, hogy az opiátok által kiváltott farmakológiai hatás a használóban felidézi az anyával való korai, szimbiotikus érzésekét. A kapcsolatok szintjén az opiat szexuális vágyakat csökkentő hatása miatt az igazi, szexualitást is magában foglaló intim partnerkapcsolat fenntartását akadályozza. A családtól való elszakadást a drogfüggés csak látszólagosan valósítja meg (*pszeudoindividuáció*), hiszen minden anyagilag, minden érzelmileg szoros kapcsolat marad fenn a drogfüggő fiatal és a családja között, miközben a drogfogyasztás látszólag a lázadás és a családtól való távolságtartás eszköze is. A drogfogyasztó viselkedés sok esetben akkor jelenik meg egy családban, mikor a szülők közötti viszály olyan méretekötött, hogy a család szétesése fenyeget, így a fiatal problémaviselkedése lehetővé teszik a szülők számára, hogy figyelmüket a házassági viszályról a szülői funkciók felé fordításák.

14.4. FIATALOK ÉS SZENVEDÉLYBETEGSÉG

A serdülő korosztálynál kevésbé a függőség, mint inkább a drog kipróblálása, illetve a rekreációs, szórakozáshoz és társas együttlétekhez kapcsolódó, de többnyire függőséghez nem vezető használat jellemző. A legális (alkohol, nikotin) és az illegális szerhasználat a fiatalkori problémaviselkedések körébe tartozik, ugyanúgy, mint a korai és kockázatos szexuális aktivitás, az agresszív, antiszociális viselkedés, az iskolai beilleszkedési és tanulási nehézségek, pszichés zavarok.

A problémaviselkedés megjelenése rizikós és protektív (védő) faktorok egyensúlyának megbomlásával magyarázható. Legtöbbet a drogfogyasztás, a drogfüggés rizikófaktorairól vagy prediktorairól (azok a kockázati tényezők, amelyek előre jelzik a probléma kialakulását) tudunk. A prediktorok egyidejűleg, illetve egymást követően, egymással összekapcsolódva, közvetlenül, illetve közvetve is kifejthetik hatásukat. Az egyéni prediktorok közé tartoznak egyes biológiai, genetikai kockázati tényezők. Ilyen pl. az elsőfokú rokonok között előforduló rendszeres drogfogyasztás vagy a magzatot, újszülöttet ért droghatás vagy a fentebb már említett sérelmekbenyiségi tényezők.

Szintén egyéni kockázati tényezők az olyan pszichológiai, viselkedési prediktorok, mint a „nehéz gyermek” tünetcsoport, a magatartászavarok, az érzelmi labilitás, az alacsony önkontrollképesség, a jutalomfüggőség (olyan öröklött temperamentumjellemző, amelynek magas foka az egyént együttérzővé teszi, érzékennyé a szociális ingerekre és a másik elismerése iránti fokozott vágyára) stb. A nehéz gyermek alatt ez esetben az olyan gyerekeket értjük, akiknél pl. figyelemzavaros hiperaktivitás áll fenn, aikre jellemző az antiszociális viselkedés és a tanulási nehézség. Szintén az egyénre jellemző prediktor a személy neme: drogfogyasztás esetén a fiúk, férfiak sérelmekbenyebbek. Ugyanúgy veszélyeztettek a kisebbségi csoportokhoz tartozók, vagy azok, akik 15 éves koruk előtt kezdték a drogfogyasztást.

Az egyéni jellemzőkön túl a környezeti kockázati tényezők is jelentősek. Családi prediktorok az anyai alkoholizmus (különösen fiúgyermek esetén), az apai alkohol- és drogabúzus, a multiplex (vagyis több szerre kiterjedő) családi szerfüggőség, vagy ha az idősebb testvér is drogot fogyaszt. Ha

a gyermek 6–12 év között a családtagok szerfogyasztásának ideje alatt, az kiemelt kockázati tényező. Korábban, a genetikai kockázati tényezőknél láthattuk, hogy az elsőfokú rokonok addiktológiai problémái sérelmekbenyé teszik a fiatalt a drogfogyasztásra, de környezeti prediktorként további hajlamosító tényezőként jelennek meg az – immár nem feltétlen csak vérrokonok – a függőséggel küszködő közvetlen családtagok, akik mintegy viselkedési mintaként szolgálnak a fiatal számára.

De nem csak a viselkedési minták hat-hatnak kedvezőtlenül a gyermekre, hanem a nem megfelelő érzelmi környezet, mint az anya-gyermek kapcsolat rossz minősége, az érzelmi depriváció, a családi disz-harmónia, a szülő-gyermek konfliktusok, a gyermekkorú fizikai és szexuális abúzus, az autoriter vagy éppen ellenkezőleg, a túlságosan megengedő nevelési stílus, minden hajlamosító tényezőként jelennek meg a drogfogyasztás vonatkozásában.

Nem csak a családban, de az iskolában is tapasztalhatóak azok a viselkedési mozzanatok, vagy történések, amelyek megléte előrevetítheti a későbbi drogfogyasztást. Ezek egyik köre a beilleszkedési zavarok: az osztályismétlés, iskolakerülés, csavargás, az iskolából való eltanácsolás és kizárási-

A problémák egy további körét jelentik a kognitív funkciót zavarok, mint a tanulási nehézségek, amelyek szintén hajlamosító tényezőként jelentkeznek. Ide tartoznak az olyan tanulási képességek zavarok, mint az olvasási zavar (*dislexia*), az írásbeli kifejezés zavara (*diszgráfia*), vagy a számolási zavar (*diszkalkulia*). A család és az iskola mellett a serdülő korosztálynál természetes módon a kortársak is drogfogyasztásra befolyásoló tényezőként jelenhetnek meg. Kortárs prediktorok a szociabilitás a kortárs-

kapcsolatokban, a drogfogyasztást elváró kortárcsoport, a korai szexuális aktivitás, a házasság előtti terhesség, vagy a házasság előtti együttélés.

14.5. A SZENVEDÉLYBETEGSÉGEK-KEL SZEMBENI VÉDŐ TÉNYEZŐK

Természetesen, a kockázati tényezők mellett azonosíthatók olyan protektív vagy védfaktorok is, amelyek a szerhasználat és a függőségek kialakulása ellen hatnak. Ilyen védfaktorok lehetnek egyes *személyes képességek* (önbecsülés, reziliencia, jó problémamegoldó képesség, egyes társas készségek), a *családi faktorok* (szülői figyelem, érzelmi támogatás, biztonságos kötődés), a *kortárs hatások* (pozitív kapcsolatok, szociálisan pozitív normát közvetítő kortárs hatás), különböző *iskolai hatások* (társas támogatás, részvétel iskolai programokban), bizonyos *közösségi tényezők* (vallási vagy egyéb közösségek iránti elkötelezettség).

A *reziliencia* vagy rugalmasság fogalma azt a jelenséget ragadja meg, hogy vannak olyan gyermekek, akik extrém stresszháttérökön kívül is képesek jól alkalmazkodni és elkerülni a pszichés rendellenességeket. A rugalmas gyermek a szociális problémamegoldás képességeinek egész tárházával rendelkezik. A kutatások azt mutatják, hogy a rugalmas gyermek gyakran elsőszülött, magas intellektussal rendelkezik, valószínűbben lány, szeretetteljes viselkedésű, nagyobb mértékben jellemző rá az autonóm viselkedés, jobb az iskolai teljesítménye, az anya 20 hónapon belül nem szült másik gyermeket a családban, és a gyermeknek vannak a családon kívüli más felnőttekkel (szomszéd, tanár) is szoros érzelmi kapcsolata.

14.6. A SZENVEDÉLYBETEGSÉGEK SOKFÉLESÉGE

A legtöbb addiktív viselkedésnél fontos figyelembe venni, hogy a viselkedés intenzitását tekintve jelentős variabilitást mutathatnak. Itt is elmondható, hogy a legtöbbet a drogfogyasztásról tudunk. A szakemberek a droghasználat különböző mintázatait tárta fel, így megkülönböztetnek *kísérletező használót*, aki életében csak néhány alkalommal használta az adott drogot és elsősorban kíváncsiságból tette ezt. A *szociális-rekreációs használó* mindenkorban valamilyen társadalmi aktivitáshoz, kikapcsolódáshoz kötődően fogyaszt drogot. A *situációs használó* valamelyen problémás helyzet kezelése, stresszének enyhítése céljából használ drogot. Az *intenzifikált használó* hosszú időn keresztül használ valamilyen szert, hogy tartósan fennálló problémáit enyhíteni próbálja. A *kényszeres vagy függő használót* elsősorban az különbözteti meg, hogy bár esetében is fennáll valamelyen fokú függőség, mégis megőrzi helyét a társadalomban, szociális szerepei csak kisebb mértékben nem sérülnek.

A különböző használati módokat különböző mértékű és természetű probléma kíséri. Klinikai, orvosi értelemben a kényszeres drogfogyasztó az, aki beteg és kezelésre szorul, azonban a többi használat is járhat az egyén vagy környezete szempontjából problémával, testi vagy pszichés ártalommal vagy egyéb negatív következményekkel (pl. jogi problémák, kockázatos szexuális viselkedés, közlekedésben való veszélyes részvétel stb.).

A drogfogyasztás intenzitását elemezve tehát egy viselkedési kontinuumot láthatunk, amelynek egyik végén az alkalmi, kísérletező használat áll (kevés vagy hiányzó

kapcsolódó problémával), a másik végén a kényszeres, függő használat (sok egyéni, kapcsolati, környezeti és társadalmi ártalommal). Ezt a kontinuumot más, potenciálisan addikcióhoz vezető viselkedések esetén is láthatjuk, ilyen pl. az alkoholfüggesztás, az internethasználat vagy a szerepjáték. De, mint láttuk fentebb, az élet szinte minden területén találhatunk olyan viselkedést, amelynek túlzásba vivése károkat okozhat az egyén életében (munka, szex, evés, sport, tévénézés, videójátékok stb.).

Az adott tevékenység mentális zavárává válását azonban nem csak a viselkedés intenzitásából – amely komoly károkat okoz az egyén és a környezet számára – láthatjuk, hanem a viselkedés kontrollálásának képtelenességeből is, vagyis abból, hogy a személy képtelen „megállni”, hogy ne hajtsa újra és újra végre az adott viselkedést, vagy képtelen csökkenteni az adott viselkedésre szánt időt. Szintén jellemző, hogy az adott viselkedés

kiszorít a személy életéből más, korábban fontos tevékenységeket, sőt akár az alapvető szükségletek (evés, alvás) is sérülhetnek.

14.7. A SZENVEDÉLYBETEGSÉGEK KEZELÉSE

Az addikciók kezelésében különböző terápiás eljárások lehetnek hatékonyak; egyértelmű tapasztalat azonban, hogy igen nehézen kezelhető problémáról van szó, s a gyógyulás, felépülés útja többnyire viszsaesésekkel tarkított.

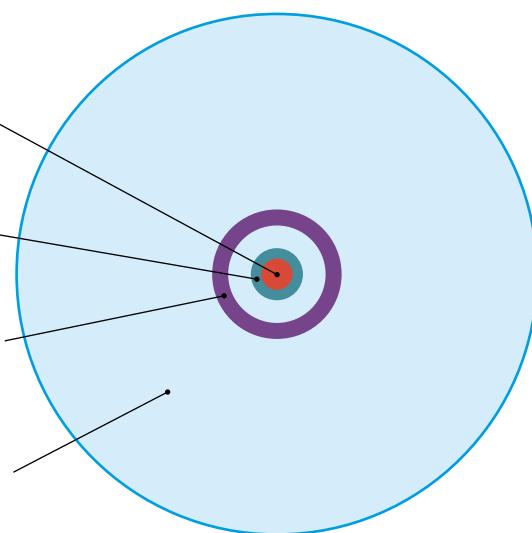
Hatókonyak lehetnek a *kognitív-viselkedéses terápiák*, szükség szerint kiegészítve *gyógyszeres kezeléssel* (sokszor az addikcióhoz társuló egyéb mentális zavarok is szükségessé teszik ezt). Gyakran a terápiát a *család bevonásával* végzik, ami különösen a serdülőkorú páciensek esetén hatékony és fontos.

Intravénás droghasználók száma
15–64 év között: 11–21 millió ember

Problémás droghasználók száma
15–64 év között: 16–38 millió ember

Az utóbbi évben legalább egyszer drogot fogyasztók száma
15–64 év között: 155–250 millió ember

Az összes 15–64 év közötti ember
száma 2008-ban: 4396 millió



14.3. ábra Az illegális drogfogyasztók, drogfüggők és az intravénás droghasználók aránya a Föld összlakosságához (15 és 64 év közöttiek) képeste, 2008-ban

UNODC, 2010

Az addikciók kezelése, gyógyítása során jellegzetes a sokszor előforduló visszaesés, amelyet egy-egy jobb állapotot követ. Elmondható, hogy az addikcióból való felépülés hosszú folyamat, amely igényli a hosszásas támogatást.

Az addikciók esetében kiemelt szerepe van az absztinencia fenntartásában az önségítő csoportoknak. A legelterjedtebbek az anonim csoportok (Anonim Alkoholisták, Narcotics Anonymous, Gamblers Anonymous stb.), amelyek között vannak olyanok is, melyekben a hozzátartozók kapthatnak segítséget egymástól.

A drogfüggés, illetve egyes országokban az internetfüggőség esetében is a bentlakásos, hosszabb ideig tartó (drogfüggésnél akár egy évig) közösségi terápiák lehetnek a leginkább hatékonyak. Ezekben a terápiás közösségi rendszerekben a viselkedés teljes átalakítása, tulajdonképp a személy újra-szocializálása a cél a felépülés érdekében. Ezek a terápiák zárt közösségi rendszerben, strukturált feltételek között zajlanak, s a terápiát sajátos módon maga a közösség végzi.

14.7.1. Az ártalomcsökkentés szemlélete

A drogfüggőség kezelésében, amennyiben nem az absztinencia elérése a cél, akkor ártalomcsökkentő beavatkozásról beszélünk, amely csökkenti a szerhasználat ártalmait mind az egyén, mind a társadalom szempontjából. Ilyen ártalomcsökkentő eljárás a *tűcsereprogram* (steril injekciós felszerelés biztosítása), vagy a *metadon fenntartó kezelés* (a heroin helyettesítése egy orvos által felírt és ellenőrzött, így legalis opiatállal). Ezen kezelések alapvető fontosságúak, mivel a drogfüggők egy jelentős része adott pillanatban nem tud vagy nem akar megsza-

badulni a függőségétől, azonban a szerhasználattal kapcsolatos ártalmak csökkentése ilyenkor is fontos feladat.

14.8. A SZENVEDÉLYBETEG-SÉGEK MEGELŐZÉSE

Tekintve, hogy a már kialakult addikció kezelése számtalan nehézséggel és buktatóval jár, fontos, hogy nagy hangsúlyt fektessünk a problémák megelőzésére. A drogfogyasztás és drogfüggés megelőzésére számos, különböző módszertani és elvi megfontolás alapján működő program létezik. Ezek között van, amelyik közvetlenül a drogfügasztással foglalkozik, de sok program – szélesebb fókuszt ajánlva – általánosságban az egészséges életmód elősegítésére vagy más megközelítések a stresszcsökkentő technikák fejlesztésére, a személyiségfejlesztésre koncentrálnak.

Azonban fontos, hogy e programokkal kapcsolatosan, reális elvárásokat fogalmazzunk meg. Az általános prevenciós programok ugyanis inkább a kipróbálásra vagy a rekreációs használat csökkentésére tudnak hatni, a súlyos függőiségek megelőzésében kevésbé hatékonyak.

Mint láttuk, a függőség okai mélyebben gyökereznek, s ezen mélyebb okok befolyásolása intenzívebb segítői, terápiás beavatkozást igényel; ezért is fontos a problémák mielőbbi felismerése és kezelése.

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

1. Demetrovics Zs. (2007): A droghasználat funkciói. Budapest, Akadémiai Kiadó
2. Demetrovics Zs., Kun B. (szerk.) (2010): Az addiktológia alapjai IV. Viselkedési

- függőségek. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó
3. Demetrovics Zs., Koronczai, B. (2010): Az internetfüggőség néhány pszichológiai vonatkozása. In J. Talyigás (szerk.): Az internet a kockázatok és mellékhatások tekintetében. Budapest, Scolar Kiadó
4. Demetrovics Zs. (2010): A megszaladás jelenségek szerepe az addiktológiai zavarok értelmezésében. In Csányi V., Miklósi Á. (szerk.): Fékezesztett evolúció. Megszaladási jelenségek az emberi evolúcióban (pp. 135-160). Budapest, Typotex

▲ VISSZA A TARTALOMJEGYZÉKRE ▲

▲ VISSZA A FEJEZETCÍMHEZ ▲

15. KOCKÁZATOK ÉS KIHÍVÁSOK A MUNKA VILÁGÁBAN. A KIÉGÉS



FÜLÖP EMŐKE klinikai szakpszichológus, a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kara Alkalmazott Pszichológia Tanszékének adjunktusa. A Budapesti Egészségközpontban folytat egyéni pszichoterápiákat, foglalkozik önismereti csoportok, tréningek vezetésével. A Pécsi Tudományegyetem doktori képzésében doktorjelölt. Kutatási szakterülete a gyógyító-beteg kapcsolat, ezen belül az érzelmszabályozás, az empatia összefüggései a kiégéssel, a másodlagos traumatizációval.

FÜLÖP EMŐKE

15.1. BEVEZETÉS

15.2. MUNKAHELYI STRESSZHATÁSOK

15.3. A KIÉGÉS

15.3.1. A KIÉGÉS FÁZISAI

15.3.2. A SEGÍTŐ SZAKMÁK ÉS A KIÉGÉS

15.3.3. A MEGELŐZÉS LEHETŐSÉGEI

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

15.1. BEVEZETÉS

GYAKRAN HALLJUK a legkülönbözőbb forrásokból – a családtagjainktól, a médiából, a szomszédktól stb. –, hogy „Kerüld a stresszt, nem tesz jót az egészséged-nek!”. Nehéz azonban eleget tenni ennek a felszólításnak, hiszen a stressz az élet velejárója, a test természetes válaszreakciója fizikai és/vagy érzelmi változásra. Korunkban pedig az egyetlen, ami állandó, az a változás. Észlelni és reagálni a gyors változásokra nagy előnyt jelent a munka világában.

Az eredetileg a számítástechnikában megismert *multitasking* (többfeladatos)

kifejezésnek ma már gyakran használjuk a humán változatát, ami azt jelenti, hogy a személy egyszerre több feladatot végez párhuzamosan. Tulajdonképpen itt nem is arról van szó, hogy ezekre a feladatokra párhuzamosan figyelünk, hanem nagyon gyors figyelmi váltások történnek rövid időn belül. Tehát a gyors, rugalmas váltásokra való képesség értékké vált a munka világában. Ez azonban együtt jár egy fokozott készenléti állappittal.

Felmerül a kérdés, hogy vajon mi határozza meg, dönti el, hogy a megélt stressz, a stressz kutató SELYE JÁNOS (1976) által az „élet sójá”-nak nevezett módon van je-

len az életünkben, vagy a sokat emlegettet megbetegítő distresszként.

Természetesen nagyon különbözőek vagyunk abból a szempontból, hogy kinek mi jelent erős, kezelhetetlen stresszt. Érdekes eredményt mutat egy amerikai hosszmetrzi vizsgálat (Keller, Litzelman & Wisk 2012), melyben 1998–2006 között az amerikai lakosság egészségét mérték fel és az eredményeket vetették össze a későbbi halálozási adatokkal.

Ebben a kutatásban azt is mérték, hogy a vizsgálati személyek milyen mértékű stressznak vannak kitéve, másrészt, hogy hogyan vélekednek erről, mennyire tartják megbetegítőnek. Az eredmények azt mutatják, hogy akik nagymértékű stressznak vannak kitéve, azoknál 43%-kal nagyobb a kockázata az idő előtti elhalálozásnak, de csak azoknál volt igaz ez az összefüggés, akik úgy is értékelték, hogy a megélt stressz az egészségükre káros hatásal van. Tehát a szubjektív minősítés, az, hogy hogyan értékeljük, ami velünk történik kulcsfontosságú abban, hogy milyen hatású a stressz.

KOPP MÁRIA és munkatársai (2004) a krónikus stressz, depresszió, vitális kimerültség mögött fontos tényezőnek tartja a *kontrollvesztést*, amit akkor élünk át, amikor úgy értékeljük, hogy nincs hatásunk arra, ami velünk történik. A stressz akkor válik veszélyeztetővé, ha nem érezzük képesnek magunkat, hogy megbirkózzunk egy új helyzettel, kihívással. Ha ez az állapot hosszú ideig húzódik, akkor beszélünk *krónikus stresszről*, melyben kimerülünk, nagyobb esélyt adva a különböző betegségek jelentkezésének. Ebben az ún. *kimerülési fázisban* egyik lényeges tényező, hogy a személy mennyire érzi azt, hogy az adott szituációra, annak bármely részére vagy a helyzettel kapcsolatos saját érzéseire, gondolataira hatással tud-e lenni. Amennyiben hosszú ideig azt

éljük át, hogy bármit csinálunk az nincs hatással arra, ami velünk történik, akkor ki alakul az ún. tanult tehetselenség (Seligman 1972), ami azt eredményezi, hogy azokban a helyzetekben sem küzdünk, amelyet tudnánk befolyásolni.

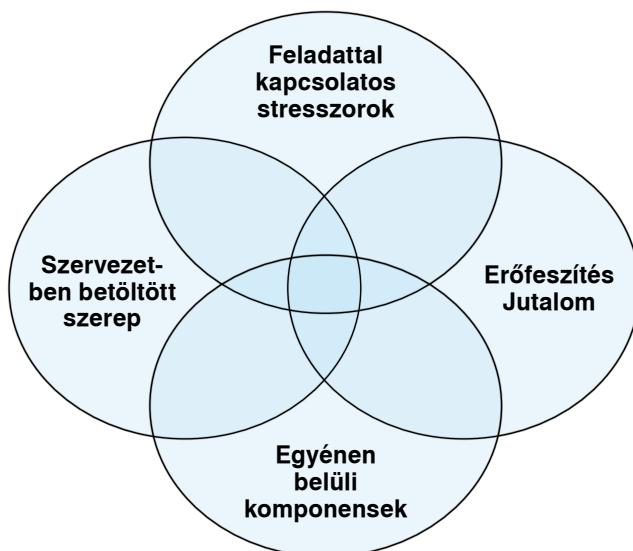
Összefoglalva tehát az adott élmény értékelése, illetve a helyzetre vagy a helyzettel kapcsolatos megítélésünkre, érzéseinkre gyakorolt befolyásunk mértéke dönti el, hogy egy adott stresszhatás elhúzódik-e és krónikus stresszforrássá válik-e, melynek negatív hatása van az egészségünkre, vagy egy sikeres megküzdésként a személyiségnünk fejlődéséhez járul-e hozzá.

15.2. MUNKAHELYI STRESSZHATÁSOK

A krónikus stresszorok legjellemzőbb forrása a munkahely, hiszen az ember általában sok időt tölt a munkahelyén, ráadásul sok esetben függő helyzetben vagyunk, sok mindenre, ami körülvesz minket nincs rátáhatásunk, és a fentebb leírtak alapján, ez a csökkent kontroll nagymértékben növeli a megélt stresszt.

2002-ben az Európai Bizottság a munkával kapcsolatos stressz költségeit az Európai Unió 15 országában 20 millió €/évre kalkulálta. Tehát nem csak az egyén szintjén fontos terület a munkahelyen megélt stressz, hanem társadalmi szintű, közigazdasági probléma. A munkahelyhez kapcsolódó stresszorok különböző forrásokhoz köthetők a 15.1. ábrán látható csoportosításban. Vegyük sorra ezeket a területeket!

A *feladattal kapcsolatos stresszorok* körébe tartozik, ha a dolgozó túlterhelt, de az is lehet stresszforrás, ha folyamatosan alulterhelt. Ide tartoznak a nem megfelelő munkafeltételek, például ha nincs megfele-



15.1. ábra A munkahelyhez kapcsolódó stresszorok forrásai

lő hozzáférés a munkaeszközökhöz, vagy a munkavégzés veszélyes körülmények között zajlik. Ebbe a csoportba soroljuk az állandó változást, a változtatást a feladatakban.

A szervezetben betöltött szereppel kapcsolatos stresszorok 3 csoportra oszthatóak: egyéni szinten, csoport szinten és a szervezet szintjén megjelenő nehézségek. *Egyéni szinten* a szerep-kétértelműség, amikor nem egyértelműek a feladatak, a határok, pl. olyan esetekben amikor megváltoznak egy munkahelyi feladathoz kapcsolódó kompetenciák, de nem világos, hogy ebben kinek mi a megváltozott feladatköre.

A szerepkonfliktus azt jelenti, hogy a szerephez kapcsolódó különböző feladatak egymással ellentmondásban vannak, így akadályozzák egymást. Idetartozik az a jelenség is, amikor a másokért való felelősségvállalás túl sok, vagy túl kevés. A karrierfejlődés is nagyfokú feszültségeket okozhat akkor is, ha az túl gyorsan történik, pl. amikor egy

szakmailag nagyon jól teljesítő fiatal vezető pozícióba kerül, de az ezzel járó felelősség, ill. a beosztottak motiválása, irányítása számára még túlságosan meghatározó feladat.

Az e csoportba tartozó stresszforrások származhatnak a csoport életéből is, ami magában foglalja a rossz hangulatú, nem összetartó csoportokat, csoporton belüli konfliktusokat, illetve a főnök-beosztott kapcsolatban jelentkező problémákat. Szervezeti szinten ez jelentkezhet egy a szervezet jellegzetességeihez nem illeszkedő vezetési stílusban

ill. nem megfelelő fizetésben, és abban, ha a szervezet életében jelen van a bizonytalanság, kiszámíthatatlanság (Cooper & Davidson 1987).

SIEGREST (2004) és munkatársainak mondták szerint akkor éljük át a legnagyobb munkahelyi stresszt, amikor a befektetett munka, erőfeszítés és ennek jutalma, mely lehet anyagi illetve a megbecsülés más formája, valamint karrier lehetőség nincs arányban. E szerint a modell szerint ez az *egysülytalanság* vezethet az egészségi állapot romlásához.

Vannak azonban olyan *egyéni tényezők*, melyek nagyobb kockázatot jelentenek a kiégesítés szempontjából. Ilyen pl. a *túlvállalásra való hajlam*, melynek következtében ún. work-life balance megbillen, illetve vannak olyan, főleg a segítő foglalkozásokhoz kapcsolódó érzelmszabályozási problémák, melyek következtében a gyógyító szakember és a páciens/kliens közti határ-

vonal elmosódik, és a fokozott bevonódás, pontosabban a negatív érzelmek átterjedése okoz folyamatos feszültséget, ami az érzelmi energiák kimerüléséhez vezet.

A munkahelyi stressz csökkentésének alapvető módja, hogy ismerjük meg a munkaköri leírásunkat, gondoljuk át, hogy a munkahely céljaival mennyire tudunk azonosulni, illetve ezekhez milyen készségekre van szükség, és mi magunk mennyiben rendelkezünk ezekkel az erőforrásokkal, ill. mi az, amit még fejlesztenünk kell.

A túlterhelés elkerüléséhez fontos, hogy lehetőleg ne vállaljunk a kompetenciánkon túlmutató feladatokat, delegálunk feladatokat a munkatársainknak illetve kérjünk segítséget tapasztaltabb munkatársaktól. Adjunk és kérjünk pozitív visszajelzést. Segíthet a stressz kihívásként való értelmezésében, ha megfelelő technikáink vannak a nehéz helyzetek kezelésére, ilyenek lehetnek pl. a megfelelő időgazdálkodás, illetve az asszertív (önérvényesítő) kommunikáció elsajátítása.

15.3. A KIÉGÉS

Ha tartósan fennálló nagyfokú stressz, vagy a fentiek közül több stresszforrás együttes jelenléte jellemző, akkor jelentkezhet egy olyan állapot, melyben az érzelmi, mentális és fizikai kimerülés jellemző, melyet kiégésnek nevezünk. A burn-out fogalom elterjedéséhez nagyban hozzájárult GRAHAM GREENE 1961-ben írt, magyarul *Gyógyulás* címen megjelent regénye (*A burn-out case*), ami egy kiábrándult építészről szól, aki munkáját otthagya az afrikai dzsungelbe megy.

A kiégés tudományos igényű leírása a 70-es években született, s FREUDENBERGER (1974) New York-i pszichiáter nevéhez köthető, aki

hajléktalanokkal foglalkozó önkénteseknél figyelte meg és írta le az érzelmi kiürülés és motiválatlanság állapotát. A kiégéssel kapcsolatos kutatások fókusza tehát a kezdetektől a segítő foglalkozásúakra koncentrált. Tehát az emberekkel kapcsolatos munka érzelmi szempontból jelenthet olyan megterhelést, ami az érzelmi kapacitás kimerüléséhez vezethet.

A kiégés jelensége a legelterjedtebb modell szerint 3 dimenzió mentén írható le és mérhető. Ezek az *érzelmi kimerülés* (ami egyfajta fáradtságot, motivációhiányt, tehetetlenség megélését jelenti), a *deperszonálizáció* (az emberekkel kapcsolatos empácia, együttérzés hiánya, a páciens/kliens tárgyiasítása, kerülése), ill. a *személyes hatékonyaság, teljesítmény csökkenésének érzése* (a munkavégzés színvonala és hatékonyさga romlik), amihez negatív önértékelés is társul. MASLACH és JACKSON (1986) elképzélése szerint a kiégés kialakulása az érzelmi kimerüléssel indul, amely folyamatban az egyén egyre kevésbé képes az érzelmi odafordulásra, érzelmi erőforrásai kiapadnak.

A kiégés olyan folyamat, mely hullámzónában lehet jelen a munkánk során, nagyon fontos azonban, hogy észrevegyük, ha elindultunk ezen az úton. A kezdeti figyelmeztető jelek észlelésekor még szakember nélkül is könnyen visszafordítható a folyamat, vannak azonban olyan stádiumok, ahol már nehezen elkülöníthető a kiégés a depressziótól, illetve ehhez kapcsolódó mentális zavaroktól. Nagyon fontos tehát az *öndiagnózis* és a *tudatosság*.

Figyelmeztető jelek lehetnek, ha már nem olyan színvonalon és hatékonyan tudjuk végezni a munkánkat, ahogy korábban, ha egyre gyakrabban érezzük magunkat elégedetlennek, nagy energiákat fordítunk arra, hogy meneküljünk a problémák elől, elodazzuk azok megoldását. Érzelmi téren egyre

többször érezzük magunkat ingerlékenyek, kritikusnak, és lesz rajtunk úrrá a tehetetlenség érzése. A munkánk során emberekkel kapcsolatba kerülve nehezünkre esik figyelni rájuk, nagy távolságot tartunk velük. Személyes életünkben is beszűkülhetnek kapcsolataink, egyre gyakrabban kaphatunk el pl. vírusfertőzést, alvászavarok léphetnek fel, hogy csak néhány fontos jelenséget említsünk.

A kiégés tehát rombolja az egészségüket, kapcsolatainkat, elégedettségünket és munkateljesítményüket egyaránt.

15.3.1. A kiégés fázisai

A kiégésnek 4 fázisát különböztethetjük meg.

- Az első fázis az *idealizmus* időszaka, általában elmondható, hogy azok, akik túlzott elvárásokkal vették bele magukat egy munkakezdésbe, időnkénti irrealis elvárásokkal, veszélyeztetettebbek a kiégés szempontjából.
- Ezt követően, ahogy szembesülnek azzal, hogy az elvárások nem realizálódnak, jelentkezik a *stagnálás* időszaka, melyre az előző nagyon aktív szakasszal ellentétben a mozdulatlanság, a csökkent érdeklődés, egyfajta kiábrándultság jellemző.
- Ha nem észleljük a problémát, és nincs változás, akkor a *frusztráció* fázisában találjuk magunkat, ahol a személyes hatékonyság csökkenése dominál, a végzett munka értékének megkérőjelezése, valamint igyekszünk elkerülni a feladatokat, kibújni alóluk.
- A kiégés legsúlyosabb fázisa az *apátiás* szakasza, ahol gyakoriak a hibázások, gépies a munkavégzés. Érzelmi szinten ennek a szakasznak a tüneti képe

nagyon hasonló a depresszióban tapasztaltakhoz, hiszen a reménytelenég, kilátástanláság érzése dominál, és szintén megjelennek olyan testi tünetek, mint például a fokozott fáradékonyさ, alvászavarok, gyakori fej- és hátfájás, étvágytalanság (Edelwich & Brodsky 1997).

A különböző kiégési fázisokban különböző intervenciók lehetnek hatékonyak.

- Az *idealizmus* szakaszában munkáltatói szinten fontos, hogy a „lángoló” dolgozót egy tapasztaltabb kolléga, mentor segítse, aki képes a realitások tükrözésére, valamint segítséget tud nyújtani az elvárások realitásokhoz illesztésében. Egyéni szinten fontos, hogy a munka és magánélet közti egyensúly, még a lelkesedés ilyen hőfokán is meg tudjon maradni, a kompetenciahatár fokozatos kidolgozása, ami segíti a reális cél kitűzését is.
- A *stagnálás* szakaszában a mozdulatlanság a domináns, ezért itt az elveszett aktivitás visszanyerése a cél. A munkáltató ebben úgy tud segíteni, hogy tréningeken és továbbképzésekben való részvétel segítségével új nézőpontokhoz, új képességek elsajátításához segíti a dolgozót. A pozitív megerősítések, visszacsatolások ebben a szakaszban is nagyon fontosak, valamint a munkahelyi közösség támogató légióra. Egyéni szinten az aktív rekreáció (pl. sport, társas kapcsolatok stb.), a megfelelő étkezés, alvási ritmus, a karriercélok átgondolása, valamint visszajelzés kérése munkatársaktól, főnöktől.
- A *frusztráció* szakaszában fontos lenne, hogy a munkáltató a munkaterhelés szabályozásával átmenetileg csökkent-

se a terhelést, ami történhet a feladatok átcsoportosításával is, illetve beépített szabadidő szervezésével a közösségeknek, tehát itt is fontos lehet a csapatépítés, amely bármely szakaszban hatékony megelőzése a kiégésnek. Egyéni szinten ebben a stádiumban az előző szakaszban említetteken kívül hasznos egy relaxációs technika elsajátítása, a segítségkérés, a kimerülés jelzése, valamint a változtatás lehetőségeinek felmérése.

- Az *apátiá* szakaszában mindenkor szinten fontos annak felismerése, hogy szakember (pszichológus, coach, pszichiáter) bevonása szükséges, de emellett természetesen fontos az előző szakaszoknál említett rekreációs lehetőségek biztosítása is.

15.3.2. A segítő szakmák és a kiégés

A segítő foglalkozás a kiégés szempontjából speciális helyzetben van, ugyanis más szakmához képest nagyobb mértékű az érzelmi megterhelés, középpontban van a páciensekkel/kliensekkel való interakció, illetve az ezekben megjelenő érzelmi reakciók, melyek fontos előrejelzői lehetnek a kiégésnek.

BÁLINT MIHÁLY írta le elsőként szisztematikusan, hogy az orvos személyisége nék döntő szerepe van a tünetek és a betegség alakulásában, a gyógyító munkában (Bálint 1957). A gyógyító empatiájának hatását vizsgáló kutatók alátámasztják bálinti gondolatot. REISS (2010) összefoglalójában rámutat az empatikus kapcsolat fontosságára, nem csak a pszichológiai haszon szempontjából, hanem – többek között – a jobb immunfunkciók, a rövidebb műtét utáni

gyógyulási időszak, a kevesebb asztmás roham és a vírusfertőzésből való felépülés felgyorsulása szempontjából is lényeges ez.

Sajnos, azonban az „orvosgyógyszernek” „mellékhatásai” is vannak, melyek nem csupán a gyógyulás folyamatát nehezíthetik, hanem káros hatással lehetnek az orvos mentális és fizikai egészségére is. A gyógyító munkában az érzelmi odafordulás, a páciens felé megnyilvánuló empatikus törődés a munka egyik fontos feltétele, de egyben veszélye is lehet. Több olyan kutatás ismert, melyben kapcsolatot találtak a túlzott érzelmi bevonódás és a kiégés között (Brotheridge & Grandey 2002; Zapf, Seifert, Schmutte, Mertini & Holz 2001).

A betegek állapota lehet olyan stresszforrás, amikor a betegben megjelenő negatív érzések átvétele okozza az érzelmi kimerülést az őt kezelő személyzetben.

A distresszt átélő páciensekkel nap, mint nap történő foglalkozás érzelmi következményeit sokféleképpen nevezi és írja le a szakirodalom: másodlagos traumatizáció, vikariáló trauma, az együttérzés kifáradása (*compassion fatigue*), illetve kiégés. Sok esetben nehéz a fenti fogalmak közti különbségtétel, valószínűsíthetően ugyanazon jelenség különböző stádiumairól, illetve különböző megjelenési formáiról van szó (Fülöp 2013).

A szélsőségesen negatív élményt átélt páciensekkel foglalkozó segítőknél írták le a másodlagos traumatizáció jelenségét, melynek során a poszttraumás stressz szindrómához nagyon hasonló tünetek jelennek meg, mint emlékkép betörések, fiziológiai arousal vagy elkerülés (Figley 1995).

A poszttraumás stressz szindrómát először a vietnámi háborúból hazatérő katonáknál írták le, akik a harcban elszenvedett stressz megszűnté után is különböző tünetekben szenvedtek: alvásproblémák, zavaró állok és a stressz újraélései.

A másodlagos traumatizáció során a fokozott emocionális bevonódás következtében a megfigyelő tulajdonképpen replikálja a megfigyelt érzelmi állapotát.

Az ún. *vikariáló traumatizáció* akkor alakul ki, amikor a segítő empátiával fordul a nehéz helyzetben lévő kliens felé, aminek következtében megváltoznak saját magáról, a másokról, a világról korábban kialakult kognitív sémái. Ez tehát egy olyan maradandó változás, ami jellemzően 5 pszichológiai szükségletet érint: *biztonság, bizalom, tisztelet, intimitás, kontroll* (McCaum & Pearlman 1990).

Az *együttérzés-kifáradást* általános meghatározásként használjuk az érzelmi és fizikai kimerülés leírására, azoknál a segítő szakembereknél, akik hosszú távon súlyos distresszt átélő páciensekkel foglalkoznak. Gyakran találkozhatunk a fogalommal a másodlagos traumatizáció szinonimájaként. A két fogalom abban különbözik, hogy az együttérzés-kifáradás a másodlagos traumatizáció és a kiégés tüneteinek kombinációja (Newell & MacNeil 2010). Sok esetben úgy tesznek különbséget a fenti fogalmak között, hogy azok a segítők, akik kimondottan trauma áldozataival foglalkoznak, nagyobb mértékben vannak kitéve a másodlagos traumatizáció veszélyének, míg azok, akik nem kifejezetten traumán átesett, de súlyos distresszt átélő páciensekkel foglalkoznak a *compassion fatigue-t* (együttérzés kifáradása) tüneteit tapasztalhatják meg, anélkül, hogy jellemzőek lennének a másodlagos traumatizációs jellegzetességek (Newell & MacNeil 2010).

Úgy tűnik, hogy azok a segítők, hivatalsszerűen emberekkel foglalkozók hajlamosak leginkább az érzelmi kimerülésre, akik túlzott mértékben veszik át a másik negatív érzéseit, sok esetben tehetetlenséget, amiből megfelelő szabályozási mecha-

nizmusok hiján nehezen tudnak kizökenni, amely állapot a krónikus stressz modellenek megfelelően eljut a kimerülésig, ahol már a szomatikus tünetek is megjelennek (Fülöp 2013).

Ahhoz, hogy a segítő foglalkozást választók ne legyenek kitéve ennek a veszélynek, már a képzés során nagyon fontos egyrészt a megfelelő empátia alkalmazását segítő technikák tanulása, valamint a személyiség ellenálló képességének növelése. Fontos ez, hiszen a kutatások azt mutatják, hogy pl. az orvosképzés harmadik évétől (ekkor találkoznak a hallgatók először betegekkel) a hallgatók empátiája szignifikánsan csökken, amely tendencia folytatódik a képzés következő évében is (Hojat 2009). Ami azt jelzi, hogy a betegekkel való találkozás okozta érzelmi megterhelés ellen fokozott távolságtartással védekeznek a hallgatók.

Fontos a konkrét technikai tudás elsajátítása, mely olyan technikák gyakorlását jelenti, mint pl. reflektív figyelem, megfelelő kérdezéstechnika, érzelmi visszatükrözés, amely gyógyító-beteg interakciók megfigyelésén keresztül, helyzetgyakorlatokban történő saját tapasztalásokon át vezet. Fontos azonban emellett a személyiség ellenálló képességének növelése, a stresszkezelés személyre szabott formáinak megismerésével, implicit érzelmszabályozásra hangoló gyakorlatokkal, illetve az érzelmek tudatosítását és elfogadását segítő érzékenyítő feladatokkal.

A folyamat azonban nem ér véget a képzéssel, hiszen az egyik kulcsmozzanat abban áll, hogy ahogy a betegekkel való találkozás során élesen „kipróbálásra” kerülnek a technikák, úgy kapjon a szakember támogatást, illetve teret a konkrét helyzetekben megjelenő érzések strukturálására, kezelésére és a saját magában keletkező érzések megértésére. Ezt segíthetik pl. az esetmegbeszélések, a szupervízió, a Bálint-csoport.

15.3.3. A megelőzés lehetőségei

A kiégést természetesen a legjobb megelőzni. Ehhez a munkában fontos tényező, hogy a munkaterhelés, kontroll, elismerés, közösség, korrektség és értékek területén minél nagyobb fokú legyen az illeszkedés a személy igényei és a munka elvárásai és lehetőségei között (Maslach, Schaufeli & Leiter 2001).

Az e területeken tapasztalt, minél nagyobb fokú összeillés vezet a MASLACH és munkatársai (2001) által a kiégés ellenpontjának tartott *elköteleződéshez*. Az elköteleződés egyfajta bevonódást, jelenlétet jelent. Ez azonban nem csak a munkában fontos, hanem a munkán kívüli életben való minél teljesebb jelenlét szempontjából is.

Gyakran nem vagyunk jelen éppen abban a tevékenységen, helyzetben, amiben éppen vagyunk, amit éppen csinálunk, elmenk hajlamos elkalandozni, sok esetben olyan elképzelt történetekben időzünk, melyek negatív kimenetelűek. Sokszor a múltban rágódunk, vagy jövőbeli eseményeket próbálunk elköpzelni.

Egy kutatásban egy okostelefonra kidolgozott applikáció segítségével 2250 önkéntes vizsgálati személytől, különböző időpontokban kértek, hogy jelezzék, mennyire érzik magukat boldognak, éppen mit csinálnak, s eközben azon gondolkodnak-e, amit éppen tesznek, vagy másol járnak, és ha másol járnak, akkor az kellemes/kellemetlen vagy semleges. Eredményeik szerint, az ébren töltött idő 47%-ban gondolataink valahol másol járnak, mint amit éppen csinálunk, minden tevékenység nem kevesebb, mint 30%-ban jelenik ez meg, kivétel ez alól, amikor szeretkezünk (Killingsworth & Gilbert 2010).

A kutatók szerint ennek a szellemi kóból lásnak azonban érzelmi ára van, ugyanis

azt találták, hogy az átélt boldogság sokkal jobb előrejelzője az, hogy milyen mértékben és irányban hajlamos valaki a pillanattól való elkalandozásra, mint az, hogy éppen mivel foglalkozik. Gondolunk csak bele, hogy hányszor „maradunk” még a munkahelyünkön, vagy járunk már a másnapban, akkor, amikor már otthon vagyunk, vagy éppen igyekszünk kikapcsoldni.

A *tudatos jelenlét* (mindfulness) módszere nagyon egyszerű, de hatékony módja a figyelem tudatos irányításának, egy olyan gyakorlási mód, mely a jelen pillanatra koncentrál, ítélezésmentesen, nyitottan (Szondy 2012). Egyszerűen az élményeink megfigyeléséről (nem megváltoztatásáról!) van szó (legen az akár pozitív vagy negatív), ami törtenhet különböző gyakorlatok segítségével (pl. testpásztázás, légzésfigyelés), de lehet egyszerűen a minden nap tevékenységeink megtapasztalása minél több érzékszervi modalitáson keresztül.

Természetesen ez a módszer abban is segítséget nyújt, hogy minél előbb észleljük azokat a jeleket, melyek a gondolatainkban, érzéseinkben és a testünkben a krónikus stressz hatására, a kiégés első jeleként megjelennek, amelyek figyelmeztethetnek, hogy megbillent a munka-magánélet egyensúlya. A figyelem tudatos irányításán túl ezen egyensúly visszanyerésében segíthetnek a különböző relaxációs technikák, a rendszeres mozgás, rövid „frissítő” szokások, rutinok beépítése a minden napokba, valamint a szociális kapcsolatok ápolása.

Összességeben tehát a megelőzésben és a kiégés öndiagnózisában is kulcsfontosságú a tudatosság, annak az egyensúlynak a megtartása, amiben a munkával töltött idő (akár csak szellemi kalandozás formájában) és a magánélet, rekreáció egyensúlyban van.

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

1. Bálint M. (1957): Az orvos, a beteg és a betegség. Budapest, Animula
2. Brotheridge C.M. & Grandey A. A. (2002): Emotional labor and burnout: Comparing two perspectives of „people work”. Journal of Vocational Behavior, 60, 17-39.
3. Cooper C. L. Davidson M. (1987): Sources of stress at work and their relation to stressor in non-working environments. In: Psychosocial factors at work and their relation to health. Eds: Kalimo R. El-Batavi M. A., Cooper C. L. WHO, Geneva
4. Edelwich J. Brodsky A. A kiégés fogalma. In: Szilágyi K. Váry A. (szerk.): A pszichés terhelés és a munkaközvetítés. A burn-out jelenség. Gödöllői Agrártudományi Egyetem, Gödöllő, 1997: 9-25.
5. Figley C. (1995): Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In C. Figley (ed.): Compassion fatigue (pp. 1-20). New York, Brunner/Mazel
6. Freudenberg H. J. (1974): Staff burnout. Journal of Social Issues, 30, 159-165
7. Fülöp E.: Másodlagos traumatizáció és kiégés összefüggései az érzelmeszabályozási folyamatokkal. In: Csabai M. Pintér J. N.(szerk.): Pszichológia a gyógyításban. Oriold és Társai 2013. 167-190.
8. Hojat M., Vergare M. J., Maxwell K., Brainard G., Herrine S. K., Isenberg G. A. et al. (2009): The devil is in the third year: A longitudinal study of erosion of empathy in medical school. Academic Medicine 84(9) 1182-1191.
9. Keller A., Litzelman K., Wisk L. E., Maddox T., Cheng E. R., Creswell P. D., Witt W. P. (2012): Does the perception that stress affects health matter? the association with health and mortality. Health Psychology 2012 Sep; 31(5): 677-84
10. Kllinsworth M. A., Gilbert D. T. (2010): A Wandering Mind is an Unhappy Mind. Science 12 November 2010. Vol. 330 no. 6006 p. 932
11. Kopp M., Réthelyi J. (2004): Where psychology meets physiology: chronic stress and premature mortality- the Central-Eastern- European health paradox, Brain Research Bulletin, ,62,351-367.
12. Maslach C. & Jackson S. E. (1986): Maslach Burnout Inventory. 2nd edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press
13. Maslach C., Schaufeli W. B. & Leiter M. P. (2001): Job burnout. Annual Review of Psychology, 52, 397-422
14. McCann I. L. & Pearlman L. A. (1990): Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. Journal of Traumatic Stress, 3, 131-149.
15. Newell J. M. & MacNeil G. A. (2010): Professional Burnout, Vicarious Trauma, Secondary Traumatic Stress, and Compassion Fatigue: A Review of Theoretical Terms, Risk Factors, and Preventive Methods for Clinicians and Researchers. Best Practices in Mental Health, 6(2) 57-68.
16. Reiss H. (2010): Empathy in medicine – A neurobiological perspective. Journal of the American Medical Association 304(14): 1604-1605.
17. Seligman M. E. P. (1972): Learned helplessness. Annual Review of Medicine Vol. 23: 407-412.

