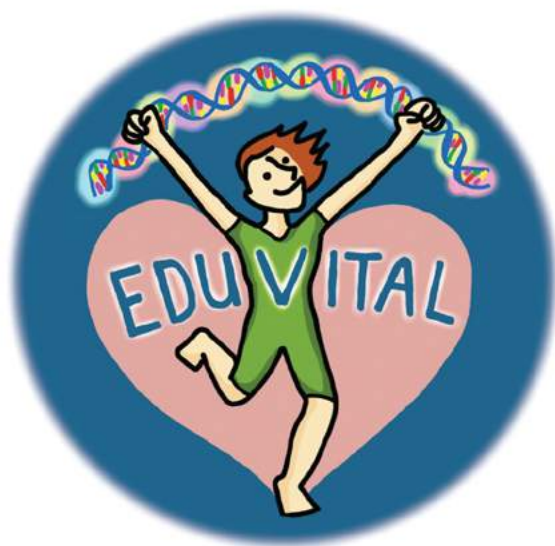


EDUVITAL
MŰVEK

SOKSZÍNŰ

EGÉSZSÉG TUDATOSSÁG

szerkesztette: Falus András
társszerkesztő: Melicher Dóra



ÉRTSD!

CSINÁLD!

SZERESD!

Sokszínű egészségtudatosság

Értsd, csináld, szeresd!

• 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
társszerkesztő: 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 kizárólag a kiadó előzetes írásos engedélyével lehetséges. A SpringMed Kiadó az 1795-ben alapított Magyar Könyvkiadók és Könyvterjesztők Egyesülésének 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: Véghe Rita

TARTALOM

Kattintson/bölkjön 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 REVERZIBILIS VÁLTOZÁS	20
1.6. A JÖVŐ: SZEMÉLYRE SZABOTT ORVOSLÁS ÉS TUDATOS EPIGENETIKA, KOMPLEX EGÉSZSÉGNEVELÉS: PRIMER PREVENCIÓ	20
AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK	21
2. MENNYIT, MIÉRT, HOGYAN? TÁPLÁLKOZÁS ÉS FOLYADÉKFOGYASZTÁS (ANTAL EMESE–SCHMIDT JUDIT–BÍRÓ LAJOS)	23
2.1. A MEGFELELŐ ÉLETMÓD A FITT ÉS KIEGYENSÚLYOZOTT ÉLET ALAPKÖVE	24
2.2. A SZŰRŐVIZSGÁLATOK FONTOSSÁGA	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 TÁPLÁLÉKALLERGIA ÉS A TÁPLÁLÉKINTOLERANCIA EGYRE TÖBB EMBERT ÉRINT	34
2.8.1. Táplálékintolerancia: 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 GERINCVÉDELEM (SOMHEGYI ANNAMÁRIA)	37
3.1. A MOZGÁS SZÜKSÉGESSÉGE	37
3.2. AZ EGÉSZSÉGHEZ SZÜKSÉGES TESTMOZGÁS GYERMEKKORBAN	38
3.3. A JOBB EGÉSZSÉGHEZ SZÜKSÉGES TESTMOZGÁS FELNŐTTKORBAN	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 KEZDETEI	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.	Háztartási mérgek	57
4.5.3.	Főzéshez használt vegyszerek	57
4.5.4.	Tisztító- és takarítószer	58
4.6.	AZ IVÓVÍZBEN 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.	MENNYIRE 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 JAVÍTÁSÁÉRT? 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 ÖSSEJTEK JELENE ÉS JÖVŐJE AZ EGÉSZSÉG SZOLGÁLATÁBAN (URBÁN VERONIKA–UHER FERENC)	97
9.1.	DEFINÍCIÓ HELYETT: AZ ÖSSEJTSÉG SKÁLÁJA.....	98
9.2.	A HIVATALOS ÖSSEJT-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)tartalékok: szöveti összejtek. Nincsen összejt 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> embriók és embrionális összejtek.....	102
9.4.3.	A völgyből a hegyre. A visszaprogramozás útjai: klónozás és génbevitel.....	103

9.5.	A HEMATOPOETIKUS ÖSSEJTTRANSZPLANTÁCIÓ. A HAZATALÁLÓ ÖSSEJTEK. EGY(ETLEN) RÉGÓTA MŰKÖDŐ ÖSSEJTTERÁPIA 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 őssejtbiznisz: fekete doboz és zsákbamacska . .	107
9.7.3.	A közeljövő terápiás szempontból legígéretesebb őssejt típusa: mezenchimális őssejtek	108
9.8.	SZÖVETSZERKESZTŐK ÉS SZÖVETPRINTEREK	108
	AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK	109

JOG ÉS SZOCIOLÓGIA 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 RÉGMÚLTÓL NAPJAINKIG . .	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 TŐKE	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 TALÁLKOZÁSA, 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 CIGÁNYSÁG SZOCIOLÓGIAI JELLEMZŐI NAPJAINKBAN	149
13.3.1. A cigány népesség iskolázottsági helyzete	149
13.3.2. Lakhatási körülmények	150
13.3.3. Foglalkoztatottsági mutatók a cigány/roma népcsoportban . . .	151
13.4. A CIGÁNYSÁG/ROMA KULTÚRA SAJÁTOSSÁGAI, A TÖBBSÉGI TÁRSADALOMTÓL ELTÉRŐ SZOKÁSRENDSZERE	152
13.4.1. Rokonsági rendszer, család	152
13.4.2. A nő szerepe a cigány közösségben.	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 SOKFÉLELSÉGE	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. TÁPLÁLKOZÁS 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. KÖRLEFOLYÁS ÉS PROGNOZIS	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 STRESSZTELI 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-KATASZTRÓFÁRA (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, VESZÉLYEZTETETTSÉG, 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. MIÉRT 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. MIÉRT 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, ELHELYEZÉS TUDOMÁNYTERÜLETEKEN	218
20.3. CÉLOK, CÉLCSOPORT	218
20.4. A KÉPESSÉGFEJLESZTÉS TERÜLETEI	219
20.5. ESZKÖZÖK, FELTÉTELEK	220
20.6. INSPÍRÁCIÓS 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 TALÁLKOZTOK, 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 FELNŐTT 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 EGÉSZSÉGGOMMUNIKÁCIÓ 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 HEYETT A TANTU_DSZ 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 TANTU_DSZ 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

LOSONCZI ÁNGES iskolateremtő magyar szociológus, szakterületén nemzetközileg kiemelkedő társadalomkutató.

AJÁNLOM ezt a könyvet mindazoknak, 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 mindeneke előtt 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 összefüggenek

a megbetegedéssel és a korai halálozással. Hogy a szegénységben, alávetettségben élő százazreknek 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 megvédheti 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 mindennapi 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 tették 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 „szabadság-sávon” a cselekvés és a választás szabadsága. S korlát még itt is van, hiszen nem választhatunk ősoket, családot, génállományt, országot,

kort, etnikumot, hogy hova és mibe, kik közé születünk. 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 átkok / S itt újak a bűnök s itt újak az átkok.”*

A 80-as évek végének új társadalmi ígéretei között az „átkok” 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 kiéhezetség, 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 sokféleképpen lehetett túlélni: volt, aki „lábon” maradt, s ha sebzetten is, de relatíve energikusan és tette készen került túl a kegyetlen időközön, mások ezzel szemben súlyosan belerokkantak a történelem rettenetes fordulataiba. Egyeseknél olyan belső ellenálló erőre találtunk, amely a társadalmi helyzet különbségeivel nem volt magyarázható. Hogy mitől függött? Az alkattól? A genetikától? Születéssel kapott adottság volt vajon? Vagy kidolgozott szívósság? Akárhogy 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 EDU-VITAL program, amelynek foglalatja ez a könyv: hogy a belső határok tágíthatóak, igenis lehet tudatosan vezetni az életet, nem kell beletörődni a megszokásba, nem kell defenzíven elfogadni mindazt, ami bennünket körbevesz, vagy belülről meghatároz.

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

E kötet egyik legfőbb érdeme sokoldalúsága és módszereinek változékonysága. 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 mindennapiság 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 énérejét, 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 részvétellel telibb világhoz. Ez pedig

segíthet a társadalom immunrendszerének erősítésében.

Ez a könyv szemet nyit, fület nyit, tetterekészésre hív. Nemcsak a bajok felismerésében segít, hanem eszközt is kínál azok megelőzéséhez és elhárításához. Lát és látat, cselekszik és tanít, erősítő utakat kínál. A tudás és a szellem harmóniájára nyit ajtót. Nem ítélkezik, 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 étellel, s ennek révén lesz hatása tetteinknek. Ajánlom ezt a könyvet mindenkinek – 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 hivatásomat, elsősorban a számomra a jó akciófilm szintjén izgalmas immunológiát és genetikát. Igen fontos számomra az ismeretterjesztés is: nagyszerű érzés megosztani másokkal az örömet, amit a világ ezen részével kapcsolatosan tudok. Mindig izgatott – laikusként – a pszichológia, az egészség (azaz az egész-ség). A művészeteket tartom a legmagasabb rendű emberi tevékenységnek; a zenét, a képzőművészetet és a szépirodalmat. Magam is írok, csodálatos „gólyakalifa-világ” részese lehetek 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 EGÉSZ-SÉGNEVELÉS: PRIMER PREVENCIÓ
- AJÁNLOTT IRODALOM, FORRÁSOK

1.1. GENETIKA ÉS EPIGENETIKA

A MOLEKULÁRIS BIOLÓGIA és az informatika egymást is serkenő 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 – ma már elválaszthatatlan a környezeti hatások és azok következményeinek tanulmányozása, amely – maradvány az analógiánál – biológiai „szoftvernek” is tekinthető. A környezeti hatások jelentős része tehát nem a fogamzásunk pillanatától lényegében meghatározott nukleotidbetű-sorrendet (szekvenciát) befolyásolja, hanem az egyes gének „meg-

szólására” 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, szabályszerűségeinek megállapítására 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.

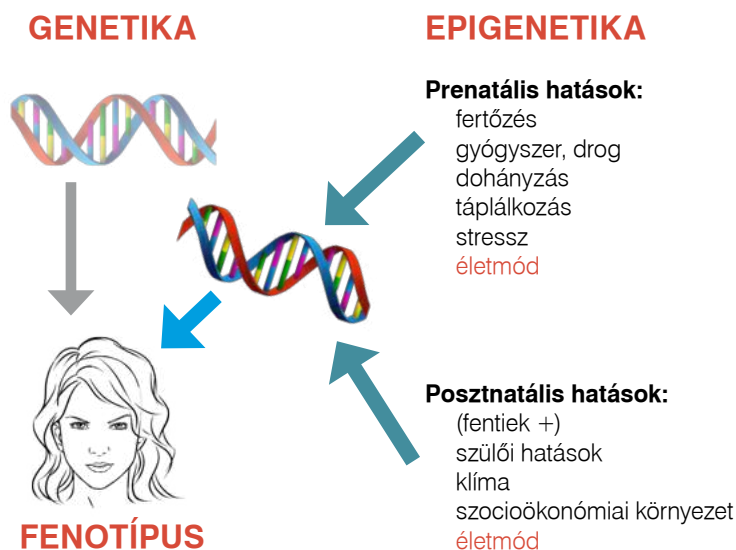
1.2. EPIGENETIKAI „BEMENETEK”

A genetika hagyományos szemlélete szerint az örökítő 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-

tal is figyelembe vett, de mechanizmusában korábban nem feltárt, a DNS-betűsorrendet nem érintő, viszont a génexpressziót módosító hatásokról. Ismert az is, hogy ezek a hatások legtöbbször *kovalens* kémiai módosításokon alapulnak, *reverzibilisek* és gyakran *öröklődőek* 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 mind módosíthatják az öröklött tulajdonságok manifestálódását, ezért a kutatók *epigenetikai tényezőknek* nevezik őket.

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



Egyértelmű, hogy a fenti, vázlatosan ismertett jellegzetességek semmiképpen sem „sorsszerűek”; nagy részük *életmóddal*, tudatos, nevelésen, példamutatáson, 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, módosulásai („*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 örökítőanyag citozin-guanin páriaihoz 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-homociszteinné 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 összetekérését 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 translációját 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 translálódó) RNS-t meghatározó gén van a humán genomban, mint fehérjekódoló gén. Egyértelművé vált, hogy a translációs szinten ható nem kódoló RNS-ek a ma ismert összes génkifejeződési szabályozás részesei. 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 oxigénhiányon keresztül olyan stresszhatást jelent, melynek következtében megváltozik a hisztionokhoz kötött acetilcsoportok mennyisége, tehát a táplálkozáshoz hasonlóan a hisztionkód 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 egérkölykökben, akikről az anyjuk 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.

Embereken 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 teloméráz enzim a megfigyelt, krónikusan beteg gyermeket gondozó anyákban alacso-

nyabb aktivitást mutatott a kontrollcsoport-hoz képest. Hasonló, e helyütt 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 REVERZIBILIS 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 (*transzpozonok*) 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 (*homo-genitás*) ugyanaz a gyógy mód 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 (százezres 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-enciklopédiaként áll rendelkezésre.

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

Másodszor, meg kell tudnunk mondanunk 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 különböző.

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 gyerekeknél korai életmód-változtatással 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, ideértve a művészeti nevelést is) és az experimentális/orvos/biológiai természettudományok sosem voltak még ilyen mértékben egymásra hatók, egymáshoz ennyire közeleiek (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 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*. Fourth 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 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 főtájkára. 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 lapja – 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 táplálkozás-epidemiológiai 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 SZŰRŐVIZSGÁLATOK FONTOSSÁGA
 - 2.2.1. MIT ÉRDEMES SZŰRNI?
- 2.3. AZ EGÉSZSÉGES TÁPLÁLKOZÁS 12 PONTJA, ÉLELMISZER-KISOKOS
- 2.4. FOLYADÉKFOGYASZTÁS
 - 2.4.1. KIKNEK KELL MÉG INKÁBB ODAFIGYELNIE A FOLYADÉKFOGYASZTÁSRA?
 - 2.4.2. MENNYIT?
 - 2.4.3. KÜLÖNBÖZŐ FOLYADÉKOK A TÁPLÁLKOZÁSBAN
- 2.5. VÁSÁROLNI MEGYÜNK
- 2.6. ÉTELKÉSZÍTÉS, TÁLALÁS
- 2.7. TÁROLÁS ÉS ELTEVÉS
- 2.8. A TÁPLÁLÉKALLERGIA, TÁPLÁLÉKINTOLERANCIA EGYRE TÖBB EMBERT ÉRINT
 - 2.8.1. TÁPLÁLÉKINTOLERANCIA: MAJDNEM ALLERGIA, DE MÉGSEM AZ
 - 2.8.2. A TÁPLÁLÉKALLERGIÁRÓL
- 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 mennyiségű 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 középut – 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 kíváncsi, amely szociálisan elfogadott. A táplálék értékeket hordoz. Igaz a mondás, miszerint „az vagy, amit meg eszel”.

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, múltó 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

régióként 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 kiszűrésével, illetve a betegség kór-okainak kiküszöbölésével lehetőségünk van arra, hogy megelőzzük a betegséget (*elsődleges prevenció*), vagy ha már kialakult, csökkentsük a komolyabb problémák, szövődmények valószínűségét, és elkerüljük a további állapotromlást, ill. a betegség visszatérését (*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 szűrővizsgálattal kimutatható, és a korai felismerés után létezik olyan kezelési lehetőség, amellyel 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 mindenképpen javasolt, de a nagy kockázatú népcsoportokban (pl. a terhességi cukorbetegségben 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 megfizethető.

Az internet korában már számos lehetőség nyílik arra, hogy bizonyos szűréseket, ill. az egészségi kockázataink felmérését akár online is elvégezhessünk. Az orvostól vagy egyéb egészségügyi szakembertől elvégzett vizsgálatok egy része (természetesen az antropometriai – pl. testtömeg, testmagasság méréssel 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 automatikussá 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 betegsége 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, edzéstervek 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 újjraképzéséhez,

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 építjük föl, hányszor eszünk gabonaféléket, zöldségeket, gyümölcsöket, húsokat, olajos magvakat, vagy éppen tejtermékeket. Nem mindegy, hogy az egyes csoportból mit és mennyit választunk. Lássuk részletesen az *egészséges étrend* irányelveit, amelyet 12 pontban foglalhatunk össze!

1. Nincsenek tiltott táplálékok, csak kerülendő mennyiségek, azonban célszerű egyeseket előnyben részesíteni, mások fogyasztását csökkenteni. Figyeljünk a csomagolt élelmiszereken feltüntetett energia- és tápanyagértékekre, ill. az egyéb összetételi 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 tápanyaghoz hozzájut a szervezetünk.
3. Kerüljük a nagy zsírtartalmú élelmiszereket, ételeket! Sütéshez, főzéshez zsír

Az életkorral változó/csökkenő energiaszükséglet

Életkor (év)	Energiaszükséglet férfiaknál (%)	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

helyett inkább növényi olajat használjunk, 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 készítsük, és utólag se sózzunk meg (különösen kóstolás nélkül ne)! Használjuk ki a különböző aromájú fűszerek nyújtotta széles palettát! Különösen kerüljük a sózást gyermekeknél, mivel az ekkor kialakult ízlés az egész életre kiható. A fogyasztásra kész élelmiszerek közül válasszuk a kevésbé sózottakat, illetve a nem sózott (natúr) változatokat!
5. Édességet, süteményt étkezés között ne, inkább csak a főétkezés befejező fogásként, 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 vegyesen, változatos formában (pl. 0,5 l natúr joghurt/kefir/tejföl, 100–150 g sajt, fajtájától függően, 0,7–0,75 kg túró, zsírtartalmától függően)! Ezek közül is a kisebb zsírtartalmút 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

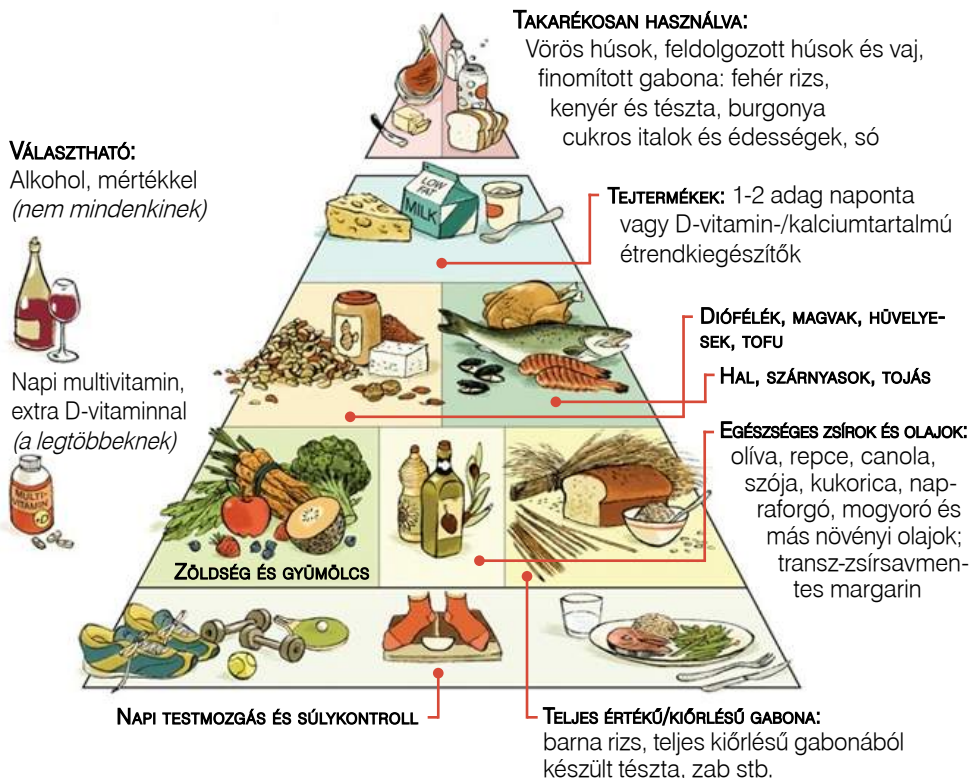
készült terméket (kenyér, tészta, rizs, péksütemény stb.)! A fényezett rizs helyett érdemes barna rizst használni, de kipróbálhatjuk a bulgurt, a hajdinát, a kölest is!