18. Selye J. (1976): Stressz distressz nélkül. Akadémiai Kiadó, Budapest
19. Siegrist J., Starke D., Chandola T., Godin I., Marmot M., Niedhammer I. & Peter R. (2004): The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science and Medicine*, 58(8), 1483-1499.
20. Szondy M. (2012): Megélni a pillanatot. Mindfulness. Kulcslyuk Kiadó, Budapest
21. Zapf D., Seifert C., Schmutte B., Mertini H. & Holz M. (2001): Emotion work and job stressors and their effects on burn-out. *Psychology & Health*, 16, 527-545.

▲ VISSZA A TARTALOMJEGYZÉKRE ▲

▲ VISSZA A FEJEZETCÍMHEZ ▲

16. TÁPLÁLKÖZÁS ÉS EGÉSZSÉG – EVÉSZAVAROK



BABUSA BERNADETT klinikai szakpszichológus és angol nyelvű pszichológus szakfordító. A Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének adjunktusa és óraadó tanára, az intézet Psichoszomatikus Szakrendeljének pszichológusa. Kutatási területe a modern evés- és testképzavarok, különös tekintettel a férfiak zavaraira. A Magyar Pszichiátriai Társaság Evészavar Szekciójának tagja és Sportléktani Szekciójának titkára.

BABUSA BERNADETT



TÚRY FERENC pszichiáter, pszichológus, egyetemi tanár, a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének igazgatója. Kutatási területe a pszichoszomatika és az evészavarok.

TÚRY FERENC

16.1. BEVEZETÉS

16.2. AZ EVÉSZAVAROK GYAKORISÁGA

16.3. TÜNETTAN

16.3.1. ANOREXIA NERVOSA

16.3.2. BULIMIA NERVOSA

16.3.3. FALÁSZAVAR

16.3.4. GYERMEKKORBAN ELŐFORDULÓ EVÉSZAVAROK

16.3.5. EGYÉB EVÉSZAVAROK, ILLETVE TESTKÉPZAVAROK

16.4. DIAGNÓZIS

16.5. AZ EVÉSZAVAROK KÓROKTANA

16.6. AZ EVÉSZAVAROK KEZELÉSE

16.7. KÓRLEFOLYÁS ÉS PROGNÓZIS

16.8. ZÁRSZÓ

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

16.1. BEVEZETÉS

AZ UTÓBBI KÉT ÉVTIZEDBEN az evészavarok népegészségügyi jelentőségre tettek szert, ami egyes tünetek nagy és növekvő gyakoriságának köszönhető. Manapság az evészavarokra gyakran mint „divatbetegségekre” utalnak. A modern civilizáció korában az ételhez és a testünkhez való viszony alapvetően megváltozott. A fogyasztói társadalom hatásainak következtében az emberi testre nehezedő kulturális nyomás igen nagy. Nő a karcsúságideál szerepe, amely már a férfiakat is befolyásolja.

A testünkre vonatkozó kényszerek egyre gyakoribbá válnak. Érdekes jelenség azonban, hogy a karcsúságideál terjedése mellett korunkban nő az elhízás aránya – hazánkban a felnőtt népesség 20%-a elhízott, azaz testtömegindexe 30 fölötti (Császár 2010). Emellett a fiatalok körében egyre inkább terjednek a különböző furcsa evési szokások: a kétes hátterű fogyókúrák, a hashajtók használata, az önhánytatás.

A pszichiátriai zavarok közül az anorexia nervosának (AN) a legmagasabb a halálozási aránya: a betegségkezdet után 10 évvvel 8%. A problémakört tovább súlyosítja az evészavarok rejttet volta, illetve a betegségtudat hiánya, ezért az evészavaros betegek csupán töredéke kap megfelelő ellátást: az anorexiás betegek harmada, a bulimiásoknak pedig csupán 6%-a jelenik meg a szakellátásban.

Az elhízás mellett három fő evészavart tartunk számon: az AN-t, a bulimia nervosát (BN) és a falászavart (BED: binge eating disorder). A fejezetben néhány újabb zavarra, valamint a fontosabb gyermekkorú evészavarokra is kitérünk.

16.2. AZ EVÉSZAVAROK GYAKORISÁGA

Az evészavarokra sokáig mint tipikus női betegségre tekintettünk (a férfiak aránya 2–10%). Erre utalt a „3 W” megjelölés is, azaz fehér nyugati nőkre (white Western women) jellemzőnek találták őket. Ma már egyre gyakrabban jelennek meg feketék, férfiak között, valamint nem nyugati országokban is. Az életkorai határok is fellazultak: míg az evészavarok leggyakrabban fiatal lányok körében jelentkeznek (az AN kezdete 12–18 éves, a BN-é 15–25 éves korra lehető), egyre több a gyerekkorban, illetve az időskorban megjelenő zavar is. Változást jelez az is, hogy az evészavarok sokáig a felső és középső társadalmi rétegekre voltak jellemzők, mára azonban terjednek alacsonyabb szocioökonómiai státuszuk körében is. Fokozott kockázattal bírnak a diákok (főleg az egyetemisták), a karcsúság követelményének kitett csoportok (pl. tánccosok, modellek), a diabetes mellitusban szenvedők, férfiak esetén pedig a homoszexuálisok. Fontos megemlíteni, hogy az evés- és testképzavarok spektruma egyre szélesedik, 5–10 évente leírnak egy-egy új típust.

A felmérések alapján az AN gyakorisága tizenéves lányok körében 0,7%, a BN-é 16–35 éves nők körében 1–2%. Az élettartam-prevalencia- (az eddigi élet során valaha fennállt betegség előfordulási gyakorisága) adatokat tekintve az AN 2,0%, a BN 4,6%, a BED pedig 0,6% arányban fordult elő 18–25 éves nők között (Favaro és mtsai 2003). Korábban az AN-t nagyobb gyakorisággal regisztrálták, mint a BN-t, majd az 1980-as évektől kezdve ez a tendencia megfordult, ami részben az újabb evészavartípusok megjelenésének köszönhető. A hazai adatokat tekintve egy reprezentatív felmérés eredmé-

nyei szerint a 15–24 éves nők körében a BN gyakorisága 0,41% volt, míg a szubklinikai BN-é 1,48% (Szumska és mtsai 2001).

Az evészavarok leggyakoribb társbetegsége a depresszió, amelynek gyakorisága 80% körüli evészavaros betegek között. Szorongásos zavar az evészavaros betegek 64%-ában fordult elő életük folyamán, ezen belül pániázavar 8%-ban, kényszerbetegség 26%-ban, agorafóbia és egyszerű fobia 13–14%-ban, szociális fobia pedig 34%-ban jelentkezett. Szintén gyakoriak az öngyilkossági kísérletek, BN esetén a betegek 20–30%-a kísérel meg öngyilkosságot. A kényszerbetegség, a szociális fobia, az alkoholizmus és a drogfogyasztás gyakorisága 10–30% körüli (összefoglalás: Túry és Szabó 2000).



16.1. ábra Anorexia nervosában a betegek önpercepciója torzult, kövérnek tartják magukat

viselkedésformák: önhánytatás, hashajtó, vízhajtó alkalmazása).

Az AN testi tünetei között igen gyakori az *amenorrhoea*. A testsúly visszanyerése nem jár azonnal a menesz visszatértével, sokszor hónapok is eltelenek, mire a ciklus rendeződik. Az anorexiások bőre száraz,

16.3. TÜNETTAN

16.3.1. Anorexia nervosa

Alaptünete a *testsúlyhiány*, a *súlyfóbia* és a *testképzavar* (American Psychiatric Association 2013). A testsúlyhiányt a testtömegindex mutatja (BMI: a testsúly [kg] osztva a méterben megadott testmagasság négyzetével – ennek normális tartománya férfiaknál 20–25, nőknél 18,5–25). A súlyfóbia az elhízástól való féleelmet jelenti súlyos soványság esetén is. A testképzavart az jellemzi, hogy a betegek önpercepciója torzult, kövérnek tartják magukat (16.1. ábra). Érdekes azonban, hogy a testképzavar csak a saját testre vonatkozik, így mások alakját jól meg tudják ítélni.

A körképnek két altípusa van. A *restriktív* altípusba tartozó betegek koplalással vagy testedzéssel csökkentik testsúlyukat, a *bulimiás* (vagy: falás/tisztulás) altípusba tartozók esetében bulimiás tünetek is észlelhetők (falásrohamok és/vagy öntisztító



lanugóval (csecsemőkori piheszőr) fedett, hajuk hullik, bradikardiások, vérnyomásuk alacsony, vitális funkcióik lelassultak, a csontok elmésztelekednek, hormonzavarok, emésztési zavarok lépnek fel. A vitális funkciók lassulása ellenére a további fogyást célzó mozgásos hiperaktivitás gyakori. A betegek személyiségrére perfekcionizmus, teljesítményorientáció, túlkontrolláltság, kényszeresség jellemző. A betegség következetében személyiséük részben meg is változik, visszahúzódó, dacos, gyakran depresziós lesz a beteg, betegségbelátása nincs.

16.3.2. Bulimia nervosa

Alaptünetek a *falásrohamok* (legalább heti egy), amelyekre a kontrollvesztés érzése jellemző, továbbá a testsúlycsökkentő manipulációk (önhánytatás, hashajtózás, vízhajtózás, kopplálás, testedzés), az állandó aggodalmas-kodás a testsúly és az alak miatt (American Psychiatric Association 2013). A betegek testsúlya normális, vagy túlsúlyos.

A falásrohamok naponta többször is feléphetnek, rövid ideig tartanak, és néha extém mértékűek. Az epizódok során a betegek általában szénhidrátokat fogyasztanak (vagy olyan ételt, amit egyébként elkerülnek). A falásrohamok rendszerint titokban zajlanak, így a zavar gyakran évekig is rejte maradhat a családtagok, barátok előtt. Egyes esetekben a falásrohamok éjszaka jelentkeznek. A testsúlycsökkentő eljárások közül az önhánytatás a leggyakoribb, amely napon-ta több alkalommal is előfordulhat. Gyakori, hogy már kisebb mennyiségű étel elfogyasztását is purgálás követ. Az önhánytatás következetében a szájüregbe visszajutó gytomorsav hatására a fogak belső felszínén zománciány, fogromlás alakulhat ki. A hányások miatti kálium- és egyéb ionvesztés

életveszélyes szívritmuszavarokat vagy gör-cső rosszulléteket okozhat.

Az ún. *multiimpulzív BN*-ban egyéb impulzuskontroll-zavarok is előszörök: alkohol-, drogfogyasztás, öngyilkossági kísérletek, önsebzések, kleptománia, promiskuitás. Erre a formára a borderline személyiségzavar jellemző.

Az AN és BN közötti különbségekre vonatkozóan lényeges, hogy az AN rendszerint fiatalabb korban kezdődik, a személyiség éretlenebb, a testsúly és a testsúlyideál a normális alatt van, a nemi jelleg hiányzik, a szexualitás tagadott, a beteg erősen kötődik a családjához, erős az önkontroll és mások kontrollja. BN-ban ezek ellenkezője jellemző.

16.3.3. Falászavar

A BN és az elhízas közötti körképről van szó, amelyre a kontrollvesztett falásrohamok jellemzők, de nincsenek testsúlycsökkentő manipulációk, ezért a betegek általában túlsúlyosak. A segítséget kereső elhízottak harmada ebben a körképben szenved. Az éjszaka jelentkező falásrohamok falászavar esetén is előfordulhatnak.

16.3.4. Gyermekkorban előforduló evészavarok

- *Pica:* tápláléknak nem minősülő anyagok (pl. föld) tartós és ismételt fogyasztása.
- *Kérődzési (ruminációs) zavar:* az étel ismételt visszakérődzése, újrarágása, újra lenyelése vagy kiköpése.
- *Elkerülő/restriktív táplálékbeviteli zavar:* az evészavar az étel iránti érdeklődés hiányában, az étel érzékszervi tulajdonságain alapuló elkerülésben, vagy az étkezés esetleges nem kívánatos kö-

vetkezményei (pl. félrenyelés, fulladás) miatti aggodalomban nyilvánul meg.

Ezek mellett meglehető a szelektív evés szindrómája, ami azt jelenti, hogy a gyermek csak kevés ételféleséget fogyaszt, ill. az *evésfobia* is.

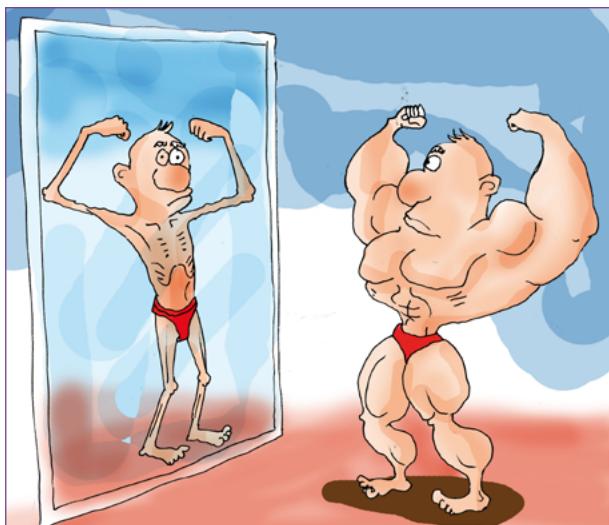
16.3.5. Egyéb evészavarok, illetve testképzavarok

- Az *izomdiszmorfia* központi tünete az izomzat méretével való túlzott, kényszeres foglalkozás.

A férfiakra jellemző speciális testképzavarrról van szó: a betegek erős izomzatuk ellenére soványak, kicsinek érzik magukat és szeretnének nagyobb izomtömegre szert tenni (összefoglaló: Túry és Babusa 2012). Az AN-hoz képest fordított testképzavarrról van szó – korábban *inverz anorexiaként* említették a kórképet. Az izomdiszmor-

fiában szenvedők körében igen gyakori az anabolikusszteroid-abúzus és/vagy -dependencia, a rejőzködő viselkedés, továbbá kényszeresen edzenek az izmosabb test elérése érdekében.

- Az *orthorexia nervosát* BRATMAN (1997) írta le. Egészségesétel-függőségről van szó, s ez az evészavarok egyik legújabb típusának tekinthető. Az orthorexia esetében az evészavar fókuszában nem az étel mennyisége, hanem a minősége áll. Az egészségesnek vélt ételekkel kapcsolatban kóros mértéket is elérő kényszergondolatok és kényszeres viselkedésformák jelennek meg, ennek következtében szigorú diétás megszorítások alakulnak ki.
- A *testépítő típusú evészavar (testzsírfobia)* középpontjában a test elzsírosodásától való félelem áll, így a testzsírárány válik a kényszeresség tárgyává (Gruber és Pope 2000). Főleg nők között jelent meg, rendszeres testedzéssel és igen merev étkezési szabályok követésével jár: a személyek csak magas fehérje-, magas energia- és alacsony zsírtartalmú ételeket fogyasztanak, kényszeres étkezési menetrend alapján. A diéta célja a test zsíráranyának minél alacsonyabb szinten tartása, s feltehetően ez az oka a testzsírfobiás nők amenorrhoeájának.
- A *purgáló zavarra* az jellemző, hogy nincs falásroham – öntisztító, purgáló viselkedés viszont igen (Keel és mtsai 2005). A betegek nem esznek látványosan sokat, de az önhánytatás vagy a hashajtózás ettől függetlenül rendszereken előfordul.



16.3. ábra Az izomdiszmorfia központi tünete az izomzat méretével való kényszeres foglalkozás

16.4. DIAGNÓZIS

Az AN diagnózisa nem szokott nehézséget jelenteni. Amennyiben a kóros soványsághoz testképzavar társul, vagyis a beteg elfogadja a soványságát, esetleg még vékonynabb szeretne lenni, az egyértelművé teszi az AN-t. Ha a kóros soványságnak testi oka van, úgy a beteg gyarapodni szeretne, és kifejezetten zavarja a testsúlyvesztés. Bár az AN fennállásának eldöntése viszonylag könnyű, mégis gyakori jelenség, hogy a kórosan sovány beteget a szükséges testi vizsgálatok után további felesleges szomatikus vizsgálatra küldik a nélkül, hogy felmerülne az AN gyanúja.

A BN és a falászavar jellegzetes panaszai és tünetei szintén egyértelművé teszik a diagnózist. Mivel a BN rejtett zavarnak minősül, így a körkép felismerésében nagy szerepe lehet az egyes társszakmáknak, például a fogorvosoknak (a fogzománc felmaródása miatt), vagy a nőgyógyászoknak (az amenorrhoea miatt).

A súlyos fogásnak testi okai is lehetnek, ezért fontos a szükséges testi vizsgálatok elvégzése. A fogás hátterében állhat endocrinológiai zavar, felszívódási zavarok stb. Sokszor felmerül a hipoglikémia, anémia, hipertireózis, laktázintolerancia, irritális bél szindróma gyanúja. Az amenorrhoea egyéb, nőgyógyászati okai kizárandók.

16.5. AZ EVÉSZAVAROK KÓROKTANA

Az evészavarok a *pszichoszomatikus zavarok* mintapéldáinak számítanak. Kialakulásuk megértéséhez a *biopszichoszociális modellre* van szükség, melyen belül hajlamosító, kiváltó és fenntartó tényezőket különítünk el. *Hajlamosító tényező* az evészavar

előtti túlsúlyosság, az érzelmi instabilitás, a negatív önértékelés, a fizikai és a szexuális abúzus, a fokozott teljesítménykénytszer, a perfekcionizmus. A *kiváltó tényezők* között a diétázáshoz és fogyáshoz vezető stresszorokat említhetjük. *Fenntartó tényezők* a környezeti és kognitív megerősítők (pl. a környezettől érkező megerősítések a súlyvesztést illetően), az alultápláltság következményei, a betegség másodlagos előnyei és szociális következményei (Túry és Szabó 2000).

A biopszichoszociális modell mellett több *szelektív elmélet* is létezik, ezek a betegség egy-egy aspektusát emelik ki. Ilyenek – többek között – a különböző biológiai teoriák, a pszichoanalitikus, a kognitív, a családdinamikai modell, a feminista és szociokulturális elképzelések. Fontos hangsúlyozni, hogy a szelektív elméletek a betegség bizonyos tüneteit magyarázhatják, azonban a betegség komplexitása miatt nem képesek azokat teljes egészében magyarázni. A következőkben néhány fontosabbat emelünk ki.

A *biológiai elméletek* az étvágy, éhség és telítettség szabályozásának zavaraira vonatkozó kutatásokon alapulnak. Igen sok idegrendszeri területnek, ingerületátvivő anyagoknak, hormonoknak és enzimeknek van szerepük e bonyolult szabályozási rendszerben.

A *pszichoanalitikus elméletekben* a tudattalan lélektani tényezők szerepe hangsúlyos, például a két alapvető ösztön, az evés és a szexualitás kapcsolata. Az evészavarok hátterében álló tudattalan tényezők közül az agresszivitás kiemelendő, mivel a tünetek lehetőséget nyújtanak az agresszió kifejezésére. A személyiségfejlődés során az anyagyerek kapcsolat, a korai kötődés nehézségei gyakoriak. Szerepük van a csecsemőkori táplálási-etetési szokásoknak, az étkezéssel kapcsolatos családi szokásoknak. Így

az évek során az ételhez és az étkezéshez különböző érzelmek, asszociációk társulnak.

A *kognitív-viselkedéselmélet* az evészavarokra mint tanult viselkedésre tekint, amelyet a (pozitív vagy negatív) megerősítések tartanak fenn. A karcsúságot például a környezet reakciói megerősítik (*pozitív megerősítés*). A túlsúlyosság miatti iskolai csúfolódás szintén fontos hatással lehet (*negatív megerősítés*). Az evészavarok kialakulásának középpontjában pedig a testsúlyról, az alakról és az evésről való hibás elképzélések, torzult ítéletek állnak.

A *családdinamikai modell* a tünetek rendszerszemléletben alapuló családi jelentését hangsúlyozza, mely szerint a pszichoszomatikus tünet a családi diszfunkció kifejeződése a tünethordozóban (Minuchin 1974). A pszichoszomatikus családra jellemző gyakori diszfunkciók: a generációs határok elmosódása, a túlvédés (ami az önállóságot gátolja), a merevség (ez az alkalmazkodást nehezíti), a konfliktusmegoldás hiánya, vagy a gyermek bevonása a szülői konfliktusba. Az evészavarok, így az étel és az étellel kapcsolatos rituálék, családon belüli kontrollfunkciót töltetnek be: az evészavaros beteg a tünetein keresztül kontrollálhatja a családját.

16.6. AZ EVÉSZAVAROK KEZELÉSE

Az evészavarok kezeléséhez elengedhetetlen a pszichoterápia. E betegségek komplex volta integratív terápiás szemléletet követel, mely az egyes terápiás módszerek kombinálását teszi szükségessé. A komplex kezelési teriben egyaránt helyet kaphat többféle alapvető kezelési irányzat: szomatikus (gyógyszeres) kezelés, egyéni és csoportpszichoterápia, családterápia, pszichoedukáció. A *lépcsőzetes ellátás* modellje szerint a tünetek súlyossá-

gának megfelelő kezelési formát kell választani: enyhe esetekben tanácsadás és önsegítő kézikönyvek jönnek szóba (pl. Túry 2005), mérsékelt súlyos körképekben ambuláns csoport- vagy családterápia, a súlyos zavarok pedig kórházi kezelést, intenzív pszichoterápiát igényelnek. A következőkben az AN és a BN kezelését tárgyaljuk kiemelten.

Az anorexia nervosa kezelése. A terápia során a kezdeti cél a testsúly helyreállítása. A kórházi felvétel elődtöntésének szempontjai: a súlyvesztés mértéke, súlyos testi állapot, szuicidium veszély, a család kooperációja, a betegség tartama, a beteg motiváltsága. Az AN kezelése kapcsán a következő kezelési lehetőségek a legelterjedtebbek (Túry és mtsai 2012).

Nutritív rehabilitáció. Extrém fogyás esetén parenterális vagy szondával történő táplálást alkalmazhatnak – minimálisan szükséges ideig.

Farmakoterápia. Másodlagos jelentőségű, a gyógyszeres kezelés kiegészítő terápia lehet a pszichoterápia mellett. Gyakran fokozhatja a beteg ellenállását. Az antidepresszívumok AN-ban nem okoznak testsúlynövedést, viszont a kényszeres, szorongásos és depresszív tüneteket enyhíthatik (Riedl és mtsai 2008). Az étvágyfokozó gyógyszerek (pl. inzulin) hatástalanok és a beteg ellenállását fokozzák!

Kognitív-viselkedésterápia. Az AN kognitív viselkedésterápiája során a hiedelmeken, a feltételezésekben, sematikus folyamatokon, az evésről, a testsúlyról és az alakról alkoott hibás, torzult elképzéléseken, valamint a maladaptív viselkedések korrekcióján van a hangsúly (Túry és Szumska 2006).

Pszichodinamikus terápia. A hosszútávú, dinamikusan orientált pszichoterápia az egyik leggyakoribb terápiás forma az evészavarok kezelésében. A pszichodinamikus

terápiák leggyakoribb központi témai: az agresszió semlegesítése, az önállósodás, az autonómia kérdései, a szexualitás problémái, a testképzavar, valamint a rosszul működő szorongáselhárító készségek korrekciója. A pszichodinamikus módszerek a fizikai vagy szexuális visszaélést elszenevedett betegek számára igen hasznosak, az ilyen esetekben az egyéni pszichodinamikus terápia gyakorlatilag nélkülözhetetlen.

Családterápia. A gyermek- és serdülő-kori AN terápiájában a családterápia bizonyítottan hatékony eljárás (National Institute for Health and Clinical Excellence 2004). A családterápia elsődleges célja a táplálék visszautasításának és a további testsúlyvesztés megszüntetése, mivel a család erre koncentrál, és a legtöbb konfliktus ebből származik. A tüneteket fenntartó, diszfunkcionális családi minták feltárása szintén fontos cél. 18 éves kor alatti betegek számára hatékonnyabb, mint az egyéni pszichoterápia.

Csoportterápia. Különböző orientációval működhettek: kommunikációfejlesztés, testorientált terápiák, a hatékony megküzdő viselkedés elsajátítását szolgáló csoportok.

Testorientált terápiák. Segítik az énkép reálissá válását, a test elfogadását, a saját test élvezetének megtanulását, az érzelmek ki-fejezését. Mindezrelaxációs technikákkal és mozgásos elemekkel végzik. Kiemelt jelentősége lehet a videó- vagy tükrönkonfrontációnak (Probst és mtsai 1995).

Pszichoedukáció. Az ambuláns kezelés első lépcsőfoka, melynek célcsoportja lehet maga a beteg és a hozzá tartozók. A pszichoedukáció segíthet többek között a téves információk tisztázásában, a betegségtudat kialakításában, az étkezések megtervezésében, a kiegyensúlyozottabb családi atmoszféra megteremtésében.

A bulimia nervosa kezelése. A BN kezelése általában ambuláns formában történik, azonban súlyos esetekben kórházi felvételre is sor

kerülhet, amit a tünetek súlyossága (pl. a hányások gyakorisága, a hipokalémia veszélye, az öngyilkossági veszély, alkohol- vagy drogabúzus), a családi diszharmónia mértéke, illetve az ambuláns kezelés során mutatkozó tartós terápiarezisztencia indokolhat. Az enyhébb zavarokban a táplálkozási szokásokat célzó pszichoedukáció vagy az önségitő kalauzok és csoportok is eredményesek lehetnek (Túry és mtsai 2012).

Nutritív rehabilitáció. A BN szomatikus kezelése kapcsán az esetleges alultápláltság vagy a káliumvesztés pótlása a legfontosabb. A nutritív rehabilitáció során a kiegyensúlyozott étrend, a rendszeres étkezési szokások kialakítása és a megfelelő energiabevitel helyreállítása a cél. Amennyiben a testsúly is alacsony, úgy a testsúly gyarapodása másodlagos célként jelenik meg.

Farmakoterápia. Az antidepresszívumoknak jó hatásuk van, még akkor is, ha nincs komorbid depresszió, ugyanis hatékonyan csökkentik a falásrohamok és az önhánytatás gyakoriságát. Elsősorban a szelektív szerotonin-reuptake-inhibitorok (SSRI) ajánlottak, általában a depresszióban megszokott-nál nagyobb adagban. Emellett a klasszikus triciklusos szerek és MAO-bénítők is szóba jöhettek. Az antidepresszív kezelés kapcsán ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy teljes tünetmentesség ritkán következik be, illetve a gyógyszerek elhagyása relapszushoz vezethet. Ebből a megfontolásból a pszichoterápiás kezelés egyidejű alkalmazása lényeges (Németh és Túry 2008).

Kognitív-viselkedésterápia. Célja a kognitív restrukturálás, mely elsősorban az evési szokásokra, a testsúlyjal kapcsolatos kognitív torzulásokra, diszfunkcionális attitűdökre vonatkozik. A testképpel, az alakkal, a testsúlyjal kapcsolatos aggodalmaskodást elsősorban viselkedésterápiás módszerekkel korrigálják (Túry és Szabó 2000). A diétázás megszüntetése lényeges, mivel a szigo-

rú diétázás falásrohamokhoz vezet az éhség provokálása, majd a kontrollvesztettség miatt. Mivel a túlevések kiváltásában negatív érzelmek, környezeti stresszorok, gondolatok játszhatnak szerepet, így a problémamegoldó készségek elsajátítása a falásrohamok triggereinek hatását csökkenthetik.

Pszichodinamikus pszichoterápia. A tünetek tudattalan jelentését közelítik meg és az egyébként más módszerekre rezisztens betegek számára lehet hasznos. Általában ezek a betegek személyiségzavarral is rendelkeznek, így célszerű annak a kezelése is. A szexuális abúzust átélt betegek számára szintén hasznos lehet.

Családterápia. A BN kezelésében különösen a fiatalabb, 18 éves kor alatti betegek esetében lehet hasznos. Mivel a körkép indulásában egyre inkább megfigyelhető az akceleráció, a családdal együtt élő betegek esetében egyre fontosabbá válik a családterápia.

Testorientált terápia. Ezeknek a terápiás módszereknek a haszna, hogy nagyobb testi tudatosság érhető el, korrigálhatók az érzellem kifejezésének és felismerésének zavarai, segítik az énkép reálissá válását, illetve a test elfogadását, a saját test élvezetének megtanulását (Probst és mtsai 1995).

Csoporthterápia. Különböző orientációval működnek, itt a terápiás gazdaságosság is fontos tényező. A táplálkozási tanácsadás bevezetése a terápiás programba javíthatja a felépülés esélyeit.

16.7. KÓRLEFOLYÁS ÉS PROGNÓZIS

Az evészavarok általában krónikus lefolyásúak, akár hosszú évekig is tartanak, s gyakran hullámválaszt mutatnak, jelentősen rontva a betegek életminőségét. Spontán gyógyulás az enyhébb zavarokban lehetséges. A kezeletlen bulimiás betegek egyharmadában

spontán tünetcsökkenés regisztrálható. A BN esetében viszonylag alacsony a halálozás; ennek okai között az öngyilkosság és a hányás miatti káliumvesztés következetében fellépő szívmegállás említendő elsősorban. A betegséglefolyás során gyakori a körképek alakváltása (AN-ból BN-ra való átmenet).

A kezelés során a tünetek jelentős csökkenése a betegek kétharmadában észlelhető. A teljes tünetmentesség a betegek fehére jellemző, egyes enyhébb tünetek (pl. a testsúlyjal és az evéssel kapcsolatos aggódalmak, furcsa étkezési szokások) tartósan fennmaradhatnak.

Az enyhébb tünetekkel járó, ambulánsan is kezelhető formák prognózisa jobb. Roszszabb prognózisra utal a hosszabb kórlefolyás, a nagyon alacsony testsúly a betegség kezdetén, az impulzuskontroll zavarai és az egyes személyiségzavarok – pl. borderline személyiségzavar (Kohls és mtsai 2008). A legjobb prognózisú altípus a rövid kórelőzménnyel járó restriktív AN.

Az AN halálozása a betegség kezdetétől számított tíz éven belül 8%, húsz éven belül pedig akár a 20%-ot is elérheti (Túry és Szabó 2000). A betegségbelátás hiánya (a kezelés visszaütésével), a gyakori terápiarezisztencia és a visszaesések veszélye igen nagy kihívást jelent a szakembereknek. Extrém mértékű súlyvesztés esetén súlyos testi szövődmények alakulhatnak ki, így szükséges a beteg testi állapotának folyamatos ellenőrzése. A krónikus lefolyás miatt, illetve a visszaesések megelőzése céljából az utógondozás kiemelkedő jelentőséget kap.

16.8. ZÁRSZÓ

Az evészavarok egyre népszerűbb kutatási témát jelentenek, és nemcsak a szakma művelői, de a laikusok részéről is komoly érdeklődésre tartanak számot. Az utóbbi évtizedek-

ben felhalmozódott hatalmas mennyiségű szakirodalmi adat ellenére még mindig igen sok a megválaszolatlan kérdés a kóroktant és a hatékony kezelést illetően. Bár számos kezelési útmutató látott napvilágot, a „futószalagszerűen” kezelt betegek sokszor nem javulnak. A személyre szabott terápiák fontosságát hangsúlyozni kell. Az evészavarok problémaköre kihívást intéz a pszichiátriai ellátó rendszer felé, egyben multidiszciplináris teendők szükségességét is körvonalazza: az oktatás, a tömegtájékoztatás, a prevenció szerepére utal.

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

1. American Psychiatric Association (2013): DSM-5. APA, Arlington, V.A. Magyar változat: DSM-5 referencia kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz. Oriold és Társai, Budapest, 2013.
2. Bratman S. (1997): Orthorexia nervosa. Eredeti közlés: Yoga Journal, 1997 October. Internetes változat: <http://www.orthorexia.com/index.php?page=essay>
3. Császár A. (2010): Obezitás. Elmélet és klinikum. TEVA, Debrecen
4. Favaro A, Ferrara S, Santonastaso P (2003): The spectrum of eating disorders in young women: a prevalence study in a general population sample. Psychological Medicine, 65, 701–708.
5. Gruber A. J., Pope H. G. Jr (2000): Psychiatric and medical effects of anabolic-androgenic steroid use in women. Psychotherapy and Psychosomatics, 69, 19–26.
6. Keel P. K., Haedt A., Edler C. (2005): Purging disorder: an ominous variant of bulimia nervosa? International Journal of Eating Disorders, 38, 191–199.
7. Kohls E., Túry F. (2008): Az anorexia nervosa és a bulimia nervosa hosszú távú lefolyása és kimenetele. In Túry F., Pászthy B. szerk.: Evészavarok és testképzavarok. Pro Die, Budapest, 485–493.
8. Minuchin S. (1974): Families and family therapy. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts
9. National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE (2004): Eating Disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorder: a national clinical practice guideline. NICE, London
10. Németh A., Túry F. (2008). Az evészavarok gyógyszeres terápiája. In Túry F., Pászthy B. szerk.: Evészavarok és testképzavarok. Pro Die, Budapest, 415–422.
11. Probst M., Van Coppenolle H., Vandereycken W. (1995): Body experience in anorexia nervosa patients: an overview of therapeutic approaches. Eating Disorders, 3, 145–157.
12. Riedl A., Becker J., Rauchfuss M., Klapp B. F. (2008): Psychopharmacotherapy in eating disorders: a systematic analysis. Psychopharmacology Bulletin, 41, 1–22.
13. Szumska I., Túry F., Hajnal Á., Csoboth Cs., Purebl Gy., Réthelyi J. (2001): Evészavarok prevalenciája fiatal nők hazai reprezentatív mintájában. Psychiatria Hungarica, 16, 374–383.
14. Túry F. (2005): Anorexia, bulimia. Önszegítő és családsegítő kalauz. Print-X-Budavár, Budapest
15. Túry F., Babusa B. (2012): Adonisztól Schwarzeneggerig: férfiideálok és civilizáció. Oriold és Társai, Budapest
16. Túry F., Szabó P. (2000): A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervo-

- sa és a bulimia nervosa. Medicina, Budapest
17. Túry F., Szumska I. (2006): Az evési zavarok kognitív viselkedésterápiája. In Mórotz K., Perczel Forintos D. (szerk.) Kognitív viselkedésterápia. Medicina, Budapest, 499–526.
18. Túry F., Tölgyes T., Unoka Zs. (2012): Az evészavarok pszichoterápiája. In Unoka Zs., Purebl Gy., Túry F., Bitter I. (szerk.) Pszichoterápia az orvosi gyakorlatban. Semmelweis, Budapest, 197–205.

▲ VISSZA A TARTALOMJEGYZÉKRE ▲

▲ VISSZA A FEJEZETCÍMHEZ ▲

17. AZ ÉLETHELYZETI STRESSZEL VALÓ MEGKÜZDÉS (COPING) ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA



HOYER MÁRIA

HOYER MÁRIA 1987-ben klinikai szakpszichológus képesítést szerzett a Semmelweis Orvostudományi Egyetem (ma Semmelweis Egyetem) Haynal Imre Egészségtudományi Főiskolai karán. 1996-ban kezdte főiskolai, majd egyetemi oktatói tevékenységét. 2001-ben Klinikai Addiktológiai szakpszichológus szakvizsgát szerez, 2006-ban PhD fokozatot szerez a Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar Pszichológiai Intézet Doktori Iskolájának Elméleti Pszichoanalízis Doktori programjában, summa cum laude minősítéssel. A doktori tézisek a sóvárgás (craving) lélektani hátterét mutatják be. A dolgozat könyv formában is megjelent 2010-ben, a L'Harmattan Könyvkiadó gondozásában. 2008-tól a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Alapozó Egészségtudományi Intézet Alkalmazott Pszichológia Tanszékének vezetője, főiskolai docens. Emellett tagja a Klinikai Pszichológiai Szakkollégium Tanácsadó testületének, az MPT Oktatási Bizottságának elnöke és a MAT vezetőségi tagja.

- 17.1. A STRESSZ FOGALMA**
- 17.2. A STRESSZRE HATÓ TÉNYEZŐK**
- 17.3. AZ OBJEKTÍV STRESSZOROK TÍPUSAI**
- 17.4. A MEGKÜZDÉSI STRATÉGIÁK SZERINTI OSZTÁLYOZÁS**
- 17.5. A REAKCIÓK SZINTJE SZERINTI OSZTÁLYOZÁS**
- 17.6. A MEGKÜZDÉS HATÉKONYSÁGA**
- 17.7. A STRESSZTELİ HELYZETEK ÉSZLELÉSE ÉS MINŐSÍTÉSE**
- 17.8. A STRESSZ, KRÓNIKUS STRESSZ HATÁS A SZERVEZETÜNKRE**
- 17.9. A STRESSZ KEZELÉSÉRE IRÁNYULÓ INADAPTÍV MEGOLDÁSOK**

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

17.1. A STRESSZ FOGALMA

A STRESSZ fogalmát SELLYE JÁNOS írta le először, de előtte is többen próbálták már meghatározni azt a speciális élettani változást, melyet bizonyos élethelyzetek vál-

tanak ki az emberi szervezetben. A *belső környezet* (*milieu interieur*) elmélet, melyet CLAUDE BERNARD írt le, arra hívja fel a figyelmet, hogy az emberi szervezet belső környezete változatlan próbál maradni, miközben a külső körüliségek folyamatosan változnak.

WALTER B. CANON nevéhez pedig a *Canon-féle vészreakció* fogalma kapcsolódik. Ez a vészreakció a szervezet válasza egy veszélyhelyzetre, melyet élettani változások kísérnek. Ezek az elméletek ma is megállják a helyüket, de alapvetően a SELYE JÁNOS-féle stresszelméletet követjük. Közismert ma már ez az elmélet, a közönségi nyelvben gyakran hivatkozott.

Ez az egyik oka annak, hogy erről sokat tárgyalt témáról, amihez mindenki ért, és sokat lehetett már eddig is olvasni róla, mégis érdekes további szempontok szerint tárgyalni.

Szinte minden második ember az aktuális betegségállapotát a stresszhez köti, de bármennyire is szeretnénk ezzel magyarázni a betegségünket, a dolog ennél bonyolultabb. Ha csak általánosságban beszélünk arról, hogy ezt is a stressz okozta, akkor ez nem több, mint egy laikus betegségelmélet.

Az élethelyzeti stresszel való megküzdés már SELYE előtt is foglalkoztatta a kutatókat. A pszichoanalitikus és énpszichológiai megközelítésben az énfunkciók feszültségszabályozó szerepében van a hangsúly. Az énfunkciók feszültségszabályozó szerepe az úgynevezett elhárító mechanizmuson keresztül zajlik. Az elhárító mechanizmusok kognitív folyamatként működnek, azaz a gondolkodást alakítják. Ez segít a realitáshoz való alkalmazkodásban és az énvédelemben.

Az elhárító mechanizmusokat ANNA FREUD dolgozta ki édesapja, SIGMUND FREUD munkái alapján. Az én (*ego*) számára kínos feszültségeket megpróbálja feloldani, megszüntetni, illetve megküzdeni vele. Ezt teheti magas színvonalon egy érett személyiséggű ember, és teheti „primitív” módon, ami a személyiségi éretlenségre utal.

A regresszió az egyik leggyakoribb elhárító mechanizmus: egy korábbi fejlődési szintre jellemző viselkedést, egyfajta gyámoltalanságot takar.

Az *elfojtás* a tudat számára kínos, destruktív késztetéseket, amelyek nem fogadhatók el a környezet megítélése szerint, kiszorítja a tudatból. Mintha nem is léteztek volna ezek az indulatok, belső feszültségek, úgy fognak el a tudat, és szorítja ki a tudattalbanba.

A *reakciótáplálás* valamilyen túlzásba vitt tevékenység révén szabadítja meg a kínos feszültségtől az egót.

Az *izoláció* olyan elhárító mechanizmus, amely akkor lép működésbe, ha az elfojtás sikertelen, vagy nem sikerült teljes mértékben. Ekkor egy kényszeres mechanizmus lép életbe, amely arra irányul, hogy még a nyomásnak is elűthesse a destruktív késztetéseknek. Így alakul ki például a tisztaági kényszer.

Meg nem történtté tevés esetében a személy úgy tesz, mintha a számára kínos feszültség nem létezne. Például nem vesz tudomást a szeretett személy haláláról.

A projekció sokak által ismert elhárító mechanizmus, amikor a személy a környezetet negatívan értékel, azaz másokat okol a bajtársi. Ennek ellenére az *introjekció*, azaz magába vetítői a bajok forrását, pedig nem ő okozza.

Az *ellenlétbe fordítás* például az, amikor a féltékenység helyett túlzott szeretetet mutat.

A *szublimáció* a nyers indulat magasabb rendűvé tétele, például naplót ír, vagy verset ír az érzéseiről.

A *tagadás* (fantáziában, szóban, tettben „nem én csináltam!” típusú viselkedés (A. Freud 1994).

Egy másik közismert megküzdési elmélet, ERIKSON *identitáselmélete*, mely az egyedfejlődési kríziseket mutatja be. Megbomlik a korábbi biológiai, pszichológiai egyensúly, amit egy magasabb szintű egyensúlyi állapotával kell átalakítanunk. Ilyen fejlődési krízis lehet maga a születés, a kisdedkor, az iskoláláskor, a serdülőkor, az ifjúkor, a házasság,

a gyermek születése, a változókor és a halál-lal való szembenézs. Az egyik krízishelyezettel való sikeres megküzdés segít új megküzdési (coping) stratégiákat kialakítani, ami a későbbi kríziseknél jól jön. Például sikerült újragondolni a kudarc okát, és hatékony megelőzésbe kezdeni egy párkapcsolatban. A megküzdési válaszok repertoárja a serdülőkorban teljesedik ki, majd a fiatal felnőtt korban integrálódik egységes én-koncepcióvá, ami tovább alakítja a felnőttkori megküzdési stílust (harcos, gondolkodó, beletörődő).

A kognitív pszichológiai megközelítésben a hatékonyság és önérvényesítés számít, valamint a dolgok helyes értelmezése. Egy helyzet hibás minősítése súlyos depresszióhoz vezethet, vagy állandósíthatja az alkoholfüggőséget. Például a „nekem nem sikerül semmi!”, vagy a „nem szeret senki!” típusú kognitív torzítások életstratégiává válnak. A kognitív értékelő modellnél látjuk majd, hogy milyen fontos szerepe van a stressz-helyzetek értékelésében és minősítésében.

17.2. A STRESSZRE HATÓ TÉNYEZŐK

Egy esemény stressztelisége a következő tényezőktől függ.

A stresszor jellege, súlyossága. Például megkülönböztetünk fizikai ingereket, melyek stresszorként jelenhetnek meg. A hideg a meleg, a zaj, a mérgező anyagok belélegzése és más hasonló fizikai ingerek. Közismert tény, hogy a nyári kánikulában ingerlékenyek vagyunk, az agresszió megnő, és az ezzel való megküzdés olykor sikertelen. A másik fő tényező a stresszor súlyossága, azaz a minden-napi stresszorok gyorsan jönnek, gyorsan

mennek, míg a jelentős életesemények egy életre megváltoztathatnak bennünket.

THOMAS HOLMES és RICHARD RAHE összeállítottak egy skálát a stressz keltő eseményekről (1967). Súlyossági sorrendben a következő eseményeket írták le, melyekkel való megküzdés az egészség-állapotunk záloga. Házastárs halála, válás, különlénés, közeli családtag halála, baleset, sérülés, házasság, állás-, munkahely elvesztése, nyugdíjazás, családtag betegsége, terhesség, szexuális problémák, új családtag befogadása, üzleti problémák, anyagi helyzet megváltozása, házassági konfliktusok, nagyobb adósságok, új munkakör, gyerekek elköltözése otthonról, problémák anyóossal, apóssal, konfliktus a felnökkel, a munkaadó és a munkakörülmények megváltozása, költözés, lakóhelyváltozás, üdület, karácsony.

Az életesemények és a betegségek kapcsolának legfrissebb eredményeit SZABÓ GÁBOR doktori dolgozatában láthatjuk összefoglalva (Szabó 2013). Dolgozatában a pszichiátriai betegségek, a vesebetegség, a cukorbetegség, a daganatos betegségek, a gyomorfekély, a nyombelfekély és a Crohn-betegség, a reumás betegségek és a szívér rendszeri betegségek, valamint az allergiás betegségek kapcsolatát vizsgálta az életesemények vonatkozásában.

A kognitív értékelő folyamatok. Az egyén milyen mértékben érzi az én számára fenyegetőnek az eseményt. Ezt befolyásolhatják korábbi éleettörténeti események. Másik eleme a kognitív értékelő folyamatoknak, hogy az egyén milyennek becsüli a megküzdési (coping) kapacitását (önértékelés).

A biológiai faktorok. Az egyének idegrendszeri reaktibilitása különböző, mely befolyásolhatja a megküzdést. Van, aki egy kisebb veszélyt jelentő helyzetre is nagyon erőteljesen reagál, és van, aki óriási veszélyben sem érzi azt, hogy nem képes megküzdeni a helyzettel.

17.3. AZ OBJEKTÍV STRESSZOROK TÍPUSAI

Jelentős életesemények. Például halál, baleset, anyagi veszteségek. A kezdeti sokk-hatás után fokozatos életterv átalakításra van szükség. A DSM 5 diagnosztikai kézikönyv legújabb kiadásában, mely a mentális zavarok rendszerezett áttekintését nyújtja orvosok számára, a stresszre adott választ normál emberi reakciónak tekinti, és önmagában nem sorolja a mentális zavarokhoz. De, ha az életterv fokozatos átalakítása sikertelen, és az egyén képtelen megküzdeni a helyzettel, akkor segítségre van szüksége. A gyászreakciót is normál variánsnak tekintik, és csak akkor minősül mentális zavarnak, ha komplikált vagy patológiás gyász lesz belőle.

Elhúzódó feszültségek. Hosszan tartó megoldatlanság, krónikusság jellemzi. Ide tartoznak azok a munkahelyi, a párkapcsolati problémák, a súlyos krónikus betegségek a családban, a szülő-gyerek kapcsolat, a belső konfliktusok (lelkiismereti válság, önréltékelési problémák). A kutatások kiemelten foglalkoznak az ellenséges házastársi magatartás egészségkárosító hatásával, és kiemelik azt, hogy az immunitást gyengíti a gyűlölködő magatartás (*hosztilitás*). Nemcsak annak okoz problémát, akivel ellenségesen viselkednek, de annak is problémát okozhat, aki maga ellenséges.

Mindennapos problémák. Gyorsan keletkeznek és megszűnnék. Például vasutas-sztrájk, közlekedési dugó, sorban állás. Ezekre adott reakciók is jelenhetnek problémát, az egyéni érzékenységből adódóan.

17.4. A MEGKÜZDÉSI STRATÉGIÁK SZERINTI OSZTÁLYOZÁS

Becslésfókuszú coping reakció. A stresszteli helyzetet úgy oldja meg, hogy mérlegeli a helyzet súlyosságát (előnyök, hátrányok), vagy újraértelemezi a helyzetet („nem is olyan nagy a baj!”), vagy nem töpreng rajta, hanem továbblép.

Problémafókuszú coping reakció. Azzal próbálja a stresszforrást kiküszöbölni vagy módosítani, hogy információt keres (érdeklődik, tájékozódik), vagy direkt probléma-megoldásba kezd (rögtön cselekszik), vagy alternatív megoldást keres (segítséget kér másuktól).

Emocionális fókuszú coping reakció. A feszültséget érzelmekkel próbálja szabályozni. Érzelmi szabályozás útján próbálja csökkeníteni a feszültséget („nem baj, én akkor is szerelek!”). Ha ezzel nem sikerül a szabályozás, akkor a lemondó elfogadás, beletörődés lehet a megküzdés eszköze („hát jó, legyen, ahogy akarod!”). A harmadik lehetőség, az érzelmi fókuszú coping reakció esetében az érzelmi kisülés (sír, dühöng, kiabál). Gyakori, hogy csak ezt a megküzdési stratégiát ismeri valaki, és ezzel kevésbé hatékony módon tudja kezelní ezeket a helyzeteket. Szakember segítségével megtanulhatja a másik két stratégia elsajátítását.

A három közül a becslésfókuszú coping-reakció a leghatékonyabb hosszú távon, de kellően hatékony a problémafókuszú coping reakció is.

Jó, ha többféle megküzdési stratégiával rendelkezünk, és különböző helyzetekben sikeresebben tudjuk kezelní a stressz teljesítőképességeit.

A támogatáskérés tovább árnyalja a fenti stratégiákat. A betegségekkel való megküzdésben a társas támogatás szerepét hangsúlyozzák. A kellő minőségű és mennyiségű társas kapcsolat mérhetően jobb gyógyulási esélyt jelent a beteg számára. De fordítva is igaz az állítás: ha a társas kapcsolat kevés és/vagy elleneséges, akkor nehezíti a megküzdést a betegséggel.

17.5. A REAKCIÓK SZINTJE SZERINTI OSZTÁLYOZÁS

- *Minimalizáció.* „Semmiség!”
- *Ignorálás.* „Nincs semmi baj!”
- *Leértékelés.* „Úgysem szerettem ezt a vázát!”
- *Újrastrukturálás.* „Talán jobb is így!”
- *Hatókonyáságfokozás.* „Belehúzok!”
- *Következményekre koncentrálás.* „Nem akarom, hogy kirúgjanak!”
- *Akaraterőre hagyatkozás.* „Eddig is kibírtam!”
- *Közvetlen cselekvés.* „Vigyük el orvoshoz!”
- *Visszavonulás.* „Jobb a békesség!”
- *Asszertivitás.* „Meg tudom csinálni!”
- *Társas megerősítés.* „Ti is egyetértek velem?”
- *Relaxáció.* „Megyek lazítani egyet, akkor talán jobb lesz!”
- *Meditáció.* „Mi az én problémám a 6 milliárd emberéhez képest?”
- *Örömkeresés.* „Most veszek magammnak egy új ruhát!”
- *Ima.* „Istenem, segíts!”
- *Elfogadás, beletörődés.* „Úgysem tudok mit tenni!” (Wills és Shiffman 1985).

17.6. A MEGKÜZDÉS HATÉKONYSÁGA

- Az általános copingszintre következhetünk az intellektuális szintből, az interperszonális kapcsolatokból és az önértékelés mértékéből.
- A jelentős életesemények szintjén az új helyzethez való fokozatos alkalmazkodás jelzi a coping szintjét.
- A coping elégtelenségét a depresszió, a szociális elidegededés, a krónikus szomatikus betegségek fennmaradása jelzi.
- Az elhúzódó feszültségek *adekvát* megoldása a környezet és az én fokozatos változtatása; míg az *inadekvát* megoldás a hosztilis, karakterproblémás személyiséggel, állandó konfliktushoz vezető interperszonális viselkedéssel jár együtt.

17.7. A STRESSZTEL HELYZETEK ÉSZLELÉSE ÉS MINŐSÍTÉSE

Az utóbbi évtizedekben a magatartástudományok tényerésével megszaporodtak azok az elméletek, melyek a viselkedéses kimenetet, azaz a *magatartást* kezdi elemezni, és ebből visszamenőleges következtetéseket levonni. Van egy stressztel helyzet, az egyik ember így reagál, a másik meg úgy. A különbség abból adódik, hogy nem egyformán értékelik az adott helyzetet.

A *kapufunkció* feladata, hogy felhívja az egyén figyelmét az új, szokatlan, ellentmondásos helyzetekre. Gondoljuk csak el, megyünk az utcán, süt a nap és kellemes az idő, néhány ember sétál mellettünk, egyszer csak egy hatalmas dörrenés hallatszik. mindenki felfigyel erre a hangra, és gyorsan végiggondolja, hogy mi történt, és ez

veszélyes rá nézve, vagy sem. Óriási szerepe lehetne a bűnmegelőzésben a kapufunkció hangsúlyozásának, a szokásos és ismerős helyzetekben rejlő esetleges ellentmondások felismerésének.

Az összehasonlító funkció a következő állomás, ahol az új szokatlan ingert, helyzetet értékeljük, a korábbi tapasztalataink alapján. Ennek alapján mérlegeli az egyén, hogy képes arra, hogy megküzdjön-e vele, vagy sem.

A harmadik fázis a *döntési funkció*, melynek során kialakítom a válaszreakciót (Stauder 2007).

LAZARUS és FOLKMAN továbbgondolták ezt a kognitív értékelő folyamatot, és megállapították, hogy létezik egy *elsődleges minősítés*, mely az adott helyzetre vonatkozik, hogy veszélyes, vagy sem. És létezik egy *másodlagos minősítés*, ami arra vonatkozik, hogy az egyén saját magát mennyire érzi képesnek arra, hogy megküzdjön a helyzettel (Lazarus, Folkman 1984).

Összefoglalva a kognitív értékelő folyamat szerepét, fontos kiemelni az úgynevezett *attitűd* fogalmát. A kognitív pszichológia dolgozta ki ezt a fogalmat, és ezzel magyarázza, hogy sokan úgy viselkednek, ahogy érzelmi és gondolkodási beállítódásuk meghatározza. Ezek a beállítódások azonban nem minden segítik a jelen helyzetet megoldani, vagy megküzdeni vele. Például az egyik leggyakoribb diszfunkcionális attitűd a *szeretettségigény*. Az egyén folyamatosan azt igényli, hogy őt szeressék, de ez persze nem valósulhat meg, ilyenkor úgy érzi, nem képes az adott helyzettel megbirkózni. Felhívja a figyelmet az elmélet arra is, hogy az attitűdök megváltoztatásán keresztül lehet tartós változást elérni egyes mentális zavarok – pl. a depresszió – esetében (Beck 2001).

17.8. A STRESSZ, A KRÓNIKUS STRESSZ HATÁSA A SZERVEZE-TÜNKRE

Az *akut stressz* válasz élettani alapjairól részletesen olvashatunk STAUDER ADRIENN összefoglalásában (2007). A vegetatív idegrendszer szimpatikus ága aktiválódik bonyolult neuroendokrin szabályozásnak köszönhetően. A szervezet ilyenkor felkészül a harcra, a megküzdésre, mozgósítja az energiaforrásokat. Amikor a stresszel megküzdöttünk, a szervezetünk visszaállítja a korábbi élettani állapotot, és ebben már a vegetatív idegrendszerünk paraszimpatikus ága játszik szerepet. Ez a szabályozás naponta többször megtörténik a nélkül, hogy különösebb problémát okozna az egészségállapotunkban.

A *krónikus stressz* kapcsán más a helyzet: ilyenkor tartósan megváltozik a belső egyensúly, aminek következményei lesznek az egészségi állapotunkban. A krónikus stressz csaknem valamennyi szervrendszerünket megbetegítheti, továbbá allergiás megbetegedés, autoimmun betegségek, valamint szexuális diszfunkciók kialakulásához vezethet.

Ezeknek a testi következményeknek a kezelésére és feloldására vonatkozó ajánlásokról lesz szó a következőkben. A stressz okozta izomfeszültséget különböző relaxációs technikákkal szokták lazítani. Ilyen lehet egy meleg fürdő, a lazító torna, az autogén tréning és más, lazítást elősegítő technikák, például a jóga, a meditáció. További lazítást elősegítő megoldások a kirándulás, az aktív sport, az éneklés, a zenehallgatás, a tánc.

17.9. A STRESSZ KEZELÉSÉRE IRÁNYULÓ INADAPTÍV MEGOLDÁSOK

A stressz kezelését sokan *kémiai anyag-használattal* oldják meg, és ha függővé válik ettől a kémiai anyagtól, akkor ez lesz legfőbb megküzdési eszköze. Ide soroljuk az ún. csillapító drogok használatát, mint az ópiátszármazékok, a heroin, az alkohol, és különböző szedatív gyógyszerek.

A probléma kettős jelleget ölt. A megküzdési stratégiát kell először megváltoztatni, és ezt követően egy új, adaptív megküzdési formát kell kidolgozni. Ez hosszabb folyamat, ami a felépülő szenvedélybetegek esetében kívánatos megoldás. Nem lehet azonnal leszokni ezekről a speciális copingmechanizmusokról.

Will és Shiffman külön könyvet szánt ennek a problémakörnek a jobb megismeréséhez (1985). Az egyik legfontosabb üzenete a könyvnek, hogy a drog mint stresszcoping inadaptív megküzdés, és ez az, amit meg kell változtatni. Ugyanakkor speciális stresszhelyzetek sora bonyolítja a szenvedélybeteg leszokási, majd felépülési szándékát, pl. a „csábítási stressz”. Ez az ún. *temptation stress* olyan helyzetekben lép fel, amikor a leszokási szakaszban, vagy már a fenntartási szakaszban (az absztinenciát fenntartó szakasz) a régi drogos vagy alkoholfüggő életéből előkerülnek a függőséget még őrző társak, akik próbálják vissza-csábítani a korábbi szokásokhoz. Ilyenkor külön kell foglalkozni azzal, hogy miként kerülje el ezeket az embereket, helyszíneket és szituációkat. A probléma az, hogy a leszokóban lévő fiatal számára nincs más baráti társaság, így a magányos küzdelem és a „visszacsábulás” között kell választania. Ebben a küzdelemben kell segítséget kapnia a terapeutától – ez az egyik maga-

rázata annak, hogy az önsegítő csoportok felé terelik őket, ahol nincsenek egyedül a problémájukkal.

Az inadaptív megoldások, stressz-megküzdési formák között kell megemlíteni a *kémiai addikciók* (függőségek) mellett a *szexaddikciót* mint olyan viselkedéses addikciót, aminek nagy feszültségoldó szerepe lehet. A szexuális függőségek lényegéhez tartozik a feszültségoldó szerepe. Gyakran tapasztalható az addiktológus számára, hogy a szexuális addikció inkább egy preferált feszültségmegoldás, semmint az intimitásigény kielégítése. Különösen igaz ez akkor, amikor az a felfokozott szexuális viselkedés droghasználattal társul. A szexfüggőségen szenvédők jelentős része fontos beosztásban dolgozik, nagy stressz alatt áll a minden napban. Általában rendezett családi háttérrel rendelkezik, és a párkapcsolata is rendben van, mégis titokban, nagy kockázatot vállalva (lebukásveszély), rendszeresen önkielégít pornónézegetés közben, vagy realizált partnerkapcsolatokban éli ki szexuális függőségét.

A férfi szexuális viselkedés élettani alapjainál nyomon követhető az a változás, ami az ejakulációt kísér, és kb. 30 wattos eletronikus kisüléshez hasonlítható. A nyilvánvaló feszültségsökkentés az elsődleges cél tehát ezekben a szexuális addikciós formákban.

Összefoglalva: láthatjuk, hogy a stressz és a vele való megküzdés igen szerteágazó téma-kör, melyből csak néhány alapvető komponens került bemutatásra. A klinikai pszichológiai és egészségpszichológiai elméletben és gyakorlatban fontos téma-kör a stressz, melynek folyamatosan megújuló szakirodalmát érdemes követni. Nem automatikusan használandó fogalmakról van szó, hanem figyelembe kell venni a változásokat, amelyek

a nagy diagnosztikai rendszerekben zajlanak. Így a DSM 5 a mentális betegségek legújabb, tudományos bizonyítékokon alapuló nagy diagnosztikai rendszer ajánlását is érdekes megfontolni. Míg korábban sok minden a stressz megbetegítő hatásával magyarázta (lásd fentebb), addig most arra hívják fel a figyelmet, hogy a stresszre adott reakció normális emberi reakció. Hogy mikor tekintjük még normális emberi reakciónak, és mikortól tekintjük megbetegítő tényezőnek, sokféle szempont megvalósulásának teljesülésén múlik. Ebben a korszerű tanácsadó és betegtájékoztató weboldalakon és más nyomtatott vagy elektronikus tájékoztatókon kívül a szakemberek segítségét is lehet kérni.

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

1. Beck A. T., Rush J. A., Show B. F. (2001): *A depresszió kognitív terápiája*. Animula, Budapest
2. Freud A. (1994): Az Én és az elhárító mechanizmusok. Párbeszéd könyvek, Budapest
3. DSM-5 referencia-kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz. American Psychiatric Association. Oriold és Társai Kiadó, 2014.
4. Holmes T., Rahe R. (1967): <http://www.stress.org/holmes-rahe-stress-inventory/>
5. Lazarus R. S., Folkman S. (1984): Stress, appraisal and coping. New York: Springer
6. Stauder A. (2007): Stressz és stresszkezelés. In Egészségpсzichológia a gyakorlatban. (Kállai J., Varga J., Oláh A., szerk.) Medicina Könyvkiadó, Budapest pp. 153-174.
7. Szabó G. (2013): http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/szabogabor01.d.pdf
8. Wills T. A. & Shiffman S. (1985): Coping and substance use. A conceptual framework. In S. Shiffman&T. A. Wills (eds.): Coping and substance use (pp. 3-24) New York: Academic Press

18. KATASZTRÓFÁK ÉS LELKI TRAUMÁK ISMÉRVEI, KEZELÉSÜK; KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A VÖRÖSISZAP-KATASZTRÓFÁRA



MAGYAR JUDIT szakmai pályafutását óvoda- és iskolapszichológus-ként kezdte, s közben nevelési tanácsadóban is dolgozott. Az e területen eltöltött 15 év során találkozott többek között traumatizált gyermekekkel, családon belüli erőszakkal is. Később különböző főiskolákon tanított pszichológiát, a Rendőrtisztii Főiskolán kezdett foglalkozni a katasztrófapszichológiával. A Devecseri vörösiszap-katasztrófa idején a gyakorlatban is szükség volt az ismereteire, ugyanis hónapokig látogatta az érintett családokat, segítve őket a továbblépésben.

MAGYAR JUDIT

18.1. TRAUMÁK, KATASZTRÓFÁK ÉS JELLEMZŐIK

18.2. KRÍZISEK, LEFOLYÁSUK ÉS KEZELÉSÜK

18.3. TRAUMÁS REAKCIÓK

18.4. GYERMEKKORI TRAUMA, VESZÉLYEZTETTSÉG, BÁNTALMAZÁS

18.5. GYÓGYULÁSI FOLYAMAT

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

18.1. TRAUMÁK, KATASZTRÓFÁK ÉS JELLEMZŐIK

ELETÜNK SORÁN többször is kell különböző mértékű változásokat, váratlan eseményeket elviselnünk, azokhoz alkalmazkodnunk. A *traumák* kiemelkednek ezek sorából, mert az emberi tapasztalat szokásos terjedelmén kívüli veszélyes helyzetet jelentenek. Ezek nem minden nap, az élet normális menetéhez hozzáortozó történések, hanem rendkívüli, nagy megrázódtatást okozó hatások. S a nehézségek abban áll, hogy „*meghalad-*

ják az ember minden nap alkalmazkodásának képességét” (Herman 2003). Érinthetnek egy embert, de akár nagyobb tömeget is. Abban az esetben, ha nagyszámú érintettje van a traumatikus eseménynek, és nagyfokú pusztítással jár, katasztrófáról beszélünk.

A *katasztrófákat* megkülönböztethetjük az eredetük szerint: vannak *természeti katasztrófák* (pl. árvizek, földrengések, hurrikánok) és vannak *ember által okozottak* (háborúk, terrortámadások, nukleáris, ill. ipari balesetek, tömeges közlekedési balesetek).

A katasztrófák jellemzője, hogy váratlanul következnek be, az embereknek nincs

idejük és lehetőségük a felkészülésre, ezért is lehet óriási a pusztító hatásuk.

Szomorú példa erre a magyarországi 2010-es vörösiszap-áradat, aminek következtében 10 ember meghalt, és két településen kb. 400 ház dőlt össze, ill. vált lakhatatlanná. Ez azért is volt pusztítóbb, mint mondjuk egy árvíz, mert a folyók áradását figyelemmel lehet kísérni, valamennyire fel lehet készülni a védekezésre. A vörösiszap azonban hirtelen, váratlanul zúdult ki a megrepedt tározóból, magával sodorva mindenkit és mindenkit, ami és aki az útjába került. Ráadásul a maró és nagyrészt ismeretlen hatású anyag szörnyű sebeket, fájdalmat okozott embernek, állatnak egyaránt. A tragédiát átélt családokkal beszélgetve kiderült, először nem is akarták elhinni, hogy valóban átszakadt a gát és előtti őket a hömpölygű iszapfolyam. Ézzel nehezen is felfogható, hogy annak az építménynek a sarka, amely mellett legtöbben naponta eljártak, egyszer csak kidől, utat engedve a veszélyes anyag áradásának. Hogy ne kelljen állandó rettegésben élniük, inkább neglígálták, figyelmen kívül hagyták a veszélyt. Így azonban felkészülni sem tudtak ról.

Ellenpéldaként említhetjük az egyesült államokbeli San Franciscót, ahol a földrengés nagyfokú kockázata miatt a város lakói összekészítik a legfontosabb dolgaikat, amiket meneküléskor magukkal visznek, ill. fel vannak készítve arra, mit kell tenniük egy esetleges földrengéskor.

A fizikai veszélyen túl meglehetősen nagy lelke megterhelést is jelent egy katasztrófa. Kikezdi az ember biztonságérzetét, s ezért kiszolgáltatottanak, esendőnek éli meg magát. Akkor érezzük ugyanis nagyjából biztonságban magunkat, ha az események bejósolhatók, ill. befolyásolhatók.

A *bejósolhatóság* azt jelenti, hogy bekövetkezhet ugyan valami nem kívánt esemény, de előtte van valamilyen jele annak, hogy ez meg fog történni. Úgy is mondhatjuk, hogy kapunk jelzőingert, ami aztán cse-

lekvésre sarkall. De jelzést is csak az érzékel, aki rendelkezik kellő ismerettel.

A 2004-es távol-keleti cunamit a legtöbb ember tudatlanul élte meg. Sokan besétáltak a visszahúzódó tenger nyomán, s amikor óriási lendülettel a víz kifelé áradt, magával szippantotta őket. Egy angol diáklány azonban az iskolában tanult a szökőárról, számára a tenger visszahúzódása jelzőingerként szolgált. A környezetét riasztotta, s azonnal egy magas szálloda legfelső szintjére menekülték. Ez volt a szerencséjük, túléltek.

A vörösiszap áradásakor többen is kaptak telefonon értesítést rokontól, ismerőstől, de a veszély bagatellizálása miatt nem vették komolyan a jelzést. Túl sokat valószínűleg nem tudtak volna tenni, de legalább magukat menthették volna.

Ha kellően tudjuk kezelni a veszélyt jelző ingereket, akkor már befolyásolni is tudjuk az eseményeket. Vagyis azt érezzük, hatással tudunk lenni arra, ami történni fog. A *befolyásolhatóság*nak már a tudata is csökkenti a negatív hatást.

Jó példa erre az a kísérlet, ahol megterhelő zajártalomnak kitett kísérleti személyek egy csoportja egy gombnyomással kikapcsolhatta volna a zajt, de rábeszélésre mégsem tette meg. A másik csoport nem tehetett semmit. A feladatvégzésben a második csoport tagjai ejtettek több hibát, és nagyobb feszültségről számoltak be, pedig mindenki csoport ugyanazt az erős zajt ugyanannyi ideig hallotta.

Amennyiben a veszély bekövetkezének ideje nem behatórolható, de várhatóan meg fog történni, hosszabb ideig is felfokozott állapotban kell várakozni.

Ez történt a 2011-es New York-i terrortámadás után is, mikor az újabb fenyegető üzenetek felellemben, rettegésben tartották az embereket világzerte. S ezt eljük át napjainkban is, mikor a párizsi újságírók elleni merénylet után másolni is történtek támadások, ill. kaptunk hírt azok meghiúsításáról.

A tartós fenyegettség állapota több okból is járhat súlyos következményekkel. Egyrészt a szervezet (akár az egyéné, akár az elhárító egységé) kimerül, hiszen nincs lehetősége a lazításra, regenerálódásra. A tartalékai lasan apadnak és a támadás bekövetkeztekor kevesebb energiát tud csak mozgósítani. Másrészt nem lehet folyamatosan maximális éber-séggel keresni a veszélyre utaló jeleket, a figyelem néha kihagy. Így előfordulhat, hogy a legfontosabb ingert nem veszi észre, ezáltal nem is tud felkészülni a megküzdésre vagy a védekezésre. Az emberek ilyen esetben krónikus, időben elhúzódó stresszhelyzetben vannak, ami előbb-utóbb pszichoszomatikus megbetegedést (gyomor-, nyombélfe-kélyt, szív-ér rendszeri elváltozásokat) okoz.

A veszélyhelyzeteket, katasztrófákat sokszor intenzív félelmek kísérik. Amikor még csak a bekövetkezésétől lehet tartani, megjelenik a félelem, a szorongás. Abból a szempontból ezt pozitívnak is tekinthet-jük, hogy az egyént a megküzdésre – de legalábbis valamilyen cselekvésre – készti. A gondolatai a várható veszély körül forognak, s van ideje felmérni, meg tud-e vele küzdeni vagy inkább menekülnie kéne.

Ha megtörtént a katasztrófa, és közben súlyos fenyegettséget kellett átélnie, nagy veszteség érte az embert, tehetetlennek, frusztrálnak érzi magát. Ez aztán könnyen csap át *agresszióba*, amivel a belső fejszültséget igyekszik oldani.

Ilyesmi történt 2005-ben New Orleansban a Katrina hurrikán elvonulása után, mikor a városban rekedt, több napja éhező, szomjazó emberek a segítségükre érkező mentőhelikopterekre lövöldöztek. Nem gondoltak bele (mert hogy nem működött a józan ész kontrollja), hogy a saját menekülésüket is nehezítik.

Azok az események, amelyek befolyásolhatatlannak tűnnek, *fálsultságot, depressziót*

eredményezhetnek. Az emberek általában megpróbálják elkerülni vagy megszűntetni a fájdalmas helyzeteket. Ha ez nem sikerül, azt a tapasztalatot szűrik le, hogy nem érdemes próbálkozni, úgyis rosszul járnak. Ezt nevezzük *tanult tehetetlenségnak*, amit állatoknál is megfigyeltek.

Két rekeszre osztott ketrecben a kutyának áram-ütést adtak, amit úgy igyekezett kivédeni, hogy átugrott a másik rekeszbe. Igen ám, de egy idő után ott is áramütést kapott, így visszamenekült az első térfélre, ahol minden megismétlődött. Akármit csinált, előbb-utóbb fájdalmas ingert kellett elszennednie. A következőkben egyre ritkábban vette a fáradságot, hogy elugorjon, míg végül föladta. Azt is mondhatjuk, hogy beletörődött a sorsába, olyannyira, hogyha más helyzetbe kerülve kivédhette volna az áram-ütést, akkor sem tette meg.

Megterhelő stresszhelyzetek, így a kataszt-rófák, traumák *kognitív károsodást* is okoz-hatnak. Nehezebbé válik a figyelemkon-centráció, nem szerveződnek logikusan a gondolatok. A kognitív zavar sokszor gondolkodási merevségen nyilvánul meg. Né-hányan még céltalan viselkedésmintákhoz is ragaszkodnak, mert képtelenek szempontot váltani, rugalmatlanok.

Szomorú, de előfordult, hogy emberek bent re-kedtek az égő házban, mert kifelé nyomták az ajtót, ami befelé nyílt. Pánikjukban észre sem vették, nem gondoltak rá, hogy más megoldás is létezik. Egyesek korábbi gyermekkorri visel-kedésmintáikhoz térnek vissza, de ezek sokszor nem megfelelők az adott helyzetben.

Katasztrófát átélők *pánikba* is eshetnek, ha életveszély vagy a testi épség súlyos károsodásának lehetősége fenyeget, vagy akár csak ezek tudata van a fejükben. Ilyenkor az ember olyan mértékben izgatott állapot-ba kerül, hogy képtelen uralni a cselekedé-

teit, irányítani a gondolatait. Viselkedése dezorganizáltá válik, személyisége szétveszik. Tetteiben nincs ézszerűség, a következményeket nem tudja felmérni. Mozgása összerendezetlen, amely céltalan cselekvések ismétlésében merül ki (fel-alá járkálás, kéztördelés, babrálás valamilyen tárggyal stb.), vagy megdermed és mozdulatlanná válik. Beszéde töredezett, netán csak artikulatlan hangokat tud kiadni (üvöltés, jajgatás, nyöszögés). Mindeközben intenzív félelmet él át, zavart a gondolkodása, tudata beszűkül, az információkat torzítja.

18.2. KRÍZISEK, LEFOLYÁSUK ÉS KEZELÉSÜK

A súlyos megrázódtatással járó katasztrófákat krízisként is felfoghatjuk. A krízis rendszerszemléletű megfogalmazása: „*Valamely korábban érvényes viszonylagos egyensúlyi helyzet drasztikus felborulása, amely új egyensúlyi állapot kialakulásával, a rendszer újrarendeződésével oldódik meg*” (Telkes 1989). A krízis lefolyását a következőképpen szakaszolhatjuk:

Első szakasz. Készenléti állapot alakul ki, amire jellemző a szorongás megjelenése. A félelem, a veszély tudata mozgósítja a problémamegoldó eszközököt annak érdekében, hogy a megbomlott egyensúly helyreálljon. A begyakorlottság, a következetesség ebben a fázisban sokat számít, akár rutinszerűen is adóthat a megoldás. Amennyiben a megküzdés nem volt sikeres, az eddig ismert módok nem nyújtanak fogódzót.

Második szakasz. Megkezdődik a „próbáhiba” jellegű keresgélés, mikor új módokat próbál ki az ember, amik azonban könnyen hibásnak bizonyulnak. A sikeres próbál-

kozás beépül a viselkedésrepertoárba, ez maga a fejlődés.

Harmadik szakasz. Kudarc esetén az ember kapodoni kezd, nő benne a feszültség, hibás változatot is végigvisz. Ebben a szakaszban oly módon létezhet megoldás, hogy vagy megszűnik a külső veszély, vagy az egyén minősíti át magában kevésbé veszélyesnek a helyzetet. Az egyensúlyt ekkor újból semmi nem háborgatja.

Negyedik szakasz. Az egyén egyedül már nem boldogul. Alkalmaszódó képessége végképp kimerül, a személyiséget felbomlik. Destruktív magatartásminták jelennie meg (öngyilkossági kísérlet, agresszió). Az egyén egyre inkább visszacsúszik egy korábbi, fejetlenebb szintre, amit regressziónak nevezünk. Úgy viselkedik, gondolkodik, érez, mintha még mindig kissgyermek lenne. Egyedül képtelen úrrá lenni a bajon, külső segítségre szorul. Viselkedése dezorganizálódik, gondolatait nem tudja célirányosan mederbe terelni. Az egyén fiziológiai-lelki egyensúlya felbomlik. Határozott külső segítséggel, támogatással ki lehet hozni ebből a rendezetlen állapotból, és el lehet juttatni egy új egyensúlyi állapothoz.

Krízis azonban nem csak a katasztrófák velejárójaként zajlik. Nagyon gyakori elmérgesedő családi, kapcsolati konfliktusok esetén vagy fontos személyek, tárgyak elvesztésekor. A krízis során a személyiségi struktúrája fellazul, lehetőséget teremtve egyúttal egy újabb rendeződés kialakulására. Jó esetben magasabb szinten jön létre az egyensúly, a személyiségi fejlődik a krízis által. Rosszabb esetben alacsonyabb szinten tud csak nyugalomba jutni, akár a negyedik szakaszbeli regresszióval, akár függőséggel. A legrosszabb esetben pedig egyáltalán nem jön

létre egyensúly, diszfunkció áll elő, vagyis nem tud hatékonyan működni az egyén.

A traumát átélt embereknek az elszennedett veszteségeket fel kell dolgozniuk, legyen ez akár konkrét tárgyi vagy személyi veszteség, akár „csak” az önmagukba és másokba vetett hit megbomlása.

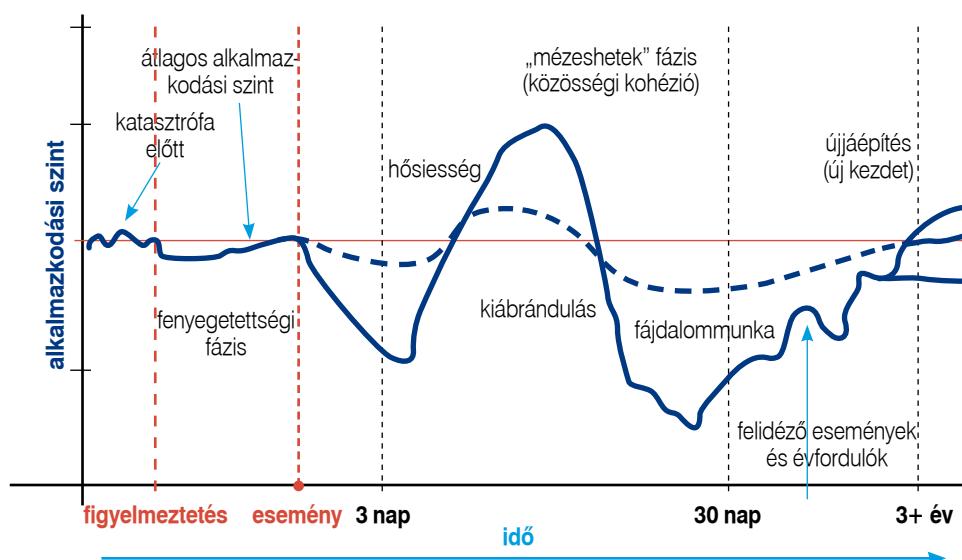
A krízisek feldolgozásánál ki kell emelnünk a közösség szerepét. Akik elszennedtek egy katasztrófát, sorsközösséget alkotnak, ezzel meg is tudják támogatni egymást. Az azonos sors még egyéni traumák kezelésénél is fontos tényező, nem véletlenül szerveződnek csoportok az öngyilkosok hozzátarozónak, az erőszak áldozatainak vagy a daganatos betegeknek. A katasztrófák esetében azonban egy már létező közösségen következik be a baj, éri csapás annak tagjait, kihatva az egész közösség további működésére is.

Jól szemlélteti ezt egy devencseri fiatalasszony megjegyzése: „*a vörösiszap-katasztrófa után ez*

a város már soha nem lesz olyan, mint volt valaha, még akkor sem, ha engem nem ért kár.” Közvetlenül a tragédia után szoros kohézió alakul ki a csoport tagjai között, szinte mindenki segíteni akar, olyanok is együttműködnek, akik korábban alig ismerték egymást. Ez a pozitív társas kapcsolati hozadék azonban nem tart örökké, egy ponton a károsultak és a nem károsultak szembe kerülnek egymással. Sőt, még a kárt szenvedettek között is feszültség alakul ki, számon tartják, ki mennyi adományt kapott, menyire értékeltek a házát.

A katasztrófakríziseknél is jól leírható a gyászmunka folyamata, a jellegzetes szakaszokkal (18.1. ábra).

A megrázó esemény bekövetkezte utáni nagyjából egy hónap az összefogásról szól. Az emberek nem nézik, ki honnan való, milyen etnikai vagy világnézeti csoporthoz tartozik, milyen a társadalmi pozíciója. A különbségek elmosódnak, az együttes te-



18.1. ábra A katasztrófakrízis történéseinek idői mintázata

Komlósi, 2013

vékenységeben, a kárenyhítésben találja meg ki-ki a maga szerepét. Szokás ezt az idilli-nek tűnő időszakot *mézesheteknek* is hívni, mikor mindenki hősiesen teszi a dolgát. A konvencionális határok elmosódása reményt adhatna arra, hogy a közösség egy magasabb szinten konstruktívan ujjászerződjön.

De általában nem így történik. A károsultak nem tudnak szabadulni a veszteségeik fájdalmától, folyamatos figyelmet, megértést várva. A „szerencsések”, akik nem szenvetek kárt, hálátlannak érzik a megsegítetteket, s még irigység is támad bennük a sok anyagi segítség, az újonnan előálló változtatási lehetőségek miatt. Még egyéni krízist átélő egyén esetén is megfigyelhető az ún. *másodlagos előny* jelensége. A bajban lévő – akár-csak a beteg – fokozottabb törődésben részesül, körülötte forog a világ. Lassan azonban rá kell döbbennie minden érintettnek, hogy a veszteségeit neki magának kell elgyászolnia.

Ebben nagy segítséget jelenthetnek a közösségi szintű akciók, mint pl. az évfordulókon tartott meglemezek. Valamint az olyanfajta támogató hálózat, melyben az egyén maga ismeri fel az erejét, és jön rá arra, hogy ő maga is tud tenni saját magáért.

Az igazán hatékony kríziskezelés három – fizikai-materiális, pszichés-szociális és spirituális – szinten zajlik, amely több szakterület együttműködését igényli.

A közvetlen veszély elhárítása után az érzelmek kapnak nagyobb hangsúlyt, a lelkei egyensúly helyreállásához pedig a kapcsolatokat is rendezni kell.

Végül a teljes megnyugvást az hozza el, ha az átélt szörnyűségek ellenére sikerül megtalálni az élet folytatásának értelmét. Az eddigi tapasztalatok alapján még támogatással is kb. 3 évnek kell eltölnie a krízis lecsengéséig.

18.3. TRAUMÁS REAKCIÓK

Traumatikus esemény során az ember életét, testi integritását éri fenyegetés, szembesülve az erőszakkal vagy a halállal. Az egyéni cselekvés ekkor hatástan, sem küzdeni, sem menekülni nem lehet, az önvédelmi rendszer túlterhelődik. Normális esetben az átélt élmények érzelmekkel, gondolatokkal körítve emlékként raktározódnak el bennünk. A traumatikus élményeknél ezek elkülönülnek egy másról, nem áll össze egy koherens emlékkép.

Előfordulhat, hogy valaki intenzív félelmet él át, de ez nem kötődik konkrét eseményhez, így nem is tud mit kezdeni vele. Vagy éppen nagyon is éles emlékképei vannak, melyekhez nem társulnak érzelmek. Ez a fajta törédezettség a célirányos, integrált önvédelmi rendszert megbontja lehetetlené téve, hogy az élmény beépüljön a személyiségebe. Ez azonban a későbbiekbén megmagyarázhatatlan reakciókhöz vezet. Az ún. *posztraumás stressz zavar* (PTSD) tünetei 3 fő csoportba rendezhetők:

- a *hiperarousal* (fokozott éberség) az állandó veszélyváráshoz kapcsolódik,
- az *emlékbetörés* a bevésődött traumatikus pillanat újraelése,
- a *beszűkület* pedig a megadás, tehetetlenség okozta tompultsághoz köthető.

Az ilyen zavarral küzdő emberek számára a világ folytonos harci terep, ahol bárhonnan érhetik támadások, egyfolytában védekezniük kell. Gyakori esetükben az alvászavar. Idővel az érzelmi színezet tompul, de a szervezet fokozott készenléti állapota fennmarad. A legcsekélyebb ingerre is hevesen reagálnak. Mindezek alapján a kutatók arra a következtetésre jutottak, hogy a traumatikus események átalakítják az emberi idegrendszerét.

A traumához tartozó emlékek oly módon rögzülnek, mintha az adott pillanatban

megállt volna az idő. Nem tudnak szervülni a korábbi emlékekhez, és időnként betörnek a tudatba: ébrenlétkor flashback-szerű be-villanások, alváskor rémálmok formájában jelennek meg.

Gyermekeknél figyelhető meg a szinte megszállott megjelenítés játék formájában. A traumát szenvedett ember teljes intenzitásával éli meg az ahhoz kapcsolódó érzelmeit, a félelemet, a rettegést. Spontánul, furcsa módon, tudattalanul is gyógyítani szeretné magát azzal, hogy ismétlési kényszertől hajtva újból és újból veszélyes helyzetekbe sodorja magát.

A tehetsetlenség, kiszolgáltatottság állapotában minden ellenállás hiábavaló, az ember megadja magát. A félelem az elviselhetetlenséggel fokozódik, amivel szemben a tudatállapot módosításával lehet védekezni, nem venni tudomást a veszélyről. Az észlelés beszükül vagy eltorzul, ami elérzéstelenedéssel jár.

A poszttraumás stressz zavarban szenvedők élményei közösek abban, hogy mintha lassított felvételen, kívülről látták volna magukat, mintha az egész nem is velük történt volna. Mintha csak az élettelen testük lett volna jelen a veszélyes helyzetben, a lelkük nem – vagyis mintha egy belső halál állapotában leledzettek volna.

18.4. GYERMEKKORI TRAUMA, VESZÉLYEZTETETTSÉG, BÁNTALMAZÁS

Nagyon súlyos, ám sokszor „rejtve” maradó traumát okoz, ha valakit kora gyermekkorában bántalmaznak. Minél korábban történik a bántalmazás, annál súlyosabb a lelki károsodás. Onnan lehet gyanítani, hogy ilyes-mivel állunk szemben, hogy furcsa, megmagyarázhatatlanul önromboló viselkedést tapasztalunk az áldozatknál.

A családban kellene megkapnia a gyermeknek a szerető gondoskodást, ami megalapozhatja a világgal és az emberekkel szembeni bizalmát. Ha az édesanya (vagy más gondozó, akitől szoros érzelmi kapcsolatban van) felismeri és kielégíti gyermeké szükségleteit, elő tudja idézni benne a jóllét állapotát. A gyermek azt tapasztalhatja meg, hogy a hiányérzetet megszüntetik, méghozzá oly módon, hogy közben az éréséhez, fejlődéséhez szükséges szociális ingereket – simogatást, ringatást, becázást – is megkapja, ami jólesik neki.

Ehhez a kívánt állapothoz képest az is komoly mentális károsodást okoz, ha elhangolják. Tulajdonképpen ezt is fölfoghatjuk a bántalmazás egy lehetséges formájaként, de mindenkorban veszélyeztetettséget jelent. Nem vezet azonban traumához.

Az effektív bántalmazás azonban igen, mivel ezek az események meghaladják az ember (s persze a gyermek) minden nap alkalmazkodásának képességét. Az egészségesen működő családban nem fordul elő a gyermek rendszeres bántalmazása. A rendszeresség nagyon fontos mozzanat, mivel kialakítja az áldozatban a szorongást azzal kapcsolatban, hogy bármikor veszélynek lehet kitéve. Méghozzá azoktól érkezik a támadás, erőszak, akiktől a (jól)léte függ. Szüleit alapvetően szeretni szeretné, de a bántalmazások miatt kialakul benne a félelem és a harag is. Ezzel a kettősséggel nem lehet mit kezdeni, ezzel nem lehet együtt élni. A túlélés érdekében minden gyermek kifejleszt valamelyen stratégiát, ami oldja az őrületig is fokozódó disszonanciát, össze nem illést.

Ilyesmi figyelhető meg azoknál, akiket elrabolnak és bántalmaznak: ahhoz, hogy kibírják, valamelyen módon kötődniük kell zsarnokukhoz. Lassan kifejlesztik magukban, ha nem is a szeretetet, de legalább a vonzódást, amivel magukat is az erőszak aktív szereplőjévé teszik. Ez

a jelenség egy konkrét eset kapcsán a *Stockholm-szindróma* nevet kapta.

Legkézenfekvőbb megoldás az érzések, érzelmek távolítása, az ún. *disszociáció*. Az egyén ilyenkor leválasztja magáról a fájdalmat, megtérhelő érzéseket, érzelmeket, elérve ezzel azt is, hogy ne kelljen haragudnia a bántalmazójára, akinek ki van szolgáltatva. Az ilyen reakció eredménye az lesz, hogy megszűnik a kapcsolata a saját, autentikus érzelmeivel, szinte bába válik. S nemcsak saját maga és az érzései között tátong szakadék, hanem közte és a többi ember között is. Vagyis nem lesz képes érzelemtelii, intim kapcsolatokat kialakítani, egészségesen kötődni valakihez. Ugyanakkor a személyisége egysége sem valósulhat meg, úgy is mondhatjuk, hogy az „én” töredezetté válik.

A traumát súlyosítja, hogy a bántalmazó mintegy eszközöként bánik áldozatával: saját szükségleteinek kielégítésére használja. Terjedhet ez a felcserélődő szerepektől (ahol a felnőtt várja el a kényeztetést a gyermekétől) a testi vagy akár a szexuális erőszakig. Ebben az áldozat pusztta tárgyként funkcionál, az ó vagyai, érzései nem számítanak. Nem elég, hogy szenvédést kell átélnie, az ezzel járó érzelmek még blokkolódnak is. Végtelen üresség és izgatottság, zavarodottság váltakozik, ami szinte elviselhetetlen. Mindeközben a tudatból kiszorul a traumatikus esemény, „csak” a tünetek maradnak fenn évtizedekig – legrosszabb esetben az élet végeig.

Az érzelmi élet súlyos zavara abban is megmutatkozik, hogy nem képes az egyén szabályozni érzelmi állapotait. A szabálytalanul fellépő izgatottság, s aztán a kiuresedés érzése nagymértékű szorongást okoz, ami öncsonkitással, önmaga elleni erőszakkal tud csak átmenetileg enyhülni. A bántal-

mazott gyermekek sokaságánál érhető tettek önmaguk kínzása, különösen szexuális bántalmazás után. Ilyenkor még a büntudat is megjelenik: azt gondolja az áldozat, hogy ő maga is okozója annak, ami vele történt, ebből következően megérdemli a büntetést.

Sokkal több családon belüli erőszak történik, mint gondolnánk. A család összezárt, a külvilág számára rejte marad az agreszzió, sőt, nem egyszer kifejezetten „jó” család benyomását keltik. De még az áldozat számára is sokszor rejte marad a bántalmazása: az elviselhetetlen élményeket kiszorítja a tudatából ahhoz, hogy az adott közegben továbbra is élni tudjon. A gyógyítás első szakaszában juthat el a tudatosulásig, ahhoz, hogy képes legyen szembesülni azokkal a borzalmakkal, amiket el kellett szenvendnie. A kialakulatlan identitás, a töredezett én miatt nagyon lassú a gyógyulási folyamat, sokszor történik visszaesés. Az önbántalmazás sokáig fennmarad, mint érzelmi szabályozó eszköz.

18.5. GYÓGYULÁSI FOLYAMAT

A felépülés folyamata hosszú ideig is elhúzódhat, a trauma súlyosságától függően.

Első fázis. A *biztonság megeremtése* a stabilitást adja a kiszámíthatatlan veszélyvel szemben. Akár katasztrófa túlélők, akár más, egyéni traumát szenvedettek esetében fontos, hogy a környezet biztonságos legyen, ahol nem kell semmilyen külső fenyegetéstől tartani. A segítővel, terapeutával bizalmi kapcsolatnak kell kialakulnia, melyben az áldozat fel meri tárnai az emlékeit, érzéseit. Lassan-lassan benne is tudatosulnak az átélt élmények. Ahhoz, hogy el tudjon indulni a gyógyulás útján, először is meg kell neveznie a problémát. Ez annál nehe-

zebb, minél régebben történt a traumatikus esemény, ill. minél tartósabb volt a fenyegetettség. A megnevezéssel már megkezdődik a *kontroll visszaadása* a traumatizált személynek. Ha tudja, miből fakadnak a nehézségei, képessé válhat arra, hogy ezeken úrrá legyen, megbirkózzon velük.

Második fázis. Az emlékezés és gyász szakaszában a történet rekonstrukciója zajlik, melynek során a traumás emlékek átalakulnak oly módon, hogy szervesen illeszkedni tudjanak a túlélő élettörténetébe. A múlttal való szembenézés nagy bátorságot követel, mert rendkívül fájdalmas tud lenni a fenyegetettség, kiszolgáltatottság felidézése. Az addig leválasztott érzelmek intenzíven törhetnek elő testi érzetek kíséretében. Lényeges mozzanat a *traumás emlékek átalakítása*, hogy ne nehezítsék tovább az egyén alkalmazkodását a minden nap életben. Így többé nem kell már azokat kiszorítani a tudatból, hanem a múlt elfogadható részévé válhatnak. Az elszenevedett veszteségeket meg kell gyászolni, csak azután lehet elengedni, megbékálni velük.