9. Naponta négyszer-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 adja! Az alkohollal legyünk mértékteltesek, a túlzott mértékű fogyasztása káros az egészségre. Várandós, szoptató nők, gyermekek, gyógyszereszedők, májbetegségektől szenvedők kerüljék az alkohol minden cseppjét! Az energiatartalmú italokat (gyümölcslevek, cukros üdítők) az energiatartalmuk figyelembevételével, mértékkel fogyasszuk!
11. Az egészséges életmód részeként rendszeresen mozogjunk, és mellőzzük 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-



2.1. ábra Táplálkozási piramis

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

szeres testmozgást és az testtömegkontrollt követően – a teljes kiőrlésű gabonák és az ezekből készült termékek, a zöldségek és gyümölcsök, valamint a kedvező összetételű növényi olajok és zsírok, a zsíros halak találhatóak, majd feljebb haladva az olajos magvak, hüvelyesek, a tofu (szójabab-túró – hazánkban ez inkább csak a vegetáriánus lakosság 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 találhatóak.

Az ábra értelmezése egyszerű: minél feljebb haladunk, annál kevesebbet javasolt fogyasztanunk 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-vitaminnal 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 mindentől – 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 szénhidrátforrásaink közé tartoznak, mivel tartalmazzák a gabona teljes ásványianyag- és nyomelem-tartalmát, illetve rosttartalmukból eredően lassabban emésztődnek meg, mint a többszörösen feldolgozott változataik (pl. a fehér/finomliszt). A lassú felszívódás megóvjaa a fogyasztót a vércukor- és az inzulinszint ugrásszerű ingadozásától, ezáltal segít korábban tartani az éhségérzetet, így kiegyensúlyozottabb energiafelhasználást eredményez a szervezetben.

Egészséges zsírok és olajok. Ez alatt az élelmiszercsoport alatt a jó minőségű telítetlen zsírsav-forrásokat, transz-zsírsavmentes margarínokat és a nagy zsírtartalmú halakat (például a lazacot) értjük. Hozzájárulnak a koleszterinszint karbantartásához és a szívbetegségek elleni védelemhez.

Zöldségek és gyümölcsök. A zöldségek és gyümölcsök rendszeres fogyasztása többek között hozzájárul a vérnyomás és a vércukorszint csökkentéséhez, a stroke és a szívbetegségek kockázatának csökkentéséhez, mérsékli a szem- és az emésztési problémák valószínűségét, valamint hozzájárul számos daganatos betegség elkerüléséhez. A gyümölcslevek és a burgonya fogyasztásával kapcsolatban azonban számos tévhit

él a köztudatban. A legtöbb gyümölcslé jó helyettesítőnek tűnhet a valódi gyümölcsökhöz képest, de érdemes szem előtt tartani, hogy e termékek nagy része (a gyümölcsitalok és -nektárok, valamint az olyan üdítőitalok, amelyek gyümölcsöket csak ízesítés céljából tartalmaznak) jelentős mennyiségben tartalmazhat hozzáadott cukrot. A burgonya – rendkívül nagy keményítőtartalma miatt – nem ebbe a csoportba, hanem a piramis csúcsára került, habár mértékletes fogyasztás és megfelelő konyhatechnológia mellett nem szükséges száműznünk az étrendünkben.

Olajos magvak, hüvelyesek és tofu. Ezen élelmiszerek gazdag ásványianyag-, rost-, fehérje- és vitaminforrások, így fogyasztásuk az egészséges étrend szerves részét képezi. A legnagyobb tápértékkel bíró olajos magvak a mandula, a pekándió, a földimogyoró, a dió, a mogyoró, a pisztácia stb. A hüvelyesek közé a fekete bab, a lóbab, a lencse, a vörös lencse, a szója és a csicseriborsó tartozik. A hagyományos kínai étel, a tofu kiemelkedő fehérje-, kalcium-, foszfor-, szelén- és mangántartalma mellett csekély 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 telítettzsírsav-tartalommal rendelkeznek, mint a vörös húskok (sertés, marha). A halételek fogyasztásának kiemelt előnye azok omega-3-zsírsavtartalma. Ahogy a piramis tetején látszik, a feldolgozott húskok (például virsli, párizsi) és a vörös húskok fogyasztása is csak kis mennyiségben ajánlott, mivel ezek telítettzsírsav- és sótartalma általában nagyobb a kívánatosnál.

Tejtermékek, D-vitamin, kalcium. Az útmutató szerint csontjaink erősségének 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 mindössze 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, tészta, burgonya, nagy cukortartalmú üdítőitalok, édességek, só). Emellett az útmutató kiemeli a transz-zsír-sav-tartalmú élelmiszereket, amelyeket teljes mértékben elkerülendőként értékeli.

2.4. FOLYADÉKFOGYASZTÁS

Az egészségi állapotot befolyásolja a szervezet víztartalma is, amely a kor előrehaladtával egyre csökken. Az újszülött szervezet átlagosan 70–75%, a felnőtté 60%, míg az idős emberé csupán 50% vizet tartalmaz. Optimális esetben a test vízleadása és vízfelvétele 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 tartósan meg bomlik – 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 kiválasztásában. Segíti a testhőmérséklet szabályozását és az egészséges sav-bázis egyensúly megtartását. Testünkben a víz oldószer, vivőanyag, hőtároló 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 mindennapi teljesítményünk is múlhat azon, hogy eleget iszunk-e.

Amennyiben nem kielégítő a folyadékfelvétel, akkor enyhébb esetben csak általános panaszok jelentkeznek, például fejfájás, a koncentráló képesség csökkenése, fáradtság, szédülés. A *krónikus dehidráltág* (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 arc bőr fakóbbá válása, a vizelet színének sötétebbé válása, mennyiségének csökkenése is.

2.4.1. Kiknek kell még inkább odafigyelnie a folyadékfogyasztásra?

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

- idősek,
- gyermekek,
- nehéz fizikai munkát végzők,
- sportolók,
- várandósok, szoptató kismamák,
- betegek.

A gyermekek 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 gyermekek megfelelő folyadékfogyasztására otthon és az iskolában eltöltött órák alatt is külön oda kell figyelniük, kánikulában vagy betegség esetén pedig még fokozottabban!

Az ajánlott folyadékfogyasztás időskorban sem változik, de a szomjúságérzet csökkenésével, a fizikai képességek romlásával jelentősen megnő a *kiszáradás* veszélye. A krónikus dehidrátság súlyos egészségügyi probléma, ami növeli többek közt az ájulások, 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 egészségesebbek 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
férfiak	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 mennyiséghez jusson a szervezetünk, azt kevesen tudják, hogy a *változatosság elve* a folyadékpótlásban is alkalmazható.

Kutatási eredmények támasztják alá, hogy aki 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 a sportoló, akinek nem csak vizet, de többféle frissítőt kínálnak futás közben.

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

ul a gyümölcsleveket, teákat, üdítőket teljesen száműzni mindennapjainkból, mert így csökkenhet folyadékfogyasztásunk. A testtömeg megőrzése, az optimális energiafelvétel szempontjából fontos azonban számolni a különféle italok energia- és tápanyagtartalmával. A széles italválasztékot és az édes ízt napjainkban energiafelvétel nélkül is élvezhetjük, hiszen számos édesítőszer és azzal ízesített üdítő áll a rendelkezésünkre, amelyek biztonságosságát az Európai Unió 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 máris 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?

- Sértetlen csomagolású termékeket vegyünk!
- Ne vásároljunk olyan mélyhűtött terméket, amelyen felolvadás és újrafagyás jeleit észleljük (a termék darabosan fagyott meg)!

- Azonos termékcsoportból – ha lehetőségünk van rá – válasszuk a kisebb energia-, zsír-, cukor- és sótartalmút!
- Mindig olvassuk el alaposan az ételminszercímkeket, és részesítsük előnyben a friss vagy a mélyhűtött élelmiszereket!
- A gabonatermékek és pékáruk vásárlásakor inkább a teljes kiőrlésű, nagyobb rosttartalmú zab-, rozs-, kukorica- 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 piacon vásárolni!
- Mindig ellenőrizzük az élelmiszerek csomagolásán a lejáratí időt!
- Ha „gyanúsnak” ítéljük a megvásárolni kívánt élelmiszer színét, állagát, kellemét, semmiképpen se vegyük meg!

2.6. ÉTELKÉSZÍTÉS, TÁLALÁS

Az ételkészítés módjával (főzés, sütés, párolás, dermesztés, hűtés, fagyasztás) 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 lisztzórással vagy -hintéssel történő sűrítést,

- de akár liszt használata nélkül is sü-
ríthetünk zöldségpürével.

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

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

latát az asztalterítő, a szalvéták, az étkező-készlet, 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 vitaminok 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 vitamintartalma, ami speciális állapotoktól 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 hámzatlan alapanyagban több C-vitamin marad.

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

A *fagyasztás* késlelteti a romlást, és tartósítja 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 fújni az alapanyagokat. A bő zsiradékban sült burgonya helyett próbáljuk meg főzve, héjában sütve vagy rakottan elkészíteni!
- A rántott (panírozott) ételek helyett süssünk fóliában, cserépedényben, mikrohullámú sütőben, grillezzünk vagy pároljunk! A bő olajban sütés-kor sok zsiradék szívódik be az ételbe, még ha a sütés után papírral meg is próbáljuk felitatni azt.
- Használjunk kevesebb sót az ételkészítésnél, helyette próbáljuk pótolni a sót friss vagy szárított fűszerekkel!
- Távolítsuk az ételekről a látható zsiradékot!
- A 20%-os tejfől helyett használjunk 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 működésükhöz!
- Megfelelő csomagolás használatával – fagyasztótasakok, 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! Hűtsük le az ételt szoba-hőmérsékletűre, mielőtt lefagyasztjuk!
- Bizonyosodjunk meg arról, hogy a fagyott étel teljesen felengedett főzés előtt!
- A lefagyasztott és felengedett élelmiszereket soha sem szabad újra lefagyasztani!

2.8. A TÁPLÁLÉKALLERGIA ÉS A TÁPLÁLÉKINTOLERANCIA EGYRE TÖBB EMBERT ÉRINT

Napjainkban egyre nagyobb a kereslet a speciális táplálkozási igényeket kielégítő élelmiszerek iránt. Szinte nincs is 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 mindkettő az étkezéssel 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 legszemléletesebb példa a táplálékallergia és -intolerancia közötti különbség megértésére a tehéntej esete. A tehéntej fehérjei 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 vékonybeleinkben a laktáz nevű enzim végzi. Sok embernél azonban részben vagy teljesen hiányzik ez az enzim, ezért náluk a tejcukor emésztése, felszívódása zavart szenved. A tejcukor-érzékenység (*laktózin intolerancia*) esetén dózisfüggően a tej és tejtermékek fogyasztása után hasfájás, hascsikarás, puffadás, hirtelen jelentkező hasmenés, hasi diszkomfortérzés alakul ki. A tejcukor-érzékenység többnyire egész életre szól, bár az is előfordul, hogy valamilyen bélfertőzés vagy antibiotikumkúra okozta hasmenés következtében csak átmenetileg alakul ki, és idővel megszűnik.

A nyers vagy pasztörözött tehéntej, tejfő, 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 vívíóanyagaként 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 tojásallergia esetében igaz. A jól diétázó (az allergén fogyasztását teljesen kerülő) kisgyermek óvodás-, iskoláskorára akár tünetmentessé is válhat, és fokozatosan áttérhet 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 tehéntej, a hüvelyesek, a szója, a tojás, a hal, a tenger gyümölcsei, a diófélék, a búza, a rozs, a gyógynövények és egyes fűszerek tartoznak, de gyakran okoznak panaszt a citrusfélék, a déligyümölcsök, az eper, a paradicsom, a spenót, a savanyú káposzta, a sertés- és a vadhús, 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 szervrendszert érinthetnek, mint például az emésztőrendszert (hasmenés, hányás, hasi fájdalom, székrekedés, a testtömeg-növekedés hiánya, reflux), a bőrt (ekcéma, bőrgyulladás, csalánkiütések, bőr- vagy nyálkahártya-vérzések), a légutakat (orrfolyás, akadályozott orrlégzés, köhögés, hörgőgyulladás, rohamokban jelentkező tüsszögés, rekedtség, fülgyulladás), az idegrendszert (viselkedési zavar, alvászavar, migrén), emellett fáradékonyságot, ízületi gyulladást, vashiányos vérszegénységet, az egyes fehérvérsejtek 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 száműzzük 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 tehéntej, 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, azoszínezékektől, kén-dioxidtól és származékaitól, valamint benzoénsavtól mentes termékeket felsoroló kiadványai is hasznosak a mindennapi élet, étrend megtervezésében.

Az allergénmentes étrend esetén ügyelni kell arra is, hogy megfelelő legyen a diétázó ásványianyag- és vitamínfelvétele is. Például tehéntejfehérje-allergia esetében a tejben található kalcium helyettesítésére nagy kalciumtartalmú 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 szakemberektől kaphatnak személyre szabott segítséget.

2.9. ÖSSZEFOGLALÁS

Az emberi élet hossza és minősége az utóbbi száz évben többezer-százalékosan 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 mennyire 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 prevenció 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 prevenció 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 SZÜKSÉGESSÉGE**
- 3.2. AZ EGÉSZSÉGHEZ SZÜKSÉGES TESTMOZGÁS GYERMEKKORBAN**
- 3.3. A JOBB EGÉSZSÉGHEZ SZÜKSÉGES TESTMOZGÁS FELNŐTTKORBAN**
- 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 SZÜKSÉGESSÉGE

A MOZGÁSSZEGÉNY ÉLETMÓD korunk civilizált életmódját jellemző kockázati tényező, mely a nem fertőző krónikus betegségek és a korai halálozás egyik vezető rizikófaktor. 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, szervrendszerek 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 *mindennapi testnevelés*nek 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-szervrendszerek 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 mindennapjaiba.

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: álljunk fel, járkáljunk 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 fennmaradásának, vagyis az egészséges személyiségfejlődésnek. 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. Másrészt pedig, ha a sportot társakkal végezzük, akkor olyan alapvetően szükséges együttélési 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 siker 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 bélelő behártya kellő simasága, valamint a vérmennyiséget mozgóató 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.

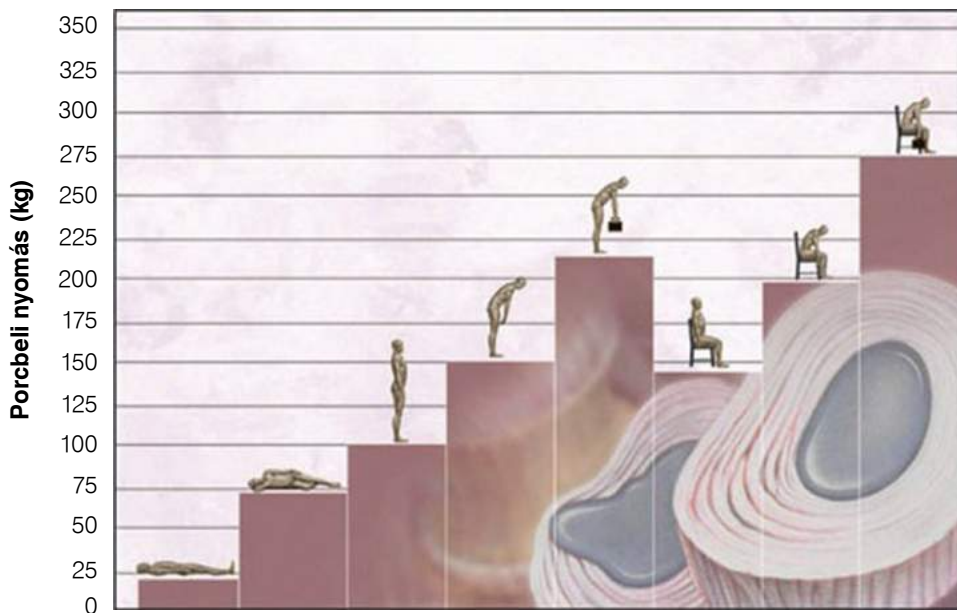
Túlsúly, elhízás. A túlsúly és az elhízás „haszon” nélküli többletterhelést ró a szív- és az érrendszerre, a légzőrendszerre, a mozgásszervekre, a vesére, és a szív- és érrendszerben, ill. a mozgásszervekben idő előtt betegséget okoz. A túlsúlyos ember egyre kevesebbet mozog, így egyre kövérebb és egyre 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 mozgásingerek 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 szakirodalomban, hogy a mozgás az agy tápláléka.

Immunrendszer. Közismert, hogy a jó levegőn végzett mozgás milyen 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 védő hatásnak is.

3.6. JAVASLATOK A RENDSZERES TESTMOZGÁS GYAKORLATI MEGVALÓSÍTÁSÁRA

NÉHÁNY TANÁCS CSECSEMŐK, KIS- GYERMEKEK SZÜLEINEK A MOZGÁS- SAL KAPCSOLATBAN

1. 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 fekvődni, később pedig mászni.
2. *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 hátán fektessék).
3. *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!

4. *Babakocsi.* Olyan módon szállítsuk, vigyük a kisbabát, hogy a fej megtámasztásán kívül a háta is meg legyen támasztva, mégpedig úgy, hogy ne tudjon „görbén” elhelyezkedni. Sokszor látni olyan kialakítású kocsikat és hordozó eszközöket, melyek nem biztosítják a hát megtámasztását, szegény babák ott görnyednek benne.
5. *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 életmódunkat 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 alkalmazkodjunk.
6. *Pelenkázás.* Ma teljesen kiment a divatból a régi pamutpelenkák használata, helyette eldobható pelenkát használ mindenki. Ennek viszont az a következménye, hogy ma már sosem készítjük a csecsemőt a csipők kifelé hajlítására – pedig erre nagy szüksége lenne a csípőízületnek ahhoz, hogy az ízületi csontvégek biztonságosan illeszkedjenek egymáshoz, mert ez védene a csípőficamhoz hasonló állapot kialakulása ellen. Okos lenne, ha megpróbálnánk a visszatérést a mosást-vasalást igénylő, de a csípőfejlődést segítő pamutpelenkához.
7. *Mászás.* Olyan testhelyzetet és izomműködést igényel, ami a csípő és a gerinc egészséges fejlődéséhez egyaránt nagyon szükséges. Tehát a mászó kor-

ba lépő kisbabát engedni kell mászni, persze arra nagyon figyelve, hogy közben 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 ülünkben tartva a baba hátát, fejét megtámasztjuk, úgy néz ki, mintha üljön, de ez nem ülés.)
9. *„Holdkomp”.* A még járni nem tudó babának szokták „feladni”, mint egy nadrágot, 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 holdkompozíciós testhelyzetre sem, tehát ezt ne használjuk!
10. *Tévészés, 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, olvassuk 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 tévét! Játsszunk inkább a kisgyermekkel, vagyis egyszerűen legyünk jelen ott, ahol ő játszik, és válaszolgassunk az ő megnyilvánulásaira.
12. *Ringatás.* Ugyan a baba számára csak passzív mozgás, de a zenére történő ringás nagyon jó testi-lelki hatással van a babára. Ha tudunk, énekeljünk neki mi magunk, minél többet, annál jobb!

13. *Utazás a tömegközlekedésben.* Ha bölcsődébe hordjuk a kisbabát, kisgyermeket, és a buszon, villamoson átadják az ülőhelyet, akkor üljünk le, vegyük ölbe a gyermeket! Így egyrészt a gerincét is meg tudjuk tartani, nem csuklik-nyeklik szegény gyermek minden fékezéskor és induláskor, másrészt 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 gyermekeknek mindennap van testnevelési foglalkozásuk és mindennap mennek levegőre is, ahol legtöbbször játszanak, ami egyet jelent számukra a futkározással, mászással – és ez nagyon jó. Fontos lenne, hogy a mindennapi testnevelés részeként már az óvodában is végeztessék a gyermekekkel a hatékony *tartásjavítás* gyakorlatait, mert az óvodás gyermekek 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 mozgatlanságot, mint a képernyőzés. Az óvodás gyermek ne számítógépezzen, játéakai mozgást és fantáziát igénylőek legyenek.