Harmadik fázis. Ki kell törnie az egyénnek a trauma okozta elszigeteltségből, vissza kell kapcsolódnia embertársaihoz. A meggyászolt múlt után a jövőjét kell megteremtenie, a trauma által megsemmisített énje helyett új ént kell megalkotnia. A próbára tett, meg-

változott emberi kapcsolatai helyett újakat kell létrehoznia. Meg kell tanulnia küzdeni abban a hitben, hogy képes önmagáért kiállni, megvédeni magát. Mindez óriási munka, nagy elszánást kíván, de megéri, mert végre meg tud békálni önmagával. Sok túlélőnek ad erőt, energiát a további életéhez, ha megtalálja a küldetését. Ha az átélt szenvedéseket a közösség, a társadalom javára tudja fordítani. Spirituális megújulást hozhat, ha a nagy egész, a teremtés rendjének részeként éli meg magát.

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

1. Herman Judit (2003): Trauma és gyógyulás, Háttér Kiadó–Kávé Kiadó–NANE Egyesület, Budapest
2. Magyar Judit (2004): Bántalmazás és erőszak a családban. Rendvédelmi füzetek 2004/23. RTF, Budapest
3. Magyar Judit (2005): Az egyén vészhezleti magatartása, kézirat
4. Telkes József (1989): Válság, változás, változtatás. In: Közösségi mentálhigiéne, Gondolat, Budapest, 101–112.
5. V. Komlósi Annamária (2013): Kapcsolataink különleges világa. Mi történik velünk katasztrófák idején? In: Magyar Pszichológiai Szemle, 2013./4., Budapest, 645–655.

19. EGYEDÜL A TÖBBIEKKEL SZEMBEN: KORTÁRS BÁNTALMAZÁS



Pozsvai Dóra

Pozsvai Dóra a Vajdaságban született, 1994-ben diplomázott pszichológiából, majd felnőtt értelmi sérültek intézetében dolgozott. 2006-ban krízistanácsadó szakpszichológus oklevelet szerzett az ELTE-n. Budapesten is főként a szociális ellátásban tevékenykedett: a Vöröskeresztnél, közösségi pszichiátriai gondozásban, családok átmeneti otthonaiban, valamint értelmi sérültek alapítványánál. 2005-től az oktatás irányába fordult érdeklődése, nevelési tanácsadóban dolgozott, és jelenleg is iskolákban segíti a hozzá fordulókat. Alkalmazott módszerei: tranzakcióanalízis, autogén tréning, szocioemocionális pedagógiai terápia, kognitív és szimbólumterápiás elemek.

19.1. A KORTÁRS (ISKOLAI) BÁNTALMAZÁS

19.2. MIÉRT ALAKUL KI?

19.3. A BÁNTALMAZÁS RÉSZTVEVŐI

19.3.1. ÁLDOZAT

19.3.2. ZAKLATÓK

19.3.3. SZEMTANÚK

19.4. BÁNTALMAZÁSI FORMÁK

19.5. JELEK AZ ÁLDOZATNÁL, MELYEK BÁNTALMAZÁSRA UTALHATNAK

19.6. MIÉRT IS „JÓ” A BÁNTALMAZÁS?

19.7. A BÁNTALMAZÁS HATÁSAI A RÉSZTVEVŐKRE

19.8. AMI FOKOZZA AZ ÁLDOZAT NEHÉZSÉGEIT

19.9. MIT TEHETÜNK?

19.9.1. A SZÜLŐ LEHETŐSÉGEI

19.9.2. AZ ISKOLA LEHETŐSÉGEI

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

19.1. A KORTÁRS (ISKOLAI) BÁNTALMAZÁS

„Nem jó az embernek egyedül lenni”
(1Móz 2:18)

„Én hallgatok, ti játszatok.
Én majd őrzöm a látszatot.”
(Szilágyi Domokos)

AZ EMBER közösségi, társas lény: a társas létféleben tud kibontakozni, visszaigazolásokat, megerősítéseket kapni; különböző

szerepekben önmagát kipróbálni, megvalósítani; érzelmeket cserélni, valamint biológiai szükségletei kielégítéséhez is szüksége van másokra.

Ugyanakkor a közösségi életben olyan negatív hatások is érik, melyeket, ha egyedül élne egy emberektől távoli helyen, sosem kellene megtapasztalnia. A közösségi létfélelmei, gyengeségeit, árnyoldalát, sokszor a benne rejtőző szörnyet is. Van, aki pedig megtapasztalja ennek a másik oldalát: azt, hogy a közösség igazságtalan, vagy akár elutasító tud vele lenni, végül esetben pedig hátat fordít neki és egyedül hagyja, csak akkor foglalkozik vele, amikor bántja. Az emberi közösségből való kirekesztés, az odatartozás megtagadása mindig is a büntetés egyik igen kegyetlen formája volt.

Felnőttek általánosan nemére, a közösségi életben a kortárs bántalmazást, Svédországban, iskolás gyermekként, kiszolgáltatotttábbként, kevés élettapasztalattal és énvedő mechanizmussal bírva pedig még fájóból és ártóból, ha valaki a közösségi agresszivitásának céltáblájává válik.

DAN OLWEUS kezdte elsőként kutatni a kortárs bántalmazást, Svédországban, iskolás gyermekként öngyilkosságát követően. Tőle származik a leggyakrabban használt meghatározás is: kortárs zaklatás (*bullying*) esetén

- jelen van a tudatos ártó vagy zaklató szándék,
- hatalmi egyensúlyhiány áll fenn (a bántalmazó fizikai vagy lelki erőfölényben van az adott helyzetben),
- hosszabb ideig, ismétlődően zajlik.

Mindez nem áll messze az agresszió meghatározásától, mely olyan szándékos viselkedés, ami másoknak fizikai vagy lelki szenvedést okoz. Igen fontos folyamatosan szem előtt tartani a kortárs bántalmazás eme fő jellem-

zőjét, agresszív minoltát, mert csak így lehet igazán megérteni a folyamatot és hatékonyára tenni a megelőzést és beavatkozást.

Nem kortárs bántalmazás

- ha egy gyerek nem kedveli egyik osztálytársát, mert az nem barátságos vele,
- ha valaki szívesebben van egyedül és önszántából ritkábban kapcsolódik be a csoport (osztály) életébe,
- ha két gyerek rendszeresen összeveszik, aztán kibékül, majd ismét összeveszik (kutya-macska viszonyban vannak egymással).

Kortárs bántalmazás

- érintését, mint egy ragályt adják tovább,
- karácsonyi ajándékhúzásnál nyíltan, nagy egyetértésben hangoztatják, hogy nem akarják az ő nevét húzni,
- klubot hoznak létre, aztán mikor be akar lépni, elutasítják azzal az indokkal, hogy betelt a létszám, ám mást befogadnak még később is,
- az internetre feltöltött kép alatt szereplő nevek között az övét szándékosan bántóra torzítják, és kinevetik, mikor szól miatta,
- a földön talál egy karkötőt, melynek nem akad gazdája, aztán azt híresztetik róla, hogy ellopta tulajdonosától,
- az osztály cipősszekrényének rendbetelekor kidobják cipőit az iskola egy távoli kukájába,
- megfenyegetik, hogy megverik, ha nem adja nekik rendszeresen otthonról hozott uzsonnáját, majd azt követik, hogy zsebpénzét is adja nekik.

Összetett és sokféle arcot öltő jelenségről van szó, melynek titokban tartása sokszor minden érintett érdeke, ezért beazonosítása, vizsgálata és elemzése sem egyértelmű.

Gyakoriságának vizsgálata is különböző eredményeket mutat.

A WHO 2003-as vizsgálata szerint Magyarország a nemzetközi összehasonlításban a középmezőnyben helyezkedik el, 14% áldozattal és 13% bántalmazóval. Egy hazai, 2009-es kutatás szerint magasabb a résztvevők aránya, 15% az áldozatok, 27% a bántalmazók előfordulása (Buda 2009).

A 2013-as UNICEF felmérés szerint hazánk változatlanul a középmezőnyben van 30 ország viszonylatában, azonban ez esetben csak az áldozatok arányát regisztrálták, és 28% körtéri gyakoriságot találtak. (Az eredmények közötti eltérést az is okozza, hogy a kutatók különbözőképpen definiálták a bántalmazást, valamint más-más korosztályt és különböző összetételű csoportokat vizsgáltak.)

19.2. MIÉRT ALAKUL KI?

Elméletek sokasága foglalkozik kialakulásának gyökereivel. Ezek érintőleges ismerte segít egy tágabb szemlélet kialakításában és majd az egyes esetekben el lehet dönten, mely tényezők hathattak leginkább, majd ennek megfelelően kidolgozni a beavatkozás stratégiáját. Itt is, mint minden pszichológiai jelenség esetén, a legvalószínűbb, hogy több kiváltó ok is közrejátszik és hívja életre az eseményeket.

MARGITICS és munkatársai (2010) a következő elméleteket gyűjtötték össze (több más elmélet is létezik, mely az egyéni és a szituációs tényezőket vonja össze):

Kötődéselmélet. Alapja, hogy a korai életévekben a kisgyermek számára jelentős szenzációkkal (anyával) kialakított kötődési mintát alkalmazza majd később is a gyermek illetve a felnőtt más személyekhez fűződő kap-

csolataiban) azt állítja, hogy a bizonytalan kötődési stílus agresszívvá teheti az egyént, így esetleg bántalmazóvá válhat egy ilyen gyermek (Main, Kaplan & Cassidy 1985).

Szocális tanulás elmélet. Kapcsolatot lát a családban látott, és így tanult erőszakos magatartás és a kortárs csoportban mutatott erőszakos viselkedés között (Espelage & Swearer 2003).

Szociokulturális elmélet. Az elmélet szerint az iskola a jelenség kialakulásában részt vevő fontos tényező. Az erőszakosság főként azokra az iskoláakra jellemző, melyeket merev szabályrendszerrel, szigorú hierarchiával és a demokrácia hiánya jellemznek (Roland & Galloway 2002).

Szociálisinformáció-feldolgozás elmélet. Úgy véli, hogy társas kapcsolatokban áramló információkat az egyén tévesen dolgozza fel, ezért alakul ki az agresszió (Crick & Dodge 1994).

Tudatelmélet. Ellentétes az előző elméettel és azt állítja, hogy vannak gyerekek, akik jól tudják értékelni a társas helyzeteket, majd tudatosan választják ki és bántják sebezhető társaikat (Sutton, Smith & Swettenham 1999).

Hasonlóságelmélet. Úgy ítéli meg, hogy a kortárcsoport, mint lényeges mintaadó, befolyásolja a tagok viselkedését, mégahozzá oly módon, hogy azok egymáshoz szeretnének hasonlítani, akár az agresszív viselkedés terén is (Espelage & Swearer 2003).

Dominanciaelmélet. Képviselői szerint a kortárs bántalmazás a csoporton belüli hierarchia felállítását szolgálja és jellemzőbb a fiúkra, mint a lányokra (Pellegrini & Long 2002).

Vonzáselmélet. Úgy véli, hogy a serdülők a szülőkről való leválás és a kortársakhoz való közeledés folyamatában az agresszív viselkedést is kívánatosnak, a szófogadást pedig gyerekesnek és elvetendőnek tartják (Bukowski, Sippola & Newcomb 2000).

19.3. A BÁNTALMAZÁS RÉSZTVEVŐI

19.3.1. Áldozat

Bárki áldozattá válhat egy közösségen, bizonyos tényezők megléte esetén azonban nagyobb erre az esély.

Fokozottabb az eshetőség az áldozattá válásra, ha valaki bármiben különbözik a csoport tagjaitól (új az osztályban, jól vagy rosszul tanul, szegény vagy gazdag, más a faji hovatartozása, testileg valamiben eltér az átlagtól). Sok esetben lehet, hogy a találomra elindított bántalmazás is sikeresen jár és a résztvevők igen gyorsan „beletanulnak”, hogy kinek mi a szerepe ebben a folyamatban. Ez akkor történhet meg, ha az áldozat nem védi meg saját határait másokkal szemben, mert esetleg alacsony az önértékelése, vagy ha nem meri kifejezni dühét és így nem ad jelzést a támadónak, hogy álljon le.

Könnyen céltáblává válhat az a gyerek is, aki elszigeteltebb, mert valamiért egyébként is nehezebben teremt kapcsolatot a többiekkel. Szintén nagyobb valószínűséggel válhat áldozattá hosszabb távon az, aki családjában ahhoz van szokva, hogy hiányzik az irányítás és a támogatás, ugyanis tapasztalata azt mutatja számára, hogy őt nem védi és nem segíti, ezért beletörődően fogadja bántalmazását.

19.3.2. Zaklatók

A kutatások azt mutatják, hogy családjukban sokszor nem törődnek ezeknek a gyereknek a valós igényeikkel, azaz lehet, hogy átlagos, nem bántalmazó családban nőnek fel, azonban a szülők nem hangolódnak rá megfelelően a gyermekre, és nem a valós szükségleteit elégítik ki. Ennek következtében bennük sem alakul ki az együttérzés mások iránt, hiszen kimaradt életükből ez a tapasztalat. Jellemezheti még őket dominanciaigény, erőteljes vágy, hogy uralkodjanak mások felett, valamint esetleg fontos lehet számukra az is, hogy kitűnjenek társaik közül, és erre mások bántalmazását találják célravezetőnek.

19.3.3. Szemtanúk

Ók vannak a legtöbbben a bántalmazásban részt vevők között. Közöttük van, aki a zaklatót támogatja aktív vagy passzív módon, van aki az áldozattal érez együtt, és vannak, akik télenél szemlélik az eseményeket, igyekezve kívül maradni és megtartani az „ő az, akit bántanak, és nem én” megnyugtató pozíciót.

19.4. BÁNTALMAZÁSI FORMÁK

A gyermekcsoporton belüli bántalmazás igen sokféle formában létezik. Némelyek jellege egyértelmű a környezet számára is, mások esetében az áldozat hozzáartozói és ismerősei semmibe veszik a félre felvett panaszokat és túlérzékenynek minősítve az áldozatot, egyedül hagyják, sőt tagadják a bántalmazás okozta valós lelki sérüléseit.

Közvetlen bántalmazási formák. Esetükben könnyebben felismerhető, az áldozat számára is világos, ezért hitelesebben elmondható események történnek:

- fizikailag bántalmazzák (megverik, lökdösik),
- gúnyolják,
- elveszik személyes tárgyait,
- megfenyegetik,
- kinevetik,
- rákényszerítik olyan cselekedetekre, melyet ő nem szeretne (lopás, szexuális kapcsolat létesítése).

Rejtettebb bántalmazási cselekmények.

A zaklatás nehezebben megfogható és elmondható. Ilyenkor az áldozatban eleinte sokszor csak zavaros, kényelmetlen érzések támadnak, mert észleli ugyan az elutasítást ám ezt maga előtt is igyekszik tagadni. Később az ismétlések hatására visszavonul a társaságból, mert egyértelművé válik számára, hogy nem véletlenül történnek az események és lehetetlen a bántalmazással szemben. Példák ennek formáira:

- az áldozat gúnyos, folyamatos nevén szólítgatása,
- a többiek által történő meredt „nézése”,
- információ elhallgatása előle,
- levegőnek nézése társaságban,
- pletyka vagy valós, ám intim információ terjesztése róla.

Cyberbullying. Az interneten történő zaklatás több vonatkozásban is különbözik az előző két formától. Nem ér véget az iskola kapujánál, otthon is folytatódik, amint bekapcsolja a gyermek a számítógépet, így nem tud biztonságos helyre menekülni, megpihenni és feltöltődni. Ugyanakkor a bántalmazó könnyen láthatatlanságba tud burkolóznai és tetteiért nem kell vállalnia a felelősséget, valamint

pillanatok alatt fájdalmasan hatalmas nyilvánosságot kap minden bántalmazási esemény. Mindezek következtében sokkal erőteljesebb ez a fajta bántalmazás, mint az előzőek. Sajnos várhatóan egyre elterjedtebb lesz itthon is, akárcsak az Amerikai Egyesült Államokban, ahol az egyik bűnmegelőzéssel foglalkozó szervezet (NCPC) statisztikai adatai szerint ugyan az amerikai iskolákban az elmúlt egy évben 7%-kal csökkent a bullying-esetek száma, azonban az interneten történő bántalmazás fokozatosan nő, ezen a területen ugyanis még nem működnek az eredményes preventív programok. A Magyarországon leggyakoribb formái (Tabby kutatás, 2012):

- dühös, trágár, megfélemlítő üzenetek küldése,
- hamis profil létrehozása valakinek a lejáratása céljából,
- online közösségből való kiközösítés (aktív vagy passzív módon, levegőnek nézéssel),
- kibeszélés, titok kiadása,
- kegyetlen, megalázó pletyka terjesztése.

19.5. JELEK AZ ÁLDOZATNÁL, MELYEK BÁNTALMAZÁSRA UTALHATNAK

Az áldozat sokszor igyekszik titkolni a vele történteket, mert úgy érzi, ő az oka annak, hogy kialakult a számára megalázó helyzet, és az is, hogy nem tud belőle kilépni. Ennek következtében a bántalmazás okozta feszültség mellett kialakul benne még egy önmagát okoló szorongás is, melynek esetleg más dolog kapcsán hangot is adhat (rosszul sikerült dolgozat vagy akár egy elvesztett lakáskulcs esetén a szülők aránytalannul erőteljes önvádlásnak lehetnek tanúi).

Érthető, hogy nem szeret iskolába járni, ezért amikor csak lehet, igyekszik valami indokot találni annak elkerülésére. A legkülönfélébb szomatikus tünetek alakulhatnak ki, megmagyarázhatatlan rosszullétek léphetnek fel, megváltozhatnak étkezési szokásai (csökken az étvágya, vagy épp ellenkezőleg: a feszültség csillapítására többet eszik), elalvási vagy átváltási problémái támadhatnak. Ha fizikailag bántalmazzák, ütéshnyomok jelenhetnek meg testén, melyeket igyekszik elrejteni, és eredetükről nem akar számot adni. Eltűnhetnek személyes dolgai, nem csak az értékesebbek, hanem az aprók is, mint a radír, a körző vagy akár testnevelési holmija is. A zsebpénzként adott pénzt is elvehetik tőle, bár erről a szülők rendszerint nem értesülnek, mert a gyerek azt feleli a kérdésre, hogy elköltötte.

19.6. MIÉRT IS „JÓ” A BÁNTALMAZÁS?

Szintén a megelőzés és kezelés szempontjából hasznos tudni, miért is marad fenn a bántalmazás a csoportok életében.

Minden közösségen feszültségek alakulnak ki, melyet egrészt az egyes tagok visznek magukkal, másrészt a csoport, esetleg a csoportra ható külső személyek váltanak ki. Bántalmazás során ez a feszültség – mint egy szelépen keresztül – levezetődik. A köözös, környezet elől titkolt tetteknek hatalmas csoport összekovácsoló ereje van, a csoport-identitás érzése megerősödik a tagokban, és ha zavartalanul tudják folytatni a bántalmazást, a mindenhatóság és legyőzhetetlenség érzése alakulhat ki bennük. Ugyanakkor a kezdeményezők, a zaklatók csoportiherrachiában elfoglalt vezető pozíciója megerősödik. És bármilyen furcsa is, a bántalmazással közvetlenül nem érintett szereplők számára

időkitoltő, unaloműző tevékenység is valakit bántalmazni.

19.7. A BÁNTALMAZÁS HATÁSAI A RÉSZTVEVŐKRE

A bántalmazás résztvevőiben nem tűnnek el nyomtalanul az átélték. Az áldozatban a legkülönfélébb testi és lelki betegségek jelenhetnek meg. COPELAND (2014) kutatása szerint a CRP-szint (vérben található, általános gyulladást jelző fehérje, melynek szintje a különféle szervi, akár rákos betegségeknél is megnövekszik) az áldozatokban a legmagasabb, a bántalmazás gyakoriságával egyenes arányban növekszik és évek múlva is kímutatható a többi bántalmazás-részttvevőhöz viszonyított különbség.

A szervezetre gyakorolt súlyos ártó hatást mutatja, hogy a folyamatos veszélyhelyzetben élés következményeként *poszt-traumás stressz szindróma* alakulhat ki (amelyben egyébként a harctereket megjárt, háborús veteránok is szenvedhetnek), jellegzetes tüneteivel.

Az áldozat lelki fejlődésére is hatással lehetnek az átélték, mivel a kamaszkori életfeladat, a szülőktől való eltávolodás és a kortárs értékekkel való azonosulás nem tud majd megfelelően zajlani, ha a kortárcsoport elutasítja és értékteleknek minősíti a kamaszt.

A zaklató személyisége is kárt szenved, szociális készségei egyoldalúak maradnak, hiszen az erőszak az egyetlen móddá válik, mellyel megtanul hatni környezetére.

19.8. AMI FOKOZZA AZ ÁLDOZAT NEHÉZSÉGEIT

- Rejtett módon történő bántalmazás (környezete csak legyint segítséggé-

résére és túlérzékenynek minősítve tagadja sérüléseit, érzéseit).

- A család is nehezen viseli el a gyermeket (pl. sérült vagy egyéb módon nem felel meg a szülői elvárásoknak).
- A szülő is áldozat volt (gyermeké fájdalmas érzései feltépik a régi sebeket ezért hárít, vagy nincs használható tanácsa, mert ő maga sem tudta kezelni a helyzetet).
- Más közösségek is megérzik a gyermek kirekesztettségét, és ott is peremre szorul.

het, hogy a bántalmazás esetleg játszma (pl. a „rúgj belém”) része, ebben az esetben a résztvevők az Üldöző-Megmentő-Áldozat drámaháromszög általuk tudatlanul választott szerepét teljesítik be. Amennyiben a bántalmazót megbüntetik és az áldozatot teljesen tehetetlenként és kiszolgáltatottként kezelik, azt igazolják számukra, hogy úgy látták őket, ahogy ők magukat és nincs lehetőségük a változtatásra. Ez helyett érdemes engedélyt adni a változásra, a régi, megszokott, ám ártó viselkedésmód elhagyására és kitartóan támogatni őket, amennyiben úgy döntötték, hogy felelősséget vállalnak tetteikért.

19.9. MIT TEHETÜNK?

Van néhány általános szabály, melyeket már bántalmazás gyanúja esetén is érdemes megszívlelni.

Figyeljen és reagáljon az eseményekre! A kortárs csoporton belüli bántalmazás igen nehéz helyzetek elő állítja a környezetet is, és a felnőttek számára sokszor egyszerűbb meggyőzni magukat arról, hogy nincs semmi gond, mint elfogadni a problémát és megoldásokat keresni. Érdemes figyelnie saját magára, érzéseire, sejtéseire, ígykezzen azokat tudatosítani, hisz nagyon sok információt hordozhatnak.

Bántalmazás esetén a bántalmazó a felelős a megtörtént eseményekért. Lehet, hogy az áldozat esetleg provokálta valamilyen módon, ám a bántalmazó az, aki erőszakos cselekedet hajtott végre. (Nem a szemüveges fiú felelős azért, mert bántották, vagy a rosszabbul tanuló lány, mert gúnyolódtnak vele.) Ugyanakkor fontos szem előtt tartani a következő szempontokat is.

A beavatkozás során ne erősítse meg a résztvevőket saját szerepében. Le-

19.9.1. A szülő lehetőségei

A nyitott, elfogadó otthoni légkör, a gyerek valós igényeire odafigyelő szülő fogalma már elcsépeltek tűnik, ám kortárs bántalmazás esetén is csak ilyen háttér tudja biztosítani azt, hogy a gyermek el akarja mondani az iskolai eseményeket, és el merje mondani azt is, ha bántják. Mivel a gyermek egy csoporttal áll szemben, mely őt bántja, óhatatlanul azt fogja érezni, hogy benne van a hiba, és csak akkor tud erről beszálni, ha van egy olyan környezet, mely azt sugározza felé, hogy ő értékes.

Dicsérje, engedjen teret önállósodási kezdeményezéseinek, ám tudjon arról, hogy mi történik vele.

Érdeklődjön a gyermek internethet barátai, kapcsolatai iránt. Érdemes utána olvasni az internethet bántalmazási módoknak, majd erről beszélgetni. Vázolja, hogy milyen veszélyeknek teszi ki magát, ha túl sok, különböző típusú információt oszt meg magáról, majd közösen beállíthatják a közösségi oldalakon a különböző szűrőket, védelmeket, tiltásokat. Mobiltelefonján is nézzék meg

közösen a különböző kódolási és zárolási lehetőségeket.

Ha megnyílik, és bántalmazásáról beszél, vegye komolyan, figyelmesen hallgassa véig, ne vonjon le túl korán következetéseket a történekkel kapcsolatban. Fontos, hogy tudja, hogy együttérzünk vele, ám semmi-képpen se erősítse meg tehetetlenségében. Javasoljon módokat, hogyan védje meg magát, konkrétan mit tegyen és mondjon (menjen el a helyszínről, ha tud, egyenes tartással, nézzen a bántalmazó szemébe, amikor beszél vele).

Adjon ötleteket a konfliktusok kezelésére, erősítse önbizalmát az eredményes viselkedésformák dicséretével.

Bizzassa arra, hogy teremtsen kapcsolatokat, akár érdemes meghívni pár órára vendégségbe pár társát, akikkel jó viszonyban van.

Természetesen csak azokat a módszereket válassza, melyek életfelfogásával és mutatott viselkedésével összhangban vannak. Amennyiben a szülők társaságkerülők, nem biztos, hogy őszintén tudnak örülni az összehívott gyerekseregnek és ez esetben a kívánt változás ellenkezőjét érhetik el.

Amennyiben nem történik változás, beszéljen a problémáról az osztályfőnökkel. Ha szükséges, kérje az iskolapszichológus segítségét is.

19.9.2. Az iskola lehetőségei

A kortárs bántalmazás megelőzése és kezelése akkor hatékony, ha nem egy-egy pedagógus vív szélmalomharcot az eseményekkel, hanem az egész iskolát felölelő program működik az intézményben. Nagyon sok igen részletes, az iskolai élet minden területét érintő program létezik, azonban Magyarországon egyelőre kevés helyen működnek ilyenek.

Ennek hiányában érdemes egymásra odafigyelő, együttérző, a kölcsönös együttműködésre épülő osztályközösségeket kialakítani. A kulcsszó itt is a felnőtt által mutatott példa az odafigyelésben, a tolerenciában, a konfliktuskezelésben.

Csapatépítő játékokkal, drámajátékokkal el lehet mélyíteni a gyermekek saját magukra és a másikra való odafigyelését, valamint új megoldási módokat, szociális készségeket sajátíthatnak el ezek során.

A nem versengésen, hanem együttműködésen alapuló tanulási módszerek során a gyermekek szintén megtapasztalják a közös munka hasznát és örömet.

A bántalmazás megelőzése és kezelése egy nagyon egyszerű dologgal is véghez vihető: a pedagógus jelenlétével. A folyosók és az iskolaudvaron biztosított tanári ügyelet és az osztályfőnökök szünetekben, az osztályteremben történő gyakori megjelenése csökkenti a bántalmazási lehetőségek számát és biztonságot ad.

Bántalmazás esetén mindig reagáljon, sose hagyja szó nélkül az eseményeket! Még akkor is, ha „csak” elsős vagy másodikos diákok nevetik ki valamelyik osztálytársukat, mert ismét nem tudta a jó választ. Az elérni kívánt viselkedésre való nevelés ebben az esetben is fiatalkorban kezdődik.

Érdemes időt szánni az események felderítésére és kezelésére is, ezzel is erősítve a résztvevőkben az odafigyelés érzését.

A kortárs bántalmazás kialakulásához csoport kell, felszámolásához sem elég egyetlen ember, együttműködés, közös fellépés szükséges:

„Vagy, vagyok, vagyunk a szentség.
Külön-külön nincsen mentség.”

(Szilágyi Domokos)

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

1. Buda Mariann: Iskolai erőszak, iskolai zaklatás, in: Fordulópont 41.
2. <http://www.cfchildren.org>
3. Barbara Coloroso: Zaklatók, áldozatok, szemlélők: az iskolai erőszak. Harmati Kiadói Alapítvány, 2014
4. Elliott Aronson: A társas lény. KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó Kft., 2001.
5. Elliot Aronson: Columbine után. Ab Ovo Kiadói Kft., 2009.
6. Margitics Ferenc et al: A szülői bánásmód hatása az iskolai erőszakkal kapcsolatban előforduló magatartásmintákra, in: Magyar Pedagógia 110. évf. 3. sz. 2010.
7. <http://www.tabby.eu>
8. United Nations Children's Fund (UNICEF), National Institute of Population & Social Security Research, Child Well-Being in Rich Countries Comparing Japan, December 2013, 26.
9. William E. Copeland et al: Childhood bullying involvement predicts low-grade systemic inflammation into adulthood, PNAS May 27, 2014 vol. 111 No. 217570-75

▲ VISSZA A TARTALOMJEGYZÉKRE ▲

▲ VISSZA A FEJEZETCÍMHEZ ▲

ESZTÉTIKAI NEVELÉS ÉS AZ EGÉSZSÉGES SZEMÉLYISÉG

20. TESTÜNK, LELKÜNK, MŰVÉSZETÜNK



SZÉKELY CSILLA IMOLA

SZÉKELY CSILLA IMOLA lelkipásztor, pasztorálpszichológus. Teológiai tanulmányait a Kolozsvári Protestáns Teológiai Intézetben végezte 2001-ben. Tizenkét éve a Maros megyei Oláhdellő gyülekezetének lelkipásztorá. Debreceni pasztorálpszichológiai képzése során talált rá a zenével segített mentálhigiénére mint téma. Ezen a területen végzett kutatást a Liszt Ferenc Zeneakadémia kecskeméti Kodály Intézetében, és tart interaktív zenés foglalkozásokat, előadásokat különböző csoportoknak. Vallja, hogy a legjobb stratégia az igazán nagy problémák megelőzése – lelkünk harmóniájának keresése, erőforrásaink kimerítése, önmagunk megértése, megismerése által. Pedagógusként is a kapcsolatok erősítését, a célok tudatosítását szorgalmazza, miközben az emberi lelket tartja a legfőbb értéknek. Az Ige is, a zene is a léleknek szól, és mindenkitől isteni ajándék.

20.1. BEVEZETŐ

20.2. ALAPVETÉS, ELHELYEZÉS TUDOMÁNYTERÜLETEKEN

20.3. CÉLOK, CÉLCSOPORT

20.4. A KÉPESSÉGFEJLESZTÉS TERÜLETEI

20.5. ESZKÖZÖK, FELTÉTELEK

20.6. INSPIRÁCIÓS FORRÁS: FOGLALKOZÁSOK LEÍRÁSAI, ÖTLETTÁR

20.6.1. ZENEFEJTÉS

20.6.2. ZENÉHEZ KÉPET – ZENE A KÉPEN

20.6.3. ZENEI STAFÉTA

20.7. ÖSSZEFoglalás

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

20.1. BEVEZETŐ

„A zene hidat ver a szellem és az érzékek világa között, bűntelen extázist vált ki, dogma nélküli hitet hordoz, hódolatteljes szerelmet, magáról az emberről szól, aki otthon érzi magát a természetben, a végzetlenben”.

(Yehudi Menuhin)

ELETÜNK NAGY KIHÍVÁSA, hogy a legkülönbözőbb kellemes és kínos körülmények között, azok ellenére hitelesek legyünk. Hogy ne a menekülés útját válasszuk, ne a könnyebbet, hanem az áldottat. Ez jelenti nem csupán

az ünnepinek, a felemelőnek, de a nehéznek és fájónak a megélését is. Önmagunk átadását a világtörténelem egyedi eseményének: saját történetünknek. Átélni, végigfájni az életet, átvenni az élményeket, nem rejtőzni szavakba, helyükre tenni az indulatokat. Úgy közölni, ahogyan a dallamok. Ahogyan az agóniánál, gyásznál fájnak a hangok a zénének, és nem tud megállni, csakis a folyó időben létezik, miképpen az élet. Elbírni a nyers jelent spirituális utazást jelent, hogy valóságos élet legyen az élet.

Úgy élni, hogy közben tudjuk, életünk minden pillanata maga a teljesség, amiképpen a zene hangjai is egyenként azok. A ritmus, a hangok, a hangsínek, a dallam spirituális élmény, felerősít a lélek érzékenységét, kivetíti az érzelmeket, megszólaltatja a láthatatlant.

Az örökség, a megtartásra való bizalomajándék a lélek, az élet lélekményt, a közeg a zene. Kölcsönhatásban vannak. Ahol nincs szöveg, ott nem gondolatszintű a kommunikáció, a figyelemnek koncentrált formájában az érzelmek párbeszéde zajlik. Egy új viszony, kizökkentés a megszokott figyelésből, gesztusokra, ritmusra hangolódás. Egyszóval egyensúly, egész-lét, jelen-lét, igazság. Egészség. Keressük kívül és belül, és mint-ha hiányozna valami, noha az egyensúlyhoz semmi sem hiányzik, minden az adagolástól függ, az egyensúly azon múlik, hogy jól szortírozunk-e. Keressük, és a nagy keresésben egyszerre ránk talál.

Ki tanít meg minket arra, hogyan leljük meg lelkünk derűjét? A túl sok és túl kevés dilemmájában ki mondja meg, mi az elég? Ki tanít meg a felegyenesítő vezeklésre? Ki vezet el a forráshoz? Hol az út, amely a szabadságra és örökre vezet? Ki nyitja meg nekünk a kulcsra zárt feltámadást?

Ima és zene – lelkünk felemelkedésének szárnyai, nem földiek, nem szavak, nem

hangok, noha szavakkal, hangokkal nyernek létet, formát. Vigasztalások, panaszok, hálaadások, ihletek, átlényegülések, a lélek érzékenyítése. Szent pillanatok.

Nem könnyű út és nem végervényes harc a harmóniavágyunk kiegyenlítése, noha teremtetségünkkel együtt hoztuk magunkkal, amíg itt vagyunk a földön, csak keres-sük, és ebbe a keresésbe lassan beleőszülünk. Egyensúlyban lenni, egészségesnek lenni nem a küzdelmek elkerülését, nem problémamentességet jelent, hanem azt, hogy éppen annyira haragszom önmagamra, hogy még meg tudok bocsátani, hogy éppen akkora az önbecsülésem, amennyi az önkritikám, önvádam. Harmóniában vagyok magammal. Nem tudok minden, de hiszek, vágyakkal éllek, de ezek hajtanak, és nem béklyóznak. Az áldások és hiányok között formálódom azzá, akit vé válnom kell. Hiszen egész történetem jellempróba. Az is, amikor kevés jut nekem, az is, amikor sok, a hatalom, a birtoklás, a szükség, a hiány ugyancsak jellem-próba. Tükör.

Pótcelekvéseinben elvezítjük önmagunkat és kapcsolatainkat. Testünk és lelkünk egymásnak élettársa, forrása, és életünk egyfelől kapcsolataink története. minden szó, minden találkozás értelmezhető a kapcsolatok történeteként társainkkal, magunkkal és Teremtőnkkel. A zenét is Tőle kaptuk, hogy lelkünk ráncai kisimuljanak, harmóniába rendeződjenek, a földihez keverjünk valami égit, szárnyakat bontót, egy alternatív, nyelven túli nyelvet, amelyet mindenki egyformán ért, amely szimbolikájában hordoz üzenetet. Érzelemközvetítő élmény, amely helyzetbe hoz, közösséget formál, elvarázsol, átváltoztat, megmozgat. A zene spirituális tér, amelyben test, lélek, művészet eggyé öölkezik.

20.2. ALAPVETÉS, ELHELYEZÉS TUDOMÁNYTERÜLETEKEN

A zenebefogadás komplex folyamat, zenét éppen úgy feltételez, mint képzeletet, lelkiséget. Hatása is komplex, többrétegű. Nemcsak fülünkkel, de lelkünkkel is párbeszédben áll, befogadásához csendesség, teljes figyelem, meghitt léggör, osztatlan jelenlét szükséges. Szavak nélkül. Hiszen ez a legnehezebb, a szavakba öntés, amennyiben a zene nyelven túli nyelv. Szavakra nincs is szükség, viszont annál inkább szükséges a lélek magárafigyelése.

Zenés estéken, interaktív zenés foglalkozásokon engedjük, hogy a zene helyzetbe hozzon, felébressze alvó képzeletünket, aszszociációkat keltsen bennünk. Játékszerűek, de többek, mint játék, ugyanis minden reakciót leplez minket. Körvonalazódhatnak gátjaink, félelmeink, vagy éppen nyitottságunk az újra, ismeretlenre.

Olykor megfigyelési szempontokkal, előre feltett kérdésekkel hallgatunk zenét – ilyenkor a zenepedagógia határánál járunk, viszont a zenés foglalkozások mégsem zenepedagógiai tevékenységek. Olykor szándékosan keltenek érzelmeket a közösen hallgatott zenék. Olykor a megnyilatkozók lelki rezdülései előtt próbál tükrőr lenni a zene – ilyenkor zeneterápia-közeliiek a játékok, mégsem tagolhatók be a zeneterápia körébe, a jelenlevők ugyanis nem betegek, nincs bennük fogyatékosság, sem viselkedésbeli probléma vagy testi-lelki sérülés, és diagnózis sincs. Ehelyett harmóniakeresés, önreflexió a jelző, a foglalkozás pedig személyiségfejlesztés útjait kereső közösségi együttlét. Együtt, mert egymást tükrözük, és mert csak egymással kölcsönhatásban vagyunk jellemezhetők. *Kapcsolataink van-*

nak a figyelem középpontjában, mert kapcsolatainkban élünk. minden a kapcsolatról szól. Ebben a viszonyrendszerben keresők segítőkként a személyes lelki harmónia megtalálásának eszközeit, amely folyamaton a zene nem a megoldást jelenti, hanem a közeget, a közösségi zenés együttlétében a zene a szervező elem, oldószer a feszültségekhez, játékokhoz az alaphelyzet, beszéd, amely nem emberi.

Zenével asszociálni terápiás hatású interaktív személyiségfejlesztés, amely nem zenepedagógia és nem terápia, viszont a kető határán egyensúlyoz a lelki egészségmegőrzés, a mentálhigiéné érdekében.

A változatos ritmusú-stílusú minőségi zene inspiratív, a feladatok nyitottak és nem kötelező érvényűek, a közösség bizalmi alapú, személyes határaink pedig saját képzeletünk.

20.3. CÉLOK, CÉLCSOPORT

A célok általánosak addig a pillanatig, amikor a résztvevők önként megnyilatkoznak, és személyes érzelmeiket megfogalmazzák. Az általános személyiségfejlesztésen túl konkrétabb célok is körvonalazódnak, amint a csapat fogokzatosan csoporttá lényegül, amely folyamatnak ugyancsak segítője lehet a zene. A nyitás lépései saját elakadásaiak tudatosítása, megnevezése, a megoldás útjainak keresése biztonságos, megtartó közegben, egymás megerősítése, pozitív tükrözése, az érzelmekre hangolódás, örömszerzés, önreflexió, önmegértés, együtt alkotás, feszültségoldás, kapcsolatteremtés. Ebben a törekvésünkben nagyon fontos tudnunk a segítés lehetőségeit és korlátait, a kompetenciahatárokat.

Ez a misszióm, a lelkiség közvetítése, hangsúlyossá tétele, belopása a hétköznapokba,

a lelkek felemelése, amelyhez segítségül hívom a zenét, a fotóművészettel, az irodalmat, a tánc- és mozgásművészettel (20.1. ábra).

Ezek által a jobb és a bal agyfélteke harmonikus fejlesztése, inspiratív helyzetbe hozás, közösségi játékos tevékenység, feloldódás, örömteli élményszerzés, lelki utazás ritmusban, dallamban, szépirodalomban, népi kultúrákban, esztétikai érték közvetítés a cél. Az érzékek világának kapuit tárom fel. Különös séta ez, amelyre nem lábbal, hanem füllel és lélekkel indulunk.

Célon olyan játékos esztétikai-zenei tevékenységek beépítése a minden napokba, melyek segítik a személyiség kibontakozását, fejlesztik az alkotó gondolkodást, a mozgásos kifejezőképességet, az esztétikai érzéket, a fantáziát, ugyanakkor kedélyállapotot javítanak, hangulatot, feszültségeket oldanak, közösséget formálnak, és tartalmasan kitöltenek egy-egy estét.



20.1. ábra Alkotunk. Élő szobrot, képzeletbeli történetet, egészen személyes mesét, festményt, mozgássor által koreográfát

Alkotunk. Élő szobrot, képzeletbeli történetet, egészen személyes mesét, festményt, mozgássor által koreográfiát. Csoportjaim tagjai normál felnőttek, fiatalok, a legkülönbözőbb háttérű emberek, akikre azonban egyként jellemző az újra, a játékra, az elvonatkoztatásra való nyitottság, befogadó és alkotókészség.

A cél a változás, az a picike elmozdulás, amely értelmet ad annak, hogy felkelt felettesünk egy újabb nap, amelyben egy gondolatnyi lépést tettünk önmagunk felé, afelé, aki vé lennünk kell. Ez minden terápia célja. Ma többnek lenni, mint tegnap voltunk.

20.4. A KÉPESSÉGFEJLESZTÉS TERÜLETEI

Az interaktív zenés foglalkozások, játékok alternatív utakat keresnek a problémák között élő, de még kiegyensúlyozott lelkiségű fiatalok, felnőttek, a művész szépre érzékeny lelkek számára. Kulcsszavaink: képességfejlesztés, közösséggformálás, a szép keresése hangzással, dallamban, látványban, az esztétikai érzék finomítása, a fantázia felszabadítása, a tudatos testi-lelki-szellemi lazítás, a belső harmónia keresése, megőrzése legfőbb isteni kincsünk, a lelkünk épisége érdekében. A zene testmozgással való megjelenítése mint koreográfia – a hangok és a képi forma is kommunikáció. Keressük az elvonatkoztatás útjait a megszokottól, hétköznapitól, ünnepi pillanatokat teremtve, melyekben lényünk egésze a közlő és befogadó, az ajándékozó és megajándékozott.

KOKAS KLÁRA alternatívnak számító zenés foglakozásain a gyerekek mozgásos közlései, átváltozó táncai a legbelőbb rezdülések, a még érdeklődéses gyermeki lélek legőszintebb megnyilatkozásai. Zene és mozgás összetartoznak. KOKAS KLÁRA olvas a mozgulatokból, ő a szavak elé igyekszik, a gyerek

mozgásában a lélekre figyel, arra, ami a zene hatására mozgásközlése révén a gyerek egyéniségeből megnyilatkozik.

„Mivel tanításomban nem a tananyagra, hanem a gyerekekre figyelek, felfedeztem, hogy más az arcuk, tekintetük, ha betanított mozdulatokat próbálnak és más, amikor a maguk szabad akarat-hullámain élnek. Önkifejezésüket akadályozza, ha memóriájukra kell támaszkodniuk. Ha a tanulásra koncentrálnak, elzárják szabad ösvényeket, és csak a megadott korlátok között járnak. Ha ezeket megszokják, akkor önkifejezsük ösvényeit később sem találják meg, nem is keresik, még kifejlett hangszeres, énekes vagy mozgási képességük birtokában sem.”

„Céлом a gyerekek zenei élményének mozgáshoz kapcsolása. Sajátos helyzetükből fakadó, igen merev mozgásuk felszabadításán dolgozom, minden, számomra elérhető módon. Képzeletet, mozdulatot és zenét együttes élménnyé segítek.” – vallja KOKAS.

Az evangéliumi gyermekséget PILINSZKY is felidézi: „gyermeknek lenni annyi, mint bízni az életben. Másodszor azt jelenti, hogy nyitottan kell élnünk. Nincs kitől és nincs miért félnünk. Rettenetes, hogy ezt gyermekkörünkben mindenannyian tudjuk, s később szinte kivétel nélkül elfelejtjük... Felnőtteknek nevezük a zárat, amellyel elzárjuk magunkat a világ, s a többi ember elől – s talán Isten elől is?”

Interaktív asszociációs együttléteken keressük a zárhoz a kulcsot. Mindenkinek van esélye helyzetbe kerülni ahoz, hogy tapasztalhasson, másként érzékelje a körrülvevő világot, annak hangjait, ingereit és saját lélek-rezdwéseiit. Sok eszköze lehet ennek a másként látásnak – a zenés estéken ez az eszköz a zene, az irodalom, a fotóművészeti, a mozgás és művészetterápiák.

20.5. ESZKÖZÖK, FELTÉTELEK

Az akusztikusan megfelelő hangulatos és külső hangok beszűrődésétől védeott belső tér az egyik legfontosabb feltétele a zenés foglalkozásoknak, ahol a résztvevők kényelmesen elhelyezkedhetnek. Másfelől a minőségi zenéhez szükséges hangberendezés az alapja a kedvező hatás elérésének, amelyhez természetesen hozzátarozik a jól megválasztott, változatos stílusú és ritmusú zenei repertoár, illetve élő zene. A további kellékek a választott zenés foglalkozás függvényei, irodalmi szövegek, különböző fotógrafiák, laptop, vetítő, játékötletek és a megvalósításukhoz szükséges kellékek.

20.6. INSPIRÁCIÓS FORRÁS: FOGLALKOZÁSOK LEÍRÁSI, ÖTLETTÁR

A zenés foglalkozásokat, asszociációs zenés esteket az interaktivitás, felszabadító, fantáziamegmozgató játékosság, stresszoldás, élményszerűség, esztétikai élményszerzés jegyében állítottam össze. Ennek megfelelően észrevéltelenül és spontán módon közösséggformáló, együttalkotást, odafigyelést, kreativitást feltételező együttlétek keretében formálódott, csíszolódott a résztvevők zenei-irodalmi esztétikai érzéke, miközben az estét és lelkünket megzenesítettük. Asszociáció alapuló zenés játékaink közül bemutatok hármat, amelyeket bárki könnyen megvalósíthat, amelyekhez hasonlókat bárki szabadon felfedezhet, amelyek megvalósításához nincs szükség előképzettségre, csupán a zene iránti fogékonytágra, zenei szépérzékre, kíváncsiságra, nyitottságra. És természetesen néhány jól kiválasztott zenedarabra, amelyhez példaként ajánlást is csatolok.

20.6.1. Zenefejtés

A zene érzelemközvetítő hatású. Ennek az állításnak az igazságát keressük, próbáljuk saját élményünket bebizonítani. Célunk a zenehallgatás tudatossá tétele, saját élményeinknek, benyomásainknak megfogalmazása, a zene stílusának, hangnemének, dallamvezetésének, üzenetének megfejtése, a képzőerő serkentése, a zene történetté formálása, éléményszerűség.

Ismertetlen nyelven énekelt, érzelemközvetítő hatású dalt hallgatunk közösen. Előzetesen szempontot adunk: a zenehallgatás után a résztvevők a zene által közölt érzelmekre figyelve próbálják megfejteni a dal szöveget. Legjobb, ha zenehallgatás alatt néhány szóban lejegyzik ötleteiket, benyomásaiat.

Mután mindenki szabad döntése szerint elmondta, amit akart, felfedjük a szöveg eredeti tartalmát. Ha címszavakat kértünk, lehet címszavakkal kezdeni, azután jöhét a történet hosszabb bemutatása.

Zeneajánlás

The Chieftains, illetve Goran Bregovic:
An Innis Aigh

A szöveg rövid tartalma: Egy nő a boldogság szigetére gondol, annak szépségeit, nyugalmát emlegeti, a zöld sziget legfehérebb homokját. Bár sok vihar megtépázta, ez szívénk legkedvesebb helye. A hely, ahol korábban érkezik a nyár és a fák hamarabb virágba borulnak – a Boldog Sziget édes hangjait idézi. Bár sokszor messzire van tőle, az emlék forrósága nem hűl benne, és ez az emlékezés mindig visszavonzza őt a Boldog Szigetre. Azt szeretné, ha a végső nyugalma olyan békés lenne, amilyen békesség tölti el, amikor fejét a Boldog Szigetre hajtja.

20.6.2. Zenéhez képet – zene a képen

Többnyire fehér-fekete, és néhány színes fotográfia választék tematikájú halmaza áll kiterítve az asztalon vagy földön a résztvevők előtt. A résztvevők körben ülnek székeken, kényelmesen (ha alkalmas, lehet a földön is). Zenét hallgatunk, amelynek ki-vétülése, hangulata összetalálkozik a fényképek hangulatával. mindenki szabadon értelmezhet, asszociálhat, ehhez képest választ a hallott zenéhez fotót, a fotón helyet, hangulatot, megállított pillanatot. Egyelőre szemmel. Hangzás és látvány társítása a feladat. A zene is, a képek is inspirálók, szavak nélküli narratívák, gazdagok, egyszerűek, igazak. Nem törekednek hatásvadászatra, ezért letisztultak, lelket megszólítók. Éppen azokat az élményeket, érzelmeket kívánják kihangozni, amelyek a hallgatók, képnézegetők gondolatait kitöltik, így egyfajta tükrrei is a résztvevők belső világának. A foglalkozás beszélgetéssel folytatódik, az élmények feltárásával, a választásról szóló önvalommással. Bizalmas léggörben bizalmasan, a vallomáshoz hozzárendelve valamilyen régi emléket, saját történetet, félelmet, gondolatot, vagy egyszerűen csak néhány szót arról, amit a kép üzen. Arról, ami hiányzott a képről, ami másképpen volt a zenében és a zene által beindított képzeletben.

Célunk a képzettársítás – zene és vizualitás, vizualitás és verbalitás. Zenebefogadás, zenére való figyelés fejlesztése, érzések, érzelmek, gondolatok megfogalmazása képválasztás által. Zene és kép találkozása benünk, zenehallgató képnézegetőkben, esetleg a zene történetté formálása, a pillanat kibővítése, fantáziájáték, vizuális és auditív ingerek összekapcsolása, ábrázolt kommunikáció, önismeret-fejlesztés.

Ha az idő engedi, a résztvevők történetet találhatnak ki a képre és zenére. Változat: a játékvezető elindítja a történetet, és mindenki, saját választott képével kapcsolatos fordulatot fűz hozzá a hömpölygő meséhez.

Megjegyzés: lehetőleg egy alkalommal csak egy zenével játszzuk ezt a foglalkozást. minden alkalommal legyen lehetőség az élmenyek azonnali verbalizálására, hogy az élmények, benyomások ne törlődjenek egy következő foglalkozás hatására.

Zeneajánlás

- Jan A. P. Kaczmarek: Unfaithful – At Home
- J. S. Bach: Orchestral Suite No. 2 – Badinerie
- Gabriel Fauré: De Romantische Cello – Elégie
- Frederic Chopin: Nocturne No. 1 – in B flat minor OP 9.
- M. P. Muszorgszkij: Egy kiállítás képei No. 6 - Samuel Goldenberg és Schmuyle
- Gabriel Faure: Berceuse for Piano 4 Hands or Orchestra – Dolly Suite
- C. Saint-Saens: Dance Macabre – Op. 40.
- Ástor Piazzolla: Milonga del Angel (gitár)

20.6.3. Zenei staféta

Zenére és mozgásra építő asszociációs tevékenység, amelyben a zenei közlést mozdulattal jelenítik meg a résztvevők. Staféta-szerű, azaz a táncosok egymásnak adják át a helyüket – a megkezdett táncot újabb és újabb belépő folytatja. A módszer több szinten fejleszt készségeket-képességeket: koncentrációt, mozgáskultúrát, koordinációt, emlékezetet, fantáziát, mozgásos kifejező-képességet, testbeszédet. Együtt alkotunk,

egy zenei darab koreográfiáját teremtjük meg közösen, tükrözük egymást, miközben észrevétlénül táncosokká válunk. Egy-másnak és magunknak esztétikai élményt nyújtunk.

A zenés tevékenység alatt, az egymásra való fokozott figyelésben csoporttá formálódunk, amint egymás mozdulatait mint gyöngsort, egyre hosszabbra fűzzük, újraalkotjuk, újabb mozdulatfigurákat adva hozzá a már meglevőkhöz. Asszociáció ez is – a zenét és a testet összehangoló, találékonyságot, kreativitást serkentő komplex feladat, projekció, egymásra figyelés. Kulcsszerepet kap az improvizáció, a rögtönző kifejezmód, az önkifejezés imaginációval, amely valójában énközlés.

A zenedarabot előzetesen végighallgatjuk, miközben a résztvevők egy-egy táncmotívumra gondolnak, melyet a zene indít el bennük. Másodszori zenehallgatás alatt a résztvevők egyenként, láncszerűen bemutatják saját mozdulatukat: az első bemutatja a saját mozdulatát és helyet foglal. Azonnal indul a második széken ülő és megismétli az első táncos mozdulatát, majd hozzáteszi a magaét, végül helyet foglal. A harmadik táncos már két mozdulatot ismétel meg, csak azután teszi hozzá az újat. A mozdulatot stafétászerűen adják egymásnak a résztvevők, miközben folyamatosan hangzik a zene. Nem baj, ha ketten hasonló figurára gondoltak. Egy táncban ugyanis gyakran ismétlődnek a lépések, forgások.

A résztvevők tánc során rádöbbennek, hogy ugyanazt a mozdulatsort, ugyanazokat a figurákat mindenki egészen mássá, egyénivel lényegítő saját testi adottságai szerint. A mozdulatok segíthetik a zene mélyebb átéprését. A zene testet ölt. Ez a tevékenység közösségi jellegű alkotó folyamat, amelyben mindenki a maga sajátos gesztusát teszi

hozzá a tánchoz, miközben akaratlanul derül fény nyitottságára vagy visszafogottságára, testének merevségére vagy hajlékonyságára, fantáziájának gazdagságára vagy szegénységére, gátlásokra és hajlamokra. Érzéseket, hangulatokat vetítenek ki mozgásukkal a résztvevők. Félélnkséget, kíváncsiságot, különböző érzelmeket. Van, aki lelkesedve, áhitattal libben, van, aki félénken fordul – fokozatosan finomulnak a mozdulatok egyre ötletesebbéké. Egyfajta szavakat nélkülöző párbeszéd jön létre táncos és zene között, köztünk. Ez már közös játék. Együtt alkotás.

A végeredmény: egy adott zenedarab szabadon, sajátos módon megkomponált koreográfája. Változat: a feladat elején egy-egy tárgyat vagy eszközt kap minden résztvevő, amelyet a tánc során beiktat a koreógrafiába.

Zeneajánlás

- Madredeus: Andorinha da Primavera
- Memorias Musicales Columbianas V.: Orquesta Filarmonica de Bogotá – La Gata Golosa: Pasillo

20.7. ÖSSZEFoglalás

A történet egy hanggal kezdődött. Egy hang a semmiben. Az Istené. Hallásunknak és hallgatásunknak, az emberi-zenei hangoknak csakis ennek függvényében van létjogosultságuk. Zenére való érzékenységünket, a lelkiséget, szép iránti igényünket is tőle kaptuk. Hogy elnevessük, ölébe sírjuk érzelmeinket, szavak nélküli imáinkat zene, kép, spontán mozgás, játék által. Tanuljuk a gyermekszéget, a bizalmat, a befogadást élménypedagógiai

elemekkel. Maga a művészetterápiás foglalkozások megalkotása is élmény, örööm, elragadtatás. Az örömszerzők öröme ez.

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

1. Bregovic, Goran: An Innish Aigh – eredeti kelta és angol nyelvű szövege. Online: http://www.muzikum.eu/en/127-10798-126505/ishbel_macaskill/an_innis_aigh-english_translation.html
2. Deszpot Gabriella–Vass Éva: Multidisciplináris kutatási lehetőségek a Kokasmódszer vizsgálatára. In: Parlando zene-pedagógiai folyóirat 2015/1. http://www.parlando.hu/2015/2015-1/Deszpot_Vass_KokasKutatasok.pdf
3. Hafner Zoltán (szerk.): Pilinszky János összegyűjtött művei: Tanulmányok, eszékkék, cikkek. Századvég Kiadó, Budapest, 1993. I. kötet
4. Kokas Klára: A zene felemeli a kezeimet. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1992.
5. Kokas Klára: Öröm, bűvös égi szikra. Akkord zenei kiadó Budapest, 1998.
6. Kokas Klára–Lájer Józsefné–Furka Bea–Kocsis Melinda (szerk.): Öröm, bűvös égi szikra. Multimédiás DVD-rom tanításaimról. Szerzői kiadás, Budapest, 2007.
7. Székely Csilla Imola: Új utak a zene megközelítéséhez – zenés asszociációs estek. Babes-Bolyai Tudományegyetem, Kolozsvár. Zenepedagógiai MA záróvizsga dolgozat, 2013.

A kutatás a TÁMOP 4.2.4.A/1-11-1-2012-0001 azonosító számú Nemzeti Kiválóság Program – Hazai hallgatói, illetve kutatói személyi támogatást biztosító rendszer kidolgozása és működtetése konvergenciaprogram című kiemelt projekt keretében zajlott. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.

21. A MESÉK HATÁSAI AZ ÓVODÁBAN



PÁSZTOR ÁGNES

Az óvodapedagógus hivatást 1984-ben kezdtem el tanulni, és gyakorlni. A Bem József Óvónői Szakközépiskola után a Budapesti Tanítóképző Főiskola Óvodapedagógus szakán folytattam tanulmányaimat. 1989 óta dolgozom Budapesten, az albertfalvai Bükköny Óvodában. 2011-ben gyakorlatvezető mentorként szakvizsgáltam az ELTE Tanító és Óvodapedagógus karán. 2013-tól intézményünk Érem utcai tagóvodájában látok el vezetőhelyettesi feladatokat is. Jelenleg az ELTE Neveléstudományi szakának mesterképzésére járok. 2014-ben szocioemocionális pedagógiai terápiát tanultam szakmai példaképemtől, dr. Góbel Orsolyától. A neveléstudománynak minden ága érdekel, folyamatosan keresem azokat a módszereket, amelyekkel a rám bízott gyerekek életét boldogabbá tehetem, és a bennük lévő kincseket felszínre hozhatom.

21.1. BEVEZETŐ

21.2. JÁTÉK ÉS MESE

21.3. MESESZÖNYEG

21.3.1. MESEPIRULÁK

21.3.2. ÉN IS HISZEK A MESÉBEN

21.4. A HIT PRÓBÁJA

21.5. A HALACSKA, AKINEK FÉLELEM REZEG A FEJÉBEN

21.6. A VÁREPÍTŐ MEG A FORRÁSFAKASZTÓ TÜNDÉR

21.7. A SOKARCÚ HÓS

21.8. ZÁRÓ GONDOLATOK

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

21.1. BEVEZETŐ

„Hagyjatok szaladni még,
Tündérekbe hinni.
Fehér csészéből szelíden
Fehér tejet inni.”

(Kosztolányi Dezső)

NAGYON SZERETEM a hivatásomat. Óvónőnek lenni igen nehéz, de lelket gyönyörködtető feladat. Reggelente, amikor belépek a csoportszobám ajtaján, még minden csendes. A játékpolcon ma is szép rendben sorakoznak az autók, a kiságyban ülő babán még rajta van a ruha, a kosarakban csak néhány hegyét vesztett ceruza árulkodik arról,

hogy tegnap még gyerekkezek markolták. Andris mackó terpeszben ül a polcon. Most pihen. Néhány napja még velem volt Érden, ō is nyaralt. Tegnap a gyerekek körbeadták, és megölelték. mindenki elmesélte, merre járt a nyáron. Ót is meghallgattuk, nem maradt ki a sorból senki. mindenki jutott egy kis idő. Egy nagyon kicsi, mert ennyi volt a gyermeki türelem is, ami ki tudta várni a végét. Aztán elnékeltük a kedvenc dalokat, és elkezdődtek a legfényesebb pillanatai a napnak.

„Ég a gyertya ég, el ne aludjék, aki lángot látni akar mind leguggoljék!” – hangzik el nap mint nap. Megszólal a mese és hirtelen testvére lesz a csönd. A gyerekek elhallgatnak, a szemük beleréved a levegőbe, és messze lát: hol volt, hol nem volt világba. Beindulnak a vetítőgépek, és a monda-taim huszonegyfél világ képeit hívják elő. Az óvodások feje kissé hátrahajlik, szájuk kinyílik. Életre kelnek a szavak…

Óvodánk nevelési feladatai között kiemelt szerepet szánunk az anyanyelvi nevelésnek. minden nap mesélünk a gyerekeknek egy magyar népmesét, amit természetesen nem felolvashatunk, hanem szemeikbe nézve mondunk el. ZILAHÍ JÓZSEFNÉvel együtt valljuk:

„A mese: a valóság és a vágyak közötti híd, amelyet az élőbeszéd fordulataiból építünk fel. Ezen könnyen közlekedik a gyermek gondolkodás és képzelet. Örömförás és társas élmény, amely a játékhöz hasonlóan nagy belső energiákat mozgósít. Éppúgy, mint a játék, nem az egyik óvodai foglalkoztatási lehetőség, hanem az egyetlen szóbeli közlésforma, amelynek segítségével a gyermekkel szót válthatunk mindarról, ami a gyermeket legjobban foglalkoztatja a saját személyét és a világot illetően. A mese jelképeivel az emberi természet belső tájairól és a külső szé-

les világ jelenségeiről ad tükröképet. Amit mesélünk, az minden konkrét és érzéki, mégis térben és időben hatalmasan kitágított.” (Zilahi 1998)

Mesei szóhasználattal élve az óvodában az óvónő a király. Hatalom van a kezében. Hatni tud a gyerekek fejlődésére. Sokféle eszköze van hozzá. Az egyik legfontosabb a mese, amely választ ad a legfontosabb emberi kérdésre: mi a dolgunk, hogyan érhetjük el a céljainkat, miként válasszuk ki a helyes utat, mit tegyünk, ha eltévedünk, hová fordulunk segítségért. Megtanít minket az életjáték szabályaira, és arra, hogyan járhatunk jól az úton.

A meséknak a gyermek lélekre gyakorolt hatásait sokan kutatták. BOLDIZSÁR ILDIKÓ Meseterápia című művében úgy fogalmaz, hogy nincs olyan élethelyzet, aminek ne lenne mesebeli pálya. Ha tehát szeretném a bennük rejő évezredes tudást, és élettápasztalatot a gyerekek számára átadni, és az aktuális életkérdéseikre felelő választ megtalálni, feladatommá válik a mesék alapos tanulmányozása és megismerése.

Pedagógusként minden nevelési helyzetre igaznak érzem, hogy a legnagyobb hatalom mégsem az én kezemben van. Vallójában a koronát nem én viselem, hanem a szülők. Olvasóvá jó szövegértővé, ezáltal a tudást átvenni képes emberré nem elsősorban az óvoda nevel. Az esti mesék pótolhatatlan pillanatai a gyermekkornak. A világ megismerését több irányból is támogatják. A lelki tartalmak gazdagodásán túl a megismerő funkciók fejlődésére is intenzíven hatnak. Segítik a figyelem, az emlékezet, a képzelet, a gondolkodás fejlődését. Gyárapodik szókincs, fejlődnek anyanyelvi készségek. Erősödik a szülő-gyermek kapcsolat, a családi összetartozás érzés, a biztonság élmény. Ugyanezt rajzfilmek nem tudják el-

érni, sőt a televízió előtt felnövő gyerekek legszomorúbb tünete az elmagányosodás.

Több ezerszer volt alkalmam mesét mondanival az óvodásoknak. Jelen írásomban szerelemném bemutatni, hogyan tükröződnek a mesék jótékony hatásai a gyerekek viselkedésében, fejlődésében. Remélem, tapasztalataim megosztásával ösztönözni tudom az édesanyákat és az édesapákat is, hogy nyissák ki a mesekönyveket, és keljenek útra gyermekükkel Meseországba.

21.2. JÁTÉK ÉS MESE

Az óvodások legfejlesztőbb tevékenysége a szabad játék, amelyben mindenféle különböző irányítás, felnőtt elvárásokhoz való alkalmazkodás nélkül tevékenykedhetnek. A játékok szervezésében, tartalmában, az események eljátszásában a gyermekeknek teljes önállóságot engedünk. Képzeletükre bízzuk a játék menetét, a szerepreformálást, a hely és az eszközök kiválasztását. Megteremtjük azokat az alapfeltételeket (idő, tér, eszköz, érzelmi biztonság, inspiráló lékgör), amelyben a gyermekek lehetőséget kapnak arra, hogy az önmaguk által kitalálva, és saját élményeikból táplálkozva megélhessék, és kijátszhassák magukból minden, ami a világból megérintette őket. Szerepjátékaiban minden megtalálható, amire vágynak, amit örömmel újraélnek, vagy amit éppen azért „állítanak színpadra”, mert a játékban lehetőségük van megváltoztatni, újraírni a számukra megrázó, esetleg félelmetes történéseket. „A gyermek a szerepjátékban az élményeit jeleníti meg, érzelmeit, gondolatait belevetíti, projiciálja, a szereplő személyek cselekedeteibe, szavaiba, lejátsza az eseményeket, ahogyan a valóságban megtörténtek, vagy éppen fordítva (pl. szerepek felcserélése), nem egyszer úgy, ahogy vágyai, kívánsá-

gai szerint szerette volna, hogy történjenek. Ábrázolja, és újra áteli azokat az érzelmeket és indulatokat, amelyek az esemény kapcsán újra jelentkeznek benne.” (Kósáné, Járó, Kalmár 1986)

A játék lélekre ható, gyógyító hatásai leginkább ezekben a spontán módon létrejövő helyzetekben, szabad mozgásterben jelennek meg. Ahhoz, hogy ez megvalósulhasson elengedhetetlen az érzelmi biztonságot nyújtó óvodai lékgör, a szeretetteljes, a gyermeki szabadságot tiszteletben tartó pedagógus jelenlété.

Sajnos a mélyebb érzelmi traumák megbetegítő hatásait a szerepjáték csak lassan, és felületesen tudja kompenzálni. „...a játék sajátosságainál fogva hiányoznak a konkret téri-lelki keretek, amik biztosítanak a gyermek számára azt a jól körülhatárolható feldolgozási teret, amiben a felnőttel tükrözöttetni tudná a benne megélt érzéseket. Ennek a tükrözésnek a hiánya egy jóval lassabb gyógyulási folyamatot tesz lehetővé, amiben a gyermek legtöbbször csak szélsőséges érzelmeket mutatva kerül a felnőtt elő, amit a felnőtt 'kénytelen' tűzoltás szerűen kezeli.” (Gőbel 2012)

Munkám során egyre több olyan kisgyermekkel kerülök kapcsolatba, akinek nagy szüksége van az azonnali, de nagyon hatékony segítségre. Folyamatosan keresem azokat a módszereket, amelyeket alkalmazva a pedagógia keretein belül, az óvodai hétköznapokban is lehetőség adódik a gyerek megsegítésére.

21.3. MESESZÖNYEG

Az irodalmi nevelés mesei anyagát elsősorban a magyar népmesék kincsestárából állítottuk össze. A népmesékben rejlő emberformáló erőt felhasználva igyekszünk

megvalósítani anyanyelvi, esztétikai, erkölcsi, közösségi nevelési céljainkat.

Mindennap megteremtjük a feltételeit az óvonői mesemondásnak, amelynek a napirendben „megszentelt” ideje és helye van. A mesélésnek sajátos rituáléja alakult ki minden óvodai csoportunkban. Van, ahol furulyaszó, van, ahol csengetyű hangja, és van ahol a meggyűjtött gyertya felfelobanó fénye jelzi a hétköznapi valóság és a meseország határának átlépését. A rituálé hozzásegíti a gyermeket ahhoz, hogy a külvilágot kizárva figyelmüket a mesélőre, a mesére irányítsák. A szönyegen kört alakítva helyezkedünk el.

„Ósi, archaikus tér a kör, amelynek minden pontja, iránytól függetlenül egyenlő távolságban van a középponttól, attól teszi magát függővé, jelenléte összetartó erőként működik.” GÖBEL ORSOLYA, a szocioemocionális pedagógiai terápia elméleti hátterét és módszertanát leíró könyvében így fogalmazza meg a kör biztonságelményt nyújtó funkcióját:

„A köralkalítás határkijelölés is egyben. Minden egyes gyermek a többiekkel együtt alkot közös határvonalat, ami elválasztja a külvilágótól. A játéktér szönyeg, párna, vagy bárányszőr, határa biztonsággal kijelöli gyermek számára a fizikai tér határait, mintegy segítve őket abban, hogy a határon belül maradva a kör közepe felé irányítsák figyelmüket, energiákat. mindenki egyként, de a kör részeként is biztonságban, védetten, bizalommal lehet a csoportkör egyenrangú és egyenértékű tagja. Megélheti egyediségét és saját hozzájárulását a közösséghöz.” (Göbel 2012)

Amikor a gyermekek szemébe nézve meseünk, sajátos figyelmi tér alakul ki közöttünk, és ebben a figyelmi térben az irodalmi

élmény hatása hatványozottan érvényesülni tud.

A gyermek „mesét hallgató” viselkedésformái – a hátra ejtett fej, kinyíló száj, levegőbe révedő tekintet – jelzik beállítódásukat a mesére, a rendkívülire, a valóságtól távol lévőre, a csodára, amely egy sajátos válaszreakció a mesét mondó óvonő mesei hangjára, megváltozott beszédstílusára, mikával, gesztusokkal sejtelmes hanghordozással megjelenített mesei képeire.

A mesére való beállítódás egyben egy másik tudatszintre való megérkezést is jelent. A helyzetet a gyerekek kétféle tudat-élménnyel élik át, (szimultán kettős tudat), mely az 5-6 évesek sajátja. A 3-4 éves gyerekeknek még a vilagról alkotott tapasztalatai csekélyebbek, a valós világ lehetőségeinek határai elmosódottabbak, így a lehetséges és a lehetetlen megkülönböztetésére is még kevésbé képesek.

A gyerekek hisznek a mesékben, ennek lélektani magyarázata SARTRE szerint az „elvarázsol” tudat, amelyben „*a vágyteljesítés dinamikája a kettős tudatot az irreális felé billenti el*” (Mérei, Binét 1970).

A gyermeki vágyakat a mesék teljesítik. A világot örömtelibbé, színesebbé, vonzóbá, varázsolják. Ezért szeretik hallgatni, átélni a csodákkal átszórt történeteket.

A mesék birodalmába a képzelet száryain repülnek el a gyerekek. A képzeleti tevékenység során a tapasztalati élményképek, emlékek előhívása és átrendezése segítségével alakítják ki tudatukban a mese történetének képeit. Azért, hogy ez a belső képteremtő folyamat kialakulhasson, a mesemondást nem kötjük össze képi szemléltetéssel. Engedjük, hogy a gyerekek megteremtsék saját képeiket, egyedi „mesefilmjeiket”.

CARLGREN szerint a képzelet olyan erő, amely „*Idomul a meglévő valósághoz,*

de terveket sző azok megváltoztatására” (Carlgren 1992). Élteti a gyermekben annak a reményét, hogy a világ eseményei vágyi, kívánságai szerint alakulhatnak.

„Erő, amely előhívja az egyén öngyógyító mechanizmusait, támogatja, megerősíti azokat, segítséget ad a nehézségek átértékeléséhez, átkeretezéséhez, új perspektívába állításához, erősíti a pszichés immunrendszerét.” (Lázár 2003)

A képzelet erejének munkába állítása segítségével a mesék gyógyítani képesek. A mesékben lévő gyógyhatásokat a meseterápiában már számos kutató és terapeuta felhasználja. „*A meseterápia (gör. therapeia: segítség, kísérés, gyógyítás, fejlesztés) a művészetterápia módszerei közül a biblioterápiához áll legközelebb, de nem azonos vele.*” (Boldizsár 2011)

21.3.1. Mesepirulák

Az emberiség történetében az ókortól napjainkig számos elképzelés élt arról, hogyan, milyen módon adhatóak át a következő nemzedéknak az élethez, a boldoguláshoz nélkülözhetetlen ismeretek. A természeti, társadalmi környezet változásai folyamatos alkalmazkodásra kényszerítették az embert. minden kor kialakította a saját társadalom, és embereszményét, s ez által kijelölte a nevelés, oktatás célját. Azok az ismeretek váltak átadandóvá, továbbörökítendővé, ezáltal értékké, amelyek hozzásegítették az egyes korok embereit e célok eléréséhez.

A mai korból visszatekintve számos jelenséget, gondolkodásmódot vethetünk el, kritikus szemmel kérdőjelezhetjük meg a korabeli emberek gondolkodását, de ezek az ítéletek csupán szubjektív viszonyulások,

egy általunk nem ismert, tapasztalataink-tól távol eső világhoz. Az archaikus törzsi közösségek mágiával és ritusokkal átszűrt életében, ahol az ember az istenek szolgálatát tartotta legfontosabb kötelességének, a transzcendens világban való tájékozódás, az azzal való kapcsolat létrehozása, és fenntartása fogalmazódott meg célként. Ez jelenősen eltér a 21. században elterjedni látszó vágyképtől, amely elsősorban a világhálón való tájékozódástól, a közösségi portálon kon való kapcsolatok létrehozásától, várja az élethez való tudás megszerzését.

Az egyes korok megalkották a saját áthagyományozási módszereiket a tánctól a zenén keresztül a tankönyvekig. Évezredekkel ezelőtt, az emberi tudás átadásának és átörökítésének a mesék voltak a legfőbb eszközei. A mese apáról fiúra, szájról szájra terjedt, és mindig jelentős üzenetet hordozott. Az emberi élet alapkérdéseiről, az egyes életszakaszokban rejlő megpróbáltatásokról, a felnőtt társadalomba való beilleszkedéshez szükséges ismeretekről adták át a legfontosabb tapasztalatokat a következő nemzedéknak. „... a felnőtt életnek is megvoltak a különböző sorsfordulói, amelyekhez a mesélő minden tudta a megfelelő történetet, legyen az házasság vagy elválás, gyermekáldás, vagy halál, betegség, veszteség, vagy gyász. A mesemondás, mint műfaj hanyatlása akkor kezdődött, amikor a civilizáció fejlődése során kialakultak a városi kultúrák, melyekben az ember kiszakadt természetes közigéből.” (Pressing 2009)

A falu közösségi tereiben még összegyűlő emberek a városban már sem az idejét, sem a helyét nem tudták megteremteni a ráérős történetmondásnak. A mese egyre inkább kiszorult a nagyközösség életéből, és a családban talált helyet magának, és csupán gyermeket szórakoztatására, okítására korlátozódott. Alapfunkciója így valamelyest

tovább élt ugyan, de elvesztette a méltó helyét a felnőttek világában. Mára már sajnos a gyerekek életéből is kiszorulni látszanak a népmesék, a digitális világ egyre inkább bekebelezzi őket. Az irodalmi szempontból igénytelen műmesék, a sokszor érték nélküli rajzfilmek jó esetben nem hatnak másra, csupán az érzékszervekre, rossz esetben káros hatással vannak a gyermeki tudatra is. Nem igazságot, tudást, bölcsességet adnak át, hanem agressziót, reklámfogásokkal fogyasztóvá alacsonyítják a gyarapodni vágyó gyermeket. Nem megküzdeni tanítanak, csupán harcolni.

„...a balti népek egyes csoportjainál a meséknek mágikus erőt tulajdonítottak a növények és az állatok fejlődésével kapcsolatban is: azt tartották, a vetés gyorsabban nő, az állatok szaporabbak, ha mesélnek nekik.” (Boldizsár 2004) A mesék elni segítenek, segítenek a rend visszaállításában az ember testében, lelkében egyaránt. A mesei hős útja a megküzdés útja, stratégia a világban felborult egyensúly visszaállításához. minden élethelyzetnek létezik mesebeli pálya, amely segítségül szolgálhat az úton járónak, útelágazáshoz érőnek mocsáron átkelőnek, az erdőben eltévedteknek egyaránt. BOLDIZSÁR ILDIKÓ kórházban fekvő gyerekeket is gyógyít mesékkel, és számos kisbeteg köszönheti felépülését az általa kidolgozott metamorfózis terápiás módszernek. „A gyermek hisz a mesének, mert világszemlélete olyan, mint az övé.” (Bettelheim 1975)

21.3.2. Én is hiszek a mesében

A gyermek gondolkodási sajátosságai-nak, és a mesék gyógyító hatásainak isme-rete vezetett arra, hogy óvónőként tudatosan válasszam meg azokat a meséket, amelyek a gyermeki tudattalant megszólítva segítik

a gyerekeket a fejlődésben, illetve a nehézségekkel való megküzdésben. Azért választottam ezt az utat a gyermeki lélek megse-gítésére, mert magam is ezen az úton járok. A mesék tanításait a legmagasabb rendű szel-lemi tanítások közé sorolom. Hiszek a szere-tet, a jóság erejében a rossztól való megsza-badulás, megváltás lehetőségében. Hiszek abban, hogy legfőbb célja az életemnek az önmagam nemesítésén való fáradozás mel-lett a közösségről, embertársaimért végzett tevékenység. Én is vallom PRESSING LAJOS gondolatát, aki a mesék spirituális útként tör-ténő értelmezéséhez egy olyan nézőpontvál-tást javasol, amelyben: „saját életünket is egy mesének fogjuk fel”, és aki szerint, ha ezt a szempontváltást elvégezzük, akkor „a me-sék vezetőinkké válnak” – megszólíthat-juk őket, és választ adnak a kérdéseinkre (Pressing 2009).

21.4. A HIT PRÓBÁJA

Az, hogy egy kisgyermek számára aktuáli-san mi okozza a legnagyobb problémát, mi az, ami foglakoztatja, esetleg megterhelí, többek között a szerepjátskából, a rajzaiból, és a vele való beszélgetésekben is kiderít-hető. Természetesen az óvodában lehetősé-günk van a gyermeki életút a fogantatástól, az óvodáskorig tartó szakaszának mélyebb megismerésére a szülőkkel való beszél-getések, az anamnézis felvételle során is. A továbbiakban egy, az óvodai csoportom-ba járó, ötéves kislány esettanulmányának részleteivel szeretném illusztrálni, hogyan tudom nevelőmunkámban a mesékben rejlö gyógyító erőt felhasználni.

Az esettanulmányból csak a közvetlenül a téma-vonatkozó részeket használom fel, de a gyermek aktuális állapotának feltárásához bővebb esetleírás tartozik (részletes

anamnézis, interjú az édesanyával, szociometriai vizsgálat, játékmegfigyelés). Ezek bemutatását a személyiségi jogok védelme érdekében hagytam el jelen írásomból. A gyermek édesanya hozzájárult az alábbi megfigyelési anyag nyilvános közléséhez.

21.5. HALACSKA, AKINEK FÉLELEM REZEG A FEJÉBEN

Halacska ötéves kislány. Néhány hónappal ezelőtt, a nyári szünet után, az édesanya elmondta, hogy otthon a kislány néha furcsán viselkedik. Erős, szélsőséges érzelmek reakciói vannak. Sokszor indulatos, hisztizik, ilyenkor nehezen lehet megnyugtatni. A szülők nem élnek együtt, az édesapa elköltözött otthonról, csak hétvégénként, illetve a hétközönség napjain találkozik a kislánnyal. Ezt a helyzetet a gyermek rosszul viseli. Az anyukával sokszor elutasító.

Az óvodában is észrevehető volt Halacska viselkedésében a változás. Reggel, mi-

után beérkezett az óvodába, nagyon mozgékony, impulzív volt. Ugrándozott, táncolt, pörgött, forgott. Ha ebben valaki megzavar-ta, ingerülten reagált. Napközben hangulata általában nyugodt volt, de esetenként, ha konfliktusba került valakivel, jellemző volt rá, hogy indulatosan, agresszíven kommunikált. Kiabált, esetleg megszorította, meglökte a gyerekeket. Étvágya jó volt, néha többször is kért egy-egy ételből. Kissé túlsúlyossá vált. Decemberben az édesanya kivizsgálásra vitte, mert arra gyanakodott, hogy Halacska feszült viselkedése, ingerlékenysége háttérében talán betegség áll. Ez a gyanú beigazolódott. Kiderült, hogy a kislánynak nagyon magas a vércukorszintje. 1-es típusú diabéteszt állapotot meg nála. Azonnal diétáznia kellett, nem ehette többé az addig megszokott és szeretett ételeket. Az óvodában megoldottuk a cukormentes étkeztetését. Nehezen viselte a diétát. Haragudott ránk, hogy nem adjuk neki azt az ennivalót, amit a többieknek. A kapott diétás ételt elutasította, keresztbefont karral, durcásan ült az asztalnál. A haragon túl a tekintete arról árulkodott, hogy nagyon bántja a dolog, és szomorú.

Viselkedése mellett játékát és rajzait is megfigyeltem. Egy napon tőle szokatlan témajáról képet rajzolt. Elmesélte, ki van a képen, és mi történik vele (21.1. ábra).



21.1. ábra Halacska

- Ez egy halacska. Egy üvegben van, és megfullad. Fogja a szekrényét, meg a képet. Egy gonosz ember rakta bele. Az üveg a vízben van. A víz hullámzik. Az üvegnek kupak van a tetején, amibe megfullad.
- Mi ez a három vonal a fején?
- Félelem rezeg a fejében.
- Hogyan tud kijönni az üvegből a halacska?
- Kinyitja a kupakot, mert van keze, és ki tudja csavarni.

A következő hetekben egyre nyugtalanabb lett. Édesanyjával orvosi vizsgálatokra járt, többször vettek tőle vérét, ellenőrizték vércukorszintjét. Egy hónappal a halacskás képe után újabb, szokatlan képet rajzolt. Az emberarcú, nyitott szájú napocskájáról a következőt mondta: (21.2. ábra).

„Dühös napok, fogakkal: A dühös nap a második pszichodiagnosztikai típushoz, a meleget nem árasztó nap tartozik. A nap dühös arca kifejezi a rajzoló frusztrációját, dacos, vagy ingerlékeny lelkiallapotát.” (Vass 2006)

A gyermekrajzok fontos támpontjai a gyermeki intellektus, érzelmek, életesemények megismerésének: „*a szorongás igen gyakran már az ábrázoltak tartalmából kiderül, mert, a gyerekek félelmeiket konkrét tárgyi, vagy megszemélyesített formában minden különösebb nehézség nélkül vetik papírra. Ennek egyik oka a prepubertás korig megmaradó mágikus gondolkodási szint, amelyben a metamorfotikus és analogikus jegyek ötvöződnek a képi elemek dominanciájával.*” (Feuer 2006)

A gyermek viselkedésének jellemzői, az aktuális életesemények ismerete, valamint rajzaiból „kihallatszó” segélykiáltás arra vezetett, hogy sürgősen tegyek valamit megnyugtatásra, szorongásának oldása érdekében.

Az édesanyával folytatott beszélgetés során kiderült, hogy Halacska vércukorszintje nehezen beállítható, erősen függ érzelmi ingadozásaitól. Amikor megemelkedik a vércukorszint, a kislány rosszul érzi magát, fáj a feje, szédül, ezzel egy időben nagyon



21.2. ábra „A doktor néni megvizsgálja a napocskát”

megrémül, szinte pánikba esik. A folyamatos frusztráció, amikor nem ehetsz bizonyos élelmiszereket, dühössé, agresszívá teszi. Ebben az érzelmileg felfokozott állapotban a vércukorszint is tovább emelkedik. Fontos lenne, hogy a kislány el tudja fogadni ezt a meg változott helyzetet, belássa, hogy az ő érdekkében fontos a diéta betartása, a cukros ételek, édességek elhagyása.

Természetesen a belátás nehezen várható el egy kisívodástól, akit a vágyai, érzelmi irányítják.

Azon gondolkodva, vajon milyen mesével segíthetnék Halacska félelmének oldásában, kezembe vettet BENEDEK ELEK Vége jó, minden jó című mesekönyvét. Lapozgatni kezdtem és megakadt a szemem egy népmesén. Úgy is fogalmazhatnék, megkérdeztem a mesekönyvet, hogyan, melyik mesével segíthetnék. Ismerve a mesei szimbólumokat felkeltette érdeklődésemet ez az egyszerű tündérmese. Elolvastam a mesét. A választ meg kell hallani. Egyik üzenete számomra az volt, hogy létezik minden bajra orvosság, hinnünk kell a betegségekből való gyógyulásban, minden van segítség, akihez fordulhatunk. A betegségtől való félelem a gyógyulásban való hit által enyhíthető, orvosolható.

21.6. A VÁRÉPÍTŐ MEG A FORRÁSFAKASZTÓ TÜNDÉR

Sok ezer esztendővel ezelőtt két tündér la-kott a Tartod nevű hegyen. Ez a két tündér örökösen versengett egymással, s különösen azon versengtek, hogy melyik szébb a ket-tő közül. Hát bizony nehéz lett volna ezt el-dönten, mert mind a kettő egyformán szép volt. Azt mondta egyszer az egyik tündér:

— Ha már nem tudunk megegyezni abban, hogy melyik szébb kettőnk közül, pró-báljuk meg, melyik végez szébb munkát. Az legyen aztán a szébb is.

Nosza, az egyik tündér gyönyörű szép várat épített a Tartod hegynél. Kőből, meg vasból építette, de sem a kő, sem a vas nem látszott, úgy elborította arannyal, ezüsttel, gyémánttal. csak ablak, kilencszáz volt rajta, s szüntelenül forgott a sarkán. A másik tündér nem épített várat, hanem forrást fakasztott a hegy tövében, mégpedig mindenféle betegséget gyógyító forrást. Amikor éppen mind a kettő kész volt a maga munká-jával, akkor ért oda egy öregember, s bezzag mindjárt közrefogták, s kérték, hogy mondjon ítéletet: szébb munkát melyik végzett.

— Ugye, az én váram a szébbik? — sürgette a várépítő tündér.

A vándor azonban nem is válaszolt, mert majd elepedt a szomjúságtól. Lehajolt a forráshoz, ivott belőle, s ím, egyszerre eltűnt a szomjúsága, vége volt a fáradtságának, úgy felüdült, hogy egészen fiatalnak érezte magát.

— Hát bizony — mondta a vándor — ez a forrás a szébbik, mert ez a hasznosabb.

Hej, szörnyű haragra lobbant a várépítő tündér! Egyszeribe kiszedte a vár alapkőit, s abban a pillanatban összeomlott a vár, hí-re-pora sem maradt, ám megmaradt a forrás a hegy tövében, s a szomjas emberek ma is áldva áldják a tündért, aki a forrást fakasz-totta (Benedek 2012).

21.7. A SOKARCÚ HŐS

El bennünk a várépítő, aki a kézzel fogható anyagi valóság, biztonság felépítésén igyek-vő, aki a földi vágayak kiélésére törekszik, önmaga felé fordul, saját magát védi, de él bennünk a forrásfakasztó is, aki lelke érté-kekben gazdag, ezekből adni tud, másokat gyarapít, gyógyít.

Van testünk, és van lelkünk. A test szép-ségénél a lélek szépsége magasabb rendű. Hasznosabb, értékesebb. Ő képes gyógyí-tani. Ő képes a vándor szomján enyhíteni. A vándorén, aki szintén mi magunk va-gunk, a bennünk élő hős, aki, miközben életútjának célja felé halad, néha elfárad, elfogy életereje. A forrás pedig az élet vize, Isten lelke, a hit a remény és a szeretet. Eb-be rejlik a csoda. Ez hoz gyógyulást, ez ad erőt, és újjászületést.

A mesében szereplő tündérek a magyar őshitben a földi és az égi élet összekötői. Kapcsolatot teremtenek a magasabb szel-lemi világgal. Tündérország az aranykor, a tökéletes boldogság, a harmonikus élet képviselői. A forrásból fakadó víz, az élet alapfeltétele, őselem, újjászületési szimbólum, a vízen keresztül tudunk kapcsolatba kerülni Istennel (keresztelési szertartás), tisztít, Isten lelke (Pressing 2011).

Miután rátaláltam a mesére eszembe jutott két gyönyörű kislányruha, amit már régen be akartam vinni az óvodába, hogy a gyere-kek szerepjátékaik során magukra ölthessék. Tapasztalatból tudom, mennyire inspirálónan hat egy-egy meseélmény eljátszására, a mesei szerepbe bújásra a jelmez. A jelmez felvétele által háttérbe szorul a saját én, akárcsak a bábjátékban, megelevenedik a szimbólum, amit a jelmez magában rejt.

Másnap elmeséltem a gyerekeknek a me-sét, átadtam nekik a két ruhát azzal a meg-jegyzéssel, hogy azok a két tündér ruhái. Aki éppen beteg, vagy rosszul érzi magát,

és felveszi a forrásfakasztó tündér ruháját, annak a tündér segít, hogy jobban legyen, segít abban, hogy meggyógyuljon.

Halacska rögtön elkeréte a ruhát, és egész délelőtt viselte. Abban játszott, abban rajzolt. Nem „tudta”, hogy neki szántam a mesét és a ruhát. Boldog volt és önfeledt. Aznap este otthon anyukájának is mesélt a ruháról, és gyönyörű balerinát rajzolt (21.3. ábra).

A következő napon az óvodában az volt az első mondata:

— Kérem szépen a forrásfakasztó tündér ruháját! – Leült, és vidáman, lelkesten rajzolt.

Ezután újra és újra, minden nap, egy héten át meséltem a gyerekeknek a két tündérről szóló történetet. Halacska mély figyelemmel, és átéléssel hallgatta. Néhány napig még elkeréte a tündérruhát. Egy héttel később már a polcon maradt reggel a ruha. Halacska az asztalnál ült, és derűsen eszegette az ott-honról hozott diétás reggelit.

A mondás szerint minden csoda három napig tart. Ezért is jó, hogy minden nap mesélek.



21.3. ábra Balerina

— Ki ez?

— Balerina. Balerinásat szeretnék játszani. A balerina szépen táncolhat és piruetözök.



21.4. ábra Ki ez? Te vagy!

Farsang idején én is jelmezt húztam. Bohócnak lenni jó, a bohócnak minden szabad. Egy napra bohóc lettem, és együtt boldoztam, táncoltam a gyerekekkel. Velük

nevettem, és nem bántam, ha nevettek rajtam. Halacska is nevetett. Más-

nap egy rajzzal ajándékozott meg (21.4. ábra).

— Ki ez?

— Te vagy.

— Mit csinálok?

— Beszélgetsz velem.

— Mit mondok neked?

— Szeretsz engem.

— És te mit válaszolsz?

— Szeretlek téged.

— Mit csinálunk együtt?

— Rajzolunk, meg táncolunk, és a ruhámmal meggyógyítasz.

21.8. ZÁRÓ GONDOLATOK

A félelem, mely néhány hónapja Halacskát hatalmába kerítette, lassan oldódni látszik. A betegséggel együtt járó, a diéta következtében fellépő, állandó frusztrált állapot azonban állandó küzdelmet jelent a kislány jelenlegi életében. Az új, fegyelmezett étkezési rendhez való hozzászokás hosszú folyamat. Még az út elején járunk. Úgy tudok neki segíteni, hogy figyelek rá, és meghallgatom. Megkérdezem tőle, hogyan segíthetek, mire van szüksége. Ő pedig elmondja, mert pontosan érzi, és tudja.

— Melyik mesét szereted a legjobban?
— Azt, amelyikben a pipike lenyel valamit, és majdnem megfullad, de a kakaska segít neki, hogy ne fulladjon meg.

A *kakas és a pipe* című mesében a kakas egét-földet megmozgat, hogy bajba jutott testvérenek segítségére siessen. Elszalad a kúthoz, hogy vizet kérjen tőle, aki tovább küldi a lányhoz koszorúért, aztán tejet kell szereznie, de azt csak akkor kap a tehéntől, ha fűvet is szerez. A fűhöz kasza kell a kaszát a bolt pénzért adja. A kakas addig keres, míg pénzt nem talál, és kaszát vesz, és fűvet visz, aztán tejet kap, és koszorút kap érte. A koszorúért kapott vízzel pedig megmenti a pipét.

Halacska pipe is, és kakaska is egyszerre. Szeret enni, és sajnos nem eheti azt, amit szeretne, de szeret játszani, rajzolni és táncolni is, és ezeket bármikor megteheti, csak engednem kell. Hagynom, hogy önmagán segítsen.

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

1. Pressing Lajos (2011): Az élet vize. Pilis- Print Kiadó, Nyíregyháza
2. Feuer Mária (2006): Gyermekrajzok vizsgálata és értékelése a humánszolgáltatási gyakorlatban és képzésben. Eötvös Lóránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest
3. Boldizsár Ildikó (2004): Mesepoéтика. Akadémiai Kiadó, Budapest
4. Boldizsár Ildikó (2011): Meseterápia. Magvető Kiadó, Budapest
5. Gőbel Orsolya (2012): Csupa szépeket tudok varázsolni. L 'Harmattan Kiadó Könyvpont Kiadó, Budapest
6. Kádár Annamária (2014): Mesepszichológia 2. Kulcslyuk Kiadó, Budapest
7. Bruno Bettelheim (1988): A mese bűvölete és a bontakozó gyermeki lélek. Gondolat Kiadó, Budapest
8. Jean Piaget (1978): Szimbólumképzés gyermekkorban. Gondolat Kiadó, Budapest
9. Vass Zoltán (2006): A rajzvizsgálat pszichodiagnosztikai alapjai. Flaccus Kiadó, Budapest
10. Benedek Elek (2012): Vége jó, minden jó. Móra Ferenc Könyvkiadó, Budapest
11. Zilahi Józsefné (1998): Mese-vers az óvodában. Eötvös József Könyvkiadó, Budapest
12. Kosztolányi Dezső összes versei, szerk.: Réz Pál (1989): Szépirodalmi Könyvkiadó, Budapest

22. KÉPEKKEL, FORMÁKKAL BESZÉLNI. GONDOLKODÁS, ALKOTÁS, MEGÉRTÉS A LÁTÁS NYELVÉN



PAULOVKIN BOGLÁRKA

A tanítói és a rajztanári diploma megszerzése után végül a profeszszionális grafika művelése mellett döntöttem: a MOME-n szereztem tervezőgrafikus végzettséget 2003-ban. Bár a dizájn minden formája közel áll hozzáam, a szakmán belül elsősorban a könyvekre, ott is a gyerekkönyvekre specializálódtam. Számos könyvet illusztráltam, és néhányat írtam magam is, *A katicabogár elveszett pöptyei* című volt az első. Megrögzött híve vagyok a valódi képeskönyveknek, amelyek nagyon jól fejlesztik a vizuális intelligenciát, tükrözik a kor aktuális látványvilágát, és kétszer is fontossá válnak egy kisgyerek életében: először, amikor a könyvekkel ismerkedik, két-három évesen, másodszor pedig, amikor megtanul olvasni, és éppen ilyen kép-szöveg arányt tud könnyelmesen befogadni az önálló olvasás során.