Iskoláskor. Az iskolákban a mindennapi 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 mindennapos tanórai testnevelésben minden tanulónak részt is kell vennie, vagyis az indokolatlan mulasztásokat, felmentéseket vissza kell szorítani. Ez a szülők feladata is: ne felmentést 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 érrendszeri, valamint légzőszervi terhelésnek (kipirulás, izzadás, lihegés a jele). Ezért a testnevelési órán olyan módon kell a tanulók mozgását szervezni, hogy az egymásra várakozással, vagyis mozgás nélkül eltöltött idő a lehető legkevesebb csökkenjen.
3. Minden testnevelésórán minden tanulóval gimnasztikát is végeznie kell, melynek része a biomechanikailag helyes testtartás kialakítását és fenntartását szolgáló speciális tartásjavító mozgásanyag, valamint a láb izmainak erősítése és a helyes légzéstechnika kialakítása is. (A speciális tartásjavító mozgásanyag nem változik az életkorral, és egyik életkorban sem pótolható mással, 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 testnevelésórákon relaxációt is végezni kell minden tanulóval (ennek módszere az 1–4. évfolyamon különbözik a többi évfolyamon alkalmazandótól).
6. Mind a speciális tartásjavítás, 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 mindennapos tanórai testnevelés részét képezheti a táncitanítás 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 mindennapos 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. *életmód-sportok*). Az iskolák a helyi adottságok és lehetőségek figyelembe vételével választhatják ki ezen sportfajtaikat.
10. Minden testnevelésórának a fegyelmezett munka, valamint a játék öröme és siker-élményét kell nyújtania minden, még az átlagostól eltérő testi adottságú tanulónak is. Ehhez olyan pedagógiai-pszichológiai módszereket 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 sikerélményét és örömet nyújtják.
11. A testnevelésórán a testnevelőnek egyedülálló lehetősége van arra, hogy a tanulókkal saját élményeik útján megértesse a testnevelésórán történetek hatását

a szervezetükre, testük és lelkük egészséges fejlődésére, ezért a testnevelésórának az egészségtan (egészségfejlesztési ismeretek) hatékony, azaz bensővé válást eredményező oktatását is elő kell segítenie. Ennek részeként kiemelten fontos a személyi higiéné, a testmozgás utáni zuhanyozás vagy egyéb tisztálkodás és a folyadékpótlás 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 elért saját eredményei alapján kell értékelni.
13. A mindennapos tanórai testnevelés szakmai minőségének biztosítását legjobban az segíti elő, ha a testnevelésórát 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 mindennapos tanórai 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 mindennapi tanórai testnevelés kivitelezésére. A tökéletes helyszín hiányánál nagyobb baj a mindennapos 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 gyógyszer. A tánc kiválóan terheli a keringési és a légzőrendszert: kipirulunk, megizzadunk. A szökkenések miatt a csontok mésztartalmának fokozásához szükséges alapvető inger adja meg, és egyúttal a gát izmainak erősödését is segíti. (Az idősebbeknek esetleg külön *gáttornát* is kell végezniük, ha táncolni kezdenek, hogy az esetlegesen már elgyengült gáttáji 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 fáj a dereka, háta, nyaka, annak nem kell még gyógytornát tanulnia, viszont minél 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 ússzunk 30 percet.

3. Törekedjünk a mozgásszegénység csökkentésére! A rendszeres gyógytorna és úszás mellett gyalogoljunk, a lépcsőn is gyalog járjunk, és ha van rá módunk, akkor sportoljunk valami egyebet (pl. biciklizés egyenes derékkal, szimmetrikus evezés, tánc stb.). (Gyerekeink esetében ezt szolgálja a mindennapi testnevelésóra 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 álljunk fel; ülésünktől távol helyezzünk 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 ülünk, és helyesen! A széken úgy ülünk, hogy a medencénket „felegyenesítjük”, a gerinc legalsó része a medencével, vagyis a fenékünk hátrafelé néző részével együtt függőleges, vagy akár egy kicsit ezen túlmenve előre felé indul, aztán az ágyéki gerincszakasz (a derekunk) már kifejezetten előre felé áll (ez az ágyéki gerinc élettani homorulata), a hát szinte egyenes (az élettani domborulata megmarad), a fej a nyak folytatásában, tehát nem előrébb áll. A szék ülőfelületén teljesen csúszunk hátra a fenékünkkel, 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 talpunk kényelmesen a földön pihenjen (3.2., 3.3. ábra).

A gyógyászati segédeszköz boltban beszerezhetjük a helyes ülést segítő különböző *gyógypárnákat*:



3.2. ábra Jó szék: a helyes ülésakor teljesen hátra kell csúsznunk 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 *ék-párna*, ami által az ülőcsontunk megemelkedik, ezáltal a medence és az ágyéki gerinc ülés közben könnyebben kerül a jó helyzetbe, vagyis nem görbül 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 deréknek.

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

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

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

- A helyes fekvéskor az ágy közepesen kemény, nem süppedős és nem gödrös, így a gerinc megközelítőleg vízszintesen, 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 vízszintesen maradjon.

- Helytelen fekvéskor az ágy puha és/vagy gödrös, így a gerinc nem tud egyenesen (megközelítőleg vízszintesen) elhelyezkedni, sőt, minden testhelyzet-változtatáskor nagyobb erőt kell kifejtenünk, hiszen előbb fel kell emelkednünk a „mélyedésből”, aztán tudunk fordulni. Ilyenkor a kisizületek könnyen megárandulhatnak, előidézve, vagy fokozva a deréktájdalmat.

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

8. Fekvésből felkelés.

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

9. A gerincet 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 gyomlá-
lást, a kisseprűvel végzett seprést,
a cipőpucolást stb.

- Ha mégis le kell hajolnunk, egye-
nes derékkal tegyünk, felálláskor
pedig akarattal jól figyeljünk oda,
hogy a farizmaink erejét kihasznál-
va (farizomból), egyenes derékkal
álljunk fel.
- Ha emelnünk kell, legalább egye-
nes derékkal tegyünk, itt is ügyelve
a farizmok erőteljes működtetésére.
- Porszívózásakor, partvissal seprés-
kor, felmosásakor ügyeljünk arra,
hogy egyenes maradjon a derék,
ne hajoljunk félig előre.
- Mosogatáshoz, zöldségtisztításhoz,
egyéb állva végzett konyhai munká-
inkhoz próbáljuk megoldani, hogy
a mosogató és a konyhapult, főző-
felület kerüljön magasabbra (pl. egy
5–10 cm-es emelvényre) úgy, hogy
ne kelljen kissé előreahajolva csinál-
nunk mindezt. Ha jobbkezesek va-
gyunk, a bal lábunkat térdben kissé
hajlítsuk be és sarkunkat emeljük
fel, így segítjük a medence stabil
állítását, a kis csavarodás megelő-
zését. Mindig forduljunk teljesen
szembe azzal, amit csinálunk!
- Az állómunkát úgy végezzük, hogy
összehúzva, behúzva tartjuk a far-
izmunkat és a hasunkat egyszerre.
- Fogmosáshoz, mosakodáshoz elő-
rehajlás helyett a térdünket hajlítsuk
be annyira, amennyire a mosdó
magassága igényli.
- Ha „deréknyúzó” munkát kell vé-
geznünk, erre az időre tegyünk fel
a derekunkra a rögzítő fűzőnket (amit
az orvos felírhat, gyógyászati se-
gédesszköz boltban megvehetünk).

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

1. WHO: A Guide for population-based ap-
proaches 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/fact-sheet_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. Comeni-
us '94 Kkt. ISBN 978-963-06-4149-4.
7. Somhegyi A: A mindennapi testnevelés
egészségfejlesztési kritériumai: megva-
lósításuk jelen helyzete. Népegészség-
ügy 2014; 92:4-10
8. Somhegyi A, Lazáry Á, Feszthammer A,
Darabosné Tim I, Tóthné Steinhausz V,
Boja S, Szilágyi Á, Varga P: A biomecha-
nikailag helyes testtartás kialakítását,
automatizálását és fenntartását szolgáló
mozgásanyag beépítése a testnevelésbe.
Népegészségügy 2014; 92:11-19

4. MINDENNAPI MÉRGEINK



TOMPA ANNA

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. Számomra a legnagyobb siker az, ha képes vagyok valamit jól átadni a hallgatóságnak vagy a közönségnek, aki a műveimet olvassa. Elkötelezett 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.

- 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, ismeretetésével 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 vaddisznóféle állatot pillantanak meg, ami beteg, sovány az éhezéstől. A tőle megszokott módon egy fa tövéhez dörgölődzik, és kitúr a földből valami barna gumót. Az ősember és családja megpróbálja

elejteni a disznót, s közben tüzetesen megnézi, 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 ételmet – és egyben gyógyírt is – jelentett a fehérjében, aminosavakban és vitaminokban gazdag gomba, és ezzel megtanította az ősembert 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 mérge kifejezés DIOSZKORIDÉSZ (4.1. ábra) szerint a toxon (nyíl) szóból ered, mivel a hadászatban elterjedt volt a mérgezett nyilak használata. A görög istenek és félistenek vitáiban, rivalizálásában is szerephez jutnak a mérgek, pl. Medea eseté-



4.1. ábra Dioszkoridész (40–90)

ben, aki fogadott fiát próbálta borral mérgeezni, 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 gyógyszer alapanyaga szerepel, mint pl. az ópium, a kaktuszok kivonatai, az aloék vagy a digitális 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 élt öccsével, majd, amikor az hatalmi pozícióját fenyegette, megmérgezte. Mint a mondás tartja, mindenki a saját fegyvere által pusztul 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 bölceleteiből, öngyilkosságot vagy száműzetést ajánlott fel neki, tanítványai hiába kérelték, hogy vonuljon vissza valamelyik szigetre, ő a bürök kivonatával öngyilkosságot köve-

tett el. SZÓKRATÉSZ tanítványa PLATON volt, aki mestere volt ARISZTOTELÉSZnek, majd a szintén filozófus, de egyben a botanikához is értő TEOFRASZTUSZ követte ARISZTOTELÉSZT az athéni filozófiai iskola élén. TEOFRASZTUSZ munkáiban 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 hatásairól is lehet olvasni, például olyan érdekességeket, hogy a higany-szulfittal dolgozók védtek az arcukat a por belélegzése ellen, amiből következtetni lehet arra, hogy tapasztalati tények alapján az ásvány szervezetre gyakorolt negatív hatásait már ismerték. PLINIUS átélte 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 felszerelve 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 éppúgy szerepelnek a mérgek: virtusból fogyasztották vagy a politika eszközeként alkalmazták őket, mint az ősi Indiában, ahol a gyógyászatban, különösen a szúrt sérülések

kezelésében igen előrehaladott technikákat alkalmaztak. Egy alkalommal NAGY SÁNDOR sebét is indiai arjvédikus orvosok gyógyították meg, pedig a dárda, amivel megszúrták, mérgezett volt. Az indiaiak jól ismerték a mérgek hatásmechanizmusát, az okozott tüneteket, sőt esetenként antidotumokat is adtak a betegeknek. Az ehhez hasonló ismeretekkel rendelkezett DIOSZKORIDÉSZ a szerzője a *De Materia Medicinának*, amely több száz gyógynövényt ír le, és a növényi mérgeket eredetük szerint rendszerezi, 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 tucat hatóanyagból. A mérgezések gyógyítására hánytatást alkalmazott, ezek az ún. emetikus készítmények a gyomorrontások és az ételmérgezések kezelésére is alkalmasak voltak.

Az antidotumok az uralkodókat is érdekelték, hiszen állandó félelemben éltek, hogy a személyzet vagy az ellenség beépített emberei meggyilkolják őket. Ezért minden ételt és italt előkóstoltattak, vagy a kutyanak adták. Ha a mérgezés ezzel kizárható volt, csak akkor fogyasztottak a felkínált ételből vagy italból. Viszont a családtagokat ilyen szolgálat nem illette meg, ezért orvosaitól elvárták, hogy felkészültek legyenek az esetleges mérgezési esetek gyógyítására ellemméreg 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 törvényt 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 alkímisták tevékenysége arra irányult, hogy értéktelen ásványokból, fémekből aranyat állítsanak elő. Miután ez nem sikerült, kiterjesztették tevékenységüket az életelixírek felkutatására. Főleg az örök ifjúság és a férfierő titkát keresték, majd magát az életet akarták megfejteni. Így manipulálták a természetes anyagokat, pl. az arzént szintelen, szagtalan porrá alakították át, így adagolhatóvá vált a nélkül, hogy bárki ízről vagy szagról észrevehette volna. Arra is rájöttek, hogy a kis adagok folya-

matos adagolása csak hónapok múlva okoz halált, így a tettes kiléte is rejtve maradhat. Sőt az arzén krónikus betegséghez 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 BORGIAK uralma során – számos politikai gyilkosság történt arzénmérgezéssel (4.2. ábra).

LEONARDO DA VINCI is kapott olyan feladatot, hogy állítson elő mérgezett gyümölcsöket arzénes locsolással. Szerencsére ez a módszer nem vált be, mert a növény és vízház-tartása jelentősen felhígította és eliminálta a mérget, így a gyümölcsben nem maradt jelentős mennyiség, ami a mérgezéshez elegendő lett volna. Viszont LEONARDO részletes feljegyzéseket készített a „mérgezett” almákról, 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 Borgiaék (balra: Lucrezia Borgia, jobbra: Cesare Borgia)

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

A középkorban a különböző toxikológiai megfigyelések és elméletek minőségükben egyre inkább javultak, a megfigyelések egyre tényyszerűbbé, 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 sporadikusan hatolt át a közvéleménybe, és ha ma megkérdeznénk egy ötvöst vagy egy autófényezőt, hogy milyen védőberendezést, személyi védelmet, légzésvédelmet alkalmaz munkája kapcsán, valószínűleg csodálkozva nézne ránk. Különösen jellemző ez ott, ahol kis üzemek működnek kevés alkalmazottal. A nagyvállalatoknál a munkahigiénés szabályokat többnyire betartják.

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

ami sokszor fizikai bántalmazást is jelentett. Az inkvizíció során a világon kb. 6 millió boszorkányt égettek el, többnyire koholt vádak alapján. A magyarországi boszorkányperek egészen a 18. század közepéig folytatódtak 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 PARACELSUS (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 mérget méreggé (4.3. ábra). Tehát minél többet adunk egy anyagból az illetőnek, annál erőteljesebb lesz a hatás. PARA-

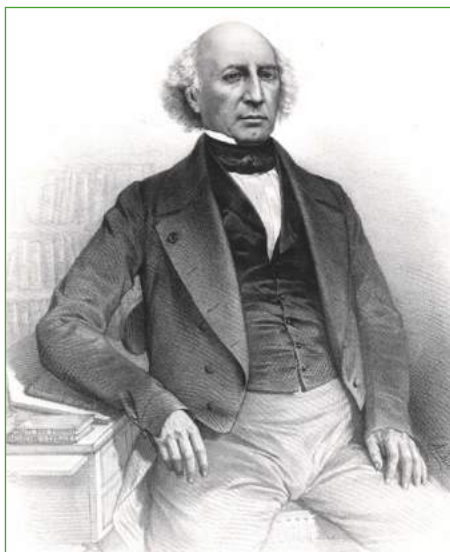


4.3. ábra Paracelsus (1493–1541)

CELSUS korán konfliktusba keveredett maradi és merev gondolkodású kortársaival, akik ezért, meggyűlöltek. Nem ritka jelenség ez az orvostársadalomban. PARACELUS 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 atyja. Érdeklődésének középpontjában egy szegény munkás állt, akinek nem irigylésre méltó feladata az emésztőgödrök tisztítása volt, mindennap, órákat töltve ezekben az egészségre ártalmas, bűzös gödrökben. Megfigyelte, hogy akik ezt a munkát végzik, fényérzékenységtől szenvednek, és végül megvakulnak. Ez a (kis mennyiségű) krónikus kénhidrogén-expozíció következménye, amely nyálkahártya-irritáló tulajdonságokkal rendelkezik. Élete során RAMAZZINI a bányászok, kőművesek, fémipari 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 MATHIEU 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 mérge. BERTHELOT (francia kémikus) a gázok analízisérről 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.

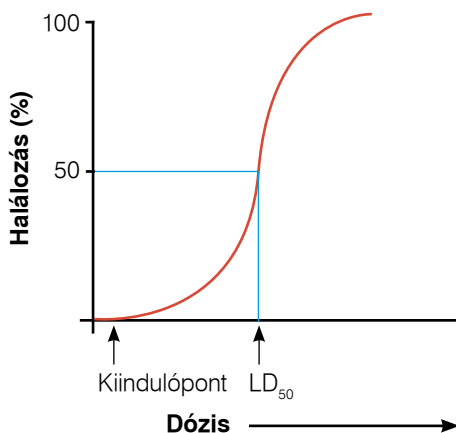
4.4. MI A MÉREG?

Egyszerűen fogalmazva a mérég az, ami öl, de lássuk az árnyaltabb fogalmazást, amit FABRE és TRUHAUT meghatározása jelent: „*Mérgeknek azokat az anyagokat nevezzük, amelyek megfelelő mennyiségben és kellő idő alatt alkalmas módon a szervezetbe hatolva, kémiai, fizikai vagy fizikokémiai hatással a szervezet életfolyamatait átmenetileg, tartósan vagy véglegesen megzavarják.*”

A gyakorlatban csak azokat az anyagokat szokták mérégnek tekinteni, amelyek már csekély mennyiségben is súlyos egészségkárosodást vagy halált okoznak. Egy egyszerű laikus meghatározás szerint: „*mérég az, ami a mérlegjegyzékben szerepel.*”

4.4.1. Az LD_{50}

A mérgek definíciójához számos egyéb szempont is hozzátartozik. Nevezetesen a mérge dózisa, az alany pillanatnyi állapota, pl. gyermek, 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, beltenyésztett, de egészséges, patkány, egér vagy tengerimalac alkalmazható a rutin toxikológiai tesztekhez, amiket azonos hőmérsékleten, azonos tápon, megfelelő páratartalom mellett tartanak a kezelés időtartama alatt. Egy ismeretlen anyag tesztelése az egészen alacsony 1 mg/testsúlykg dózistól emelkedő szinten kezelnek, majd megállapítják, hogy milyen dózis adagolása után pusztult el a kezelt állatok fele. Ezt az értéket nevezzük LD_{50} -nek (4.5. ábra).



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

Az alábbi táblázatban (a következő oldalon) található néhány vegyület LD_{50} 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 rántalanításra 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 $LD_{50} < 1$ mg/kg,
- **rendkívül toxikus**, ha LD_{50} 1,1–50 mg/kg,
- **nagyon toxikus**, ha LD_{50} 50,1–500 mg/kg,
- **toxikus**, ha LD_{50} 500,1–5000 mg/kg,
- **nem toxikus**, ha $LD_{50} > 15\,000$ mg/kg.

Néhány vegyület LD_{50} értéke

- | | |
|---|--|
| ☐ nem toxikus | ☐ rendkívül toxikus |
| ☐ toxikus | ☐ szupertoxikus |
| ☐ nagyon toxikus | |

Vegyí 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

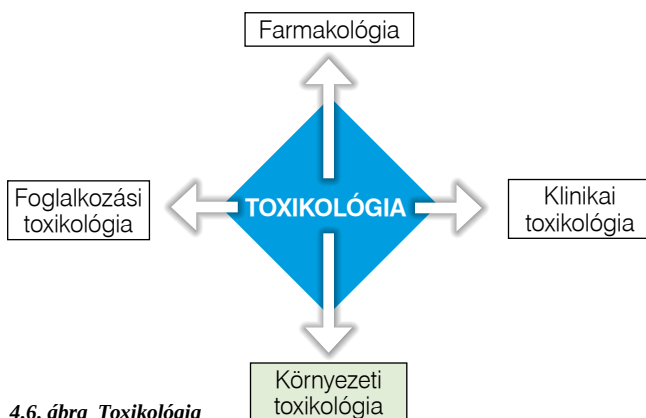
A toxikológia a mérgek élő szervezetekre gyakorolt hatásainak ismeretanyagát összefoglaló tudomány. Foglalkozik a mérgek eredetével, szerkezetével, fizikokémiai tulajdonságaival, kimutathatóságokkal és hatásaikkal az élő szervezetekre. A mérgek forrásaik szerint lehetnek természetben előforduló biológiai vagy ásványi anyagokból származóak. Lehetnek szerves vagy szervetlen molekulák. Halmazállapotuk szerint szilárd, folyékony vagy gáz állapotúak. A behatolási kapu szerint a mérgezések feloszthatók szájon, 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 (hormondiszrupterek),
- ipari anyagok,
- élelmiszer-adalékok,
- gyógyszerek,
- állatgyógyászati szerek,
- természetes növényi és állati mérgek.