Tanítottam alsó és felső tagozatban, középiskolában és művészeti akadémián, egyetemen is – úgy érzem, hogy minden szinten végső soron ugyanazt – érteni és élvezni, tudatosan használni a vizualitás nyelvét.

Három gyermeket nevezek férjemmel a Zsámbéki-medence egyik kis falujában. Mire ezek a sorok megjelennek, talán már a negyedik is köztünk lesz.

22.1. BEVEZETÉS

22.2. ÉRTSÜK MEG JOBBAN! ÁBRÁZOLNI, KIFEJEZNI: ANNYI, MINT UTAT TALÁLNI

HOZZÁ, MEGÉRTENI

22.3. A VIZUÁLIS NYELV MINT KIFEJEZŐ ESZKÖZ. A VIZUÁLIS KOMMUNIKÁCIÓ MINT INFORMÁCIÓK ÉS ÉRZELMEK KÖZLÉSÉNEK RENDSZERE

22.4. KÉPES MESEKÖNYV: AZ ELSŐ KÉPTÁR. KÉPESKÖNYV ÉS ILLUSZTRÁLT GYEREKKÖNYV. A KORSZERŰ GYEREKKÖNYV

22.5. BARÁTKOZZUNK ÖSSZE! HA MEGISMERED, JOBBAN MEGÉRTED. HA MEGÉRTED, NEM UTASÍTOD EL. HA GYAKRAN TALÁKOZTOK, MÉG BARÁTOK IS LEHETTEK

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

22.1. BEVEZETÉS

HÁROMÉVES GYERMEK. Előtte papír, vás tag, erőteljes színű ceruzák. A körülötte levő világ szinte megszűnik számára, nyelvét picit kidugja fogai közül. Számunkra követhetetlen belső utasításoknak engedelmeskedve, teszi le a kéket, bizonyos formák, vonalak kialakítása után, s nyúl a narancssárgáért, a pirosért, s így tovább. Eggyé olvad a tevékenységgel, amit végez. Elnézve őt alkotás közben, látjuk, hogy nem pusztán „rajzol”, hanem „átél”, dolgozik, intenzív belső tevékenységet is folytat. Érzelmeket él át, talán emlékezik is, miközben döntéseket hoz: hova, milyen és mennyi szín, forma, ritmus kerüljön. Alkot.

— Ez itt én vagyok, amikor felmásztam a fára, és pont leesek róla – fordítja le szavakra a művét, és tényleg: a kép erőteljes kifejezése képben mindannak, amit valamikor korábban átélt.

Hatóvá, rohan, kezében papírt lobogtat.

— Látod? – mutatja. Ez a kék vonal, ez itt patak. Ezek a kockák itt a házak, itt meg a játszótér. Ez a piros iksz jelenti a bungit, ahol eldugtuk a kincset.

Térkép formájában *fogalmazza meg* a körülötte lévő világot, kommunikál, egyezményes jeleket tudatosan használva, a vizualitás nyelvén.

Ebben a közlési rendszerben, éppúgy, mint a verbális kommunikációban, leképeződik minden, amit tudunk, amit érzelmeinkben átlünk, a külső és a benső valóság. Éppúgy használjuk köznapi célokra, mint fennkötött gondolatok megfogalmazására, jelenségek, dolgok szabatos definiálására vagy a legbensőbb érzelmeink kifejezésére: objektív és szubjektív közlésekre.

Míg azonban az mindenki számára egyértelmű, hogy beszélünk, írnunk természetesen meg kell tanulni, kevesebb szó esik arról, hogy még kevésbé lehet élni a „látás nyelvén” és „nyelvtanának” elsajátítása és tudatos használata nélkül egy olyan világban, ahol a minket bombázó információk mintegy nyolcvan százalékát látás útján szerezzük meg.

Hogyan lehetnénk harmóniában önmagunkkal és a világgal, ha egy ilyen fontos területet „parlagon hagyunk”, ahelyett, hogy gonddal művelnénk?

A vizuális fogalmak gyermekkortól kezdve egyre bővílnek. Nemcsak látunk, de belátásokhoz is jutunk: képzettársításokat végünk, kiegészítünk, hasonlóságokat és különbségeket veszünk észre és mindezt kapcsoljuk korábbi tapasztalatainkhoz, miközben egyre nő, finomodik a vizuális nyelvi érzékenységünk is. Így alakul ki egy olyan vizuális műveltség és érzékenység, amely formálja a világképünket, és segít eligazodni mind a tárgyi, mind a társas környezetünkben.

A képalkotó tevékenység alapvetően jobb agyféltekés tevékenység. Így lehetséges az, hogy rajzolás közben nem tudunk beszélni, elveszítjük az időérzékünket, nem érezzük az éhséget, átváltunk egy hagyományostól eltérő gondolkodás-, illetve látásmódiba. Sőt, nemcsak működésre serkenti a jobb agyféltekét, hanem össze is hangolja a két agyfélteke működését, fejlődését, miáltal érzékennyé, kreatívvá, kitartóvá, fegyelmezetté, intelligensebbékké válunk.

A vizualitáshoz kapcsolódó alkotó tevékenység elmélyíti a magabiztos vizuális kommunikációt (készzség–jártasság–képesség), valamintserkenti a vitális kompetenciák (szociális, kommunikatív és kognitív) fejlődését. Életkedvet, energiát és motivációt ad. Lehetőséget ad a személyes fejlődésre,

de a társas kapcsolatok építésére is; a közös alkotás pedig kialakíthatja a versengés szellemre helyett a kooperatív gondolkodásmódot, segítheti a különbözőségek megértését és elfogadását, az esztétikai élmények által megélt érzelmek, megszerzett ismeretek példig növelhetik az empátia készségét.

A rajzolás oldja a feszültséget. Kreatív lelkei energiák szabadulnak fel, amelyek már önmagukban pozitív hatást fejtenek ki. Elősegíti az önismeret elmélyülését. A művészet gyógyíthat, de segíthet a betegség megelőzésében is: abban, hogy kiteljesítük önmagunk optimumát, és megtaláljuk azt az életformát az aktuális körülmények között, amelyben értelmes, kiegyesültetlen életet élhetünk. Mindez szükséges ahhoz, hogy a test és a lélek összhangban legyen.

Posztmodern korunk sajátosságaként szinte minden múltbeli tudás és alkotás is egyidejűleg része a jelennek, az új információs struktúráknak köszönhetően bármikor bármelyikünk rendelkezésére állnak. Egyezményes és egyértelmű kódokról nehezen beszélhetünk, a legnagyobb nehézség eligazodni ebben a naponta megsokszorozódó, felhalmozott információrengetégen.

Ha gyerekortól kezdve egyaránt találkozhatunk a klasszikus, a modern és a kortárs képi világgal, az alkalmazott és képzőművészletekkel, sőt használjuk azok kifejezési módjait, eszközétérét, ezzel bekapsolódunk a jelen élő kulturális folyamatába, teljesebben megérthetjük és megélhetjük, alakíthatjuk a minket körülvevő világot.

22.2. ÉRTSÜK MEG JOBBAN! ÁBRÁZOLNI, KIFEJEZNI ANNYI, MINT UTAT TALÁLNI HOZZÁ, MEGÉRTENI

Vajon mi az oka annak, hogy bár több, mint egy évszázada feltalálták a fényképezést, a szemléltetés fő eszköze mégis a rajzolt, festett kép maradt?

A fénykép – még ha stúdiókörülmények között beállított, megvilágított, speciális optikával rögzített fénykép is – „csak” azt tudja rögzíteni a digitális memória hordozóra vagy a fényérzékeny fotópapírra, amit a „gép”, az objektív szenvetelelől közvetít. Kizártan az aktuális látványt, amely azonban lehet esetleges, egyedi, és bizonyha valamilyen konkréttárgyat vagy élőlény szeretnék jobban megérteni, ez kevésnek bizonyul. A magyarázó rajz, a szakillusztráció azonban tartalmaz ezen túl egy fontos faktort: a rajz készítőjének értelmező, megértő tevékenységét. Elemez, megfigyel, ahol kell némi képp általánosít: így jut el a megértéshez, és így képes olyan ábrát létrehozni, amely mások számára is képes elősegíteni ezt a folyamatot. Az ismeretterjesztő témaúj gyerekkönyvek nagy erénye, hogy az életkorai sajátosságokat is figyelembe véve segítenek megérteni a repülőter működésétől az emberi test felépítéséig a világ dolgait (22.1. ábra a következő oldalon).

De nemcsak a szemléltetésnek, hanem a megértésnek is hatékony módja a képi fel-dolgozás! Nem véletlen, hogy évszázadok óta rajzolják-festik-formálják plasztikusan a gyerekek az iskolákban a különböző terményeket, gesztenyét burokban, megnyitott burokban, burok nélkül, levelét, termését, és a többi, és a többi. Maga a módszer kortalan: ma számtalan plusz érdekességgel „feldobhatjuk”, kiegészíthetjük a legújabb techni-



22.1. ábra Alma fotó, alma magyarázó ábra, alma látványrajz

kai eszközök használatával, megeleveníthetjük, karaktert alakíthatunk ki a vizsgált modellünkben, animálhatjuk akár – vagy mesét írhatunk róla, vele, egész fantázia-birodalmakat építhetünk fel. A megértő, elemző, az adott látványt tükröző *ábrázolási folyamat* mellé a személyes gesztusokat, érzelmeket is expresszíven megjelenítő személyes, *kifejező munkák* is készülhetnek. Szíkáran nézve azonban a lényeg: a képi ábrázolás hozzá tud segíteni a mélyebb megértéshez, sőt, maga az ábrázoló tevékenység és az az örööm, az az élmény, amelyet közben átlélünk, segíti a megértési folyamat során szerzett információk elraktározódását. Persze mindez csakakkor működik, ha nem pontról pontra előírt folyamatként kell véggigcsinálnunk, hanem saját belső igényünk, érdeklődésünket követve (22.2. ábra).

A vizuális alkotó tevékenységgel járó élmény, örööm tágabban értelmezve is segítségünkre lehet a megismerésben: önmagunk és a mindenkor másik ember megértésében.



22.2. ábra Alma megfigyelése után készült kifejező festmény

22.3. A VIZUÁLIS NYELV MINT KIFEJEZŐESZKÖZ. A VIZUÁLIS KOMMUNIKÁCIÓ MINT INFORMÁCIÓK ÉS ÉRZELMEK KÖZLÉSÉNEK RENDSZERE

A vizuális kommunikáció konkrét ismertetést átadó funkcióján túl képes érzelmeket kifejezni, kiváltani, befolyásolni is. A megértéshez vezető utak egyike ez is: ha viszszanézünk jelentésének ókori gyökereihez, az esztétika nem más, mint érzékszervek által nyert tudás.

Mindaz, amit vizuálisan teremtünk alkotásaink során, vagy akár azok az érzések és információk, amelyeket a művész igénnel megformált képek átadnak nekünk, kommunikációs folyamatként működnek akkor is, ha nehezen tudjuk verbalizálni az így megformálódó üzeneteket. Egy részüket talán nem is lehet, nem is kell – de nagyon sok esetben egé-

szen pontosan dekódolhatjuk a vizuális nyelv azon elemeit, amelyeket ilyenkor öntudatlanul használunk. Ezeknek a gyakorlatoknak során alakul ki a mind tudatosabb és hatékonyabb vizuális kommunikációs készség, amely a gyakorlati életben való eligazodást éppúgy segíti, mint

a spontán alkotásokban vagy a művészetben megjelenő jelrendszerek megismerését és megértését.

A mai gyerekek teljesen más világban élnek, mint akár ahogyan mi éltünk harmincnegyven évvel ezelőtt. Mások az igényeik és más az ízlésük; egy teljesen új nyelvet beszélnek. Gondoljunk csak bele, hogy menyi kép bombázza őket az Ipadjukon, a tévén az interneten, a videó- és számítógépes játékaikon keresztül. Ilyenre nem volt még példa az emberi kultúrában. Hihetetlen képességeket adhatnak nekik a képi világ befogadásához, megértéséhez, dekódolásához. Ám ha ehhez nem kapnak segítséget, szűrőket és kulcsokat, az is előfordulhat, hogy védetlenek és lesznek e képáradattal szemben, és általuk akár könnyen manipulálhatóak is.

22.4. A KÉPES MESEKÖNYV, AZ ELSŐ KÉPTÁR. KÉPESKÖNYV ÉS ILLUSZTRÁLT GYEREKKÖNYV. A KORSZERŰ GYEREKKÖNYV

Ahhoz, hogy egyáltalán el tudjunk valamit képzelní vizuálisan, a tudatunknak képre van szüksége. Ezekből a belső képekből építkezik a fantázia. Ezt a belső „képtárat” éppúgy alkotják a személyes vizuális emlékek, mint a már látott, mások által megalkotott képek.

Egy óvodáskorú gyermeknek az egyik legfontosabb kép-forrása az illusztrált mesekönyv és a képeskönyv (22.3. ábra).

KVETA PACOVSKA, a 20. század egyik meghatározó illusztrátora így fogalmazott: „Az illusztrált mesekönyv az első kiállítás, amit a gyerek végignéz.”

A képes mesekönyvek fejlesztik a gyerekek képzeletét és a történetmesélő képessé-



22.3. ábra fent: Varga Zsófi illusztrációja,
lent: Takács Mari illusztrációja

gét is. A könyvoldalakon szereplő illusztrációk egyben magát az írás-olvasás lényegét is szimbolizálják. Az írás tulajdonképpen úgy is felfogható, mintha „lerajzolnánk” a kimondott hangot – éppen úgy, ahogyan a képek képesek látható formába önteni a hallott (olvasott) történetet.

A gyerekkönyv-illusztrációk pedig sokszor az első vizuális műalkotások, amelyekkel a kisgyermek találkozik! Nem mindenkytől, hogy milyen mesekönyvek veszik körül. Hiszen a gyerekkönyvek között jócskán akadnak olyanok, amelyekben azonos eszközökkel, mindenkorral egyformára rajzolt, leegyszerűsített, tipizált világ jelenik meg, akár NEMES NAGY ÁGNES, akár SZABÓ LÓRINC vagy esetleg mai, kortárs írók műveihez kézszülnek. Még minden elterjedt az a felfogás, hogy a gyerekeknek szánt alkotásokban, termékekben idealizált-édeskés módon szabad csak fogalmazni. Pedig amilyen képekkel tápláljuk a gyerekek gondolkodását, olyan sémák, modellek alakulnak ki bennük. Ez a gond a leegyszerűsített „lebutított”, az ártalmas, vagy az előírteket közvetítő és így megerősítő képekkel.

Túl az esztétikai szempontokon, az illusztrációknak nagyon fontos gondolkodás-alakító szerepük is lehet, megerősíthetnek vagy ledönthetnek például különböző téves sztereotípiákat.

A gyerekeknek szánt könyvek között – a már említett ismeretterjesztő köteteken kívül – két alapvető típust különböztethetünk meg.

Az egyik, a képekkel kiegészített történet, mese, ahol a szöveget olyan módon szerkesztik kötötté, hogy az illusztrációk kiegészíték, „díszítik” azt. Ezeket a köteteket nevezzük *illusztrált mesekönyveknek*, gyerekkönyveknek.

Az egész oldalas, színes, sokszor önálló műalkotásként is helytálló alkotások miatt

már-már albumszerű, nagyméretű könyvektől egészen a kevés, sokszor a szövegben elszórva elhelyezkedő kisebb, néha csak fekete-fehér vagy monokróm illusztrációkkal ellátott regényszerű könyvekig széles a skála. Ami közös ezekben a könyvekben, hogy a történet, vers a képek nélkül is teljes értékű alkotás, azoktól függetlenül is érthető és élvezhető.

Mondhatjuk, hogy ez a klasszikus, gyereknek szóló könyvforma: hagyományai századokra visszanyúlnak, akár az 1658-as *Orbis Pictus* is tekinthetjük kiindulóponnan. Ahogyan a gyerekek a társadalomban is egyre fontosabbá váltak, úgy alakult ki lassan egyfajta gyerekkönyvkultúra a viktoriánus korra a RANDOLPH CALDECOTT-féle illusztrált történetekkel vagy a HEINRICH HOFFMANN nevéhez fűződő, mai szemmel igencsak bizarr képes tanmesegyűjteménynel, a *Struwwelpeterrel* fémjelezhetően.

Az illusztrált gyerekkönyvek esztétikájában az olvashatóság nagyon fontos – de ezen belül számos megoldás lehetséges. Elegáns? Bohókás? Múltidéző? A műfaji határ néha eltolódhat, vagy elmosódhat – olykor a szavak és a képek együtt kommunikálnak egy hosszabb szövegű kötetben is, akárcsak egy képeskönyvben. Léteznek tehát olyan *illusztrált albumok*, amelyek a képeskönyv „vívmányainból” profitálva teremtenek újabb műfajt a gyerekkönyveken belül.

A másik típus, amelyet a nemzetközi pordon a „picture book” néven illetnek, és gyakran itthon is hozzáfűzzük magyarázatként, megkülböztetésként, egyértelműsít szándékkal az angol kifejezést a nevéhez: a *képeskönyv*.

Ez a fajta könyv olyan különleges alkotás, ahol a képek és a szöveg egyenrangú alkotótársakként vannak jelen a lapokon. Ha az illusztrációk nélkül olvasnánk fel őket, a jelentésük fele elveszne, mert azt a képek,

sok esetben a tipográfiai kialakítással együtt hordozzák. „Míg az illusztrált mesekönyv egy képekkel díszített történet, a képeskönyv olyan történet, amelyet szavakkal és képekkel illusztráltak” – fogalmaz nagyon találónan az olasz illusztrátor, ANNA CASTAGNOLI, a témaival foglalkozó blogján. A képeskönyv kép-szöveg viszonya lehet különleges, innovatív – a szöveg is működhet a kép részeként.

Mondhatjuk, hogy ez a könyvtípus is a viktoriánus kor gyerekkönyveiből, CALDECOTT hagyományaiából eredezthető, de azt a sajáságát, hogy szinte önálló, saját nyelvel bíró alkotói médiummá válhatott, minden bizonnal annak köszönheti, hogy a modern grafika nagy művészei felfedezték maguknak a 19. század végén, a 20. század első évtizedeiben. A nyomdatechnika fejlődése és az akkori kísérletező kedvű kortárs művészek gyerekkönyvek felé fordulása teremtette meg az olyan klasszikusokat, mint MARY LIDDELL *Little Machinery*-je, a *Curious George*, vagy az itthon is jól ismert és népszerű *Babar* könyvek.

Míg a két világháború között egyfajta újromanticizmus alakult ki nyugaton, s a szocreál a másik világban, ami nem hagya érintetlenül a gyerekkönyvek megjelenését sem, múlt század közepén olyan avant-gárd grafikusok, mint ANDRÉ FRANCOIS vagy BRUNO MUNARI, a kor meghatározó tervező-művészei is elkészítették a maguk képeskönyveit. Ezek az alkotók elrugászkodtak attól a szemlélettől, hogy a gyerekkönyveknek pedagógiai szándékot kell közvetítenie. Olyan könyveket akartak készíteni, amelyekben a képek gyereknek, felnőttnek egyaránt „beszélnek”. Megszületett a modern gyerekkönyv, amely eltávolodik a didaktikus szemlélettől, és az aktuális kor kortárs művészetiének, kortárs látványvilágának és témáinak közvetítőjévé vállhat.

A műalkotás és a gyermeki gondolkodás közös vonása a nyitottság, a szabadság. A tágabb, nem „iskolás” értelemben felfogott „tanítás”-nak is sajátja ez a szellem. Amikor a hagyományos művészeti jelrendszerek valamit ábrázolnak vagy elbeszélnek, közvetlenül és közvetve „tanítanak” is. Bizonyos nézőpontból és bizonyos módon teszik ezt, ami értéksugallatokat hord magában.

A „tanító művészet” nagyon ritkán válik az esztétikai nevelés adekvát eszközévé. Lényegéből eredően egyértelműségre törekszik, és ezzel szembekerül a modern művészeti felfogás egyik uralkodó elvével, a nyitottsággal. A tágabb, nem „iskolás” értelemben felfogott „tanítás” azonban egyáltalán nem ellenkezik a műalkotás nyitottságának az eszméjével. A választást a sokféleség felkínálásával segíteni, az élmények tudásháttérét biztosítani, a minden sajátos értelemkeresésre, szubjektív újraalkotásra ösztönözni, és teret adni a saját esztétikai kreativitásnak – ebben állhat az esztétikai nevelés igazi feladata.

A képes mesekönyvek belépőt jelenthetnek a gyerekek számára a kortárs művészetek, az irodalom és a képzőművészletek majdani értő élvezetébe, miközben megmutatnak valamit a létező és elképzelhető világóból. Az, hogy mit, az önmagában is taníthat-nevelhet.

22.5. BARÁTKOZZUNK ÖSSZE! HA MEGISMERED, JOBBAN MEGÉRTED. HA MEGÉRTED, NEM UTASÍTOD EL. HA GYAKRAN TALÁLKOTOK, MÉG BARÁTOK IS LEHETTEK

Mi lesz számunkra vizuálisan vonzó? Amiben éppen megfelelő arányban van számunkra az ismerősség érzése és az újszerűség va-

rázsa. Ha éppolyan gyakran találkozom művészsi alkotásokkal, mint a kommerciális világ tömegek számára megalkotott, leegyszerűsített, sokszor kimondottan igénytelen vagy egyszerűen csak nem jól, nem tudatosan formált képzőzönél, a művészeti képek is bőségesen elraktározódnak az emlékezettelben. Márpedig ebből a „raktárból” építkezem, amikor egy történetet elképzelek – de akkor is, amikor a saját élményeimet próbálom elmesélni, vagy amikor később magam is egyre tudatosabban formálom képpé, plasztikává a mondanivalómát.

„*Egyetlen gyerek sem úgy születik, hogy eleve a rózsaszín masnis nyuszi tetszik neki*” – mondja találónan az egyik piciny, de szemléletében igen korszerű gyerekkönyvkiadónak tulajdonosa, CSÁNYI DÓRA egy interjúban. Ám mire a gyerek akkora lesz, hogy el tudná mondani: igaziból mi érdekli, addigra mi, szülők, nevelők, meghatározó felnőttek, csupa jó szándék ból ráneveljük a szerintünk tetszésre érdemesre.

A mesekönyveknél különösen könnyű eltévedni a művészeti és a commersz darabok dzsungelében, mivel a mesékről kialakult képünk nagyban a saját gyerekkorunk élményein alapszik. Sokkal erősebben átitatják személyes érzelmekink, szímpatiáink, amelyeket a saját gyerekkorunkban „szedtünk össze”. Elnézőbbek vagyunk azon mesék/illusziációk igénytelenségével szemben, amelyet kiskorunkban nagyon is megszerettünk. Az pozitív élményekhez kötődő képek ráadásul mélyebben bevésődnek a tudatba, s így jobban is emlékszünk rájuk.

Jó tudni: a gyerek tényleg teljesen elfoglatlan azokkal a dolgokkal, amelyek szembejönnek vele; az őt körülvevő felnőttek reakcióiból szűr le pozitív vagy negatív viszonyulást. Követi a felnőtt környezet példáját. Márpedig a legtöbb esetben a felnőttek

idegenkednek a művészeti vagy újszerű megfogalmazásoktól – legyen szó képről vagy szövegről.

Ezért talán az egyik legfontosabb elv, amit követhetünk, hogy próbáljuk tágítani az őt érő hatások körét! Önmagában nem elvetendő a tömegkultúra ezer és ezer nemzetközileg sikeres terméke – ezek nem feltétlenül igénytelen darabok, és a populáris kultúra világszerte ismert példái –, ám ne csak ezek érjék el a gyerekek! Legyünk *mi magunk* nyitottak! És lehetőség szerint tájékozódunk az elérhető, igényes gyerekkönyvekről, amelyekből azért az elmúlt tíz évben szép kollekció jelent meg a magyar könyvkiadásban is, ám nem biztos, hogy a legértékesebb köteteket találjuk a könyvesboltok legszembetűnőbb polcain, kirakataiban, hiszen a marketing szempontjai gyakran nem esnek egybe az esztétikai értékek szerinti válogatással.

Keressük az újat! A korábban felvázolt kulturális hagyományokat követve, ma is születnek olyan gyerekkönyvek, amelyek egy-egy művész autonóm művészeti alkotásai. Különösen a szerzői könyvek között találunk erre példát DEZSŐ ANDRÉÁTÓL SZEGEDI KATALINIG számos magyar művész is készített itthon is ilyeneket. A külföldi könyvekből pedig még nagyobb a választék: ahol szorosabban kötődik a gyerekkönyvkultúra az ilyen típusú képeskönyvekhez, több is jelénik meg ebben a műfajban. Bátran ajánlom, hogy a magyar kiadású könyvek mellett böngésszünk – ha alkalmunk adódik rá – idegen nyelvű könyvek között is.

A magyar nyelven eladható könyvek piaca óvatos, hiszen kevés példányszámban gondolkodhat. Alig néhány bátor, apró kiadó van, aki „megengedi magának”, hogy a populáris, könnyen fogyasztható és könynen eladható termékek mellett olyan könyveket is a közönség elé tárjon, amelyek szo-

katlanabbak, éppen újszerűségük, művészzi látásmódjuk miatt. Természetesen nemcsak a szerzői könyvek között bukanthatunk ilyenekre, világzerte sok-sok olyan szerencsés alkotópáros van, ahol a szöveg szerzője és az illusztrációk, a könyvterv elkészítője különleges módon egymásra tudott hangolódni. Ebben nagy szerepe lehet a kiadói munkának is: vannak könyvkiadók, ahol magas szintű szakmai munka folyik mind a szövegek szerkesztése, mind a könyvek megjelenése (art direktció) terén, amely az ilyen magas minőségű, kiemelkedő kötetek megszületésében sokszor egyenrangú szerepet játszik.

Legyünk nyitottak a versekre, mert kisgyerekkorban különösen fogékonyak a gyerekek a nyelv zeneiségére, és az ebben a korban kialakított pozitív viszony később nagyon sok területen megmutatja a hatását! Ebben az időszakban éppen újból színre lépett egy olyan költő generáció, amely mai nyelvezettel, mai témaikkal alkot sokszor kimondottan szórakoztató, máskor egészen mély gondolatokat megfogalmazó verseket.

Keressük, használjuk a „válaszoló” mesekönyveket! Beszélhetnek különleges, akár nehéz témáról is, amelyekről nélkülik beszélni nehéz lenne (22.4. ábra).

Ezek lehetnek a saját legbelső titkaink, szorongásaink, kérdéseink – harag, gyász, szorongás, családi események kistestvér születésétől az örökbefogadásig. De szóhatnak az elfogadásról, a mássáról, a toleranciáról is.

Segíthetnek nézőpontot váltani, egyáltalán: példázhajtják, hogy a világon minden lehet más nézőpontból is vizsgálni. Segít-



22.4. ábra Ruth Vander Zee–Roberto Innocenti: *La storia di Erika. C'era una volta*, 2003

hetnek bizonyos sémákat feloldani, gazdagítathatják a képzeteinket, mentessé tehetnek egy sor előítéttől. Nevethetünk általuk, megtanulhatjuk a humor, az íróniát.

Játszhatunk velük és álmodozhatunk gazdag illusztrációik rajzolt világain. Megtanulhatjuk általuk a képzőművészet különös lehetőségeit érteni és értékelni.

Nemcsak az érzékeinket, de érzékenységünket stimuláljuk a művészeti képekkel megjelenített mesék, történetek által. Vitalis kompetenciáink fejlődnek, bővülnek: mélyebb tudást szerezhetünk önmagunkról, érzelmeinkről, mentális működésünkről.

Minden mese jó mese, teremtsünk változatosságot! Kultúránk fontos alapjait adják a népmeséink, a nemzetközileg közismert régi mesék, de nagyon fontos, hogy a mai, kortárs gyerekirodalommal is megismertessük a gyerekeköt. Egyszerűt, mert ezek a mesék naprakészek; közvetlenül arra világa reflektálnak, amiben ők élnek; másrészt, mert nyelvezetük, logikájuk, eszközeik is a mai kor ízlését és értékeit tükrözik. Aki kortárs meséken (is) nő fel, jó esélytel érte majd a kortárs szépirodalmat is!

AJÁNLOTT IRODALOM, FORRÁSOK

1. Sándor Z. (2003): A vizuális nyelv képi világa. Miskolci Egyetemi Kiadó–Nyír ségi Nyomda
2. Bálványos H.–Sánta L. (1997): Vizuális megismerés, vizuális kommunikáció. Balassi Kiadó, Budapest
3. Antal-Lundström I. (2008): A kiválóság titka – Az esztétikai alapú pedagógia Új Pedagógiai Szemle 11-12
4. Tilmann J. A. (2004): Későújkor, avagy a posztmodern más perspektívából. In: Levelek tengere. Avagy a távlat távolra váltása. Koinónia Kiadó, Kolozsvár
5. Rogers C. R. (2004): Valakivé válni (A személyiség születése). SHL Könyvek, EDGE 2000 Kft.
6. The art of... Kveta Pacovska, Michael Neugebauer, North South Books edition, 1994 (September 1, 1994)
7. Valaczkay G.: Bezzeg a Mosó Masa! Népszabadság, 2013. július 17.
8. Castagnoli A. in:<http://www.lefigure-deilibri.com/2008/02/19/che-cose-un-picture-book/>
9. Liddell M. (1926): Garden City. Doubleday, Page
10. Rey M. and Rey H. A. (1941): Curious George, Houghton Mifflin

11. De Brunhoff J. (1934): The Story of Babar, Harrison Smith és Robert Haas
12. Munari B. (1945): The Elephant's Wish. The World Publishing Company
13. François A. (1956): Les Larmes de crocodile, Delpire
14. Gyerekirodalmi Adatbázis <http://ki.oszk.hu/gyerekirodalom/>
15. Könyvmutatónyosok blog <https://konyvmutatvanyosok.wordpress.com>
16. Gyerekkönyvölő <https://gyerekkonyvolelo.wordpress.com>
17. Kaméleon Könyvkub <http://www.rainbowkatalogus.hu/olvasok klub/>
18. Szívünk rajta program <http://unicef.hu/szivunk-rajta-gyerekkonyv-ajanlo-program/>
19. Meseutca <http://meseutca.hu/category/konyvajanlo/>
20. Az Év Gyerekkönyve díj <http://www.pagonya.hu/ibby-dij>
21. Bolognai Gyerekkönyvvásár által díjazott gyerekkönyvek: <http://www.bookfair.bolognafiere.it/en/bologna-ragazzi-award/winners-2015/2225.html>
22. Hans Christian Andersen díj <http://www.ibby.org/index.php?id=308>
23. Díjak, elismerések, legjobb könyv válogatások (USA) <http://www.readingrockets.org/books/awardwinners>
24. Díjak, elismerések, válogatások (Európa) <http://www.natiperleggere.it/index.php?id=107>

23. MOSOLY A BETEGÁGYNÁL



BÉRES ANDRÁS

Programozó édesapám és gyógyszerész édesanyám áldozatos munkájának köszönhetem, hogy az általános iskolát a budapesti francia tannyelvű iskolában járhattam ki két testvéremmel együtt, majd a magyar oktatásban folytattam tanulmányaimat és a Veres Péter Gimnáziumban érettségittem. A Semmelweis Egyetemen szereztem orvosi diplomát, majd a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórházban kaptam állást. Az utóbbi években a kórházam hatalmas fejlődésén ment keresztül, és nagyon együtt érzek és értek minden orvos- nővér és egészségügyi dolgozó kollégámmal, akik nem mennek külföldre, és ebben az egészségügyben küzdenek az itt ápoltakért. Infektológiából szakvizsgáztam, e fejezet írása közben a ráépített, pszichoterapeuta szakvizsgámra készülök. Nemrég lettem a Pápai Református Teológiai Akadémia teológus hallgatója, a betegágy mellett végzett munkám mellett kórházlelkész szolgálatra készülök. Mindez nem lenne lehetséges, ha nem támogatna mindenben feleségem, aki református lelkész. Gépészmérnök és mezőgazdasz súgoromtól sokat tanulok a magyar föld és a méhek szeretetéről – a somogyi, lábodi méznek nincs párja az egész világban!

23.1. BEVEZETÉS

23.2. A GYERMEK MOSOLYA

23.2.1. A NEVETÉS MINT ORVOSI KÉRDÉS

23.2.2. BOHÓCDOKTOROK, MOSOLYDOKTOROK

23.2.3. NEM CSAK A LELKÜKRE HAT?

23.3. A FELNÖTT MOSOLYA

23.3.1. A HIT MINT ORVOSI KÉRDÉS

23.3.2. KÓRHÁZI LELKI GONDOZÁS

23.3.3. NEM CSAK A LELKÜKRE HAT?

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

23.1. BEVEZETÉS

Édesanyámnak, aki nekem olvasott mesét, és minden édesanyának, aki ezt naponta megtesz gyermekéért.

NEUROIMMUNMODULÁCIÓNAK nevezzük azt a kölcsönös, anatómiai, fiziológiai és biokémiai kapcsolatrendszeret, mellyel az idegrendszer és az immunrendszer egy-

más működését befolyásolják. A neuroimmunológiai összeköttetések struktúráját végeg követhetjük egészen az immungenetikai alapokig. A pszichoneuroimmunológia tanulmányai – a lelki élmények és az immunmoduláció összefüggéseit vizsgálva – azt találták, hogy a környezet hatására is változhat az emberek immunválasza. Úgy tűnik tehát, hogy az immunválasz *epigenetikai szabályozás* alatt áll, és ezek között a pszichológiai hatások is szerepelnek.

A klinikusnak ugyanakkor fontos kérdés, hogy a fent leírt jelenség tetten-érhető-e a kórházban ápolt beteg emberek esetében is, azaz: van-e követlen, *klinikai alkalmazhatósága* a pszicho-neuro-immunológiai kutatások eredményeinek? Különösen fontos kérdés, hogy pozitív élmények esetében mérhető-e a gyógyulást is befolyásoló változás az immunrendszerben. A kórházban ápolt beteg emberek az ott kapott terápiák testi, és a hospitalizáció lelki hatásai miatt eleve összetett környezetben vannak, ezért kérdés, hogy tetten érhetőek-e náluk is a fent ismertetett változások, és ezek érdemben befolyásolják-e a gyógyulást, vagy a korábbi tanulmányokban mért immunológiai változások elvesznek az immunrendszer érő egyéb hatások tengerében.

23.2. A GYERMEK MOSOLYA

23.2.1. A nevetés mint orvosi kérdés

A stressz immunrendszer gyengítő hatását SELYE óta – bizonyítottan – ismerjük [1]. Ugyanakkor, jóval kevesebb a pozitív élmények immunrendszer módosító hatását vizsgáló tanulmány, ráadásul, ezek a mérések zömmel laboratóriumi körülmények között, egészséges önkéntesek bevonásával történtek.

2001-ben BERK és mtsai 10-10 egészséges felnőtt férfinek 60 perces humoros videofilmet mutattak be. Kimutatták, hogy az immunglobulinszintek (IgM, IgA és IgG), az aktivált T-sejtek száma (összes T-sejt, illetve külön a Th-, a Tc- és a naiv T-sejtek), a limfocita alcsoportok aránya és a perifériás IFN- γ -szint emelkedik; 6 férfinél az NK-sejtek aktivitásának vizsgálatakor pedig azt észlelték, hogy az aktivitásnövekedést mutató esetekben a növekedés mértéke statisztikailag szignifikáns volt (IgM: $p < 0,09$; IgA: $p < 0,01$; IgG: $p < 0,02$; T-sejtek száma: $p < 0,01$; IFN- γ -szint: $p = 0,02$; NK-sejt-aktivitás: $p < 0,01$) [2].

2001-ben TAKAHASHI és mtsai 21 egészséges felnőtt férfinek 75 perces humoros videó vetítése után az NK-sejtek aktivitásában szignifikáns ($p < 0,05$) emelkedést találtak [3].

2001-ben BITTMAN és mtsai 30 felnőtnek körülbelül 60 perces, csoportos, ütőhangszeres, zeneterápiás foglalkozást tartottak és az NK-sejtek aktivitásában szignifikáns emelkedést mértek ($p = 0,055$); hasonló emelkedés nem minden, hanem csak egy bizonyos típusú zeneterápiás foglalkozás során jelentkezett, ugyanakkor a szintén vizsgált IL-2- és IFN-szintekben nem volt mérhető változás [4].

A fenti tanulmányokat követően a továbblépés egyik irányát az a tanulmány jelentette, melyben a szerzők az immunrendszer változásain kívül arra is kíváncsiak voltak, hogy a mérésben részt vevő személyek *mit éltek át* a lelki élmény során.

2003-ban BENNETT 16 egészséges nőnek humoros videofilmet mutatott, és szubjektív becslőskálán vizsgálta a jókedv mértékét. A kontrollcsoportban hasonló esetszám mellett nem humoros videót használt. A humoros videofilmet néző csoportban a kontrollcsoporthoz képest az NK-sejt-aktivitás változásában nem talált szignifikáns eltérést. Ha számításaiban a jókedv mértékét is figyelembe vette, akkor azoknál a nőknél, akiknek tetszett a humoros videó, szignifikáns ($p = 0,037$) NK-sejt aktivitásemelkedést mérte [5].

A továbblépés másik irányát az jelentette, hogy elkezdték vizsgálni a fentiekben leírt jelenséget *beteg embereknél*, azaz, olyan személyeknél, akik eleve nem teljesen egészséges immunrendszerrel kerültek beválasztásra.

2001-ben BURNS és mtsai 29, malignus alapbetegségen szervendő felnőttek tartottak zeneterápiás foglalkozást előre felvett, illetve élő zene használatával, és minden esetben a nyál szekretoros IgA-szintjében emelkedést találtak [6].

2005-ben MATSUZAKI 41 reumatoid arthritisben szervendő felnőttek 60 percben a Rakugo (tradicionális humoros japán történet) elő előadását mutatta, és az IL-6, TNF- α , IL-4, IL1Rα-citokinek, illetve citokin receptor-antagonista szintjeiben mért szignifikáns változásokat ($p < 0,05$), sőt, az egyes eltérések mértéke a reumatoid arthritis betegség súlyosságával is összefüggésbe hozható volt [7].

2004-től megjelent KIMATA és mtsainak több olyan tanulmánya is, melyben érzelmi hatásoknak kitett, beteg immunrendszerű felnőtteknél vizsgált immunválasz-változásokat, vizsgálataiban rámutatott a verejték-, a nyál- és a spermium mint lehetséges mintavételi források jelentőségeire is [8, 9, 10, 11].

A legmegdöbbentőbb eredménnyel talán az a tanulmány szolgált, amelyben a szerzők a pozitív lelki élmény során történő immunológiai változásokat egészsen a gének szintjéig követték.

2007-ben HAYASHI és mtsai 2-es típusú cukorbetegségen szervendő 6 férfinak és 4 nőnek 60 perces humoros videót mutattak be, és a posztprandiális vércukorszintek szignifikáns csökkenésén túl, több gén – köztük az NK-sejtek aktivitását szabályozó géneket is – expressziójának növekedését észlelték [12].

Összességében a feljebb idézett vizsgálatok felnőtt korú önkéntesekkel történtek, szinte minden esetben nem klinikai körülmények között, személytelen eszközökkel (humoros videofelvételek) vagy csoportfoglalkozások keretében, így az eredmények általánosít-

hatósága és klinikai alkalmazhatósága korlátozott volt.

23.2.2. Bohócdoktorok, mosoly-doktorok

A történet szerint NORMAN COUSINS, amikor megállapították nála a rheumatoid arthritis diagnózisát, egy hotelszobába zárkózott, ahol humoros videókat vetített magának. Nem sokkal később meglepetten tapasztalhatta a tüneteinek enyhülését. „*Azt a boldog felfedezést tettem, hogy tíz perc eredeti, csengő nevetés fájdalomcsillapító hatással bírt, és legalább két órányi fájdalommentes Alvást biztosított*” [13].

A nevetés mint gyógyszer, és a kórházi bohócdoktorok mozgalma a ROBIN WILLIAMS főszereplésével vetített film, a *Patch Adams* követően vált világhírvé. A színész által alakított címszereplő orvos valós személy: PATCH ADAMS, aki édesapja korai halála, és fiatal társainak csúfolódását követően került egészségügyi ellátásra, később, mint orvos olyan kórházat általmodott meg, ahol a tradicionális orvosi beavatkozásokon kívül hangsúlyt kapnak az alternatív elkezelések, az ökológia, a humor és a színjáték.

A Piros Orr Bohócdoktorok egyik legkorábbi magyarországi képviselője Dr. ALBERT ROYAARDS, holland bankár, aki a Délkelet-Ázsiában töltött aktív életét követően úgy döntött, hogy a nyugdíjas éveket karitatív tevékenységre szeretné fordítani. Elmondása szerint azért választotta Magyarországot, mert „beleszeretett”. A Piros Orr Mozgalom hazai ágának felépítését követően úgy döntött, saját alapítványt szeretne vezetni, Csáky-BORNEMISZA Éva alapításával létrehozta a Mosolygó Kórház Alapítványt (www.mosolygokorhaz.hu) Az alapítvány megal-

kulása a gyermekkhez vitt kórházi élmény-paletta szélesítését tette lehetővé, így a beteg gyermeket a bohócdoktorokon túl immár mesemondó, kézműves, bábos, bűvész „mosolydoktorok” is látogatják (23.1. ábra).



23.1. ábra A mosolygó kórház tevékenységének lényege

Megjegyzés: A gyermek bal kezében egy branül: beleegyezése esetén, a fájdalommentes vérvétel megkíséríthető.

23.2.3. Nem csak a lelkükre hat?

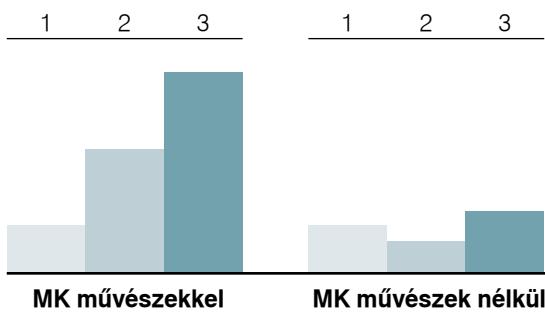
2009-től a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház Infektológiai Osztálya adott ott-hont annak a vizsgálatnak, mely beteg gyermekknél, betegágy igyekezett tetten érni, hogy a fent említett immunológiai változások mérhetőek-e akkor, ha meglátogatja őket egy „mosolydoktor” [14].

SHoRT (Smiling Hospital Research Team) vizsgálatunkat kórházból fekvő beteg gyermeken végeztük, akiket meglátogattak és személy-

re szabottan elő előadással ajándékoztak meg a Mosolygó Kórház Alapítvány művészei. Tánculmányozni kívántuk, hogy vajon a Mosolygó Kórház Alapítvány (MK) művészei hatással vannak-e a kórházból ápolt beteg gyermekek immunrendszerére, illetve az idézett tanulmányokban bemutatott bármely paraméter közül lehet-e változást kimutatni az oktatókórház mindennapjaiban használatos routineszközökkel. A vérvétel – branülökön keresztül – fájdalommentesen történt, amelyet a beteg gyermekek esetében a betegségük miatt még a mérés előtt rögzítettek.

A mérések a 2009–2010. évben randomizálva történtek, válogatás nélkül előbb 24 gyermekkel, akiket meglátogattak a művészek; a kontrollcsoportot 9 gyermek alkotta. Vér vettünk 30 percssel a művészek látogatása előtt és 60 percssel a látogatás után. A látogatások átlagos ideje 34 perc volt. Végül a művészek ötös skálán becsülték meg a beteg gyermekre gyakorolt hatásukat; a művészek az adott látogatáshoz tartozó laboratóriumi mérési eredményeket nem ismerték. Ha ugyanannál a látogatásnál több művész volt jelen, az egyes művészek szubjektív értékelésének számtani átlagát számoltuk. (Mérésünk tervezésekor figyelembe vettük a 2005-ben a beteg gyermekkel és a bohócdoktorokkal készült próbatalmányunk eredményeit is, ott 6 gyermekből háromnál növekedést és egynél csökkenést találtunk az NK-sejtek aktivitásában. A laboratóriumi eredmények tendenciája és a bohóc doktorok szubjektív értékelése között meglepő hasonlóságot fedeztünk fel.) A vérmintákat 2 órás időeltéréssel vettük a kontrollcsoportban.

Az eredmény: nem szignifikáns mértékű, de jelzés értékű változásokat találtunk, a meglátogatott csoportban a limfocitaszám-emelkedést 8,43%-kal kifejezettedebben, a csökkenést 12,45%-kal mérsékeltebbnek találtuk. A meglátogatott 24 gyermek közül 13 gyermeknél emelkedett, 8 gyermeknél nem változott számottevően és 3 gyermekben csökkent a limfocitaszám, a kontrollcsoportban ugyanezek az értékek 4, 2, illetve 3 voltak (23.2. ábra).



23.2. ábra A limfocitaszámok alakulása a gyerekek körében, a gyermekek számát ábrázolva.

Balról jobbra: limfocitaszám csökken (1), limfocitaszám nem változik (2) limfocitaszám nő (3). Először MK művészekkel ($n=24$), majd MK művészek nélkül ($n=9$)

A meglátogatott csoportban tehát a limfocitaszám- ésést mutató gyermekek aránya csökkent, a kevésbé jelentős limfocitaszám-változást mutató gyermekek javára („kategóriaeltolódás”). A művészek szubjektív értékelését a jelentős lymphocitaszám-változásokkal összevetve, a legnagyobb pontszámot a limfocitaszám-emelkedést mutató gyermekeknél találtuk (átlag: 4,55/5). Még a limfocitaszám-csökkenést mutató gyermekeknél is jobbnak éreztek a művészek a változást (átlag: 3,75/5), mint azoknál, akiknél nem volt mérhető limfocitaszám-változás (átlag: 3,25/5).

Ismereteink szerint ez az első olyan tanulmány, amely gyermekeken igyekezett felnérni a pozitív, személyes kontaktussal elért lelki élményekkel kapcsolatos immunológiai változások klinikai vonatkozásait; az egyik első pszicho-neuro-immunológiai (PNI) mérés, amely személyre szabott élmény hatásait elemzte.