A toxikus hatások szerinti csoportosítás pedig a toxicitás legfőbb támadáspontjára utal. Ennek alapján ismerünk *hepatotoxikus*, *kardiotoxikus*, *nefrotoxikus*, *immuntoxikus*, *genotoxikus*, ill. *reproduktív károsító* vegyületeket. A szakmai orientáltságot tekintve a toxikológiát szakmák szerint is csoportosíthatjuk. A *klinikai toxikológia* elsősorban a mérgezési 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 oka-
inak kiderítését szolgálja, az *ipari és a foglal-
kozásorvosi toxikológia* pedig a munkahelyi
ártalmak, mérgezések felderítését és megelő-
zését szolgálja. A *farmakológia* a természe-
tes és mesterségesen előállított gyógyszerek
toxikológiáját vizsgálja. A *kémiai biztonsági
toxikológia* a környezet-toxikológia része, és
főleg a prevenciót szolgálja. Az *élelmiszer-
biztonsági toxikológiai* hatósági ellenőrzé-
seket 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 metabolizmusa

- Függszervezetbe jutás módjától, adagjától, az eloszlástól, a mérgek vízoldékonyságától 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, légzés során, tejjel, verejtékkel, nyállal.

Néhány fontosabb mérgek jellemzői

Növényi mérgek

Digitális

- 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-csatornákra hat, késlelteti a membránrepolarizációt.
- Az öntudat végig tiszta marad, légzésbénulás 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 hepatotoxikus, a szelektív 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 csucsorfélekben és a csírázó, zöld héjú burgonyában található meg ez a mérgező glikozid alkaloida, így a fogyasztás előtt a burgonya zöld részeit el kell távolítani.

Állati mérgek

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



4.8. ábra Nyílméregbeka

- Halak: sünhals-fugu hal, a tetrodotoxin feszültségfüggő Na-csatornákat blokkol.
- Kagylók: mérgeik a szaxitoxin és a mitotoxin.

- Méhek, darazsak: mérgeik a mellitin, az apamin, melyek hisztamin-felszabadulást, hemolitikus hatást váltanak ki.
- Kőrishogár: mérge, a kantaridin tönkreteszi a glomerulusokat.
- Pókok: mérgük az alfa-latrotoxin transzmitter-felszabadulást vált ki a preszinaptikus membránon, mioneurális görcsöket okozva.
- Skorpiók: mérgük a Na-csatornák záródását gátolja, görcsöket, hányást, látási zavarokat, légzésbénulást okoz.

4.5. MESTERSÉGESEN ELŐÁLLÍTOTT (MEZŐGAZDASÁGI, IPARI EREDETŰ) ANYAGOK ÉS HÁZTARTÁSI SZEREK

A mindennapi életünk szinte elképzelhetetlen a mesterségesen előállított anyagok (vegyszerek) nélkül. Tehát a mindennapi 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 vegyszerrel kerülünk napi kapcsolatba. A legveszélyesebbek az élelmiszerek, szerves anyagok, hulladékok égetése kapcsán felszabaduló dioxinok és a rákkeltő policiklusos 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 mindig vissza kell vinni a gyógyszertárba, ahol megfelelő módon veszélyes hulladékként kezelik. A gyermekektől elzárva kell tárolni őket, mert sok drasztikus 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 tisztítószer, olajok, ragasztók, festékek, kozmetikumok, az autók ápolásához használatos szerek, gyógyszerek stb. Ezeknek az eredeti csomagolásán mindig 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 gyermekek és nagyon idős emberek kezébe vegyszer ne kerüljön. A gyermekek ismeretei nem elegendőek ahhoz, hogy egy színes folyadékról megállapítsák, hogy fogyasztható-e, vagy sem. Az idős emberek pedig érzékszervi romlás miatt nem feltétlenül ismerik fel a palackon elhelyezett piktogramokat, és lehet, hogy összetévesztik egy üdítő üveggel. Ezen kívül az idős emberek 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 bevétel 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 elítéltek egy anyát, mert fogyatékos gyermekét gyomorszájából átadagolt, nagy mennyiségű 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 bő vízzel lemosni. Az almaecet általában 5–7%-os aromás ételízesítő, amit sokan megfázás, torokfájás vagy fogínyvérzés esetén gyógyszerként is alkalmaznak.

Szódabikarbóna. Nátrium-hidrogén-karbonát. Lúgos kémhatású anyag, így sokan gyomorfájásra 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 tészta omlós és laza lesz.

4.5.4. Tisztító- és takarítószer

A szaniterek, cseppek vízkömentesítésére általában sósav vagy ecet alapú tisztítószeret, 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 súrolószer

4.6. AZ IVÓVÍZBEN TALÁLHATÓ TOXIKUS ANYAGOK

A talajból, kőzetekből származó anyagok. A vízzáró réteget képező talaj összetétele geográfiai eltéréseket mutat. A vízben található toxikus anyagok sokszor nem külső szennyeződésként, hanem a talaj összetételétől függően jelennek meg. Így kerülhet az ivóvízbe jód, bróm, arzén, vagy különböző aromás vegyületek pl. szénhidrogének a kőolajutak 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 szelén, 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, szelénhiány – 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 leg súlyosabb 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 éretlensége miatt a visszaalakítás nem történik meg, így a csecsemő hipoxiában meghal.
- A vese nitrátió kiválasztására nem képes.
- Nitrátforrások: ivóvíz, zöldségek gyümölcsök, pácolt halak, húsok, füstölt termékek, ivóvíz, belső anyagcsere-termékek.

- Terápia: metilénkék vagy aszkorbin-sav iv.
- Megelőzés: az ivóvíz nitráttartalmának meghatározása. Ha 40 mg/l felett van, akkor zacskós vagy palackos vizet kell inni!
- Csecsemőkben gumós növények, cékla, retek, répa stb. fogyasztása kapcsán is kialakulhat, ezért csecsemőknek csak ellenőrzött (bio)zöldségeket szabad adni, vagy erre a célra készített bébiételeket, 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 őrködnek azon, hogy a munkavédelmi és a munkahigiénés szabályokat mind a munkáltató, mind a munkavállaló betartsa.

Hazánkban senki sem foglalkoztatható egészségre ártalmas munkakörben, mégis előfordulnak véletlen mérgezések, vagy betegségek a fokozott vegyi expozíció következtében. A legtipusosabb ártalom a porbelegzés, ami ha szilikátokat vagy azbesztet 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 mennyiségben környezetbe kerülő anyagok – mint amilyenek a citosztatikumok, fertőtlenítő vagy immungátló

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

A veszélyes anyagok közé tartoznak az oldószerek, 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. Öllös 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

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 témakörben írta. Jelenleg a Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak Gyermekosztályának osztályvezető főorvosa.



ALTMANN ANNA

ALTMANN ANNA 1987-ben a Jahn Ferenc Kórház koraszülött- és patológiás 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 Budai 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 ESETÉN?****5.5. CUKORBETEGSÉG****AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK**

5.1. BEVEZETÉS

AMIKOR egy családban kiderül, hogy a gyermek krónikus betegségben 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 betegségben, 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 tűztük ki célul, de a kérdés pszichológiai aspektusai sokszor megkerülhetetlenek.

A három betegségben közös, hogy folyamatos orvosi gondozást igényelnek, az optimális gyógyszeres beállítás ellenére akut roszullétek léphetnek fel, bizonyos életmódbeli változások szükségeltetnek, nagyon fontos a beteg és a családja aktív részvétele a kezelésben, legfőbbjük 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 GYERMEKBETEGSÉG

Kezdjük rögtön az első lépéssel, a *betegség elfogadásával*. Szinte mindenkinek 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, intézményt, hátha félrediagnosztizálták a betegséget az első helyen. Utána jön a széles körű tájékozódás: rokonok, ismerősök, internet. Ha már a betegség elején sikerül a család bizalmát elnyernünk, akkor sok felesleges kitérő elkerülhető. A gondozás során mindvégig 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 mindvégig a lehető legkorszerűbb módon vezessük a gyógykezelést.

A következő lépés a *betegség megértése*. Mindenkinél a saját szintjén kell elmagyarázni, hogy mai tudásunk szerint miért alakul 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 *életkori sajátosságokra*, hiszen más problémák adódnak óvodás, iskolás és kamaszkorban. Ezekben az életszakaszokban különböző szereplők lépnek a gyermek életébe, akiket szükséges bevonni a gondozásba. Mindhárom betegségben komoly erőfeszítéseket teszünk annak érdekében, hogy a krónikus betegségben szenvedő gyermekek részt vehessenek a közösségek életében. Az óvodapedagógusoknak, dadusoknak, tanároknak ugyanúgy meg kell tanulniuk ezeknek a gyermekeknek az ellátását, életvezetését, mint a családtagoknak. Így érhetjük el, hogy ezek a gyermekek is teljes értékű tagjai legyenek a családoknak, közösségeknek.

5.3. ASZTMA

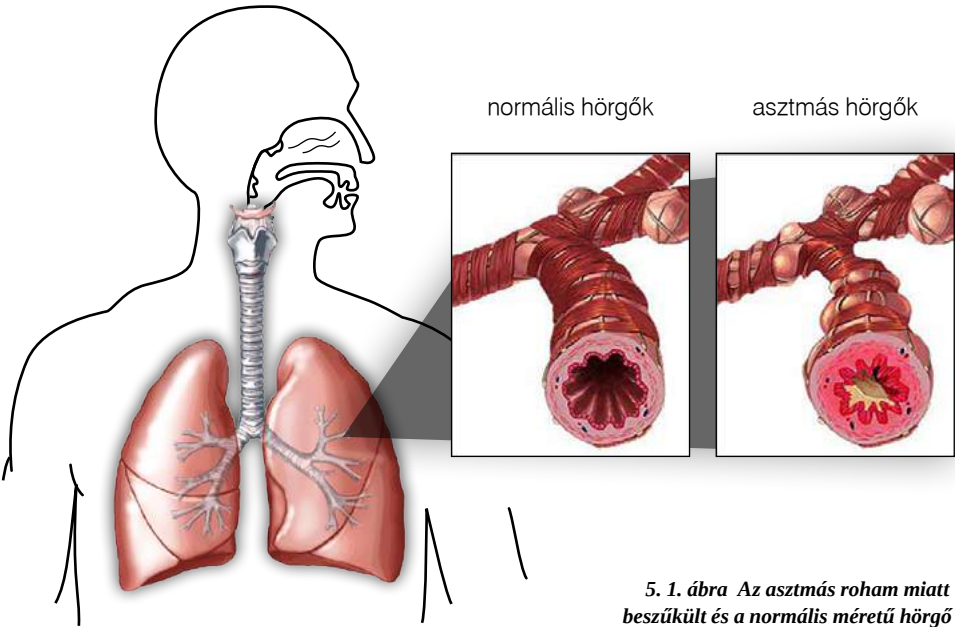
A gyermekkori asztma előfordulási gyakorisága közel 5%. Családi halmozódás felfedezhető, de a betegség lefolyására nagyon erősen hatnak a környezeti tényezők is. Az asztmás gyermekek kb. 60%-a serdülőkorra „kinövi” a betegséget. Az asztma egy tünetegyüttes, melyet szapora, ziháló, sokszor kilégzési sípolással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

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 kiegészítő vizsgálatok (röntgen, ultrahang) és laboratóriumi vizsgálatok is történnek.

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

A tünetek csecsemőkorban mindig ijesztőbbek, súlyosabbak, mint nagyobb gyermekeknél. Mi ennek az oka? Az 1 éves csecsemő főhörgője csupán 5 mm átmérőjű, és további hörgőoszlopok során az átmérők egyre kisebbek. Ha ebbe a szűk „csőrendszerbe” csak egy kevés váladék is kerül, vagy a gyulladás miatt a nyálkahártya megduzzad, máris komoly légúti szűkület keletkezik (5.1. ábra a következő oldalon). A nehézlégzés kialakulásának oka asztmában mindig a kis légutak beszűkülése, ami három tényező együttes hatására jön létre: kóros váladék felszaporodása, a hörgőfalat alkotó simaizom kóros összehúzódása, a hörgőt bélelő 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 tüdőbe, használja a légzési segédizmait. Ezek közül a leglátványosabb az *orrszáryi légzés*,

ami a külső 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	aluszékony vagy zavart
Légzési segédizmok használata		laposan is tud feküdni	jobban érzi magát ülve	csak ülve tud lélegezni	szabálytalan légzés
Pulzusszám	gyermek	<100	100–120	>120	alacsony
	csecsemő	<160	160 körül	>160	
Sípoló légzés		közepes	hangos	hangos	nincs

láthatjuk, hogy a szegycsont feletti bemélyedés, valamint a bordák közötti terület minden légvételnél 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 oxigénhiány jelei.

A tünetek súlyosságának megítélésében otthon is jól használható paraméter a *légzésszám*, 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 mindig 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 gyermekeknél a légzésfunkciós értékek alakulása alapján az asztma négy fokra osztható.

Az *első stádiumban* csak akkor kell gyógyszer adni, ha éppen fennállnak a nehézlégzéses tünetek, míg a *második stádiumtól* 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 hörgőgyulladásal 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 terápiájának fő gyógyszerei a szteroid tartalmú belégzéses gyógyszerek. A szteroidról a legtöbb embernek a súlyos mellékhatások jutnak eszébe. Fontos megérteni, hogy a jó technikával a légutakba juttatott szteroid minimális mennyiségben kerül a véráramba, több évtizedes folyamatos használat során sem jelentkeznek a szájon át adott szteroidkészítmények mellékhatásai.

A gondozás során mindig arra törekszünk, hogy a lehető legkisebb fenntartó gyógyszeradaggal érijük 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 kiszerezés létezik: spray-k, porbelégzők, belélegezhető oldatok, melyekhez motoros porlasztó készülék szükséges. Nagyon fontos a gyógyszer használatának technikai elsajátítása. Kb. 5–6 éves korig kizárólag a spray-k és porlasztott gyógyszerek használhatók. A spray-k légutakba történő bejuttatásához különböző térfogatnövelő 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 garattal között 8–10 cm-nél nincs nagyobb távolság, tehát a nagy sebességgel haladó szemcsék 90%-a a garatfalnak csapódik, csak 10% jut közvetlenül a légutakba. A garatba kerülő gyógyszert lenyeljük, a gyomorból felszívódva kifejti 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 lelki 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 kiváló 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 kóros kisülése áll. Bármelyik agyi területől kiindulhat, így a tünetek is nagyon szerteágazóak lehetnek. A roham érintheti az izmokat, az érzékszerveket, de a magasabb rendű idegműködések (gondolkodás, figyelem, tempó) is. A klinikai jelenségek lehetnek izgalmi jellegűek (pl. izomrángás, kóros 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 kórképnek, 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 tünetegyüttes* bármely életkorban kialakulhat, de csecsemő- és gyermekkorban gyakoribb. A gyermekek 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 egymágában is lehetővé teszi az alkalmi roham diagnosztizálását. Amennyiben a rosszullét kizárólag 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 gyermekkori 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 közbelépni, milyen információk lehetnek fontosak az orvosnak ahhoz, hogy

a további gyógyszerelés 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 epilepsziás gyermek sem végezhet, nincsen. A kezelő orvos minden esetben egyénre szabottan, az epilepszia-formakörnek, 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 epilepsziás 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 epilepsziás gyermekek gondozásának kulcsfontosságú része. A cél az, hogy az epilepsziás gyermek élete minél kevésbé térjen el egészséges társaitól. Ennek elérésében fontos szerepet kap a gyermek valós képességeinek felmérése, ennek alapján tudunk tanácsot adni a megfelelő iskolatípus kiválasztásához, nagyobb gyermeknél pedig segítséget nyújtani abban, hogy milyen szakmát válasszon. Minden esetben a gyermek vágyainak és képességeinek, az epilepszia-formakörnek és a rohamok típusának figyelembevételével kell mérlegelnünk a lehetőségeket. Fontos,

hogy a gyermek, életkori szintjének megfelelően, mindig tisztában 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 forduljunk orvoshoz. Minél előbb elkezdődik a célzott 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 felfüggesztése jellemző. A roham alatt a szemek mereven előrenéznek, a tekintet üres, a szemhéjak kissé csüngenek, 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 rosszul lett 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 figyelmetlenségnek vagy rosszaságnak tartanak, így a gyermek nem kerül időben orvoshoz.

2. A *roham* jellemzően az arc területére lokalizálódó (száj, nyelv, fogíny) zsibbadásérzéssel kezdődik. Gyakran társul nyáladzással, beszédmegállással. Az azonos oldali arcizmok vagy a kar rángása is kísérelheti. Az esetek jelentős részében a gyermek tudata tiszta, érti, hogy mi zajlik körülötte, a történetekre a roham lezajlása után pontosan emlékszik. A rosszullétet a fáradtság, álmoság provokálja, ezért gyakran a reggeli vagy esti órákban jelentkeznek.

3. A reggeli órákban, felkelést követően, gyakran a fürdőszobában vagy reggelizés közben, máskor az esti „álmos” órákban jelentkező villámszerű izom-összehúzó-dások, legtöbbször a karokban. Ezt a beteg gyakran elektromos áramütésként éli meg, máskor magát a rángást nem is észleli. Ha a megrándulás a lábakra jelentkezik, hirtelen, látszólag minden ok nélküli elesést eredményezhet. A rosszulléteket a fényingerlés aktiválhatja. Ezeket hívjuk *mioklonusos roham*nak, mely alatt a tudat megtartott, a gyermek utólag el tudja mondani a tüneteket.

A fenti rosszullétek gyakran évekig felismeretlenül maradhatnak, mivel a hirtelen izom-összehúzó-dást gyakran csak sorozatosan jelentkező ügyetlenségnek tekintik: a gyermek kilótykóli a teát, fogmosáskor elkenődik a fogkrém a szája körül stb. Sokszor csak az első ébredést követő úgynevezett *nagyroham* után, visszamenőleg derül ki, hogy esetleg már hosszabb ideje jelentkeznek a rosszullétek.

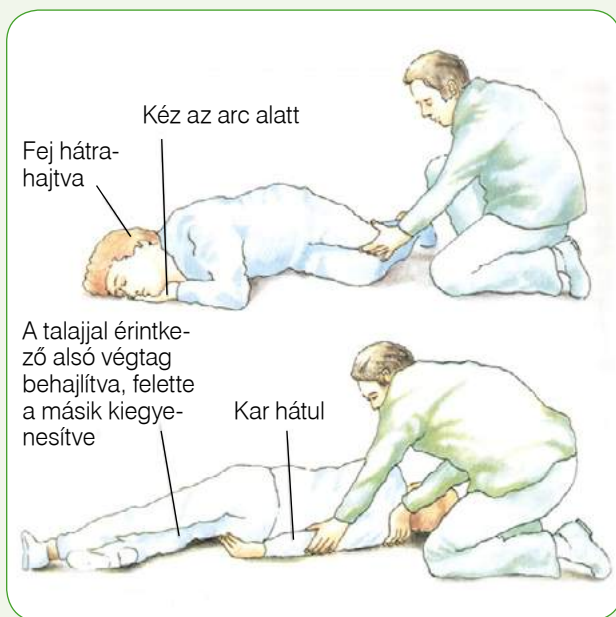
4. A rosszullétek szendergésben és a felületebb alvásszakaszokban jelentkeznek. A rohamok gyakran furcsa hangadással indulnak, a gyermek az ágyban felül, szemét kinyitja, de kontaktust nem lehet vele teremteni. Kezeivel markolászik, lábaival pedálozó, bicikliző mozdulatokat tesz. Egy éjszaka akár több roham is előfordulhat, akár 4–10 is, ilyenkor a gyermek fáradtan, kialvatlanul kel fel. A gyermek viselkedése sokszor hasonlít ahhoz, amikor a rossz álom miatt ébred fel valaki.

5.4.2. Mit tegyünk roham esetén?

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

A roham néhány percre tart, utána fektessük 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. Alapszabály, hogy soha ne hagyjuk magára, folyamatosan kövessük minden mozdulatát, így ki tudjuk védeni a másodlagos sérüléseket.

Ha az első rosszullét eszméletvesztéssel és rángatózással jár, fordítsuk a gyermeket oldalra, hogy a nyála kifolyhasson (5.2. ábra). Ne tegyünk 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 légutakat.



5.2. ábra Stabil odalfekvés biztosítása eszméletlen gyermeknél

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 kizárólag végbélbe adhatunk be rohamoldó gyógyszert. A jelenleg kapható készítményből 15 kg alatt 5 mg, e felett 10 mg adható. A készítmény beadása után általában $\frac{1}{2}$ -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 sérülésektől, hogy az esetleges rángatózás miatt meg ne üsse a fejét vagy a végtagjait. Rángatózó gyermeket soha ne fogjunk le erősen, hiszen ettől nem fog kevésbé remegni. Ugyanakkor esetleg bajt okozunk az-zal, hogy például eltörünk egy vékonyabb csontot.

A roham alatt figyeljük meg, hogy milyen sokáig tart, mely testrészek rángatódnak, mikor tudunk a gyermekkel kontaktust teremteni. Minden adat hasznos lehet az orvos számára.

5.5. CUKORBETEGSÉG

A krónikus beteg gyermekek életvitelének biztosítása sem a családnak, sem a társadalomnak, sem az intézményeinek nem könnyű feladat. E gyermekek igényei betegségsspecifikusak 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 ismeretek hiánya, a fals információk e betegségek fetisizálásához vezet. Így van ez a cukorbeteg gyermekekkel is.

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

az inzulinelválasztás elégtelensége, az inzulinhatás károsodása, vagy mindkettő következtében 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 mindenkori legkorszerűbb készítményekkel és a legkorszerűbb 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 kortársaiktól alig különbözzenek.

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 szállításának a biztosítása, ennek hiányában ez a folyamat nem történik meg. Eredményként a sejtek „éheznek” ez az érzet fenntartja a *jó étvágyat*; a táplálékból felszívódó *glükóz* emeli a vércukrot, a vér „elsziruposodásához” vezetve. Mindez a vér sűrűsödése révén *fokozott folyadékfogyasztást* és következményesen *fokozott vizeletürítést* eredményez. Az elégtelen táplálékhasznosítás 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 életkori 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 hatásgörbéjének ismeretében megfelelően kiválasztott inzulint kell injektálni a gyermeknek (vagy szülőjének) olyan mennyiségben és adagban, hogy a vércukorszint a *normális 3,6–8,0 mmol/l-es* szintek között ingadozzon.
 3. A jó anyagcsere biztosításának a harmadik pillére az *életmód*. Ebben törekszünk igazán arra, hogy ez lehetőleg ne változzon az egészséges kortársakhoz képest. Mindent meg kell teremteni ahhoz, 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 mindenmű hátrító jellegű magatartáshoz az a túlzó/téves információ vezet, miszerint ők igen alacsony vércukorszint (hipoglikémia) miatt gyakran elvesztik 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 szüleinek mindent 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 szakemberektől(!) megtanulható minél nagyobb tudás birtoklására, hogy ezzel is segítsük őket. Ők ugyanis mindent 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 társadalomorvostan 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 prevenciók tevékenység felé irányult, a hazai modern szexuális nevelés módszertanának kidolgozója, nemcsak a fiatalság, hanem a különböző hátránnyal élők (értelmi sérültek, kisebbségben, állami gondoskodásban élők, prostituáltak, 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 témával 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 túlléphetnénk az alságos 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 magánélettel kapcsolatos alapvető ismereteken kívül önbizalmat, önálló tudatos gondolkodást, mérlegelést, döntési képességet, attitűdfejlesztést elérni, hogy ráébredjünk 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 végérvényesen megváltozhat az életük, pl. nem kívánt terhesség, nemi betegség, szexuális erőszak, emberkereskedelem áldozatává ne váljanak, hanem boldog, kiegyensúlyozott leendő családi háttérrel éljék le az életüket, s adjanak majd új életet kívánt és várt gyermekeiknek.

6.2. ÉRZELMEK

A következőkben a legfontosabb érzelmeket, fogalmakat, jelenségeket és cselekedeteket 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 erotika valóságos 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, szegény, undor. A szerelem felfokozott érzés, erotikus szenvedély 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 társra is hat. Ennek pszicho-neuro-fiziológiai következményeként megkezdődik a

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

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 érzelem, 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, befejezés.

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. Mindenkire hatással van az ábrándozás, bár nem egyformán éljük meg. Van, aki a fantáziát elnyomja, van, aki szabadon engedi; mindenesetre a fantáziálás a belső egyensúly kialakításához segít hozzá, ezzel oldva szorongásainkat. Képzeltünkben olyan dolgok történnek, amelyeket csak szeretnénk, vagy végigjátszódik gondolatainkban mindaz, amitől félünk.

Mindenkinek a legteljesebb magánügye az, hogy mi játszódik le benne, ennek tisztelben tartása bármelyikünkre 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 érzékenyebbé teszi az embereket a szeretetre!
- Meggyógyítja a testet és felmelegíti a szívet.

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

Erogén zónák. Azok a testrészek, amelyek érintése erotikus izgalmat, szexuális vágyat vált ki. Ez az ingerlés lehet simogatás, csókolgatás vagy valamilyen 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 valamilyen tárggyal a hímvessző, illetve a lányoknál a csikló izgatása, dörzsölése. A pszichoszexuális fejlődés során a maszturbációnak fontos szerepe van a saját test, a nemi izgalom, az erogén zónák és az intenzív orgazmus elérésének megismerésében. A saját test reakcióinak ismerete nyomán jobban és hamarabb megtalálható a szexuális harmónia a párkapcsolatban, könnyebben elkerülhetők a kudarcok: a frigiditás vagy a korai magömlés. Régi hiedelmek szerint az önkielégítés bűn volt és betegséget okoz: kézszőrösödéssel, gerincsorvadással, az agy elbutulásával jár. Attól – hogy bűnként tüntették fel az önkielégítést, illetve a büntetéstől való félelemtől – szorongás és bűntudat alakult ki a fiatalokban, amelynek hatására a későbbi szexuális életükben zavarok léphettek fel.

Mivel a maszturbáció szexuális örömforrás, a szorongó, elhanyagolt gyerekek gyakrabban fordulhatnak ehhez az öröm-

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

Csók. A szexuális aktus első lépése. A másik ajkát megérintve bizalmas viszonyba kerülünk vele. Többféle csóktípus van. A kíváncsiság és sikeres, boldog csókolózás 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 nevezzük a szexuális előjátékot, izgató simogatásokat, a másik testének megismerését nemi aktus nélkül. Az angol szó kedveskedést, simogatást, becézést, kényeztetést jelent. Nagy szerepe van a fiatalok életében. Fontos a másik testének felfedezése, 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 szüzesség 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 inzultus (erőszak, durvaság stb.) érte, ezzel lassan a szorongását, a gátlásait fel lehet oldani. A petting a szülés vagy nőgyógyászati műtét után is elősegíti a fájdalomtól való félelem megszűnését.

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

közben a partner vérmérséklete szerint, kíváncsiságának 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 kényszerből 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, benyitnak,

csöngetnek stb.), és valóban csak egymás boldogságára, örömére figyeljünk.

Az önkielégítés, majd később a petting jó előgyakorlat az első együttléhez. A szüzesség 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, szeretettel, szerelemmel, vágygal lesznek a fiatalok egymáséi. A tudatlanság félelmet, szorongást okoz.

A lányok szüzességének 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, érzelemmentes behatolás nemcsak testi, de lelki fájdalmat is okoz. A fiúnál nem látványos a szüzesség 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 említjük meg. Különböző tünetekből és gyanújelekből, azok megjelenésének időpontjából és jelentőségükből a következők alapján lehet felismerni a terhességet:

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

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

Fogamzásgátlás. *Mi a teendő a serdülőkori 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 magatartás*nak 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 eszközöket 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 serdülőknél a felelős magatartást, amely megóvjá 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 petesejt érését, kilökődését, egyesülését, vagy

a méh falába való beágyazódást akadályoz-
zák meg. A sokfajta fogamzásgátló szer kö-
zül egyik sem 100%-os biztonságú!

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

A fogamzásgátlók típusai:

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

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

100 nőnél 1 évig alkal- mazott módszer	A módszer hasz- nátának 1 éve alatt terhessé vált nők száma
Nincs fogamzásgátlás	85
Megszakítás	35
Ritmus (naptár)	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 fogam- zásgátló eszköz	0

forrás: [http://www.szexualpszichologia.hu/reproduk-
cio.htm](http://www.szexualpszichologia.hu/reproduk-
cio.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 álla-
pot, meglévő betegségek, első szü-
lés előtti vagy utáni időről van-e szó,
vallási hovatartozás, társadalmi szo-
kások, szexuális szokások, együttlét
gyakorisága.
3. A fogamzásgátló eszközökről a hasz-
nálóknak teljes ismerettel kell rendel-
kezniük!

Ne feledjük: az esemény utáni tabletta
72 órán belül hat. Szükség esetén min-
den nőgyógyász vagy családorvos felír-
ja! (Az ügyeleti ambulanciákon ingyene-
sen kapható.)

6.5. A SZEXUÁLIS ÚTON TÖRTÉNŐ FERTŐZŐDÉSEKRŐL

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

A nemi betegség szexuális érintkezés út-
ján, a nemi szerveken keresztül terjedő fer-
tőző betegség. A fertőzést baktériumok,
gombák, vírusok okozzák. (Részletesen a kü-
lönböző fertőzések és tünetei itt találhatók
meg: [http://www.springmed.hu/sex/koroko-
zok-betegsegek.htm](http://www.springmed.hu/sex/korokozok-betegsegek.htm))

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

A szexuális úton terjedő fertőzések megelőzésének általános szabályai:

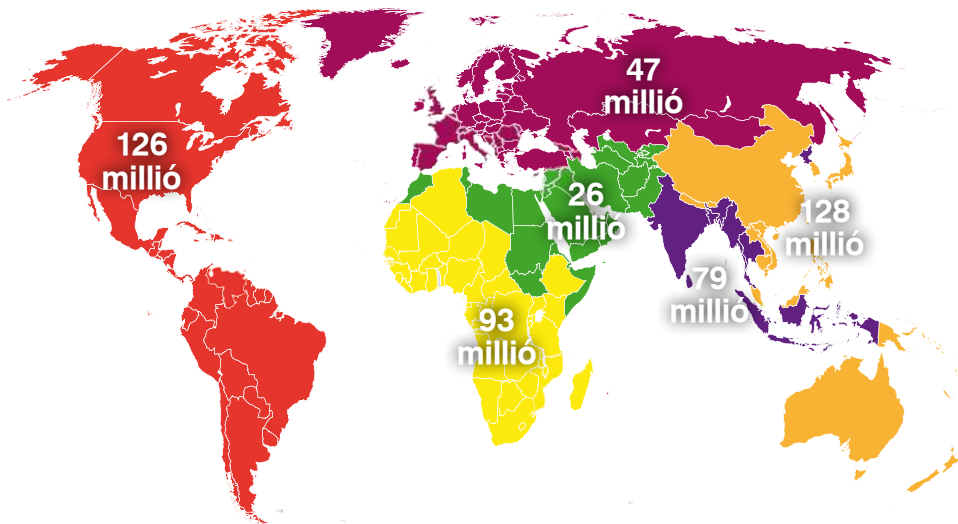
- Olyan fogamzásgátlót kell alkalmazni, amely akadálytípusú, vagyis óvszer.
- A hatékonyságot növeli, ha spermaölő szerekkel együtt használják.
- A szexuális partnerek számát csökkenteni kell! Csak megbízható, hosszú távú kapcsolat előnyös.
- Az első gyanús jeleknél orvoshoz kell fordulni.
- A hűség.

A szexuális úton terjedő fertőzések tipikus tünetei:

- hüvelyi folyás,
- fiúknál húgycsóból váladékozás,
- bőrön hólyagok, sebek, kiütések,
- vizeletkori fájdalom, viszketés,
- gyakori vizeletelés inger.

TÉNYEK

- Naponta 1 millió ember fertőződik nemi betegségekkel.
- Becslések szerint minden évben, 500 millió ember betegszik meg a 4 leggyakoribb nemi betegségben (chlamydis, gonorrhoea, szifilis és trichomoniasis).
- Több mint 530 millió ember fertőzött a nemi herpesz (HSV-2).
- Több mint 290 millió nő fertőződik humán papillómavírussal (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, chlamydis, szifilis, 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 számolni;
- 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 pár tagjai 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 serdülő meghalt. A vezető halálokok a kamaszok 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 férfitartnere 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 párkapcsolati erőszakot megélt nők más nőkhöz viszonyítva ötször nagyobb eséllyel esnek át vetélésen és abortuszon.

6.6.1. Agresszió

Agresszión 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 mindenkiben megvan. Leggyakrabban olyankor jelenik meg, amikor egy személyt valami akadályozza célja elérésében. A keletkező indulat ilyenkor az illetőt arra készteti, 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 szív működés, 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, túlértékelve a másik valós helyzetét.

Az erőszakos, agresszív magatartást fokozhatja az alkoholfogyasztás. Nagyon sok bűncselekmény elkövetője 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 megerőszkolások*. Hátterükben 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 kitarтоák legyenek. Ez igaz is. Legjobb megelőzés, ha először megismered azt a férfit, akivel intim helyzetbe kerülhetsz.

6.6.2. Zaklatás

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

A lelki erőszakot alkalmazók is mélyen előítéletesek. A szex, a nem, a faj azonban nem játszik náluk döntő szerepet a célszemély kiválasztásában. Az, akit zaklatnak, azonnal tisztában van ezzel a ténnyel; 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 nevezzük az egy vagy több cél-személlyel 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 „udvarlási” 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 FIGYELMÜNKET?

Értelmetlen kérdés, hiszen mindannyian 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, modellügynökségeket. 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 fiatalok az áldozat? A fiatal lányok könnyen válhatnak az emberkereskedők prédájává, mert a tizenéves lányokra, mint általában a serdülőkre, jellemző, hogy: kísérletezők, lázadók, érzékenyek, identitásukat keresik, családi kötelékük laza, kortársak hatása dominál, önállóság lassan alakul ki, függetlenségre vágyanak, önellátók szeretnének lenni, keresettel, pénzzel, sok pénzzel akarnak rendelkezni, (negatív) önértékelési problémával küzdenek, hiszékenyek, nem gondolják végig a dolgokat, befolyásolhatóak, nem rendelkeznek kellő információkkal a mindennapi 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 önkontrollvesztés jöhet létre,
- játékautomata-szenvedély,
- kábítószerelés,
- a nemi élet korai kezdése,
- promiszkuitás,
- csellengés.

AZ ABÚZUS MEGELŐZÉSE

- A szexuális fejlődés természetével kell tisztába lenni,
- beszélni 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 pszichológiája 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 criminogenic? British Journal of Medical Psychology, 68 (1) 1995

7. ALVÁS ÉS EGÉSZSÉG



PUREBL GYÖRGY

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 Magatartástudományi 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 Unió program depresszió- és öngyilkosság-megelőzésért felelős munkacsoportjának vezetője.

- 7.1. MENNYIRE HATÁROZZA MEG ALVÁSUNK EGÉSZSÉGÜNKET?**
 - 7.2. AMIT AZ ALVÁSRÓL FELTÉTLENÜL TUDNI KELL**
 - 7.3. TÉVHITEK AZ ALVÁSSAL KAPCSOLATBAN**
 - 7.4. MIT TEHETEK AZ ALVÁSOM JAVÍTÁSÁÉRT? 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?

ÉLETÜNK 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 későbbiekben olvashatjuk, még hasznos is lehet). Mindez nem csak a kialvatlansággal járó bal esetek okozta halálozás miatt van így.

A rendszeres alváshiány növeli többek között 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 belekezdzenénk, nézzük először meg, milyen az egészséges alvás!

7.2. AMIT AZ ALVÁSRÓL FELTÉTLENÜL TUDNI KELL

Az egészséges alvás két legfontosabb összetevője a *mélyalvás* és az *álmólátó alvás* (az ilyenkor észlelhető gyors szemmozgások miatt *REM alvás*nak 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 álmólátó alvásnak inkább pszichológiai feladatokat tulajdonítanak: ennek során raktározódnak el a memóriánkban a nap fontos eseményei, a tanultak, de az álmólátó 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 génjeink – 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 alszunk 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, kialvatlanok vagyunk, az alvás kevés volt, és bármennyire is keveset aludtunk, ha nem vagyunk utána kialvatlanok, akkor az alvásmennyiség elég volt. Az alvás hosszánál 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 bioritmusunk még nem tart az alvásnál, nem fogunk tudni elaludni, csak idegeskedünk miatta.

Bioritmusnak egyébként a szervezet ritmusosan ismétlődő működéseinek összességét értjük. Bioritmusa 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 ételekkel, valamint
- a rendszeres testmozgással.

Az emberek egy része úgynevezett *kronotípusba* sorolható az alapján, hogy saját bioritmusa hogyan viszonyul a környezet ritmusaához, vagyis hogy inkább reggel aktívak-e („pacsirták”) vagy inkább este („baglyok”). Az emberek nagyobb része azonban rugalmas kronotípusú, vagyis ritmusát rugalmasan képes a környezet elvárásaihoz 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 beleszámolták. 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 gondolkodnunk, 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 kronotípusú embert, aki egyszerűen nem tud éjfél előtt elaludni. Ez az állítás tehát nem igaz, és sok ember számára csak fölösleges aggodást okoz a saját alvásával kapcsolatban – az aggodás 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 alvás mennyiséget, vagyis hozzáadjuk a nappali szunyókálásokat is az éjszakai alváshoz, akkor sok esetben az teljes alvás mennyisége nem változik. Ennél sokkal lényegesebb változások azonban tényleg bekövetkeznek az időseddel. A mélyalvás mennyisége már a felnőttkor elejétől 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 alvaskészítetés, és így sokkal nagyobb az esélyünk is arra, hogy elaludjunk! 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 alvaskészítetést 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 energiatartalakkal 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 JAVÍTÁSÁÉRT? 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 életmódhoz kötött alvásjavító praktikat 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. Élünk minél rendszeresebb életmódot! Ez lehet, hogy a mai hétköznapiakban sokkal nehezebb, mint mondjuk ötven évvel ezelőtt volt, de törekedjünk rá! Ha mást 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 éjszakai alvásunk.

3. Délután már kerüljük az élenkítő italokat és ételeket!
4. Ne együnk túl sokat és nehezet elalvás előtt. Ha nem tudjuk megoldani, hogy a főétkezésünk a vacsora legyen, költjük 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 utóvacsorával 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 mennyiség nem okoz ilyen hatást.
6. És a végére hagyjuk a legfontosabbat: 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 elalvási időt.

7.5.1. Alvásjavító praktikák

1. Az ágyat csak alvásra és szerelemre használjuk. Minden más tevékenységet (pihenés, olvasás, tévzés 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 optimálisnak.
3. Alakítsunk ki lefekvés szokásokat (pl. mosdás-fogmosás-esti olvasás, nagyjából mindig ugyanakkor, ugyanabban a sorrendben).