Eredményeink természetesen óvatossággal értékelendők, hiszen a mért eredményeket klinikai környezetben számtalan egyéb hatás befolyásolta. Klinikai környezetben bármilyen lehetséges terápiás hatás megvonása etikailag elfogadhatatlan lenne (főleg

gyermekben), így a jövő klinikai PNI tanulmányai során sem lehet majd az egyéb hatásokat kiküszöbölni és az egyes lelki élményekkel összefüggésbe hozható immunológiai történéseket izoláltan vizsgálni. A jövő klinikai PNI tanulmányait a sajátunkhoz hasonló, az egyes lelki hatásokra fókusztáló vizsgálattervezés jellemzheti.

Elemeztük annak okait, hogy bár vizsgálatunkat a korábbi tanulmányokhoz hasonlóan kicsi esetszámon végeztük, mégis, az egészséges felnőtteken humoros videóval, laboratóriumi környezetben mért hatások-

hoz képest, a klinikumban mért változások szerényebbek voltak.

A szerényebb eltérések egyik oka maga a megfigyelt jelenség, a megcélzott lélektani változás eleve nehezített környezetben történő kiváltása lehetett. Amint arra a művészek óvatos önértékelése utalt, a klinikumban eleve már maga a pozitív lélektani hatás kiváltása is sokkal nehezebb. Ebben a lélektani helyzetben minden pozitív hatás elérése eleve nehezített. Ráadásul az elért eredmény nem mindig látványos, néha egy megváltozott tekintet többet jelezhet, mint egy hangos kacagás.

A gyermeklátogatások ügye tehát sokkal összetettebb és nehezebb, mint azt valaki a legjobb szándékkal is gondolhatná. Jól tudják ezt elsősorban maguk a gyermeklátogatók: a jó szándék sokszor nem elég, gyakran speciális felkészülést és szakmai ismereteket is igényel egy-egy jól sikerült kórházi látogatás. Mérésünk azt sugallja, hogy a kórházi gyermeklátogatásokat komolyan vevő alapítványoknak érdemes támogatni az ilyen jelleű szakmai felkészítő tréningeket.

Ugyanakkor még a szerényebb változások is tetten érhetők, akár a minden nap gyakorlatban használt laboratóriumi eszköz-

zökkel is mérhetők voltak. Ezen túlmenően, vizsgálataink során észlelt nem szignifikáns eredmények a korábbi tanulmányok következtéseinak irányába mutattak. A korábban – egészséges felnőtteken – talált immunstimuláló hatás látszik érvényesülni a klinikumban is. Amennyiben nem a rutingyakorlatban használatos eszközökkel mérjük az immunológiai változásokat, úgy markánabb eltéréseket is tapasztalhatunk. Ebben a mérésben az IFN- γ -szint változásában és a Th1/Th2 citokinszint-mérlegek változásában találtuk a legnagyobb eltéréseket, ami a sejtközvetített immunitás irányába tolódásra utal.

Az immunrendszerrel kapcsolatos ismereteink szerények, az immunrendszer komplexebb annál, mint hogy eredményinket egyértelműen akár pozitívnak, akár negatívnak minősítsük. Eredményeink alapján annyit azonban állíthatunk, hogy a beteg gyermeket meglátogatása számít, azaz az immunrendszer működésében vélhetően változást idéz elő. A jövőben ezekre a látogatásokra nem elég mint pusztta lélektani történésekre tekintenünk, vélhetően az immunválasz módosulásával is számolhatunk.

Külön kérdés, hogy amennyiben az MK művészek látogatása során a beteg gyermek limfocitaszáma csakugyan az emelkedés irányába tolódik, mennyire lehet ezt jótékonynak tekinteni. Míg egészséges felnőtnél az immunparaméterek emelkedése az ellenálló képesség javulására utalhat, addig beteg gyermeknél sokszor éppen a gyulladásos laboratóriumi paraméterek csökkenése a gyógyulás jele. A fenti „kategóriaeltolódás” esetén néhány gyermek, akinél a limfocitaszám feltehetőleg csökkenne, látogatás esetén nem mutatott változást, és érdekes módon, éppen ebben a középső kategóriában, a változást nem mutató gyermekek esetében értékelték a művészek a legalacsonyabb szinten a gyermekre gyakorolt hatásukat.

A művészek szubjektív megérzése is arra utal, hogy a limfocitaszám-csökkenés olykor kedvezőbb lehet annál, mintha erős szakosan igyekeznénk stimulálni egy esetleg leszálló irányú gyógyulási folyamatot. Ez a gondolatmenet természetesen nem von le a gyermeklátogatások értékéből, csupán arra utal, hogy amennyiben a jövőben valóban gyógyszerként merünk tekinteni a beteg gyermeket meglátogató művészre, úgy az ezt követő tanulmányokhoz hasonlóan, az indikációs területekre, a dózis kérdésére és a lehetséges mellékhatásokra is érdemes lesz kitérniük.

Végezetül, a jövő klinikai PNI tanulmányainak megtervezése és elemzése során, az összetett klinikai környezet miatt különösen fontos lehet az a megközelítés, hogy a lelki és testi eseményeket ne ok-okozati láncban képzeljük el, hanem mint ugyanannak a valóságnak két különböző szemszögéből való leírását. Klinikai PNI tanulmányok során egyszerű ok-okozati összefüggések keresése helyett helyesebb lehet egy adott hatással összefüggésben az egymással párhuzamos történések leírására fektetni a hangsúlyt. Eredményeink értelmezését megkönnyítheti az a megközelítés, amely szerint, *ha valaki meglátogat egy beteg embert, nem a „testét” vagy a „lelkét”, hanem az életét változtatja meg. Ha megváltozik az élete, más lesz a teste és a lelke is.*

23.3. A FELNŐTT MOSOLYA

Az előző oldalakon arról olvashattunk, hogyan varázsolhatják át a hozzáértő látogatók a beteg gyermekek kórházi percept, hogyan javítanak lelki állapotukon – de vajon elég lehet-e ugyanez egy felnőtnek is? Ha egy, az életben még keveset tapasztalt beteg

gyermeknél is csak nagy nehezen tudunk kicsalogatni egy-egy mosolyt, akkor mit kezdjünk az esetleg már számos csalódást átélt, lelkei sérülésekkel hordozó beteg felnőttel?

Felnőttkorra a derű, a benső mosoly eléréséhez lehet, jóval több kell egy-egy jóízű nevetésnél. Egy-egy kacagás, egy-egy szívét melengető történet nem mindig elég – nem is feltétlenül hatásos. Felnőtt korra a nagyobb élettapasztalat, esetleg a több csalódás, a mélyebb sebek, mélyebb, hitelesebb válaszokat igényelnek. Míg egy beteg gyermeknek sokszor elég csak a hangulatát, a hozzáállását javítani, a beteg felnőttek gyakrabban az egész életbe vetett hite rendülhet meg. A betegség: egzisztenciális kérdés. Törés a minden nap életvitelben, esetleg törés az életben is. Alapkérdések, mélyen gyökerző félelmek törhetnek fel a fájdalomról – a legszemélyesebb kérdésektől, az élet értelmével kapcsolatos legáltalánosabb kételekig. A betegség próbára teszi nem csak a testet, hanem a hitet is.

23.3.1. A hit mint orvosi kérdés

Lévén a hit lelkei kérdés, először nézzük meg, az orvostudományban, azon belül a pszichoterápiába hol helyezhetjük el, egyáltalán elhelyezhetjük-e, a hitet.

A pszichoterápia emberről, és betegségről alkotott képe jelentős változásokon ment át az egyes pszichoterápiás iskolákban, míg napjainkban a klasszikus irányzatok egymásra találásának, termékenyítő kölcsönhatásának, az integrációnak az idejét élhetjük.

A *pszichoanalízis* – FREUD [15], JUNG [16], FRANKL [17] – a betegség lényegét, a jelen konfliktust a páciens gyermekkorában a szüleivel vagy más fontos személyekkel való kapcsolatában átélt, kielégítetlen, majd elfojtott vágyaival magyarázza. Az elfojtás és

egyéb énvédő mechanizmusok miatt a páciens a korai sérüléseit a környezetére mintegy kivetítí, környezetével és így terapeutájával lényegében ezeket a korai sérelmeket éli át ismét – ez az áttétel jelensége. Az analízis célja az elfojtások tudatosítása, hogy a páciens a jelenben ne a gyermekkorai sérüléseit élje át újra és ismételje meg akaratlanul, hanem kielégítetlenül maradt vágyait, amennyire csak lehet, a jelen kapcsolataiban elégítse ki.

A *behaviourizmus* – PAVLOV kutyájáról ismert megközelítéssel [18] – a mélylélek-tani intuíciók helyett az empírikusat, az evidence-based megközelítéssel igazolhatót keresi. A neurológiai kutatások eredményeit és szemléletét alkalmazza, és a betegséget lényegében a környezeti stimulusokra adott kóros válaszként értelmezi, hibás reflexek, tanulási folyamatok összefüggéséivel magyarázza. Azonban egyértelművé vált, hogy teljesen azonos környezetben, és teljesen azonos stimulusok esetén, az egyes páciensek eltérő válaszokat produkálnak, így a páciensek viselkedésének, válaszainak megértéséhez megkerülhetetlenné vált a páciens személyes ingerfeldolgozó rendszerének figyelembe vétele is.

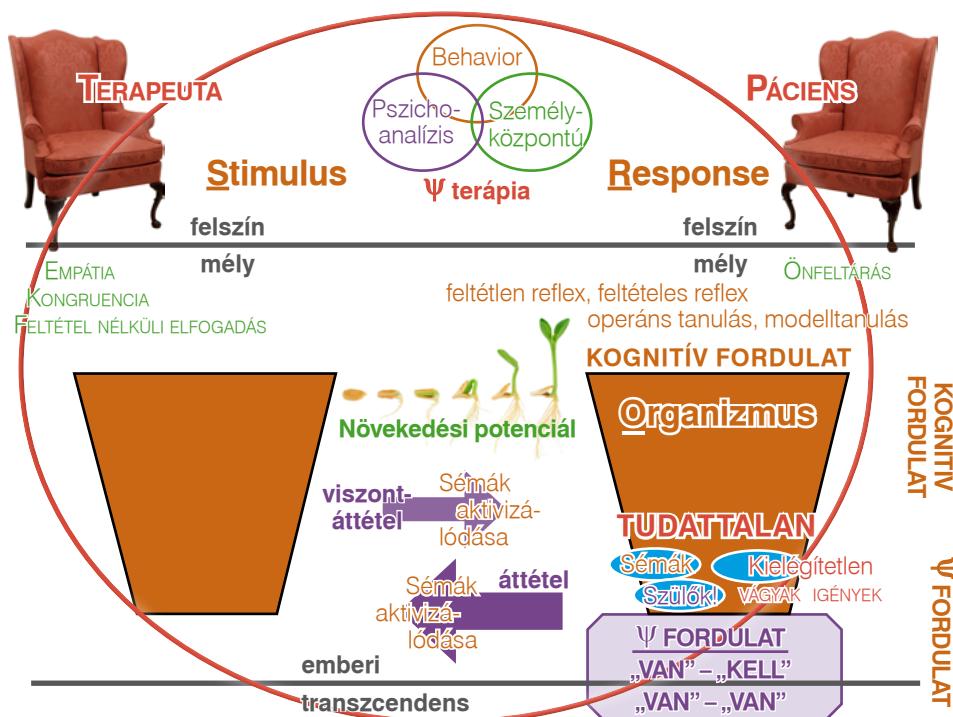
Ez vezetett a behaviour irányzatban a *kognitív fordulathoz* – MAHONEY [19] – annak megértéséhez, hogy a kívülről is észlelhető viselkedés kialakulásáért nem önmagában a környezet vagy a stimulus a felelős, hanem az, ahogy a páciens a környezetet, a stimulusokat szubjektíven átéli, értelmezi. Így a további kutatások a benső értelmezés mechanizmusára, a személyes kogníciók mélyére irányultak, és a kóros élményfeldolgozás háttérében maladaptív sémákat tártak fel – a korai, gyermekkorai kielégítetlen alapigények tartós élménylenyomatait, melyek a későbbi élményfeldolgozást meghatározzák, és a valóságérzékelést torzítják. A kognitív és a sématerápia célja ezeknek

a sémáknak a felismerése, hogy torzító hatásuk a jelenben egyre kevésbé érvényesüljön, a és a páciens a jelen kapcsolataiban új, valós élményekhez jusson, melyekben lehetőség szerint az alapigényeit kielégítheti.

A ROGERS [20] nevével fémjelzett *személyközpontú iskola* ismét más szemleletből indul ki. ROGERS gyermekként sok időt töltött a természetben, és azt vallja, hogy mindenki-ben létezik a személyiség érését, egészséget meghatározó növekedési potenciál: minden ember, lelke legményén, nagyon is tudja, hogy mi neki a jó, és arra is fejlődik – ha hagy-ják. Azaz: ugyanúgy, mint a növényeknél, ha megfelelők a feltételek, a személyiség fejlődik minden különös beavatkozás nélkül is. Lényegében tehát a személyközpontú te-

rápia is alapvető igények kielégítetlenségével magyarázza a betegséget, és a terápia célja ezeknek a feltételeknek – a bázisfeltételeknek – a megteremtése: a terapeuta részéről az empátia, a hitelesség és a feltétel nélküli elfogadás, a páciens részéről az önfeltárás.

Amint ezekből a rövid leírásokból érzékelhető, a három iskola elképzelései nem kizártak, hanem kölcsönösen kiegészíthetik egymást. Ez a napjainkban is zajló, és tökéletesedő integráció lényege (23.3. ábra). A személyközpontú megközelítés által leírt, tudományos vizsgálatokkal is alátámasztott hatótényezőket ma már minden pszichoterápia alapfeltételeiként tartják számon. Míg az analitikus megközelítés a lelki folyamatok lényegét fogalmazza meg, addig



23.3. ábra A pszichoterápiás iskolák integratív szemlélete. A lelki panaszok közös alapélménye: a kielégítetlen vágyak a tudattalanban. Fentről lefelé: a kognitív fordulatban megjelenik a tudattalan, a spirituális fordulatban a transzcendens

a behaviourista megközelítés ugyanezekben a lelki tartalmakban a visszatérő mintázatokat térképezi fel, de lényegében ugyanazt a folyamatot járják körül, és a betegséget – a terápia célpontját – egyaránt a tudattalanban rekedt, kielégítetlen vágyakkal, igényekkel magyarázzák.

A tudattalan, kielégítetlen vágyak és igények, mint a lelki betegségek gyökere, végső soron a *hiány* élményének különböző változatai. Ekképp a lelki betegségek végső soron a *van* és a *kell* közötti végső, megoldhatatlan ellentét megnyilvánulásai. Számos páciensnél azonban valami egészen különleges történik: a hiányérzetük lényegében megszűnik. A *van* és a *kell* ellentéte valami egészen személyes és csodálatos módon feloldódik, megszűnik a *kell*. Ez a *spirituális fordulat*.

Fontos hangsúlyozni, hogy a spirituális fordulat nem egy, az orvosok által, a beteg emberek érdekekében kitalált módszer, találmannya. A pszichoterápia leíró ágával van itt dolgunk, azaz: ugyanúgy mint a kognitív fordulat esetében, amikor a szakemberek próbálták jobban megérteni a beteg emberek lelkét, és ehhez hatékonynak bizonyult a kognitív fordulat fogalmának bevezetése, most tovább menve, néhány páciens lelki életét úgy vélik jobban megérteni, ha bevezetik a spirituális fordulat fogalmát is.

A spirituális fordulat tehát nem az orvosok fejében jött létre, hanem a beteg emberek lelkében figyeltek meg egy olyan jelenségeket, amit, utólag, a spirituális fordulat fogalmával illetnek.

Például, keresztyének személyes élménye lehet, hogy bár történhettek velük sérülések gyermekkorban, és maradhattak bennük kielégítetlen vágyak vagy igények, de minden *kell* alkotója: az Isten, aki a *van*, és aki végül minden sebeiket begyógyítja és igényüket ki-elégíti. A *kell* létrehozója tehát egyben annak megszüntetője is, megszűnik a *kell*, marad

a *van*. Ellentétben bizonyos modern teológiaiakban divatos „mitológiátlanítási” törekvésekkel, melyek a hitet az akarattól függően, individuálisan átéltető szubjektív élmény szintjére redukálják, itt nem csupán valami mély „vallásos élmény” átéléséről van szó – ez még nem lenne spirituális fordulat.

A keresztyén teológiában BARTH [21] hangsúlyozta, hogy a hívők ősélménye a „teljesen másikkal” való találkozás, egy olyan élmény, melyet elmondásuk szerint önerőből képtelenek lennének elérni vagy megvalósítani. Ahogy a beteg gyermeket az ót megláthatogató művész ad neki valamit, amit önmaga soha nem tudna magának megadni, itt a beteg ember érzi úgy, hogy találkozik a Másikkal, és ez a találkozás az, amitől úgy érzi, hogy az élete megváltozik.

Egy másik példa a spirituális fordulatra: buddhisták személyes élménye lehet, hogy lemondanak a ragaszkodásról, és ez által szűnik meg a *kell*. A zen buddhizmus szintén hangsúlyozza az akarattól független, mintegy kívülről jövő megvilágosodást.

A spirituális fordulat jelenti napjaink pszichoterápiás kutatásainak egyik legérdekesebb területét és itt helyezhetjük el a személyes hit kérdését az orvostudományban. Amennyiben a lelki sérülések közös alapélménye a *hiány* bármilyen formája, úgy a hiány pótlása gyógyít. A hit, mint hiánypótló élmény, jelenhet meg azoknak az életben, akik hisznak, így a hit hiánya vagy megléte alapvetően befolyásolhatja a lelki betegségekből való gyógyulást, azaz: a hit orvosi kérdés.

23.3.2. Kórházi lelki gondozás

A történelmi egyházak szinte megalakulásuktól kezdve jelentős szerepet vállaltak a beteg emberek gyógyításában, de jelenléük az egészségügyben az egyház és az állam

szétválását követően is folytatódott, kórházi kápolnák, lelki gondozók munkásságán keresztül.

Ugyanakkor a kórházban megjelenő hit, a kórházi lelki gondozás kérdése messze túl lép a kórházi kápolnák falain és a lelki gondozó szolgálatok keretein. Lehet, észre sem veszi, de váratlanul és akár akaratán kívül is a lelki gondozás területébe csöppenhet az a nővér vagy az orvos, aki a beteg emberrel beszélgetve egyszer csak azt veszi észre, hogy az tőle várja lelkének gondozását, vagy a válaszokat a hitéletét érintő kérdésekre is.

Ilyenkor joggal merül fel a kérdés: az egészségügyi dolgozókra tartozik-e a hit egyáltalán? Szabad-e a nővérek, az orvosnak a hitről beszálnie? Egyáltalán módjában áll-e az orvosnak válaszolni a beteg ember egzisztenciális, akár hitéleti kérdéseire? Milyen mélységen merülhet bele ezekbe a kérdésekbe, amelyek akár az ó személyes kétélyeit vagy hitéletét is érinthetik? Meddig merészkedhet egy orvos ezen a területen, hol a határ, amíg egy orvos egyáltalán hozzászólhat ezekhez a kérdésekhez?

Ezt a kérdést tehette fel magának GROOPMAN, a zsidó orvos, akitől egy inoperális emlőtumorral kezelt idős hölgy, Anna néni, azt kérte, hogy imádkozzon érte, mert fél. Az eset kapcsán az orvos szokatlan, *Isten a betegágynál* című írásában osztotta meg kétségeit és kérdéseit az olvasókkal a tekinthető orvosi hetilap, a New England Journal of Medicine hasábjain [22]. Anna néni kérése eszébe juttatta annak a szintén emlőtumor miatt kezelt, de fiatal zsidó nőnek az esetét, akitel még harmadéves medikus korában találkozott, és aki – miután viszonya volt a fönökével – úgy érezte, a betegsége az Isten visszavonhatatlan büntetés jelenti számára. A szerző medikusként felkavartan, tanáctalanul elsomfordált a betegágytól.

Arra a kérdésre, hogy: beszélhet-e egy orvos a hitről – a lelkiismeretes válasz: nem. Nem ezért fordulnak hozzá. Az orvos ne „téritszen”. Különösen a pszichoterápia területén, ez – mivel ellentétes a bázistényezőkkel – súlyos szakmai hibának számít.

Ha viszont a kérdést úgy tesszük fel, beszélhet-e az orvos a pácienssel a páciens hitéről – a válasz igen, sőt, bizonyos helyzetekben nemcsak a páciens által felhozott tartalmakra való emberi és esetekben szakszerű reagálást, hanem kifejezetten a proaktív hozzáálálist fogalmazza meg az ajánlás [23]. Így például intenzív osztályon, az élet vége körüli döntéseknel, a szakembereket kifejezetten arra buzdítják, hogy legyenek tudatában, saját hitük mennyire befolyásolja őket a klinikai döntésekben, és kifejezetten érdeklődjenek a páciens hitéről, hogy olyan döntést hozzanak, ami a páciensnek a legjobb.

23.3.3. Nem csak a lelkükre hat?

Már létezik friss kutatás arra vonatkozólag, hogy önmagában a pszichoterápia is hozhat létre változásokat a páciensek immunrendszerében. 2014-ben KÉRI és munkatársai azt találták, hogy míg a major depresszióval újonnan diagnosztizált pácienseknél a TLR-4 expressziójának up-regulációja mutatható ki, pszichoterápiás kezelésük során a klinikai javulás együtt jár a pro-inflammatórikus marker expressziójának csökkenésével is [24].

Ugyanakkor, ahogy a gyermekknél is kérdéses volt a betegágyhoz vitt nevetés immunológiai vonatkozása, itt is kérdés a fenti mérési eredmények betegágy melletti alkalmazhatósága, azaz, hogy a felnőtteknél, betegágyhoz vitt pszichoterápiás beavatkozás vagy lelki gondozói beszélgetés is létrehoz-e érzékelhető változásokat az immunrendszerben.

Először is, *pszichoterápiáról* beszélni a definíció szerint csak pszichoterápiás ke-retek között lehet [25] – márpedig egy zsú-folt kóterem egyik betegágya melletti, vagy egy folyosói beszélgetés igen távol áll attól, hogy ezeknek a kritériumoknak megfelel-jen. A pszichoterápiás kereteken túl lehet *pszichoterápiás beavatkozásokról* beszélni – ebben a keretben lehet a betegágy melletti pszichoterápiás beszélgetéseket elhelyezni. Arról azonban nem lehet megfeledkezni, hogy amint a gyermekek látogatása, úgy a pszichoterápia betegágy melletti alkalmazá-sa is számtalan gyakorlati nehézséggel jár.

Tovább menve, az is kérdés, hogy a pszi-choterápiában mért immunológiai változá-sok hogyan jelennek meg a pszichoterápia vonalába illeszkedően, a *spirituális fordu-lat* kapcsán.

Végül, mivel a *pszichoterápia és a lelki gondozás* határainak kérdése szintén érzékeny terület, és a lelki gondozó olyan eszközöket is használ, melyeket a pszichoterapeuta nem alkalmazhat, így a pszichoterápia im-munológiai vonatkozásait nem lehet egyér-telműen a lelki gondozói beszélgetésekre is érvényesnek tekinteni.

Korábban leírták a vallásos hit pozitív ha-tását a gyógyulásra rákos betegeknél. Lissóni és munkatársai összefüggést találtak a kis-sejtes tüdőrák kemoterápiára adott válasza és a vallásos hit mértéke között [26], Woods és munkatársai a HIV-fertőzöttek immunstátu-sa és hitélete között mérték kapcsolatot [27]. Az idézett tanulmányok azonban a hitéletnek csak az immunrendszert érintő hosszú távú hatását vizsgálták.

2014-től TUKEB jóváhagyás értelmében a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház Infektológiai Osztálya adhat otthont annak a mérésünknek, mely a betegágy melletti, lelki gondozói beszélgetés immunológiai vonatkozásait vizsgálja.

A most induló HEALING (Hospital Based Eucumeninc And Linguistic, Immuno-, Neu-ro-, Genetic) tanulmányunkban arra keressük a választ, hogy már egyetlen, a hitéletet ben-sőségesen érintő találkozás is változtathat-e az immunrendszer működésén. A kórház infrastruktúrájának és diagnosztikai lehetősé-geinek bővülésével immár a kérdés olyan aspektusait is vizsgálhatjuk, melyek a napi rutinban használt eszközökkel mérhető válto-zásokon túlmutatnak. Tanulmányunk a lelki tápláltságot méri fel, és a lelki táplálék hatá-sát vizsgálja majd, klinikai környezetben.

A szerző szeretne köszönetet mondani a fe-jezet alapjául szolgáló publikáció, a bevezető tanulmányok és a kutatómunkában nyújtott segítségről munkatársainak, Dr. Lelovics Zsu-zsannának, Dr. Juhász Attilának, Dr. Hörcsik Editnek, Dr. Papp Erzsébetnek, téma vezető-jének Prof. Dr. Repa Imrének és a mérések támogatójának, Prof. Dr. Falus Andrásnak.

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

1. Selye J.: Életünk és a stress. Budapest: Akadémiai Kiadó, 1978.
2. Berk L. S.–Felten D. L.–Tan S. A.–Bit-tman B. B.–Westengard J.: Modulation of neuroimmune parameters during the eustress of humor-associated mirthful laughter. Altern. Ther. Health Med., 2001. 7(2): 62–72, 74–76.
3. Takahashi K.–Iwase M.–Yamashita K.– Tatsumoto Y.–Ue H.–Kuratsune H.–Shi-mizu A.–Takeda M.: The elevation of natural killer cell activity induced by laughter in a crossover designed study. Int. J. Mol. Med., 2001. 8(6): 645–650.

4. Bittman B. B.–Berk L. S.–Felten D. L.–Westengard J.–Simonton O. C.–Pappas J.–Ninehouser M.: Composite effects of group drumming music therapy on modulation of neuroendocrine-immune parameters in normal subjects. *Altern. Ther. Health. Med.*, 2001. 7(1): 38–47.
5. Bennett M. P.–Zeller J. M.–Rosenberg L–McCann J.: The effect of mirthful laughter on stress and natural killer cell activity. *Altern. Ther. Health. Med.*, 2003. 9(2): 38–45.
6. Burns S. J.–Harbuz M. S.–Hucklebridge F.–Bunt L.: A pilot study into the therapeutic effects of music therapy at a cancer help center. *Altern. Ther. Health. Med.*, 2001. 7(1): 48–56.
7. Matsuzaki T.–Nakajima A.–Ishigami S.–Tanno M.–Yoshino S.: Mirthful laughter differentially affects serum pro- and anti-inflammatory cytokine levels depending on the level of disease activity in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*, 2006. 45(2): 182–186.
8. Kimata H.: Emotion with tears decreases allergic responses to latex in atopic eczema patients with latex allergy. *J. Psychosom. Res.*, 2006. 61(1): 67–69.
9. Kimata H.: Increase in dermcidin-derived peptides in sweat of patients with atopic eczema caused by a humorous video. *J. Psychosom. Res.*, 2007. 62(1): 57–59.
10. Kimata H.: Reduction of allergen-specific IgE production by laughter. *Eur. J. Clin. Invest.*, 2004. 34(1): 76–77.
11. Kimata H.: Viewing a humorous film decreases IgE production by seminal B cells from patients with atopic eczema. *J. Psychosom. Res.*, 2009. 66(2): 173–175.
12. Hayashi T.–Tsujii S.–Iburi T.–Tamanaha T.–Yamagami K.–Ishibashi R.–Hori M.–Sakamoto S.–Ishii H.–Murakami K.: Laughter up-regulates the genes related to NK cell activity in diabetes. *Biomed. Res.*, 2007. 28(6): 281–285.
13. Norman Cousins: *Anatomy of an Illness as Perceived by the Patient: Reflections on Healing and Regeneration*. 1979.
14. Béres A.–Lelovics Zs.–Antal P.–Hajós G.–Gézsi A.–Czéh Á.–Lantos E.–Major T.: „A mosoly is gyógyít”? Beteg gyermekek immunválasza is változhat a Mosolygó Kórház Alapítvány művésszeinek látogatásakor. *Orv. Hetil.*, 2011. 152(43): 1739–1744.
15. Freud S.: *Bevezetés a pszichoanalízisbe*. Budapest: Gondolat, 1986.
16. Jung C. G.: *Bevezetés a tudattalan pszichológiájába*. Budapest: Európa, 1993.
17. Frankl V. E.: *Az ember az értelembre irányuló kérdéssel szemben*. Budapest: Jel, 2005.
18. Pavlov I. P.: *Pavlov válogatott művei*. Budapest: Akadémiai, 1951.
19. Mahoney M. J.: *Cognition and Behaviour Modification*. Cambridge: Mass: Ballinger, 1974.
20. Rogers C.: *Valakivé válni – A személyiségi születése*. Érd: Edge 2000, 2014.
21. Barth K.: *The Epistle to the Romans (German Römerbrief I)*. A Rómaiakhoz írt levél. 1919. *The Epistle to the Romans*. London: Oxford University Press, 1968.
22. Groopman J.: *God at the bedside*. N Engl. J. Med. 2004. 350(12): 1176–1178.
23. Cook D., Rocker, G.: *Dying with Dignity in the Intensive Care Unit*. N Engl J Med, 2014. 370:2506-2514
24. Kéri S.–Szabó C.–Kelemen O.: Expression of Toll-Like Receptors in peripheral blood mononuclear cells and response to cognitive-behavioral therapy in ma-

- jor depressive disorder. *Brain Behav Immun.*, 2014. 40:235-43.
25. Szőnyi G., Füredi J. (szerk.): *A pszichoterápia tankönyve*. Budapest: Medicina, 2008.
26. Lissoni P.–Messina G.–Parolini D.–Bal-estra A.–Brivio F.–Fumagalli L.–Vigore L.–Rovelli F.: A spiritual approach in the treatment of cancer: relation between faith score and response to chemotherapy in advanced non-small cell lung cancer patients. *In Vivo*, 2008. 22(5): 577–581.
27. Woods T. E.–Antoni M. H.–Ironson G. H.–Kling D. W.: Religiosity is associated with affective and immune status in symptomatic HIV-infected gay men. *J. Psychosom. Res.*, 1999. 46: 165–176.

▲ VISSZA A TARTALOMJEGYZÉKRE ▲

▲ VISSZA A FEJEZETCÍMHEZ ▲

HOGYAN BESZÉLJÜNK AZ EGÉSZSÉGRŐL?

24. KOMMUNIKÁCIÓ AZ EGÉSZSÉGRŐL. AZ ISMERETÁTADÁS HATÉKONY MEGOLDÁSAI



MOLNÁR CSABA

MOLNÁR CSABA 1981-ben, Budapesten született biológus, tudományos újságíró. Az Eötvös Loránd Tudományegyetem etológia tanszékén szerzett MSc, majd PhD fokozatot. Kutatási témaja a kutyák vokális kommunikációjának vizsgálata volt, eredményeivel sokszor foglalkozott a világajtó is. Marie Curie-ösztöndíjaként a Sussexi Egyetemen is kutatott. Miközben az egyetem tudományos segédmunkatársa-ként dolgozott, számos cikke jelent meg az Élet és Tudományban, a Természet Világában, az IPM-ben és az origo.hu tudomány- és egészségszövetségben. 2008 óta a Magyar Nemzet Hétvégi Magazin mellékletének munkatársa, ahol főként természettudományos, egészségügyi és technológiai témakról ír. 2015-ben munkásságáért a Magyar Tudományos Akadémiai Újságírói Díjjal tüntette ki.

24.1. MIÉRT KELL EGÉSZSÉGRŐL BESZÉLNI A 21. SZÁZADBAN?

24.2. A KOMMUNIKÁCIÓ VALÓDI JELENTŐSÉGE

24.3. AZ EGÉSZSÉGKOMMUNIKÁCIÓ MÓDSZEREI

24.4. KOMMUNIKÁCIÓS STRATÉGIÁK

24.4.1. CSATORNÁK

24.4.2. SZEMÉLYES TÁJÉKOZTATÁS

24.4.3. TELEVÍZIÓ, RÁDIÓ

24.4.4. NYOMTATOTT ÚJSÁGOK

24.4.5. INTERNET

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

24.1. MIÉRT KELL EGÉSZSÉGRŐL BESZÉLNI A 21. SZÁZADBAN?

FELKÉSZÜLETLENÜL érte a bostoniakat a fekete himlő 1721-ben. Az utolsó járvány óta már évtizedek teltek el, így szinte senki sem emlékezett rá, és alig voltak, akik átestek volna betegségen. mindenki veszélyben volt. A fertőzés ellen csak a karantén

eszközöt alkalmazhatták – eredménytelenül. COTTON MATHER, az ismert lelkész és természetbúvár azonban rabszolgájától hallott az inokulációról (az oltás korai formája, amikor fertőzött váladékot juttatnak szándékban az immunizálni kívánt személy szervezetébe), illetve olvasott is róla a brit Royal Society közleményeiben. MATHER minden követ megmozgatott, hogy az emberekben tudatosítsa az inokuláció jelentőségét, és a tudio-

mányos tényeket hangsúlyozva meggyőzze őket, hogy oltassák be magukat.

Ma úgy mondanánk, egészségügyi kommunikációs kampányba kezdett, a világon talán elsőként. Pamfleteket írt és nyomtatott a saját pénzén, előadásokat tartott, és minden egyes orvost igyekezett meggyőzni, hogy segítsenek az oltást népszerűsítő hadjáratában. Rengetegen támadták ezért, attól félve, hogy éppen az oltással terjeszti a kórt, de néhány orvos mellé állt, és végül 242 embert beoltottak. Közülük alig tizedannyian haltak meg, mint a beoltatlan emberek közül. MATHER a járvány elvonulása után is folytatott figyelemfelhívó kampányát, már kezében az oltás hatékonyúságának bizonyítékaival.

Az egészségkommunikáció céljai vajmi keveset változtak az azóta elmúlt három évszázadban: növelni az emberek egészségügyi tudását, eljuttatni hozzájuk az életminőségüket alapvetően befolyásoló üzeneteket, illetve a legújabb tudományos ismeretek fényében népszerűsíteni körükben az egészségesnek tartott életmódot. Bár manapság más csatornákon folyik a kommunikáció (közöttük olyanokon is, amelyekről a 18. század elején még álmodni sem mertek volna), a témaik érdekes, vagy inkább sajnálatos módon csak részben változtak. A daganatos, illetve szív- és érrendszeri betegségekről ma összehasonlíthatatlanul alaposabb ismereteink vannak, ennek megfelelően a figyelemfelhívó kampányokban is központi helyet foglalnak el. Eközben például az oltások szükségességéről ugyanúgy tájékoztatni kell az embereket, és ugyanúgy harcolni kell a legkiszolgáltatottabb célcsoportot jelentő betegeken nyeréskedő kúrzielők ellen, ahogy évszázadokkal ezelőtt.

A felvilágosodás korának filozófusai joggal gondolhatták azt, hogy koruk felgyorsult tudományos fejlődése hamarosan a rációs korát hozza el, és ez minden ember életét

meg fogja változtatni. Feltételezték, hogy a tudományosan megalapozott tényeket megismerve az emberek logikusan gondolkodva belátják azok igazát, és aszerint cselekszenek majd, maguk és szeretteik érdekében. Sajnos tévedtek. Nem egyértelmű, hogy az elmúlt kétszáz évben jöttányit is javult volna a laikusok tudományos (ezben belül pedig az egészségügyi) műveltsége, természetesen a kor ismereteihez viszonyítva. Sok ember továbbra is ezerszer cáfolt hiedelmek rabja, öntudatlanul is elutasítja a meggyőződésével ellentétes tényeket, saját illúziói érdekében szemet huny egészségirolmásra legnyilvánvalóbb jelei felett is, és önjelölő elméleteket kreál a kényelmetlen életmód-változtatás elődázása érdekében.

Az egészségügy szereplői hajlamosak a laikusok látszólag érthetetlen ellenállására, érdektelensége láttán elhárítani minden felelősséget, mondván, az embereket önmaguktól nem lehet megmenteni. Pedig meg lehet próbálni, de ezért az orvosoknak, az egészségügyi ellátórendszer irányítójainak is tenniük kell. Meg kell tanulni annak módját, hogy eljuttassuk üzeneteinket a címzettekhez. Ehhez először is pontosan definiálni kell a célcsoportot, majd ki kell választani azt a stílust, kommunikációs csatornát és tartalmat, amely a legnagyobb valószínűséggel eljuthat a tudatukig.

Senki sem érhet mindenhez. Szinte minden orvos úgy gondolja, hogy a sok évnnyi tanulás, praktizálás és egyetemi oktatás felrúházza őt annak képességével, hogy az orvosláshoz mit sem konyító embereknek is eredményesen átadja a tudását. Néhányuk képes erre intuitívan is, másoknak viszont meg kell tanulni az egészségkommunikáció technikáit, vagy erre specializálódott szakemberek segítségét kell kérniük.

Az egészségkommunikációs ismeretek bővíttésére azért van égető szükség, mert

a másik oldal (a tényeken alapuló orvoslás elutasításából, a tőle való, tudatlanságból fakadó félelemből élő csodadoktorok, homéopaták, oltásellenes felbujtót és társaik) viszont briliánsan értenek a közembe-rek nyelvén. Egyszerű, érthető üzeneteket fogalmaznak meg, tudatosan rájátszanak az áldozatok frusztrációira, és az ismereteikben tátongó hatalmas lyukakat jól felépített, könnyen hihető valótlanágokkal tömik be. Az elektronikus kommunikációs eszközöket is rutinszerűen alkalmazzák tanaik terjesztésére. Weboldalaik látogatottak, a közös-ségi oldalakon az aggódó betegek önszán-tukból terjesztik tanaikat, a kereskedelmi média pedig gyakorta „szakértőként” szó-lattatja meg képviselőiket.

Pedig népszerűségük mögött nincs sem-mi varázslat, minden össze ügyesen kommunikálnak. Létük az élő bizonyíték arra, hogy az ismeretek átadása, az egészséggommunikáció rendkívüli fontossággal bír, hiszen a sikeres gyógyításhoz a páciens közremű-ködése is szükséges.

24.2. A KOMMUNIKÁCIÓ VALÓDI JELENTŐSÉGE

Az egészséggommunikáció stratégiai fon-tossága akkor válik nyilvánvalóvá, ha meg-vizsgáljuk, hogy az elmúlt időszakban mely egészségügyi problémák kellették föl vi-lágszerte az emberek figyelmét, és melyek nem. Azt kell ugyanis látnunk, hogy sokszor irracionális módon „választja” ki a közvéle-mény a számára fontos problémákat, ez pe-dig nagyban rontja a megelőzés és a gyógyítás hatékonyságát, végeredményben pedig a közigézségügy állapotát.

Az évezred elején a HIV/AIDS kutatására, kezelésére az egészségügyi célú adományaok harmada jutott az Egyesült Államok-

ban, miközben a harmadik világ államaiban is csak a halálesetek 5%-áért volt felelős a betegség. Ugyanígy hatalmas médiufigye-lem – és ezzel együtt a politikai döntésho-zók figyelme – irányult a súlyos akut lé-gzőszervi tünetegyüttesre (SARS), miközben a kialakuló járvány áldozatainak száma szá-zas nagyságrendű volt. Ehhez képest viszont alig valaki foglalkozik az olyan, milliók éle-tét kioltó, rendkívül gyakori betegségekkel, mint a tüdőgyulladás vagy a súlyos hasme-nessel járó kórképek. Noha ezek ellen hatá-sos és gazdaságosan alkalmazható gyógy-módok léteznek, a pénzügyi források hiánya ezek alkalmazását is megnehezíti. Mind-ezzel természetesen nem azt állítjuk, hogy az AIDS vagy bármilyen más betegség el-leni harc kevésbé fontos lenne más egészségügyi problémák leküzdésénél, minden össze annak jelentőségére hívjuk fel a figyelmet, hogy a korlátozott erőforrásokat a lehető legnagyobb hatás elérése érdekében racio-nálisan kell allokálni a különböző terü-letek között.

JEREMY SHIFFMAN a WHO folyóiratában arról értekezik, hogy mitől válik egy egészségügyi probléma fontossá az emberek szá-mára, és hogyan lehet ezt a folyamatot tu-datosan alakítani úgy, hogy az objektív szempontok alapján is súlyosnak minősít-tett jelenségek is központi szerepet kapjanak az emberek gondolkodásában. A laikusok számára számos kutatás eredményei szerint sokkal fontosabb a téma prezentálásának módja, a számára kialakított kontextus, mint az adatok és az objektíven bizonyítható vagy cáfolható tények. Így azok az egészségügyi témaik lesznek sikeresek, amelyek propagá-loi megtalálják a kapcsolatot az emberek lelkéhez, és olyan hangon képesek őket meg-szólítani, amelytől úgy érzik, személyesen érintettek lettek az ügyben. Hasonlón fontos, hogy a felvetett probléma és a felkínált

megoldások összeegyeztethetőek legyenek a politikai döntéshozók motivációival és a már fennálló intézményrendszer elvárásaival, képességeivel.

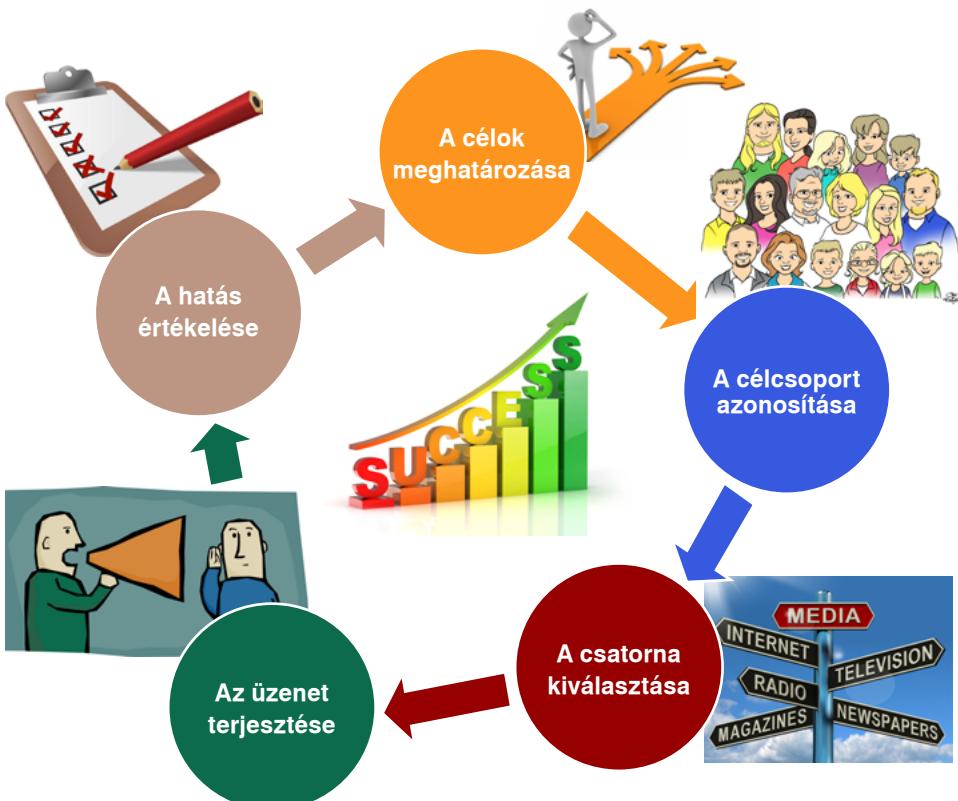
SHIFFMAN érvelése szerint a társadalmi tudat számára semmi sem önmagáért fontos, hanem az ügy mögé álló emberek, közösségek, és a hozzá fűződő személyes tapasztalatok teszik fontossá. A természettudományos kutatók és az orvosok számára, akik objektív tényeszerű igazságokat keresnek a világban, nehéz megérteni, hogy a társadalom számára a valóság nem tényekből és adatokból, hanem ideákból, hiedelmekből és kulturális konstrukciókból áll. A jó egészséggommunikátor, ezt a tényt elfogadva, maga is ideát (kommunikációs keretet) konstruál az egyébként tudományosan megalapozott jelentőségű probléma köré.

Az, hogy pontosan mely kommunikációs keret lesz a legsikeresebb, a célcsoport határozza meg. A fenti HIV/AIDS példánál maradva, a betegséget közigézségügyi problémaként, a súlyosan érintett országok általános elmaradottságának szimbólumaként, gazdasági károkat okozó tényezőként, emberi jogi ügyként, a globális biztonságot veszélyeztető faktorként vagy az egyént halálosan fenyegető járványként is be lehet mutatni.

Más-más stratégiát kell alkalmaznunk, ha a gazdasági elit tagjainak kívánjuk eljuttatni az üzenetet, mint amikor a családanyákhoz, a kis közösségek vezetőihez vagy a fiatalokhoz szólunk. Hogy sikeres lesz-e a kommunikációs keret, azt két jellegzetessége határozza meg: a hitelessége és a jelentősége. Bár e jellegzetességeket objektív eszközökkel is vizsgálni lehet, a társadalom számára mégis a szubjektív értékítélet a döntő. Számukra akkor hiteles az egészségügyi probléma köré kialakított idea, ha az érvelés átlátható, érthető, és a gondolat-

menet összeegyeztethető életfelfogásukkal. A keret jelentőségét pedig az adja számukra, hogy érzik-e, hogy az ő vagy szeretteik is érintetek lehetnek a betegségen. Az igazán sikeres kampányok minden kritériumnak eleget tesznek. Jó példa erre a polio ellen indított hadjárat. Akkor sikerült elfogadattni az emberekkel, hogy a probléma valós, hiszen gyerekek milliói betegszenek meg és sérülnek végervényesen a kór következtében. A harc jelentőségét pedig az adta számukra, hogy szinte mindenki emlékezett gyerekkorából arra, hogy a saját mikroközösségeiben is előfordult gyermekbénulásos megbetegedés, így milliók érezhették személyesen érintve magukat.

Pusztán azzal, hogy egyszer sikerült felkeltenünk a közfigyelmet az általunk fontosnak gondolt egészségügyi probléma iránt, még nem sokra megyünk. Ahogy a média világában általában, a tizenöt perc hírnév semmin sem változtat. Akkor érhettünk el hosszan tartó, valóban eredményekkel kecsegtető változást az emberek gondolkodásában és magatartásában, ha a tudatosságot hosszú időn keresztül fenn tudjuk tartani. Ehhez nem elegendő egy-egy újságcikk, hanem tényleges intézményekre, folyamatosan működő szervezetekre van szükség. Ezek azon túl, hogy kapcsolatot tartanak fenn a döntéshozókkal, támogatják a kutatást, segítik a szakmai közösségen belüli kommunikációt, az ideák továbbélésében is kulcsszerepet játszanak. Folyamatos jelenlétékkel megteremtik a kommunikációs keret sikерességéhez elengedhetetlen hitelességet, hiszen az emberek jobban bíznak a „régi”, ismert, tehát szavahihető szereplőknek. Emellett kiépített médiakapcsolataik segítségével az újabb felfedezésekre és a közélet történéseire reagálva folyamatosan aktualizált üzeneteiket könnyebben eljuttathatják az emberekhez (24.1. ábra).