4. Igyekezzünk legalább az elalvás előtti félórában pihenni, kikapcsolni! Akármilyen nehéz napunk volt, az elalvás 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 elalvási helyzetben rendszeresen a gondjaink járnak a fejünkben, iktassunk be egy rövid délutáni időszakot, amikor pontról-pontra végiggondoljuk ezeket az aggodalmakat, és kitaláljuk, mit tehetünk megoldásuk érdekében másnap. A lényeg az, hogy ezt ne elalváskor tegyük.
6. Valamilyen relaxációs módszer (légzéskontroll, relaxáció, jóga stb.) megtanulása rendkívül hasznos lehet alvási nehézségek esetén. Ugyanakkor fontos tudnunk, hogy ezek önmagukban nem javítják jelentősen az alvást – ehhez ugyanis az életmód-változások is kellenek.
7. Ne nézegessük az órákat, ha nem tudunk elaludni, ettől inkább még idegesebbek leszünk, ami megint csak gátolja az elalvást. Állítsuk be az ébresztőt, helyezzük el hallótávolságon belül, de ne nézegessük!
8. Csak akkor feküdjünk le, ha álmosak (nem fáradtak!) vagyunk. Ne feküdjünk le csak azért, mert azt gondoljuk, hogy már aludnunk kéne! Ha bioritmusunkban 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 hánykolódjunk az ágyban! Ha rövid időn (kb. 20 percen belül) nem tudunk elaludni, keljünk fel, és csak akkor feküdjünk vissza, ha megint álmosnak (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 fiatal korban!
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 mennyiségű 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 bioritmus egyik legfontosabb szabályzója!
5. Orvosunktól 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 körülményei. A tanácsokat nem elég egyszer kipróbálni, sokszor nem használnak elsőre, de ha következetesen, legalább 3 hétig betartjuk őket, akkor kiderül, melyek válnak be nekünk, és melyek nem. Az biztos, hogy a fentiek többsége előbb-utóbb kifejti 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 lehetőségünk (*inszomnia*). Az inszomnia a leg-

gyakoribb alvászavar. Négy fő formája van: nem tudunk elaludni, az éjszakai felébredések után – ez önmagában még nem baj – nem tudunk visszaaludni, kora reggeli ébredés, 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, megnövelt 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 zavara. 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 rendszertelen életmód, a bioritmus felborulása. Ezen 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 idősök 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 múlnak el alvási panaszaink, mindenképpen forduljunk orvoshoz!

Sokszor tapasztalható, hogy az alvási panaszok akkor sem múlnak 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 problémákhoz 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 mindent az ágyban csinálnak, nappal sokat pihengetnek (ezzel felborítják a cirkadián ritmusukat), vagy rengeteg kávéit isznak (ami szintén gátolja az elalvást).

Az alvással kapcsolatos aggodások 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 rezegnek 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 légzésszavarok* 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 háló társunkat 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 ilyen 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 légzésszavarok súlyosabb állapotok, ilyenkor leggyakrabban a légutak éjszakai beszűkülése, sőt átmeneti elzáródása a probléma. Elalváskor a garatizmok elernyednek, a garat fala egyre lazább lesz, lelóg, és szűkíti a levegő útját. A tüdőbe nem jut elég levegő, oxigénhiány alakul ki, ez kiváltja a szervezet vészreakcióját, és az illető ébredni kezd. Mivel ébredszik, 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 szenderegésig jut el), ezért másnap fáradt, aluszékony lesz.

Mit lát mindebből a külső szemlélő (mondjuk, a háló társ)? Hangos, egyre erősödő horkolás kezdődik, majd egy hosszabb légzés-kimaradás jöhet (ezt hívjuk *apnoénak*). Ezután egy felriadásszerű állapot következik, majd ismét beindul a horkolás, amit egy idő után ismét apnoé követ.

Az alvásfüggő légzésszavarokat mindenképpen 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 légzésszavarban szenvedők számára számos hétköznapi gyógyszer (pl. altatók!) veszélyes lehet. Mivel sokszor az agy sem kap elég vért 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 elsősre kényelmetlennek tűnhet, egy súlyos apnoés számára a maszk azonban valóban sokszor a megváltás élményével jár!

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

7.7. ALVÁSFÜGGŐ MOZGÁSZAVAROK

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

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 mozgására múlnak el. Ez napközben kisebb problémát jelent, hiszen sokat mozgatjuk a lábunkat, éjszaka azonban a rossz érzésektől 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 mindenkinek 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 szóhasználatnál ellentétben nem az álomlátó REM fázisban, hanem a mélyalvásban történik), amely annyira gyakori, hogy nem is tartjuk betegségnek. 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 lakáson 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 hozzátartozóknak legtöbb esetben csak annyit teendőjük van, hogy az illetőt visszafektetik az ágyába (amit az esetek 90%-ában az alvajáró hagy), lehetőleg úgy, hogy közben ne ébresszék fel.

Ritka esetben azért lehet veszélyes az alvájás 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 zárni, bizonyos esetekben pedig gyógyszeres kezelés is szükséges lehet. Az alvájás gyakoriságát egyébként a szigorú napirend, a rendszeresség csökkenti.

Vannak esetek azonban, amikor az alvájást is ki kell vizsgálni. Mindenképpen 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. Mindenképpen 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 alvászűgő légzészavar is).

Az alvájásnak azonban van egy különösen veszélyes formája is, amely a többi alvájással ellentétben álmodás közben jelentkezik, ezt *REM viselkedészavarnak* hívjuk (a REM alvásnak az álmólátó alvászakaszt 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 alvájásformával ellentétben ez legfőképpen idősebb korban jelentkezik, és mielőbbi kivizsgálást és kezelést igényel, mert más idegrendszeri 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 alvájáshoz hasonló módon kell kivizsgálni és kezelni (általában azonban ezt is kinővik).

Fontos még néhány szót ejtenünk a *rémálmokról* is. Fontos, hogy általában gyakoribbak a negatív álmotartalmak, mint a pozitív, jó álmok. Rémálmokról akkor beszélünk, amikor kifejezetten ijesztő, kínzó álm jelentkezik (ilyen néha-néha mindenkivel előfordul), rémálm-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 *rémálm-zavar* hátterében az esetek felében állhat valamilyen korábbi súlyos lelki megterhelés, negatív életesemény (ezeket traumáknak hívjuk) – ilyenkor poszttraumás rémálmokról beszélünk. A rémálm 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 megbirkózást segíti.

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

1. W R Pigeon: Édes álmom. 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, álmom, 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 ébrenléti 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 FELTÉTLENÜL TUDNI KELL



KULCSÁR ANDREA

KULCSÁR ANDREA infektológus, csecsemő-gyermekgyógyász szakorvos, védőoltási szaktanácsadó. 1989-ben SOTE általános orvosi karán végzett. 1994-ben gyermekgyógyászból, 1997-ben fertőzőgyógyászból 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 alapbetegségben 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

SZÜLŐKÉNT mindannyiunk számára rendkívül fontos a gyermekünk biztonsága. Ahol tudjuk, védelmezni próbáljuk őket. Gyermeink születése előtt vásárolunk bébiörzöt, konnektorvédőt, órákat töltünk az-
al, hogy a legbiztonságosabb autósülést kiválasszuk, tudjuk melyik a legjobb fürdető. De vajon mit tudunk a betegségek megelőzéséről?

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

A védőoltások saját sikerük igazi áldozatait, vagyis az oltások olyan hatékonyan elő-

zik meg a betegséget, hogy mostanában már egyre többekben felmerül, hogy egyáltalán 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 idővesztés.

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 gyermekeket 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), valószínűtlenné 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 közösségben.

Ezt *nyájimmunitás*nak nevezzük. 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 „békeidőben” is a fertőzések ellen.

Az 1980-as évek végén a Szovjetunió korábbi tagállamaiban összeomlott a közegészségügyi rendszer. Ezt követően diftérijárvány ütötte fel a fejét, amelyben 150 ezren betegedtek meg, és 4 ezren haltak meg. A tömeges védőoltások végzésével végül megfékeztek 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 – mondván, nincs betegség, és a többi gyerek úgyis bevan oltva – visszaélnék a gyermeküket 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 növelve szabad utat engednek a kórokozó terjedésének.

Ahogy a gyógyításban használt minden eszköznek és gyógyszernek biztonságosan kell gyógyulást eredményeznie, úgy a megelőzésben alkalmazott oltóanyagoknak is biztonságosan kell hatékony védelmet biztosítani. Immunbiológiai készítményt csak akkor lehet forgalomba hozni, ha elegendő tudományos bizonyíték áll rendelkezésre, amely igazolja biztonságosságát, hatékonyságát és megfelelő minőségét.

Az *óvatosság elve* alapján minden lehetséges emberi egészséget érintő kockázati tényezőt figyelembe kell venni. Nyilvánvaló kockázat nélkül, gyanú esetén is óvintézkedések történhetnek a nélkül, hogy megvárják, amíg nyilvánvalóvá válik a kockázatok valószínűsége és súlyossága.

Erre jó példa a tiomérzál elhagyása az oltóanyagokból annak ellenére, hogy a tudományos adatok azt jelezték, 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 higiéniai szabályok legalaposabb betartása mellett is – naponta bombázzák 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 kialakulnak. Ez az *immunitás*.

Védőoltás által kiváltott immunitás kialakulása során az antigén az oltóanyaggal jut be a szervezetbe. Lehet élő-gyengített, inaktivált-elölt kórokozó, vagy tartalmazhatja csak a baktérium vagy vírus bizonyos részét. *Oltási betegség* abban az esetben következhet be, ha legyengített élő kórokozót tartalmazó oltóanyagot alkalmazunk. Ilyen az MMR vagy a bárányhimlő elleni védőoltás. Az oltási betegség tünetileg enyhe fertőzésnek felel meg, de nem fertőző állapot, a környezetre és az oltott gyermekre 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 betegséghez, 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, bárányhimlő). Hatása általában csak néhány hétig 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 védettség jó kezdet gyermekünk hosszú, egészséges életéhez. *Védettség nélkül hagyni a gyermekeinket valós és élethosszig tartó kockázat.*

8.4. BETEGSÉGEK ÉS VÉDŐOLTÁSOK

Betegség	A betegség hatásai	A védőoltási reakció
Diftéria (torokgyík)	■ Lepedékes torokgyulladás, légúti akadály, idegrendszeri érzettség, szívelégtelenség. ■ 10%-ban halálos fertőzés.	■ 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)	■ 3–6 hétig tartó súlyos köhögési rohamok, tüdőgyulladás, görcs-rohamok. ■ Agykárosodás, halál minden 400. csecsemőnél. ■ Az újszülöttek halálozási aránya nagy.	■ 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	■ A toxinok az idegvégződésekre hatnak, fájdalmas izomrángást és görcsöt okozva. ■ Magas halálozással jár.	■ 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 gyakori a felnőttkorban adott emlékeztető oltásnál.
Polio (járványos gyermekbénulás)	■ A 100 fertőzött közül 1 esetben maradandó izombénulás. ■ Súlyos esetben halál.	A védőoltás nem okoz megbetegedést.
Haemophilus influenzae b	■ Az agyhártyagyulladás az esetek 5%-ában halált okoz, agykárosodáshoz és sükettséghez vezet a gyógyultak 10–15%-ánál. ■ A gégefedő gyulladása fulladásveszéllyel jár.	■ A csecsemők 20%-ánál helyi bőrpír, fájdalom. ■ Kevesebb, mint 5%-nál láz, fokozott bőrpír és duzzanat.
Morbilli (kanyaró)	■ Súlyos hörghurut, magas láz, bőrkiütés 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 (fültőmirigy-gyulladás)	■ Láz, duzzadt nyálmirigyek. ■ Agyvelőgyulladás: 1/200 eset; sükettség: 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)	■ Láz, duzzadt nyirokcsomók, 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	■ Baktérium okozta felülfertőzés. ■ Véráramfertőzés. Gyermekkori stroke, látássérülés. ■ Az életkorral gyakoribb szervi elváltozások.	■ 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 májgyulladás)	Akut/krónikus májgyulladás formájában zajlik, májsugor, májrák alakulhat ki.	Fájdalom és bőrpír az injekció helyén, láz, általános rossz közérzet.
Hepatitis A (fertőző májgyulladás)	- Járványosan 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)	- Súlyos lefolyású betegség, 20%-ban halálos. - Súlyos maradványtünetek.	- Helyi pír, duzzanat és fájdalom az oltottak 15%-ánál. - Kevesebb, mint 5%-ban fejfájás, sírás, tarkókööttség.
Invazív pneumococcusbetegség	Súlyos lefolyású betegség, közel 30%-ban halálos.	- Helyi pír, duzzanat és fájdalom az oltottak 15%-ánál. - Kevesebb, mint 5%-ban fejfájás, sírás, tarkókööttség.
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 *nyájvédettség*, *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 bárányhimlőn, nincs lehetőség már tudatosan megelőzni. Pedig mindenképpen az oltás adta előnyt kell választani a súlyos lefolyású bárányhimlő 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 hordozása 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.gyermekebetegsegek.hu
2. www.oltasbiztonsag.hu
3. www.facebook.com/vedooltas
4. www.vedooltas.blog.hu

9. AZ ÖSSEJTEK JELENE ÉS JÖVŐJE AZ EGÉSZSÉG SZOLGÁLATÁBAN



URBÁN VERONIKA

URBÁN VERONIKA az Eötvös Loránd Tudományegyetemen 1991-ben biológus oklevelet szerzett. 1999-től a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Morfológiai és Fiziológiai Tanszékén dolgozik, 2014-től főiskolai tanárként. A PhD fokozatot a Semmelweis Egyetemen, Uher Ferenc témavezetésével szerezte, akinek tanítványa-ként 2004 óta összejtbiológiával foglalkozik. Az Országos Vérellátó Szolgálat, az Egészségtudományi Kar és a Chicagói Illinois Egyetem támogatásával 2011-ben az összejtek epigenetikájának kutatá-sában vett részt Chicagóban.



UHER FERENC

UHER FERENC immunológus és összejtbiológus. 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 Immu-nológiai 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 – ös-sejtek eredetének, differenciálódásának és immunszuppresszív ak-tivitásának vizsgálata.

9.1. DEFINÍCIÓ HELYETT: AZ ÖSSEJTSÉG SKÁLÁJA

9.2. A HIVATALOS ÖSSEJT-MEGHATÁROZÁS

9.3. A FEJLŐDÉS ÁRA A BESZŰKÜLÉS: ELKÖTELEZŐDÉS ÉS DIFFERENCIÁLÓDÁS

9.3.1. AZ ÖRÖKSÉG ÉS A RÉSZBEN INTERAKTÍV „HASZNÁLATI UTASÍTÁS”: GENETIKA ÉS EPIGENETIKA

9.3.2. REJTETT (VÉSZ)TARTALÉKOK: SZÖVETI ÖSSEJTEK. NINCSEN ÖSSEJT NICHE NÉLKÜL

9.4. FLIPPEREZÉS WADDINGTON VILÁGÁBAN

9.4.1. WADDINGTON EPIGENETIKAI TÁJKÉP MODELLJE

9.4.2. A HEGYRŐL A VÖLGYBE. AZ ÉLET ELSŐ NÉHÁNY SEJTJÉNEK ÍGÉRETE: IN VITRO EMBRIÓK ÉS EMBRIONÁLIS ÖSSEJTEK

9.4.3. A VÖLGYBŐL A HEGYRE. A VISSZAPROGRAMOZÁS ÚTJAI: KLÓNOZÁS ÉS GÉNBEVITEL

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

9.1. DEFINÍCIÓ HELYETT: AZ ÖSSEJTSÉG SKÁLÁJA

AZ ÖSSEJTEK 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 sikerrel folyó vérképzősejt-transzplantációkról? Korábban csontvelő-átültetésként hallhattuk hírét, 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 árnyékként járnak az embriók felhasználásáról szóló parázs etikai viták. Sokakat elgondolkodtatnak, forgatókönyvírókat ihletnek meg a klónozási, fiatalítási ügyekről, vagy az emberi szervek pótalkatrész-gyártásáról szóló elképzelések. És végül hányan botránkoztunk meg a beteg emberek utolsó reményével visszaélő, csalásnak bizonysult esetek hírére? De a mindennapok dön-

tései is rászorítanak bennünket az őssejtekkel kapcsolatos állásfoglalásra. Nincs olyan gyermeket vállaló család, akit ne érintene a köldökzsínórvér lefagyasztatásának kérdése. A mesterséges megtermékenyítésre vállalkozóknak pedig gyakran dönteniük 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 örök fiatalság, 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 eléggé 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 át kívánjuk tekinteni az őssejtbiológia alapfogal-

mait, elért eredményeit és nyitott kérdéseit. Célunk eközben egy olyan közös fogalomtár megalkotása is, mely kilép a szigorú tudományosság szűk köreiből, és akár családi, akár társadalmi méretű viták nyelvezetéhez szolgálhat alapul. Nem szeretnénk senkire ráerőltetni egy adott álláspontot az őssejt kutatások vagy terápiák egyetlen vonatkozásában sem, ehelyett csupán objektíven össze szeretnénk foglalni az elméleti és praktikus ismereteket.

9.2. A HIVATALOS ÖSSEJT-MEGHATÁROZÁS

Őssejtnek olyan sejtet nevezünk, amely osztódásai eredményeként *többféle sejttypus kialakítására képes*, miközben *önmagát is fenn tudja tartani* őssejtként, tehát továbbra is magában hordozza a többféleség kialakításának lehetőségét a szervezet élete végéig. 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.

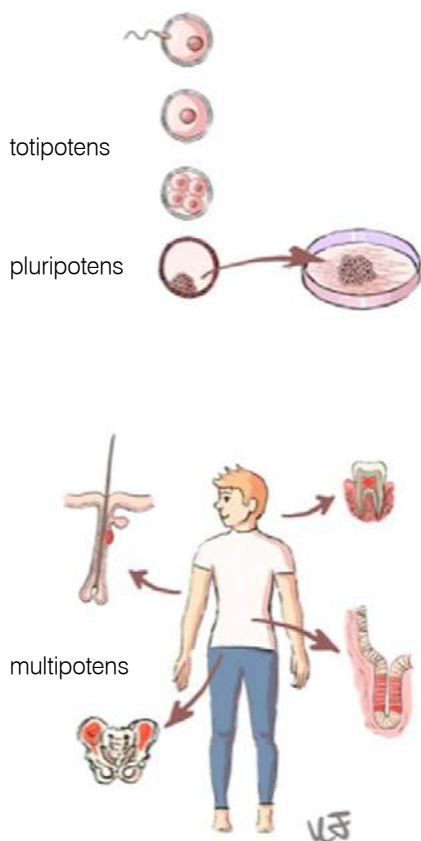
Alaposabban megvizsgálva, valójában fokozatokról van szó, így közelebb áll az igazsághoz, ha egy sejt „őssejtsége” mértékéről beszélünk. Egy sejt őssejtsége annál nagyobb, minél többféle specializált sejttypust képes kialakítani, vagyis minél szélesebb a *differenciációs potenciálja*.

9.3. A FEJLŐDÉS ÁRA A BESZŰKÜLÉS: ELKÖTELEZŐDÉS ÉS DIFFERENCIÁLÓDÁS

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

embrió, majd magzatot. Kezdetben differenciációs potenciáljuk is nagy: még sokféle jövő állhat utódaik előtt. Később *elköteleződnek* valamelyik sejttypus irányába, egyre specializáltabb leszármazottaik lesznek. Ahogy kialakítják a szöveteket és szerveket, lassan többségbe kerülnek a végsőig specializált, ún. *végdifferenciált sejtek*, melyek jól körülírt alakú, strukturális és működésbeli jellemzőkkel, vagyis *fenotípussal* bírnak. Identitásukat – vagyis azt, hogy a sejt pl. zsírsejt, bőrsejt stb. – osztódásaik során is megőrzik: csak önmagukhoz nagyon hasonló utódokat képesek létrehozni. A fejlődés tehát a sejtek öröklődő „valamilyené 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 mindegyikből külön egyed fejlődhet ki a magzati függelékekkel (méhlepény, magzatburok és köldökzsinór) együtt. *Pluripotensek* a hólyagcsíra (5-6 napos emberi embrió) belső sejtömegének sejtjei, mert belőlük a szervezet minden sejttypusa – több mint 200-féle sejt – létrejöhet, noha a magzati függelékek kialakítására már nem képesek. *Multipotensek* azok az ún. *szöveti őssejtek*, melyek a nekik otthont adó szövet sejttypusainak kialakítására képesek. Három-, kettő-, egyféle sejttypus 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 sejtrel – tökéletesen szimmetrikus osztódás ugyanis csak elméletben létezik. Vitan 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 „Össejtségi 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 rejlő genetikai tudásra ráíródo többletinformáció lesz az, amittől ez a tudás életre kel, ami a sejtek egyediségét hozza, és aminek jellemző sajátosságai az összejséget

is meghatározzák. Ezt a többletinformációt, a genom feletti, ún. *epigenetikus információk* összességét, a sejt *epigenomjának* nevezzük. 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, *feltáruznak* és hozzáférhetővé válnak gének az információ levételéért felelős molekulák számára. A hozzáférhető információ fehérjék szintézisét indíthatja el, melyek meghatározzák a sejt fenotípusát.