24.1. ábra A sikeres kommunikációs kampány lépései

24.3. Az egészséggommunikáció módszerei

Az egészséggommunikáció az egészségről szóló információk átadásának gyakorlata, azaz a céllal, hogy növekedjék a célcsoport tagjainak egészségügyi műveltsége. Az egészséggommunikáció végső célja, hogy a helyes döntések segítése által életmódváltásra ösztönözze az embereket, ezáltal növeljük életminősüket. E cél érdekében a kiválasztott betegségcsoport iránti tudatosságot a megcélzott emberek számára befogadható és figyelemfelkeltő módon szerkesztett információk segítségével lehet hatékonyan fejleszteni.

A pusztá tájékoztatáson túl esetenként növelheti az egészséggommunikációs erőfeszítések hatását, ha bemutatjuk a kutatások alapján egészségesebbnek tartott magatartást, illetve ha tudatosítjuk az emberekben a szokásait, szenvedélyeik negatív hatását. Nem lehet azonban általános érvényű, minden közösség körében, minden téma-ban működőképes recepttel szolgálni. Elővizsgálatok nélkül ugyanis nincs mód arra, hogy biztonsággal megállapítsuk: segít-e, vagy épp ront a helyzetben, ha az emberek életmódjuk esetenként drámai következményeivel szembesülnek (például egy cigarettásdobozon ábrázolt daganatos tüdő formájában). Ugyanígy kérdéses, hogy

az embereket egészségük jövőjén, vagy inkább anyagi jólétéük, fizikai, mentális, sze-relni teljesítőképességük sorsán keresztül lehet igazán megfogni.

Az egészséggommunikáció leghatékonyabb módszerei attól függően is változnak, hogy milyen szinten igyekszünk az emberek egészségi állapotára ható változásokat indukálni. E változások ugyanis történhetnek az egyes emberek magatartásában, mikroközösségekön (családjukon) belül, de társadalmi, akár nemzeti vagy világ szinten is. Ez utóbbi esetekben az elérni kívánt magatartás változás az emberek tudatosságának növelése, miáltal fontossá válik számukra egy-egy egészségügyi kérdés. Ha elég sokat kezdi foglalkoztatni egy konkrét probléma, ez egyre többjüket sarkall aktív politikai részvételre. A döntéshozók, képviselők pedig – ideális esetben – a társadalmi szintű döntések meghozatalában követik a közhangulat átalakulását. Erre jó példákat szolgáltatnak az egészségkárosító anyagok betiltása, a veszélyes vegyiipari műveletek szigorúbb szabályozásának kikényszerítése.

24.4. KOMMUNIKÁCIÓS STRATÉGIÁK

Számos csekély hatással záruló egészséggommunikációs kampány, cikksorozat, tévéműsor bizonyítja, hogy a jó szándék kevés. Ha e tevékenység valós célja az, hogy az emberek egészségi állapotában tényleges változást okozzon, akkor megalapozott tervezésre, szakszerű információk begyűjtésére, a célcsoport pontos kiválasztására, az általa használt kommunikációs csatorna és hangvétel megtalálására és az eredmények objektív értékelésére van szükség. Ennek érdekében elengedhetetlen számos, különböző szakterületen aktív szakember együttműködése.

A felsorolt kritériumok közül az egészségügyi szakemberek számára vélhetően a szakszerű információk begyűjtése tűnik a legegyszerűbbnek, hiszen ez a szakmájuk. Csakhogy gyakran nem veszik figyelembe a szakmai közösség és a megcéltott laikus közönség egészségi műveltsége között tátongó szakadékot. A rosszul felmért előismeretek miatt helytelenül összeállított információcsomag pedig eleve bukásra ítéli a teljes erőfeszítést. Az orvosok egy réste hivatása megcsúfolásaként értékelni már azt is, ha a latin eredetű szavakat magyar fonetikus írásmóddal kell leírniuk, pláne, ha olyan formában kell megfogalmazniuk, hogy az akár az általános iskola elvégzése után is érthetővé váljék.

Az átadni kívánt információ hosszát is jól át kell gondolni. Közhely, hogy az internethasználók tartalomfogyasztás terjedésével az emberek egyre kevésbé hajlandók hosszú szövegeket olvasni. Ez fokozottan igaz, ha nem könnyed, szórakoztatós témáról, hanem esetleg frusztráló, szorongást keltő egészségügyi információkról van szó.

A kevesebb több. Nem szabad (akár kimondatlanul is) elvárásként támasztani a laikus közönség elé, hogy ismerje mindeneket az anatómiai, fiziológiai alapokat, amelyet orvosként evidensnek gondolunk. Nem szabad azt sem célként kitűznünk, hogy az embereknek átdojuk mindenzt a tudást, amivel – az orvosgyakorlati képzés hiányában – nem rendelkeznek.

Ehelyett át kell gondolnunk azt, hogy minden ismeretekre van feltétlenül szükségük ahhoz, hogy az egészségüket érintő megalapozott döntéseket hozzanak. Sajnálatos egyetemi tapasztalataim arra engednek következtetni, hogy még a felsőoktatásban tanuló hallgatók általános tudásszintje is mélyen az alatt van, amelyet joggal várhatnánk el tőlük. Emiatt nagyon óvatosan feltételez-

hetünk bármiféle előismereteket a befogadó emberektől.

Ugyanakkor az is kontraproduktív lehet, ha túlságosan gyerekes stílusban, a mindenki által unalomig ismert „kályhától” kezdve próbáljuk őket tanítani. A nyilvánvalónak kezelő modorú szöveg feltűnik az embereknek, és ellenérzést vált ki belőlük. Itt sem lehet mindenhol igaz megállapításokat tenni a befogadók tudásszintjéről, azt előzetesen fel kell mérni. Erre alkalmasak lehetnek a fejtörök, internetes kvízek, kérőívek. Néhány alapvető kérdés tesztelésével viszonylag pontos képet alkothatunk az általános tudásszintről, akárcsak a szigorlat előtti beugró dolgozat esetében.

24.4.1. Csatornák

A követendő stratégia további lépései minden csatornáról függnek. Itt létfontosságú a szociológiai kutatásokra támaszkodni. Ezekből tudhatjuk meg ugyanis, hogy az adott életkorú, nemű, lakhelyű emberek milyen típusú tartalmat fogysztanak a médiában, milyen kommunikációs csatornákat részesítenek előnyben, milyen témakról keresnek előszeretettel információkat. Bár csábító lehet a 21. században minden az internetre alapozni, ha az idős embereket akarjuk megszólítani, nem feltétlenül a világhálón kell próbálkoznunk. Ugyanígy a választott téma is meghatározó. Meg kell találni azt a kontextust, amely kapcsolatot teremt az egészségügyi téma és az emberek minden napjai élete vagy az őket érdeklő területek között. Esetenként több haszna lehet, ha egy teljesen másról szóló történetbe illesztjük bele a célba juttatandó egészségügyi információt. Bár így a rendelkezésünkre álló terjedelem is drasztikusan csökken, de a kerettörténet segít fenntartani a befogadó figyelmét.

24.4.2. Személyes tájékoztatás

A tömegmédia csatornáin keresztül látszólag kisebb erőfeszítéssel nagyságrendekkel több ember érhető el, a legnagyobb hatást mégis a személyes beszélgetés útján lehet tenni az emberekre. Az egészségüket érintő üzenet természetesen olyan embertől a legmeggyőzőbb, akit éppen e miatt keresnek föl, tehát az orvostól vagy az egészségügyben dolgozó más szakemberektől. Minthogy e kommunikációs csatornában rejlik a legnagyobb lehetőség, különösen fontos, hogy a szakemberek jól, tehát érthetően, empátival, a beteg személyes problémáira, életkörülményeire reflektálva adják át az ismereteket. Az orvosegyetemeken azonban általában nem kapnak kellő hangsúlyt a kommunikációs ismeretek. Itt válik nyilvánvalóvá, hogy az egészségkommunikáció korántsem kizárolag az orvosok felől a betegek felé irányul. Gyakran a kommunikátoroknak a betegek oldalán jelentkező igényeket felismerve az orvosok magatartását kell megváltoztatniuk, hogy a kommunikáció hatékonyabbá váljon.

24.4.3. Televízió, rádió

Sok ember számára a televízió jelenti a legfontosabb információforrást, és a szabadidő eltöltésének szinte kizárolagos formáját, így bármilyen kommunikációs erőfeszítésnek számolnia kell ezzel a médiummal. A híradások és a célzottan egészségügyi témaúj magazinműsorokon túl azonban sokkal kevésbé közismert, hogy a szórakoztatónak műsorokba illetve a fikciós sorozatokba, tévéfilmekbe ágyazott egészségügyi üzenet legalább ugyanannyira hatékony lehet. Az akut népegészségügyi jelentőségű problémák természetesen az aktuális hírműsorok

témáját kell, hogy adják. Ilyenek a járványügyi jelentések, a nap UV-sugárzásának várható szintje vagy a légszennyezettségi adatok.

A hosszan fennálló egészségügyi ártalmakkal, betegségekkel szembeni tudatosítás formálása azonban hosszas előkészítést tesz lehetővé és szükségessé. Számos példát találunk arra, hogy miután egy-egy betegség köré történetszálat építettek valamely népszerű sorozatban, showműsorban, az érdeklődés és a közigyelem drasztikusan megnőtt iránta.

Noha példákat erre főként az amerikai produkciók körében találunk, semmi sem indokolja, hogy a hazai gyártású műsorok ne választhatnának maguknak esetenként egészségügyi téma.

Miközben az esti szórakoztatás szerepé teljes mértékben átvette a televízió, hétköznapokon a reggeli órákban és a munkaidő alatt sok ember legfőbb információforrása a rádió. A leghallgatottabb kereskedelmi adók az adásidő nagy részében kizárolag zenét sugároznak, amelyet csak ritkán szakítanak meg a híradások, a reklámok, és rövid interjúk. Emiatt még kiélezettebb a verseny az emberek figyelmét megragadó témaik iránt, és még rövidebb formában kell eljuttatni üzeneteinket a hallgatók felé. További nehézséget jelent, hogy a legtöbben nem teljes figyelmükkel hallhatnak rádiót, mindenkor egyéb tevékenységek háttérként.

24.4.4. Nyomtatott újságok

Bár az interneten elérhető, jellemzően ingyenesen hozzáférhető tartalmak sokak tudatában háttérbe szorítják a nyomtatott lapokat, mind a mai napig vannak az egészségkommunikációnak olyan területei, amelyek a hagyományos napilapokban és a ma-

gazinokban működnek leghatékonyabban. Ezek kiválasztásához ugyancsak pontosan ismerni kell az emberek tájékozódási szokásait. A politikai napilapok elhivatott olvasói számára különleges jelentőséggel bír minden téma, amely megjelenik az általuk olvasott újságban. Azt szinte evidens módon hitelesnek, egyszersint jelentőségteljesnek vélhetik. Így, noha kevesebben lehetnek, mint az internetes honlapokon szörfözők, az üzenet nagyobb valószínűséggel éri el nálat kívánt célját. Bár a nyomtatottlap-piac szinte minden szegmensében csökkennek a példányszámok, éppen azok a kiadványtípusok tartják legjobban magukat, amelyek szerepe kiemelkedő az egészségkommunikáció szempontjából. Ezek a színes magazinok, illetve a szórakoztató (bulvár) napilapok. Noha ezek kétes reputációja, esetenként megkérdőjelezhető témaálasztása ellenérzésekkel kelthet sok magasan kvalifikált szakemberben, nem szabad szem elől téveszteni a kommunikáció eredendő célját (amely nem elsősorban a szerző önértékelésének erősítése, hanem a népesség tudat-formálása). A színes magazinok fő közösségeit adó nők számára különösen fontos az egészség, így általuk egész családjuk magatartását befolyásolni lehet. A bulvár lapok összességében több százezres olvasótáborában pedig számos olyan embert találunk, akiket egyéb csatornákon keresztül nehézen lehet elérni.

24.4.5. Internet

Mára az internet vált sokak legfőbb hírforrásává, a fiatalok körében a televíziót is maga mögé utasítva. Így a számítógépes hálózat az egészségkommunikáció szempontjából is megkerülhetetlené vált, sikeres kampany nem létezhet világhálós jelenlét nél-

kül. Az elmúlt években azonban jelentősen átalakult az internetes tartalomkeresés gyakorlata, így ezt figyelembe kell venni üzeneteink tervezésekor és elhelyezésekor. Magyarországon (és kisebb hangsúlyeltolódásokkal világszerte) az internetet két nagy szolgáltató uralja: a Google és a Facebook, a honlapok látogatói szinte kizárolag az internetes keresőből vagy a közösségi oldalról érkeznek. Így ezek készséges „kiszolgálására” törekszik mindenki.

Az interneten gyakorlatilag bárki, szinte ingyen (a hagyományos médiamegjelenések árának töredékéért) elhelyezhet információkat, amelynek két alapvető következménye van. Egyrészt a kötelező szakmai ellenőrzés hiányában megkérdőjelezhető az információ megbízhatósága (lásd később), másrészt a rengeteg, kétes értékű írás, videó keltezte zajban elveszhet a valóban értékes tartalom. minden szerző számára elsődleges fontosságú tehát, hogy segítse, hogy az érdeklődők rátaláljanak írására.

Az internetes tartalmak felfedezésének jelenleg két fő módja van. Az egyik az, hogy igyekezzünk írásunkat minél inkább az internetes keresőmotorok (elsősorban a Google) „szája íze” szerint meg szerkeszteni. Az úgynevezett search engine optimisation (keresőoptimalizálás) már szinte tudomány, szakemberek keresik vele kenyerüket. Általánosságban elmondható, hogy segít, ha a kulcsszavakat hangsúlyos helyeken, lehetőleg többször szerepeljük, és oldalunkon számos, releváns webhelyre mutató hiperhivatkozást (linket) helyezünk el. Talán még ennél is fontosabb (és szakismeretek hiányában is megvalósítható) a Facebook közösségi oldalon való intenzív jelenlét. Szinte minden internethasználó regisztrált már a Facebookra, és napi szinten használja. Azokat a cikkeket, amelyeket barátaik ajánlanak számukra,

sokkal nagyobb valószínűséggel olvassák el, mint amelyekre saját maguknak kellene rátalálniuk. Érdemes hát oldalunkon a facebookos megosztást megkönnyítő eszközöt elhelyezni, és közösséget építeni, hogy az elhivatott, visszatérő olvasók levegyék vállunkról az üzenet propagálása terhének egy részét.

Ahogy említettük, az interneten bárki ellenőrizhetetlenül publikálhat bármit. Ezt a nyerészkelő sarlatánok pontosan tudják, és kihasználják az egészségükért aggódó, tudományosan azonban kevessé művelt emberek hiszékenységét. De az sincs könnyű helyzetben, aki tudatában van a csalás veszélyének, de a tömegből szakismeretek híján mégsem képes kiválasztani a megbízható forrásokat. Ebben segít Meskó Bertalan immár világhíres, egyedülálló szolgáltatása, a Webicina.com. E honlapon csak olyan egészségügyi információk találhatók, amelyeket az orvos Meskó és az általa felkért szakértők személyesen, betűről-betűre lektoráltak, és azt hitelesnek értékeltek.

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

1. Beato R. R. & Telfer J.: Communication as an Essential Component of Environmental Health Science. *Journal of Environmental Health*, 2010, 73, 24-25.
2. Nutbeam D. & Kickbusch I.: Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. *Health Promotion International*, 2000, 15, 183-184
3. Parrott R.: Talking about Health: Why Communication Matters. John Wiley & Sons, Oxford 2009
4. Ratzan S. C.: Health literacy: communication for the public good. *Health Promotion International*, 2001, 16, 207-214

5. Scherer C. W. & Juanillo N. K.: Bridging Theory and Praxis: Reexamining Public Health Communication. In: *Communication Yearbook 15.* (ed.: Deetz S. A.) 2001
6. Shiffman J.: A social explanation for the rise and fall of global health issues. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009, 87, Nr 8
7. Thompson T. L. et al.: *Handbook of Health Communication.* Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ, 2003
8. Wiggins N.: Popular education for health promotion and community empowerment: a review of the literature. *Health Promotion International*, 2011, 27, 356-371.

▲ VISSZA A TARTALOMJEGYZÉKRE ▲

▲ VISSZA A FEJEZETCÍMHEZ ▲

25. UTÓSZÓ HELYETT A TANTUDSZ PROGRAMRÓL



FEITH HELGA JUDIT

Egerben születtem, az általános és középiskolai tanulmányaimat a szülővárosomban folytattam. 1995-ben történelem szakos középiskolai tanári és szociológus előadói, majd 2002-ben jogász végzettséget szereztem a József Attila Tudományegyetemen.

Szakmai pályámat a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karán kezdtem, majd a Budapestre történő költözésemet követően a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán folytattam, ahol jelenleg a Társadalomtudományi Tanszéket vezetem. Négy gyermek édesanya vagyok.



MELICHER DÓRA

A Budapesti Corvinus Egyetemen szereztem mesterdiplomát angol, német, orosz és francia nyelvtudás birtokában a diplomácia, nemzetközi együttműködések és gazdasági elemzések területén dolgoztam, majd pályám a tudományos kutatás felé fordult. A Magyar Ikerregiszter kutatójaként ikerkutatással foglakozom, a Semmelweis Egyetem Általános Orvosi Karán folytatok tanulmányokat, párhuzamosan a SE Molekuláris Orvostudományok Doktori Iskola PhD hallgatójaként epigenetika témaában kutatok a Genetikai, Sejt- és Immunbiológiai Intézetben. 2012 óta, megalapításától kezdve, az EDUVITAL ügyvezetője vagyok.



FALUS ANDRÁS

FALUS ANDRÁS egyetemi tanár, akadémikus. Nős vagyok, három gyerekem és 12 unokám van. Nagyon szeretem a hivatalosat, elsősorban a számonra jó akciófilm szinten izgalmas immunológiát és genetikát. Nagyon fontos számonra az ismeretterjesztés is, nagyszerű érzés megosztani másokkal az örömtől amit a világ ezen részével kapcsolatosan tudok. Mindig izgatott-laikusként- a pszichológia, az egészség (azaz az egész-ség). A művészeteimet tartom a legmagasabbrendű emberi tevékenységeknek, a zenét, a képzőművészettel és a szépirodalommal. Magam is írok, csodálatos „gólyakalifa-világ” részese lehetek így.

25.1. IFJÚSÁGI EGÉSZSÉGNEVELÉSI MUNKA – ÁLTALÁNOS HELYZETKÉP
25.2. EGY KONCEPCIONÁLISAN ÚJ EGÉSZSÉGNEVELÉSI PROGRAM
25.3. A TANTUDSZ PROGRAM FELÉPÍTÉSE
25.4. MOST KEZDŐDIK...

25.1. IFJÚSÁGI EGÉSZSÉG- NEVELÉSI MUNKA – ÁLTALÁNOS HELYZETKÉP

Az ifjúsági egészségnevelő munka, s az ehhez kapcsolódó prevenciós programok tervezése és lebonyolítása óriási felelősséggel bír, hiszen ezek segítségével pozitív irányba lehet befolyásolni a fiatalabb nemzedékek egészségmagatartását. Sajnálatos módon a magyar társadalom morbiditási és mortalitási mutatói kifejezetten rosszak. A rizikómagatartások igen magas prevalenciája miatt már a fiatalabbak egészségi állapota sem kielégítő, annak ellenére, hogy a prevenciós programok száma az utóbbi évtizedekben emelkedő tendenciát mutat.

A fiatalok számára meghirdetett prevenciós programok nagy többségének igen komoly hiányossága az, hogy főként csak befogadóként, mintegy hallgatósként tekint a fiatalokra, figyelmen kívül hagyva azt, hogy esetleg ők maguk is képesek lennének aktív résztvevőként bekapsolódni ezekbe a programokba. Ráadásul ezzel egyfajta pozitív példaként is megjelenhetnek a kortársak vagy éppen a náluk fiatalabbak számára.

Napjaink fiataljai egy sajátos társadalmi környezetben szocializálódnak, ez a környezet leginkább az információs társadalom, a fogyasztásra irányuló és technologizált kultúra jellemzőivel írható le. A forradalmi változásokat, s az ehhez kapcsolódó sajátos szocializációs közeget hagyják figyelmen

kívül a még mindig igen gyakori hagyományos tanulásszervezésen alapuló egészségnivelési programok. Ezek jellemzően a frontális típusú, a diákok aktív és problémamegoldó jelenlététtel nélkülöző oktatás-módszertani keretek között folyó programok, miközben az Y és Z generációk egészen másfajta, újszerű tudásátadási módszertant igényelnének.

Meggyőződünk, hogy bármely prevenciós program akkor tudja tényleges hatását kifejezni, ha figyelembe veszi a célpoplációt jellemző szocio-kulturális tényezőket, s pontosan körönNALAZZA a szükséges nevelési-oktatási módszertant, melyek alapvetően meghatározzák a tanítás hatékonyságát. Vagyis nem elegendők a korszerű és jól megválasztott egészségtudományi alapú prevenciós témák, hanem nélkülözhetetlen meghatározni az ezekhez illeszkedő pedagógiai módszertant, kommunikációs technológiát, kommunikációs stratégiát és cselekvési tervet. Egy hatékony egészséghformáló-egészségnivelési prevenciós program megvalósításához tehát az egészségtudományi szakember mellett a gyakorlati pedagógiai módszertanban járatos, az innovatív oktatási technikákat, tanítási módszereket ismerő szakember is elengedhetetlen.

Jelenleg az egészségtudományi és pedagógiai felsőoktatási intézmények oktatói és hallgatói között kevésbé jelennek meg az egyébként prevenciós programok szempontjából lényegesnek tűnő szakmai társulások. A magyarországi felsőoktatási intéz-

ményeket gyakran éri, sajnos legtöbbször jogosan az a vág, hogy kevésbé gyakorlat-orientáltak, az inter- és multidiszciplináris jellegű alkalmazott tudományok felé kisebb a nyitottságuk. Eközben az egészségtudományi vagy éppen a pedagógusképző felső-oktatási intézmények hallgatói részéről kifejezett képzési igényként jelentkezik a minél nagyobb arányú területi gyakorlat lehetősége, szemben az igen magas óraszámú elméleti alapú oktatással.

25.2. EGY KONCEPCIONÁLISAN ÚJ EGÉSZSÉGNEVELÉSI PROGRAM

A „TANTUDSZ – Tanulj, tanítsd, tudd!” ifjúsági egészségnivelési programot a fenti gondolatok hozták létre. A tervezett program legfontosabb célkitűzései:

- helyes irányba formálni az ifjúság életmódját, egészségmagatartását, életkorunknak megfelelő, sajátos, a fiatalok számára elvezethető és befogadható „oktatási” módszerekkel, mellőzve a kis hatékonyságú elméleti előadásokat;
- köz- és felsőoktatási intézményekhez kötött korosztályok közötti interakció, valamint a nagyobbak, kisebbek iránti felelősségvállalásának megteremtése/megerősítése;
- a felsőoktatási intézmények felsőbb évfolyamain tanuló, leendő egészségügyi szakemberek és pedagógusok számára valódi területi gyakorlat biztosítása;
- élő párbeszéd és együttműködés kialakítása az egészségügyi és a pedagógusképző felsőoktatási intézmények között;
- a jelen és a jövő egészségügyben dolgozó szakemberei és az oktatás széles spektrumán dolgozó jelenlegi és jövőbeli szakemberek közötti „hidak” építése;

- egészségvédelmi és pedagógiai szempontokból is értékes és társadalomban hasznos lehetőség megteremtése az érettségi követelményeként számon tartott iskolai közösségi szolgálat területén, a 9–11. évfolyamon tanuló középiskolai diákok számára;
- a program eredményeképpen kreatív, innovatív, korosztály-specifikus egészségnivelési technikák és „oktatási” módszerek, módszertani ajánlások kidolgozása.

A TANTUDSZ program egy sajátos logika és módszertan mentén épít fel az egészségtudományi témákhoz kapcsolódó ismeretátadás mikéntjét. Elsődleges célja nem pusztán a tudásátadás, hanem az ismeretek bensővé tétele, s ezek olyan formán való megjelenítése, hogy ez példaértékűvé és taníthatóvá váljon, és egyben kedvelhető, szerethető legyen a kisebbek számára.

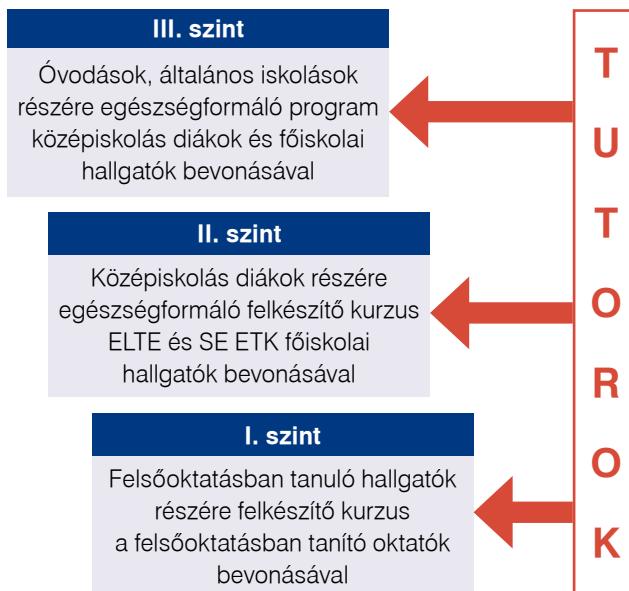
A tervezett program alapvetően három korcsoportot céloz meg:

1. az egészségügyi és pedagógusképző felsőoktatási intézményben tanuló hallgatókat;
2. a középiskolás diákokat; valamint
3. az 5–14 éves korosztályt (nagycsoportos óvodásokat, s az alapfokú oktatási intézményekben tanulókat).

25.3. A TANTUDSZ PROGRAM FELÉPÍTÉSE

A komplex egészségnivelési program három, egymásra épülő szintből áll (25.1. ábra).

I. szint. Az egészségügyi és pedagógusképző felsőoktatási intézményekben felsőbb évfolyamon tanuló hallgatók részére szervezett közös, gyakorlatorientált választható kurzus jelenti az előkészítő szakaszat.



25.1. ábra A komplex egészségnevelési program három egymásra épülő szintje

Ennek a kurzusnak az alapvető célja az, hogy a programban érintett hallgatókat felkészítse arra, hogy képesek legyenek folyamatos szakmai (pl. iskolai védőnői és/vagy egyetemi, főiskolai oktatói) támogatás, felügyelet mellett, a választott egészség prevencióis témaiban felkészíteni középiskolás tanulókat, játékos egészségformáló programok lebonyolítására. A hallgatók a választott leendő hivataluknak megfelelő gyakorlati ismereteken túl, betekintést nyernek az egészségtudományi (a pedagógusképző intézmény hallgatói), valamint pedagógiai módszertani (az egészségtudományi képzés hallgatói) ismeretekbe is. A választható tantárgy hangsúlyozottan nem a frontális oktatási módszertant előterébe helyező elméleti tudásanyag átadására, hanem egy sajátos módszertan mentén, a projektalapú oktatásra épít.

Kiemelt szerepet kapnak a kurzus során az innovatív oktatási módszerek és a koope-

ratív tanulási technikák, valamint a hallgatók saját ötletei, proaktív megvalósítási javaslatai is teret kaphatnak.

A program a felsőoktatási hallgatók számára magas számú kreditszerzési lehetőséget, illetve állandó szakmai kontroll mellett, leendő hivatalukhoz kapcsolódó szakmai gyakorlatot biztosít. Ennek keretében a hallgatók kipróbálhatnak és kidolgozhatnak kreatív egészségnevelési programokat, mindezt együttműködve más felsőoktatási intézmények hallgatóival.

II. szint. A következő szint a középiskolás diákok részére, egészségprevenció témaiban tartandó felkészítő tréning. Ezt kizárolág azok a felsőoktatási hallgatók modérálhatják, akik eredményesen teljesítették az előkészítő szakasz választható kurzusát. Elengedhetetlen, hogy a felkészítő teamben legyenek az adott egészségnevelési téma jól ismerő egészségtudományi hallgatók, valamint az egészségnevelési témaival kompatibilis oktatási módszertanban járatos pedagógushallgatók. A program folyamatos szakmai támogatás, ún. tutor jelenléte mellett zajlik.

A felkészítő kurzus célja, hogy a középiskolás diákok képesek legyenek arra, hogy óvodai vagy általános iskolai korosztály számára játékos, kreatív programokat tartsanak, az érintett felsőoktatási hallgatókkal közösen, előre meghatározott egészségprevenciós témaiban. Hasonlóan a felsőoktatási intézmé-

nyek választható kurzusához, itt sem a frontális oktatási módszertant preferáló elméleti tudás átadása a cél, hanem egy sajátos módszertan mentén, a középiskolás diákok aktív és problémamegoldására építő, leendő projektmunkájára felkészítő oktatás.

Bár manifeszt módon a projektmunkára történő felkészítés jelenik meg alapvető célkitűzésként, mégis a program kiváló lehetőséget biztosít a középiskolás diákoknak arra, hogy az adott prevenciós témahez kapcsolódó elméleti tudásukat megerősítsék vagy pótolják (mindezt kötetlen beszélgetések keretében).

Már a felkészítő tréningen való részvétel is beleszámít a részt vevő diákok iskolai közösségi szolgálati munkájába, de képessé válhat arra, hogy a közösségi szolgálat kötelező óráit egy program keretén belül abszolválja. A középiskolás diákok nem csupán a közvetlen környezetében előkért tehet sokat, hanem maga is rengeteg ismeretet, s tapasztalatot szerezhet a program által, ráadásul együttműködhet, közelebbről megismerkedhet felsőoktatásban tanuló diákokkal. Többek között a kreativitást, a team munkát, s a kisebbek iránti felelősséget erősíti meg a programban való részvétel.

III. szint. Óvodák nagycsoportjaiban, s főként általános iskolákban, korosztály-specifikus, kreatív módszertanra épülő játékos egészségnevelési programok lebonyolítása középiskolai diákok és felsőoktatási intézmények hallgatói által, folyamatos szakmai felügyelet mellett. A program során az együttes munka eredményeként létrejön egy kézzelfogható, az adott egészségnevelési témahez kapcsolódó termék: pl. egészségformáló társasjáték, kézmuves termék, plakát, film stb.

A legfontosabb cél az, hogy a három korcsoport együttesen vegyen részt ebben az aktív, diákok által tervezett és lebonyolí-

tott prevenciós programban. A projektmunka során a kisebbek kötetlenül kérdezhetnek, s ily módon játékos módon, kedvvel tanulhatnak a nagyobbaktól, a nem megszokott hagyományos oktatási keretek között. Számos kutatás bizonyította, hogy az egészségevelő munkában a nyíltan megjelenő egészséges életmódra tanító szándék mellett nagyon lényeges a nem tudatos, úgynevet latens hatás is, amikor a tudást átadó személy a maga példájával egyfajta szerepmódlékként jelenik meg a környezet számára. S miután a kisebb gyermekek számára a nagyobbak alapvetően követendő példáként jelenhetnek meg, úgy gondoljuk, hogy egymást erősítő pozitív hatást érhet el a program a kisebb és nagyobb korcsoportokban egyaránt.

Az óvodások és/vagy általános iskolai tanulók egészségformálása nem a szokásos felnőttvezetéssel történik, hanem nagyobb diákok által, egy kreatív, az életkoruknak megfelelő projektmunka segítségével.

25.4. MOST KEZDŐDIK...

A TANTUDSZ program még gyerekcipőben jár. Jelenleg (a könyv írásának idején, 2015 márciusában) is munkálkodik a multidisciplináris szakértői csapat a program tudományos módszertanán, a fent részletezett háromszintű program lebonyolításához szükséges oktatási anyagok kidolgozásán.

S bár a tiszta Olvasóink számára jelen tanulmánykötetünk ezennel véget ér, hiszünk abban, hogy munkánk nem fejeződött be, hanem csak most kezdődik igazán...

Könyvünk utolsó, útnak indító szavaiként álljon itt az EDUVITAL mottója:

Értsd, csináld, szeresz!

HASZNOS
INFORMÁCIÓK

BEMUTATKOZIK AZ EDUVITAL NONPROFIT EGÉSZSÉGNEVELÉSI TÁRSASÁG

2012. FEBRUÁR ÓTA működik az EDUVITAL Nonprofit Egészségnevelési Társaság (EDUVITAL NET, www.eduvital.net). A szerveződés szakértői csapata az egészségre (egész-ség) vonatkozó sokoldalú oktatási- nevelési programokat fejleszt ki, az elsősorban az ifjúságra közvetlenül ható szakemberek (óvó- és iskolapedagógusok, nevelési tanácsadók, háziorvosok, védőnők, lelkészek, szociális munkások, médiaszakemberek) és szülők számára. A nonprofit szervezetet néhai Kopp Mária professzor asszony és Falus András professzor alapította. Az alapítványi formában működő EDUVITAL NET tevékenységében pedagógusok, orvosok, pszichológusok, lelkészek, szociológusok, biológusok, bioetikusok és egészségtudományi szakemberek vesznek részt.

Folyamatosan bővülő tevékenységeink közül csak néhányat említünk: öt egyetemen oktatunk, részt veszünk a pedagógus életpályamodell kidolgozásában az egészségnedvelés területén, a Magyar Tudományos Akadémia támogatásával szakmódszertani koncepció megújításán dolgozunk, heti rovatuk van az *Élet és Tudomány c.* folyóiratban, rendszeres rádióműsort szervezünk a Kossuth Rádióban, EDUVITAL Művek címmel kiadványsorozatot indítunk – melynek e könyv első alkotása lesz –, előadás-sorozatokat tartunk egyedi meghívásokra, roma falvakat látogatunk, tanulmányi versenyt, vetélkedőket szervezünk, bekapcsolódunk a középiskolások közösségi szolgálatába, kisfilmeket készítünk. Együttműködést alakítottunk ki olyan országos szervezetek-

kel, mint az Állami Népegészségügyi és Tisztiorszi Szolgálat, a Nemzeti Egészségeflejlesztési Intézet, az Országos Védőnői Szolgálat, a Házi Gyermekorvosok Országos Szövetsége, a Tudományos Ismeretterjesztő Társulat.

Az EDUVITAL Tudományos Testülete számos tudományterület legnevesebb szakembereit tömöríti, akik aktív szerepet vállalva biztosítják a programok szakmai színvonalát. Az EDUVITAL ténylegesen nonprofit vállalkozás; anyagi hátterüket pályázatokból és adományokból biztosítjuk.

Célunk, hogy komplex, átfogó és a gyakorlati munkában, tanácsadásban jól használható, felelősségteljes információkat adjunk a korszerű örökléssbiológiai alapismeretek, a környezettudatosság, a táplálkozás, a mozgáskultúra és a szenvedélybetegségek kérdéseinek át többek között az iskola-egészségügy, a mentálhigiénia, a pszichoszomatikus kórképek, az egészséges öregedés, a család és a bioetika legfőbb kérdéseinek körében.

Az EDUVITAL NET céljainak és azok megvalósításának változatos, korszerű kommunikációs rendszerén át elkötelezett arra is, hogy az egészségnedvelés keretében nyújtott tudományos megalapozottságú oktatási modulok kisebbségi, hátrányos helyzetű társadalmi és etnikai csoportok és a magas kockázatú személyek számára is hozzáférhetőek és elsajátíthatóak legyenek.

Az EDUVITAL NET tevékenysége kiterjed a tudományosságon alapuló, alapvető orvosbiológiai és pszichoszociális ismeretek nyomtatott és web alapú oktatási anyagok

létrehozására és széles körű terjesztésére, törekedve az érhető, befogadható és szerethető tartalmak létrehozására. Az egészségnevelési programot elsőlegesen azoknak az elkötelezett véleményformálóknak kínáljuk, akik a társadalom legszélesebb rétegeire hatnak minden nap tevékenységük során, így a pedagógusok, az egészségügyi szakemberek (pl. családorvosok, védőnők stb.), lelkészek, újságírók, véleményformáló közszereplők, civil (kisebbségi és beteg-)

szervezetek képviselői számára kívánunk hiteles, felhasználható, korszerű és a gyakorlatban alkalmazható tudást nyújtani.

Honlapunkon (www.eduvital.net) részletes információkat, sokszínű tartalmakat talál, eseménynaplóinkban pedig minden aktuális programunkról hírt adunk.

Várunk mindenkit!

Mottónk: **Értsd, csináld, szeresz!**

Budapest, 2015. június 10.

Tisztelettel köszönti

DR. FALUS ANDRÁS
egyetemi tanár, az MTA rendes tagja
az EDUVITAL társalapítója
Magyar Tehetség Nagykövet

MELICHER DÓRA
az EDUVITAL ügyvezetője

BEMUTATKOZIK A SPRINGMED KIADÓ

A SPRINGMED KIADÓ 2002 májusában kezdte meg működését azzal a céllal, hogy magyar szerzők bevonásával, a magyar egészségügyi helyzet ismeretében készüljenek a betegeknek és hozzátarozóknak egészségügyi ismeretterjesztő és betegtájékoztató kiadványok (könyvek, füzetek, brosúrák). Felismertük azt az igényt, hogy a precíz és alapos tájékoztatással reálisabbá válik az az elvárás, hogy a betegek saját gyógyulásuk érdekében aktíusan vegyenek részt a gyógykezelésükben, s az egészségügyi dolgozók partnereivé váljanak a diagnosztika, a kezelés és a rehabilitáció során.

Az elmúlt 13 év alatt közel 300 könyvet jelentettünk meg, mintegy 120 000 példányban. Célul tüztük ki, hogy könyveinket a lehető legszélesebb olvasóközönség számára terjesszük. Ennek érdekében nem csupán könyvesboltokban, hanem patikákban és egészségügyi intézmények boltjaiban is forgalmazzuk a kiadványokat, s számos internetes portálon, valamint könyvtári kölcsönzés formájában is igyekeztünk elérhetővé tenni azokat a betegek és hozzátarozóik számára.

A betegtájékoztató könyvek közül számos kiadvány (daganatos betegeknek szóló füzetek, allergiáról szóló iskolai tájékoztatók) az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat, az Egészségügyi Minisztérium és a Nemzeti Kulturális Alap támogatásával jelent meg.

A könyvek szerzői az adott szakterület kiválóságai: egyetemi, főiskolai tanárok, oktató orvosok, gyógyszerészek, gyógypedagógusok, szakasszisztensek, de már lai-

kusok tollából is születtek olyan kéziratok, amelyek megjelentetésük után szép sikert arattak az egészségükkel, betegségükkel foglalkozók körében.

Úgy érezzük, hogy célunkat elérünk: a betegeknek hatható segítséget sikerül nyújtanunk a kiadványok révén. Ez a kiválló szerzők, a könyvek létrehozását támogató cégek és az állami támogatások/pályázatok nélkül nem valósulhatott volna meg.

A SpringMed Kiadó fontosnak tartja, hogy az egészségügyi dolgozók (orvosok, gyógyszerészek, szakdolgozók) számára is kiadjon az ismeretek frissítésére, önképzésre alkalmas szakkönyveket. Ezen túlmenően erőfeszítéseket tesz, hogy a magyar szerzők tollából származó, korszerű szakismereteket nyújtó könyveket idegen nyelven, külföldi társkiadók segítségével az ország határain túl is megjelentesse.

Webáruházunkban (www.springmed.hu) és a SpringMed Referencia Könyvesboltban a könyveket 20–50%-os kedvezménnyel vásárolhatják meg azok az olvasók, akik hírleveleinkből tájékozódva egyszerűen és gyorsan megtalálhatják, amit éppen keresnek.

A továbbiakban is sikeres bőngészést kívánunk minden kedves Olvasónknak!

Mottónk:
Egészségről, betegségről – MINDENT!

Budapest, 2015. augusztus 10.

DR. BÖSZÖRMÉNYI NAGY KLÁRA
kiadóigazgató

AJÁNLÓ A SPRINGMED KIADÓ KÖNYVEIBŐL

Betegtájékoztató könyvek

Cukorbetegek kézikönyve, Dr. Winkler – Dr. Baranyi, 2006, 3. kiad. 2009, 2480 Ft

Gyermekkori diabétesz, Dr. Békéfi, 2007, 2480 Ft

Metabolikus szindróma – Az összetett anyagcserezavar megelőzése és kezelése, Dr. Halmos, 2008, 2480 Ft

A nő és a cukorbetegség, Dr. Baranyi – Dr. Winkler, 2009, 2800 Ft

Inzulinnal kezeltek kézikönyve, Dr. Fövényi – Dr. Soltész, 2009, 3200 Ft

Magasvérnyomás-betegség és cukorbetegség, Dr. Nagy, 2005, 2. kiad. 2009, 1980 Ft

Hogyan fogyunk cukorbetegen? – Főzőiskola lépésről lépésre, Gézsi Andrásné – Dr. Fövényi, 2010, 3480 Ft

Testsúlycsökkentő program fogyni vágyóknak és túlsúlyos cukorbetegeknek, Gézsinié – Dr. Fövényi, 2012, 2980 Ft

Tudatos fogás – Testsúlycsökkentés az orvos tanácsaival, Dr. Pados – Dr. Audikovszky, 2008, 3. kiadás 2009, 3480 Ft

Cukorbetegség Kérdezz! Felelek!, Dr. Winkler – Dr. Baranyi, 2007, 2. kiad. 2009, 2480 Ft

Cukorbetegek nagy diétákönyve, Dr. Fövényi – Gyurcsáné, 2008, 5. kiad. 2013, 3480 Ft

Cukorbetegek nagy süteményeskönyve, Gézsinié – Máger, 2011, 3480 Ft

Cukorbetegek diétája – tanácsok és receptek, Gyurcsáné – Dr. Fövényi, 2014, 980 Ft

Gasztronómiai világkalausz – egészségeseknek, cukorbetegeknek, lisztérzékenyeknek és fogyni vágyóknak, Dr. Winkler – Gézsinié – Dr. Baranyi, 2013, 4900 Ft

Diabétesz – Hogyan segíthet a kínai orvoslás?, Li Xiao-li – Carl Stimson, 2010, 2500 Ft

Segítség! Cukorbeteg lettem!, Dr. Vándorfi – Dr. Havasi – Dr. Földesi, 2014, 2200 Ft

Veseelégtelenség, dialízis, transzplantáció, Andy Stein – Janet Wild, 2014, 3200 Ft

SpringMed orvosi szakkönyvek

Klinikai vizsgálatok kézikönyve, Dr. Laker – Dr. Renczes – Dr. Antal, 2009, 3500 Ft

Az egészségynereség mérése a betegek értékelése alapján, Dr. Inotai – Dr. Lovas – Dr. Kaló Z., 2014, 4500 Ft

Köszvény és más kristálybetegségek, Dr. Szekanecz – Dr. Paragh – Dr. Poór, 2014, 3200 Ft

Globalizáció és egészség, Dr. Tompa, 2014, 3800 Ft

SpringMed Háziorvos Könyvtár®

Diabetológia a háziorvosi gyakorlatban, Dr. Winkler (szerk.), 2012, 6800 Ft

Pulmonológia a háziorvosi gyakorlatban, Dr. Somfay (szerk.), 2013, 4600 Ft

Reumatológia a háziorvosi gyakorlatban, Dr. Szekeres (szerk.), 2014, 5200 Ft

Hypertonia és nephrologia a háziorvosi gyakorlatban, Dr. Barna (szerk.), 2014, 6800 Ft

Dietetika a háziorvosi gyakorlatban, Dr. Figler – Kubányi (szerk.), 2015, 4800 Ft

SpringMed Szakdolgozói Könyvtár®

A cukorbetegség egészségkárosító hatása – A megelőzés és a kezelés lehetőségei, Dr. Winkler – Dr. Baranyi, 2014, 2800 Ft

Tüdőgyógyászat tankönyv szakápolóknak és szakasszisztenseknek, Dr. Hidvégi – Dr. Bártfai Z. (szerk.), 2015, 3600 Ft

Gyógynövények és alternatív terápiák a mozgás-szervi betegségek kezelésében, Dr. Babulka – Dr. Boros, 2015, 2800 Ft

KERESSE A SPRINGMED KIADÓ ORVOSI ÉS BETEGTÁJÉKOZTATÓ KÖNYVEIT!

- **Könyvesboltokban** (Libri, Alexandra, Líra, Pult),
- **internetes webáruházakban** (www.lira.hu, www.alexandra.hu, www.libri.hu),
- **egyes patikákban,**
- a **SpringMed Könyvsarokban** és
- a **SpringMed Webáruházban!**

SPRINGMED KÖNYVSAROK

Cím: 1117 Budapest., Fehérvári út 12. (a Szent Kristóf Szakrendelő földszintjén)

NYITVA TARTÁS: H, K, Cs: 8³⁰–17³⁰ • Sze: 8³⁰–18⁰⁰ • P: 8³⁰–14⁰⁰

TELEFON: (+36 1) 279 2100/2232-es mellék

- ✓ Minden hónap utolsó szerdáján minden SpringMed-kiadvány 50% kedvezménnyel vásárolható meg (a raktári készlet erejéig).
- ✓ Egyéb napokon a SpringMed-kiadványokra 20% kedvezményt és további rendkívüli akciókat kínálunk (egyes könyvekre akár 25–70%)!
- ✓ Más kiadók egészségügyi kiadványait is megrendelheti nálunk!

SPRINGMED WEBÁRUHÁZ – www.springmed.hu

Íratkozzon fel hírlevelünkre! Miért?

- ✓ Értesülhet az új kiadványainkról.
- ✓ Megrendelheti, és a SpringMed Könyvsarokban postaköltség nélkül átveheti a könyveket.
- ✓ Rendkívüli akciókról azonnal értesülhet (20–70%), és online rendelhet!
- ✓ Más kiadók és antikvár könyvek széles választékából válogathat (magyar és idegen nyelven).
- ✓ Ingyenesen letölthető e-könyveket is találhat!

POSTACÍM: 1519 Budapest, Pf. 314. • **TELEFON:** (+36 1) 279-0527
E-MAIL: info@springmed.hu • **HONLAP:** www.springmed.hu



A SPRINGMED KIADÓ AJÁNLJA



WWW.SPRINGMED.HU

SPRINGMED KIADÓ – SPRINGMED KÖNYVSAROK:
1117 Budapest, Fehérvári út 12., Rendelőintézet, fsz.
TELEFON (KÖNYVSAROK): (+36 1) 279 2100 / 2232
Postacím: 1519 Bp. Pf. 314. • **TELEFON:** (+36 1) 279 0527
E-MAIL: info@springmed.hu