Osztódáskor az utódsejtek kromatinjára automatikusan rákerülő, tehát egy sejttypuson 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 *összejség mértéke a kromatin nyitottságával arányos*, a sejtek elköteleződésének iránya pedig attól függ, hogy mely területek sorsa dőlt már el, ill. melyek nyitottak még.

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

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

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

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

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

Az őssejt niche békés rejtekében ifjan marad őssejt még csak álmodozik a jövőjéről: génjei többségét fogékony, „talán” állapotban tartja az epigenomja, a *kromatin relatíve 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 sejtben az osztódások számával arányosan rövidülve jelzi, ha egy sejt felett elszállt az idő. Ráadásul aszimmetrikus osztódásaik során az őssejtnek maradót 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 kikerül 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 sejtet visszatérítsen, *vissza-programozzon* álmódóztó tartalékosnak, „időgép”-ként visszavigye a saját múltjába.

Akár időkapszula, akár időgép az őssejt *niche*, test-szerte létezik, és szükség esetén ifjú sejtekkel járul hozzá szövetünk fenntartásához, a sérülések kijavításához. Nagyrészt ennek köszönhetjük hosszú életünket és számos felépülésünket a különböző szövetkárosodásokból. Sajnos azonban a *regeneratív kapacitás véges*. Az őssejtek is lassacskán 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 hólyagcsíra belső sejtörmegének sejtjei ülnek egyformán pluripotensen. Utódaik több irányban szétgurulva indulnak az elköteleződés különböző irányait jelentő lankákra 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 eregetik innen a völgyekbe utódaikat (9.2. ábra).

Ezt a sejt-sors lejtőt – C. H. WADDINGTON modelljének, az *epigenetikai tájkép*nek a mai ismeretekkel bővített változatát – a kutatók még tovább fejlesztették. A szervezetről kinyert sejtek sejtenyészetével flippereznek rajta. Egy részük a hegycsúcs közeléből indulva igyekszik a kiszemelt völgybe bejártszani 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 előállítására. Így pl. inzulin termelő sejteket adhatnának a diabetes mellitusban szenvedőknek, szívizomsejteket szívizominfarktus után, dopamin termelő sejteket Parkinson-kórban, izomsejteket izomsorvadásban, új idegsejteket a gerincvelősérülteknek. A játék tétje 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* embriók és embrionális őssejtek

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

belső sejtömegének (ICM: inner cell mass) minden sejtje pluripotens őssejt! Itt nem kell válogatni az ocsút a búzától, mindössze el kell távolítani az embrió táplálásáért felelős részeket. Ha az ICM sejtek igényeit a tenyésztőedényben biztosítjuk, akkor gyakorlatilag korlátlanul tudnak osztódni és fennmaradni úgy, hogy az őssejtségüket is megőrzik. E mesterségesen tenyészeteknek sejtjeit nevezzük *embrionális őssejteknek* (ES sejtek: embryonic stem cells).

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

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

A MEDDŐSÉG KEZELÉSÉRE KIFEJLESZTETT IN VITRO FERTILIZÁCIÓ (LOMBIKELJÁRÁS)

Lényege, hogy a megtermékenyítést ten kívül bonyolítják, majd a fejlődésnek indult embriót beültetik az anyaméhbe. Ma már biztonsággal nevelik az embriókat, mesterséges körülmények között egészen hólyagcsíra 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 többit folyékony nitrogénben tárolják. Sok millió emberi embrió várhatja lefagyaszttva a sorsát világszerte. Az embriók később is beültethetőek, örökbe 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 sejttypusra, mindig 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 tenyészetek, szövetek előállításának és egyes örökletes betegségek tanulmányozásának irányában folynak.

Az ES sejtek vizsgálatával és felhasználásával kapcsolatban súlyos *etikai aggályok* is felmerülnek. Világnézettől függően sokan gondolják úgy, hogy az emberi élet a megtermékenyítéskor kezdődik, így teljes jogú emberi személyeket pusztít el, aki ES sejtvonalat 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 megoldását jelenti a végdifferenciált sejtek vizsziprogramozása pluripotens állapotba.

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

A kromatin nyitottságáért felelős epigenetikus információk egy része a sejt-magon 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 tágabb 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. Érthető okokból *az emberi reprodukció célú klónozás tilos*, és ebben elég nagy az egyetértés szerzte 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 összejtek* vagy röviden *iPS sejtek* (iPS: induced pluripotent stem), melyek az embrionális összejtekhez hasonlóan használhatók kutatási célra. A *személyre szabott terápia* céljait szolgálhatja, ha beteg sejtjeiből nyert tenyészeteken próbálhatják ki a kockázatosabb gyógyszereket. A technika

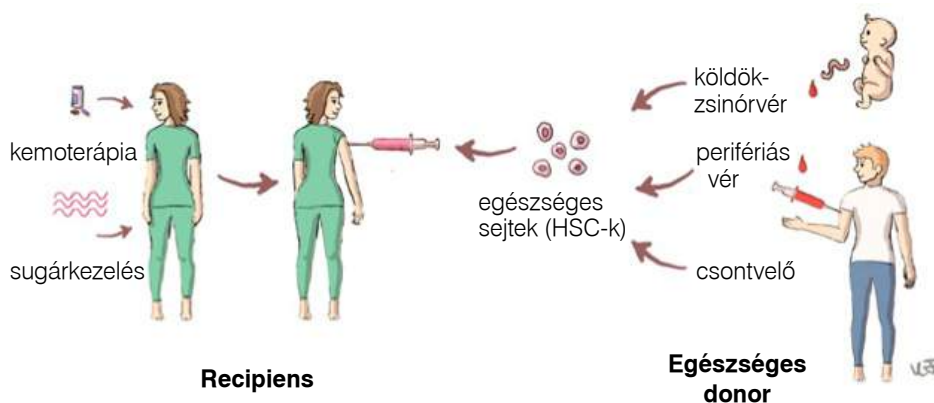
nagyon ígéretes, de hatásfoka ennek is rendkívül alacsony. Problémát jelenthet a vissza-programozó ágens eltávolítása, és továbbra is fennáll a teratomaképződés veszélye.

9.5. A HEMATOPOETIKUS ÖSSEJTTRANSZPLANTÁCIÓ. A HAZATALÁLÓ ÖSSEJTEK. EGY(ETLEN) RÉGÓTA MŰKÖDŐ ÖSSEJT-TERÁPIA LÉNYEGE

A *vérképző összejtek* (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 „átszökösni” a *csontvelő/vér gáton*, a keringő vérbe, majd vissza. Újszülöttek vérében még sok a *keringő vérképző összejt*. Szerencsére a HSC-k nem veszítenek őssejtségükből a körutazás során, és amikor újra hazatalálnak (*homingolnak*) a csontvelőbe, ugyanott folytatják vérképző és önfenntartó osztódásaikat, ahol abba hagyták. Ez a kiutazási és visszatelepülési hajlandóság teszi lehetővé, hogy a véráramba kívülről beadott összejtekkel le lehessen cserélni a meghibásodott vérképzést. Ha egy rokontól, vagy immunológiai értelemben közel álló idegen donorból származnak az összejtek, 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-ket három módon is ki lehet nyerni (9.3. ábra):



9.3. ábra A hematopoetikus őssejtek transzplantációja. Az egészséges sejtek háromféle módon nyerhetőek ki: csontvelőből, perifériás vérből és köldökzsinórvérből

1. Régebben csontvelő-transzplantációnak is hívták a HSC-k beadását, mert teljes csontvelőből indultak ki. Még ma is gyakran a csípőlapát megszúrásával nyert csontvelőből izolálják a HSC-ket.
2. Gyógyszerekkel is mobilizálhatják a donor őssejtjeit és így azok a vérből kinyerhetőek.
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 hematopoetikus őssejttranszplantáció során az egészséges sejtek beadása előtt a beteg csontvelőt kemo- vagy sugárterápiával csaknem teljesen el kell pusztítani. Erre a kondicionáló kezelésre azért is szükség van, hogy az új őssejtek és a belőlük induló vérképzés elfoglalhassa a régi helyét és, hogy a régi immunrendszer sejtjei ne pusztítsák el az újonnan érkezőket. Az új sejtek az intravénás beadást követően, a vérből

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

Vannak tehát olyan szerencsés helyzetű és tulajdonságú szöveti őssejtjeink, melyeket viszonylag könnyű kinyerni és nem kell őket sehova sem póckölgetni WADDINGTON tájképén, hogy felhasználhatók legyenek. Úgy jók, ahogy vannak, betárolnak 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 köldökzsinórvérét. De valóban megéri?

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

A köldökzsinórvér (KZSV) mint HSC-forrás, előnyökkel, de hátrányokkal is bír a másik két forráshoz képest. Minden szüléskor *adott*, a levétel nem okozhat semmilyen károsodást. A fagyasztott sejtek hosszú ideig *tárolhatóak* és azonnal *elérhetőek*. *Éretlenségük miatt* allogén transzplantációkor is *kisebb a GVHD valószínűsége és mértéke*, ugyanezért viszont *hosszabb a beteg immunhiányos állapota*. Gyorsabban osztódnak ugyan, de sokáig nem képesek megfelelő erővel fellépni a kórokozókkal, vagy a saját rosszindulatú sejtekkel szemben, pl. a kondicionáló kezelést túlélő leukémia sejtekkel szemben sem. *Hamarabb megjelenhetnek tehát a köldökzsinórvér eredetű sejtek a recipiens vérében, mégis kissé nagyobb lehet az eredeti betegség visszatéréseinek, vagy az immunhiány okozta más szövődmények (fertőzések, daganatok) megjelenésének veszélye*. A fagyasztás költséges, és sejtvesztéshez vezethet.

A sikeres transzplantációhoz szükséges *össejtszám* 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 örökletes: a saját sejtek a betegség újbóli megjelenésének fokozott veszélyét hordozzák magukban. Autoimmun betegségekben segíthet az immunrendszer KZSV-ből indított „rebootolása”, de a kondicionáló kezelés mellékhatásait csak nagyon súlyos esetekben kockáztatják.

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

A tudomány mai állása szerint a *köldökzsinórvérben található egyéb össejtek* (pl. endoteliális progenitorok) terápiás felhasználására nem találták meg a módot. Ugyancsak kérdéses, hogy valaha felhasználhatóak lehetnek az olyan szintén lefagyasztható szövetek, mint a köldökzsinór, placenta, tejfog... Nem láthatunk a jövőbe, de *pillanatnyilag 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 köldökzsinórvér-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? ÖSSEJTKUTATÁS ÉS ÖSSEJTBIZNISZ

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 „őssejtterápiák”*-tól. Például, ha csontvelői sejtek egy preklinikai állatkísérletben segítettek a cukorbeteg állatok inzulin-termelő sejtjeinek, vagy a bénult állatok idegsejtjeinek regenerációját, még közel sem biztos, hogy ezek a sejtek valaha is hozzásegíthetnek az emberi cukorbetegség, vagy a bénulásos leküzdéséhez. *Etikátlan haszon-szerzési vágyból még csak sugallni is*, hogy csontvelői, vagy a köldökzsínórvér eredetű sejtek beadása, vagy mobilizálása ilyen betegségek gyógyulásához vezet. *A őssejtekkel folyó klinikai vizsgálatok java része még csak a biztonságosság tesztelésénél tart, a hatásosságuk még nem bizonyított.*

9.7.2. Színes-vegyes őssejtbiznisz: fekete doboz és zsákbamacska

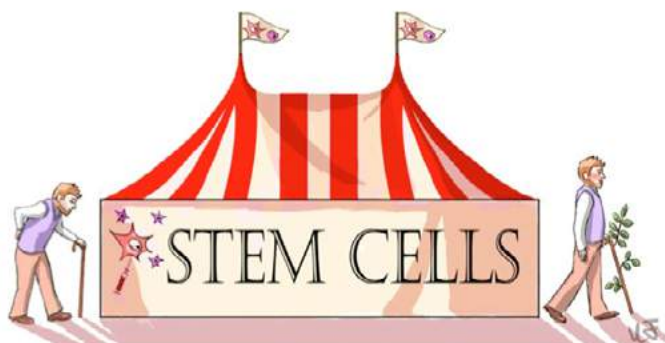
Az őssejtbiznisz virágzásnak indult, mit sem törődve holmi tudományos alapokkal. Számos „csodaszer” és „csodaklinika” hirdeti magát gyógyulást ígérve a hivatalos orvostudomány által gyógyíthatatlannak ítélt betegségekre. Még nagyobb üzlet az anti-ageing sejtterápia, hiszen ki szeret megöregedni?

A félinformációk – megfelelő csoportosításban – a hiszékenységre vált-hatóná válnak. A legtöbb esetben saját csontvelői sejteket vesznek le és adnak vissza. Más-kor köldökzsínórvér vagy köldökzsínór eredetű őssejteket adnak. Az allogén sejtek gyakran ellenőrizhetetlen anamnézisé donortól

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

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

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



9.4. ábra A „csodaklinikák” minden bajra gyógyírt ígérnek. A bevezetetlen terápiákkal szemben óvatosság indokolt

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

9.7.3. A közeljövő terápiás szempontból legígéretesebb őssejt típusa: mezenchimális őssejtek

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

Az MSC-k kötőszöveti őssejtek, így csaknem minden szervből izolálhatóak. *In vitro* felszaporíthatók és sokáig őrzik szokatlanul nagy differenciációs potenciáljukat. Képesek nem csak *zsír-, csont- és porcsejtté differenciálódni* a szervezeten kívül, de akár inzulintermelő vagy neuronjellegű sejté is alakíthatók a körülmények 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 sejtekké alakulnak, amelyeket pótolni kell a sérült szövetben. Később kiderült, hogy inkább a sérült szövetet magát veszik rá az *önregenerációra*. 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 *sokrétű kölcsönhatásaik az immunrendszer sejtjeivel*. 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 működése 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 hegyszövet 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 összeférhetlenségi reakciókat. Azt is igazolták, hogy támogatják a HSC-k megtapadását és a csontvelő regenerációját transzplantációban. Az egyik sejtgyártó cégnek már 2012-ben sikerült is egy MSC készítményt gyógyszerként elfogadtatni.

További preklinikai és klinikai kísérletekből kiderült, hogy számos más – köztük 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 szövetekét, így hosszú távon alkalmazva őket, növelhetik a tumorok fennmaradását és áttétképzését.

9.8. SZÖVETSZERKESZTŐK ÉS SZÖVETPRINTEREK

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

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

A „pótalkatrészgyártás” még közel sem rutinszerű, de rendkívüli ütemben fejlődik. Beültetésre került például egy sejtmentesített légcsővázra, autológ MSC-kból képzett porcsejtekből álló „*légcső*”, egy asszonyba, akit különben tbc-je, légútelzáródás miatt, lassú halálra ítélt volna.

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

Az összejtek a gyógyításban – legalábbis a vérképzés területén – már bizonyítottak. Sok munka, ígéret és lehetőség van bennük, de a türelmetlenség, tájékoztatatlanság és a haszonszerzési vágy sokat árt a területnek. Adnunk kell *még legalább 10 évet* az összejteknek ahhoz, hogy új, biztonságos és tudományosan megalapozott terápiákban váljanak rutinszerűen alkalmazhatóvá.

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

ezért még akkor is alkalmasabbnak tűnik a mielőbbi terápiás felhasználásra, ha a pluripotens sejtekre vonatkozó etikai aggályokat az iPS sejtekkel sikerül kivédeni. Ezért tehát a *szöveti összejteken* (különösen az MSC-ken) alapuló *sejtterápiák* 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. Eguizabal 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 Peder-

sen, 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

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 költözésemet követően a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán folytattam, ahol jelenleg a Társadalomtudományi Tanszéket vezetem. Négy gyermek édesanyja vagyok.

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

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

10.3. SPECIÁLIS HELYZETŰ BETEGEK AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSBAN MEGJELENŐ MINDENNAPI JOGGYAKORLAT 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 RÉGMÚLTÓL NAPJAINKIG

AZ EMBERI TÁRSADALMAT már az őskorban 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 mindenkori társadalmi fejlettséggel, hosszú időn keresztül az „egészség ügyét” magánügynek minősítették. Ennek oka egyrészt, hogy hiányzott e területek állami szintű jogi szabályozása, másrészt pedig a betegek egészségügyi ellátása sem professzionális környezetben, hanem elsődlegesen családi körben történt, a korabeli család egyik fő funkciójaként, kötelezettségeként. A tömeges és olykor világméretű pusztító járványok azonban szükségszerűvé tették a határozott szemléltetést. 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 közüggé 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 pozíciójuk „jól-létükkel” együtt drámai módon romlik. Emiatt a beteg ember számára nélkülözhetetlen alapvető emberi, valamint egészségügyi hivatásbeli kötelességek hosszú évezredek 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 zsinórmértéket a hétköznapi emberek, így a betegek és gyógyítók, ápolók 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 életmentő 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 mindössze 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/külön engedélyt érdemlő eseteket leszámítva, állandó készenlétben levő orvosi és sebészeti ellátásra mint lehetőségre (de ez nem jelentett automatikusan ellátási kötelezettséget az egészségügyi szakközeg részéről).

Ebbe a jogtörténeti fejlődésbe illesztendő be az első, országgyűlés által alkotott egészségügyi törvény, a közegészségügy rendezéséről szóló 1876. évi XIV. törvény-cikk is. A magyar egészségügyi ellátás lenyűgöző fejlődésének dualizmus kori törvényi alapját biztosította ez a jogszabály, amely megteremtette a kor színvonalán álló egészségügyi alap- és szakellátást, közegészségügyi szakigazgatást. Folytatta és megerősítette 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 csökkentő, az érdeükben megfogalmazott jogi normák. Ezek többsége már jól beazonosítható, ráadásul egybevezethető 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 tv. 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 szektort egyértelműen az egészségügyi ellátáshoz szorosan kapcsolódó jogi és/vagy hivatásrendi etikai

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

A paternalisztikus orvos-beteg kapcsolat csökkenő tendenciája, a betegek és hozzátartozóik részéről megnyilvánuló fogyasztói jellegű szemléletmód térnyerése, és ezzel párhuzamosan az egyre nagyobb számú bírósági kártérítési 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 kérdésessé válik, egyáltalán létrejött-e a jogviszony, vagy amennyiben ez nem vitatott, 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 beleegyezését 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 szolgáltatóknak.

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

jogszabályok 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 tolmácsot. Ez a gyakorlatban azonban igen komoly nehézséget okoz a magyar egészségügyi szolgáltatóknak.

A mindennapos 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 szükség-szerűen 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 személynek joga van a testi és a lelki egészséghez, 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 nevesített, 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 sokszerű állapotot eredményezett a mindennapos egészségügyi szolgáltatásban. A betegjogok megjelenését követően egyre nagyobb számban indultak meg egészségügyi szolgáltatókkal szemben a kártérítési perek, és ezek mind a mai 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 hozzátartozóik, törvényes képviselőik felkereshetik a betegjogi képviselőt, és tájékoztatást kérhetnek, vagy panasz-kivizsgálást 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

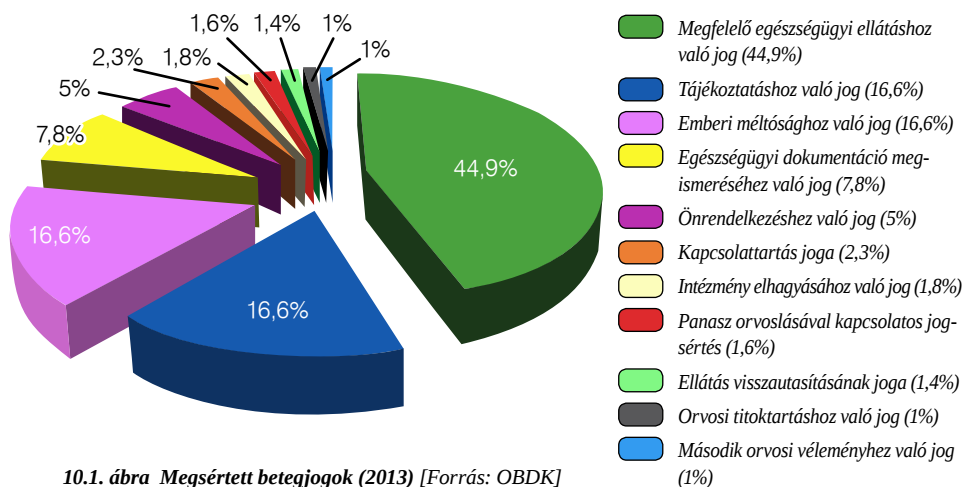
egészségügyi ellátás nemzeti kapcsolattartó pontja is. Ugyanakkor az OBDK – jogelődjéhez hasonlóan – évről évre jelenteteti közleményben a betegjogi képviselői megkeresések számát, illetve a megkeresések lényegesebb jellemzőit. Ezen jelentésekből megállapítható, hogy nagyságrendileg évente tízezer körüli 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 ellátás),
- 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. Sürgős szükség vagy veszélyeztető állapot fennforgása esetén mindenki köteles a tőle elvárható módon segíteni a másikon,



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

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

A betegkötelezettségek lényegében az ellátás szakmai munkarendjéhez, vele összefüggésben a betegek gyógyításának, ápolásának, ellátásának megkönnyítéséhez, sikerességéhez, 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 mindennapos egészségügyi ellátás során azonban ez a betegkötelezettség igen gyakran háttérbe szorul. Ere példaként szolgálhat a fekvőbeteg-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 szeméremérzetét) sértve történik 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 érzi magát kiszolgáltatott helyzetben az esetlegesen jogi felelősségre vonással fenyegetőző beteggel/hozzátartozóval szemben. Igen gyakran fordul elő, hogy a beteg vagy éppen a hozzátartozó sérti meg az egészségügyi dolgozó Eütv.-ben foglalt jogait, pl. a vizsgálati és terápiás módszerek megválasztásához való jogát. Ez a jog a kezelőorvost illeti meg, és ennek megfelelően joga 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 hozzátartozónak 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 térítési 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 egészségkárosodása esetén is, pervesztesként 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 fogyatékoság, 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 találhatók.

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 kizárja az életmentő, életfenntartó, illetőleg az egészségi állapotukban várhatóan súlyos vagy maradandó egészségkárosodás 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 egészségkárosodás megelőzését biztosító ellátás elérése, valamint a fájdalomcsillapítás, szenvedés 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 épsé-

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 kórteremben helyezték 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?

Összegzőképpen megállapíthatjuk, hogy az elmúlt évtizedekben ugrásszerű változás állt be a betegek jogi helyzetének megítélésében, és ez elsődlegesen az átfogó betegjogi szabályok megjelenésének köszönhető. Ugyanakkor az is jól tetten 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 mindennapos egészségügyi ellátást átszövő jogi kérdésekre, annál is inkább, mivel az egészségügyi jogi normák célja is elsődlegesen a minél egészségesebb, joghátrányoktól, megkülön-

böztetésektől és kiszolgáltatottságtól mentes társadalom megteremtése...

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

Széchenyi István

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

1. Dósa Á: A betegek jogai. In: Kovács Zs. (szerk.): Az egészségügyi jog nagy kézikönyve. Complex Kiadó, Budapest, 2009. 395-467. ISBN 978 963 224 960 5.
2. Feith HJ, Gradwohl 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, Gradwohl 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?subpage=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

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 egészségpszichológia. Jelenleg futó kutatásai: a rendszerváltás családtörténeteinek utánkövetéses elemzése, a roma szakkollégiumi hálózat vizsgálata, valamint integrációs és dezintegrációs folyamatok elemzése kapcsolathálózati módszerekkel.



LUKÁCS ÁGNES

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 Keresztény Roma Szakkollégiumi Hálózat hallgatóinak utánkövetéses vizsgálatát végzi. Kutatói érdeklődésének fókuszában a cigányság, a hálózatelemzés, valamint a szociálpszichológia áll.

11.1. TÁRSADALMI TŐKE

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 –
Adódjatok össze...”
(József Attila: A számokról)

11.1. TÁRSADALMI TŐKE

11.1.1. Az egyéni kapcsolat- hálózat sajátosságai

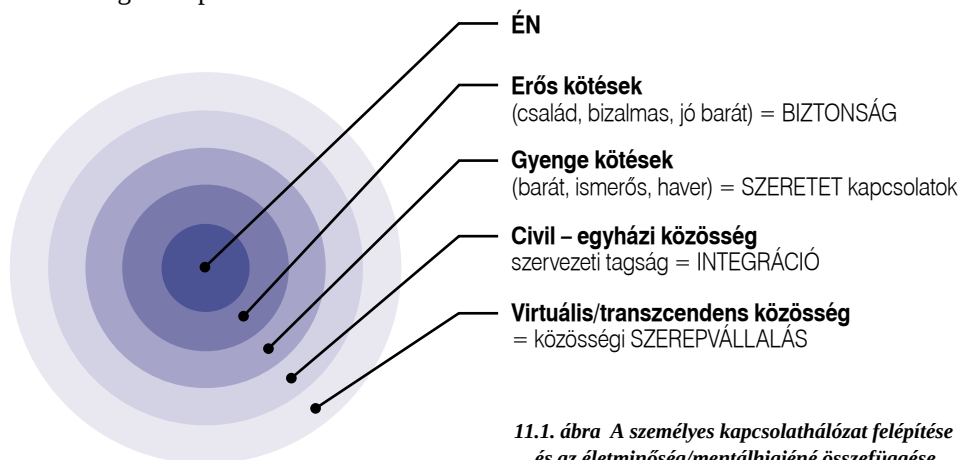
TÁRSAS KAPCSOLATAINKON keresztül ágyazódunk a társadalom szövetébe. Születésünktől fogva életünk végéig körülvesz bennünket egy kapcsolathálózat, amely velünk együtt, mint egy „konvoj” kísér, mozog és változik (Antonucci & Akiyama 1995). Kapcsolataink nem csupán önértékelésünk, identitásunk kialakulásában, a társas szerepek elsajátításában – egyszerűen személyiségfejlődésünkben – játszanak szerepet, hanem testi-lelki jóllétünkre 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, csökkentetik 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 kölcsönösség, valamint a közösséghez tartozás vágya alapján ezeket a kapcsolattípusokat a 11.1. ábrán látható egymásra épülő koncentrikus körök, vagy „hagymahéjak” segítségével ábrázoljuk (Lin 2008, Utasi 2013).

A legbelső „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.

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



11.1. ábra A személyes kapcsolathálózat felépítése és az életminőség/mentálhigiéne 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 felelősség, és szerepvállalás megtapasztalására.

A közösségek ezen formáit nem csupán a síkban, koncentrikusan táguló körök formájában, de egy hierarchikus térben is elképzelhetjük. Az, aki közvetlen környezetében megéli 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 hobbiközösséghez 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” hívatott 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, elérhetőek és ezeken a kapcsolatokon keresztül mobilizálhatóak (Lin 2001).

A társadalmi tőke azonban nem csupán egyéni, de közösségi szinten is értelmezhető: az egyének társadalmi tőkéjük összeadódásával 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 erősségét 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 elkötelezettjei, ott a társadalom tagjai nagyobb

mértékben kapcsolódnak be a közügyekbe is. Ugyanígy, ha egy nemzetnek jelentős társadalmi tőke áll rendelkezésére, és állampolgárai aktív közéleti tevékenységet folytatnak, az a társadalmi párbeszédén 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 meg tapasztalják a közösségi összefogás erejét tevékenységük hatékonysága 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 közösségben 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 tőkéjét 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 kötelékek, 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 együtt 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 együtt 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 másikkban?

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

A kutatások alapján bizalmunkat korai kötődési mintázatunk és személyiségjegyeink, 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 régóta vagyunk tagjai egy közösségnek, milyen gyakran találkozunk barátainkkal, illetve – ahogy fentebb említettünk –, a társadalom etnikai és jövedelmi heterogenitása egyaránt befolyásolja, 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 mindkét 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 megtapasztalását, 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 felbomlásával 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 nélkülöztek a harmonikus gazdasági és társadalmi fejlődést, gátat szabva a közösségi-közéleti részvétel megerősödésének. A felemás modernizáció egyrészt gyengítette tradicionális közösségeink erejét, másrészt 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, hívó emberekben bízunk, legkevésbé pedig

a képviselőkben, bankároknak 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 tekinthetők, 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 népességben belül (Bartal 2009).

Ennél is árulkodóbb a magányosan élők aránya társadalmunkban. A magyarok 2011-ben átlagosan 5,5 barátot tudhattak magukénak, de a népesség ötöde egyetlen olyan embert sem tudott megnevezni, akire barátként 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 közeg meghatározó szerepet játszik nem csupán a társadalmi normák elsajátításában, 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-gyermek 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 családtagok aktív közösségi részvétele aktivizálhatja a többi családtagot is, azaz ha valaki önkéntes munkát végez, nagyobb eséllyel vonódik be a körülötte élő családtagok is (Dávid et al 2008). Ez a hatás a házastársak között a legerősebb, de számos olyan közösségi kezdeményezés működik, amely a gyerekeken 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 családtagot tudják aktivizálni.

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

11.1.6. Magány: a „néma pestis”

A kortárs kapcsolatokat egyrésztől megerősíthetik 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 foghíjasságára (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 adatfelvételekkel összevetve negatív tendencia tapasztalható ezen a téren. NAGY (2013) elemzéséből úgy tűnik, hogy a lányok, a szakmunkás végzettségűek, a házasság és a gyermekesek, és az átlagosnál rosszabb szociális helyzetben lévők között sokkal nagyobb arányban találunk magányos fiatalokat. Ugyan a fiatalok szabadidejük nagy részét otthon töltik – javarészt internetezéssel vagy tévézésessel –, 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 valamilyen civil szervezetben aktív szerepet vállaló fiatalok aránya az *Ifjúság 2012* kutatás alapján meglehetősen alacsony. A megkérdezett fiatalok tizede szokatlan szervezett programokba bekapcsolódni (Nagy 2013). A szervezett ifjúsági közösségek töredezettségét a kutatók a rendszerváltás nyomán felszámolóddó 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 kiemelni, 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 kulcs szerepe van nem csupán a társadalom, de az egyén jólétének biztosításában is. A szociális kohézió erősítésével egy összetartó társadalom az egyén egészségi állapotának, jóllétének megőrzéséhez is jelentősen hozzájárul; és ugyanígy, az aktív közösségi munkát végzők is tehetnek – alulról építkezve – az összetartó társadalom létrejöttéért.

Mit tehetünk 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) feltárta, hogy ugyan a megkérdezettek harma-

dának van szándéka, ötlete környezetének, saját közösségének jobbítására, amelynek érdekében szívesen összefogna másokkal, ennek ellenére ezek a kezdeményezések – szervezés híján – kivitelezés nélkül maradnak. A kutatási eredmények szerint, ha családjunkban legalább egy valaki részt vesz bármilyen közösségi tevékenységben, sokkal nagyobb eséllyel 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 társadalmunk jövője, egyéni boldogságunk közösségeink megerősítésén áll vagy bukik.

*„Tanulátok-e a számokat?
Bizony számok az emberek is,
Mintha sok 1-es volna az irkában.
Hanem ezek maguk számolódnak
És csudálkozik módfelett az irka,
Hogy mindegyik csak magára gondol,
Különb akar lenni a többinél
S oktanul külön hatványozódik,
Pedig csinálhatja a végtelenségig,
Az 1 ilyformán mindig 1 marad
És nem szoroz az 1 és nem is oszt.
Vegyetek erőt magatokon
És legelőször is
A legegyszerűbb dologhoz lássatok –
Adójakat össze,
Hogy roppant módon felnövekedvén,
Az Istent is, aki végtelenség,
Valahogyan megközelítsétek.”*

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

1. 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.
2. Albert F. & Dávid B. (2012): Az interperszonális kapcsolathálózati struktúra átrendeződése Magyarországon. In: Kovács, I. et al. (szerk.): *Társadalmi integráció a jelenkori Magyarországon*. Budapest: Argumentum Kiadó. 343–356.
3. Alesina A. & La Ferrara E. (2002): Who trusts others? *Journal of Public Economics*, 85(2), 207–234.
4. 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.
5. Bartal A. M. (2009): Önkéntesek és nem-önkéntesek jellemzői a 2008. évi Európai Érték Vizsgálat tükrében. http://volunteermotivation.info/downloads/ONK_NEMONK_BAM2009.pdf
6. Beck A. T., Rush A. J., Shaw B. F. & Emery G. (1987): *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
7. 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: Pusztai, 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 magányról 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 jelenkori 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. *Emberrárs*, 9(1): 4–20.
15. Keller T. (2014): Megfogyva bár, de törve... Mérsékelt 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 támasz szerepe az egészségmegőrzésben. *Psychiatria Hungarica* 17(4): 427–431.
20. Nagy Á. (2013): Szabadidős tervek 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): *Köteléken. Szolidaritás-hálók és közélet*. Szeged: Belvedere–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 SOKFÉLESEG. JUT HELY MINDENKINEK – KULTÚRÁK TALÁLKOZÁSA, KISEBBSÉGEK



K. NAGY EMESE

K. NAGY EMESE agrármérnök, mérnöktanár, angol nyelvtanár, a neveléstudomány doktora. A Miskolci Egyetem docense és a Hejőkeresztúri IV. Béla Általános Iskola vezetője. Kutatási területe a hátrányos helyzetű tanulók státuszproblémájának 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 szocializált-ságban heterogén tanulói csoportok nevelésére-oktatására alkal-mas speciális kooperatív tanulási eljárás. Legmagasabb elismerése a Magyar Köztársasági Érdemrend lovagkeresztje.

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 ÉVTIZEDEN az eddiginél hang-súlyosabb helyet kaptak az etnikum, a multikulturalizmus, a multikulturális és az interkulturális nevelés fogalmak, ame-lyek 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 Euro-pe 2009; Torgyik 2009, Debreczeni 2014).

Mindenekelőtt különbséget kell tenni a *multikulturális* és az *interkulturális* fogal-mak között. DAVID MILLER szerint „a mul-tikulturális és a multikulturalizmus kifejezé-seknek nincs letisztult vagy rögzült jelentése”. A leíró használaton túl „azonban a kifejezés utal a kulturális különbségek természeté-

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

Az UNESCO által javasolt definíció szerint a *multikulturális* fogalom kölcsönös együttélést és megértést jelent egyazon társadalomban élő különböző kultúrák között, az *interkulturális* terminust pedig a kultúrák közötti interakció értelmében használjuk (UNESCO 1995). DEBRECZENI (2014) elsősorban a társadalomba való betagozódás képessége szerint közelíti meg a két fogalmat. Írásunkban szeretnénk bemutatni, hogy olyan paradigmáról van szó, amely a társadalmi együttélés javítását, az együttműködés, a kölcsönösség 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 elsődlegesen 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, rejtett 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 rejtett 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 létszámú 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 területükhöz, akik hangsúlyosan tulajdonosi érzülettel viseltetnek saját földjük iránt. Másodszor 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. Kisebbséghez 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 szervezeten 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 multiethnikussá váltak. Az Európán kívülről beköltözők milliói nyelvileg és általában kulturálisan nemcsak a gazdaságban, hanem az oktatásban is változatos helyzetet hoztak létre. Gondoljunk 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 egykori gyarmattartó országok multiethnikussá váltak (Lesznayák-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 bécsi szerződés nemcsak a szabad vallásgyakorlás jogát adta meg a vallási kisebbségeknek, hanem bizonyos polgári jogokat is. Az 1919-es békeszerződések sok régi és új államtól megkövetelték, hogy biztosítsák minden lakosuk számára a teljes védelmet, akár „másként gondolkodó”, akár nem, vagyis függetlenül származásától, nemzetiségétől, anyanyelvétől, fajától vagy vallásától (Herber 1996).

A második világháború után létrejött az Egyesült Nemzetek Szervezete. Ebbe a szerveződésbe tartozó államok elsődleges feladatuknak tekintették az emberi jogok védelmét. Az Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata, haladó gondolatai ellenére sem tért ki a kisebbségek védelmére, mivel félték 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

Közügyülés 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 (Lynch 1986; Torgyik Karlovitz 2006).

LYNCH (1986) szerint a *laissez-faire* fázisban a politika, a társadalomirányítás figyelmen kívül hagyja, vagy nem érzékeli, 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-törekvéseire 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 kisebbséghez tartozó gyerekek szétszórása a különböző iskolák között, buszoztatásuk, speciális iskolák szervezése. Mindezek hatására a jó szándéktól függetlenül a kisebbségek gyerekei marginalizálódnak.

A *deficit* vagy az *integracionalizmus* fázisában az oktatáspolitikai 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, kritizista társadalom jön létre, amelyben a kulturális eltérésekhez semminemű hatalmi pozíciók nem társulnak.

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

pontja, és más csoportok kultúráját (dolgoit, 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), virágoztak országokként (jobbára gyarmattartóként) különböző ágai, altípusai. Sajátos eszköze a történelem kezelése: ezek az oktatási rendszerek mindig átírták a történelmet. A spanyol és a portugál verziók az indián örökséget helyettesítették a kereszténységgel, a brit változatban csak az angol történelmet tanították, a francia változat az arab történelmet alakította úgy, hogy más értelmezést adott ugyanazoknak 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 tették szükségessé, ahol az oktatáspolitikai olyan kisebbségi nyelvekkel (kultúrákkal) találta szembe magát, amelyek nemrég még saját kultúrájának részét képezték. Az egyes nemzetállamokban (Svájtól Magyarorszáig) 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 követelheszenek és vívjanak ki a szolgáltatások – pl. oktatás – területén is.

Az internacionalista nevelés a múlt században mást jelentett a nyugati és mást a keleti, volt szocialista blokkhoz tartozó országokban. A szocializmusban az elképzelt „olvasztótégely” valójában alig működött, ma pedig már mindenhol közelítünk 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 indítékú „vándorlások” következtében Európa gazdagabb, nyugati országai többetnikumú, multikulturális területekké váltak. A multikulturális pedagógia reagálás, reflexió erre a helyzetre, egyúttal kompromisszum az asszimilációs oktatáspolitikai 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 interkulturális és multikulturális nevelési koncepciók kialakulása összekapcsolódott az olyan oktatáspolitikákkal, amelyek a nagyobb esélyegyenlőség megteremtését tűzték ki célul. Az 1970-es évektől felerősödött az állampolgári és emberi jogi csoportok hangja, amelyek a bevándorlókkal és az etnikai kisebbségekkel kapcsolatos diszkriminációért az egy nyelvű és egy kultúrájú 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 mind nagyobb mértékben tegye képessé a magas szintű tudományos-technikai műveltség elsajátítására. Következésképpen megnőtt a nemzetek felletti 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 eléggé adaptívak ahhoz, hogy a különböző kultúrájú gyerekek ott-hon tudják magukat érezni bennük. Kérdéses, hogyan lehet feloldani azt az ellentétet, amely a kétféle társadalmi igény között feszül. A feloldás – függetlenül az ideológiák által hordozott értékektől – 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).

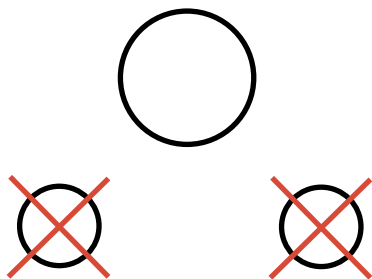
A multikulturális oktatásnak tudatában kell lennie a multikulturális társadalmak és az interkulturális oktatási rendszer összefüggésének. A tisztánlátás kedvéért négy elméleti modellt szeretnénk felvázolni a multikulturális társadalmak lehetséges szerveződéséről LARCHER (2000) gondolatai alapján. Mindegyik 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 egyéniségében 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 modell*nek is, a megsemmisítésen alapszik. Jellemzője, hogy az uralkodó csoport tagjai lerombolnak vagy megsemmisítenek mindent, ami nem tartozik a többség kultúrájához.

Az ókortól napjainkig a történelem tele van a modellt alátámasztó példákkal. Az egész Káinnal és Ábelrel 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 számára 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 megöli azokat, akik úgy élnek, mint a bibliai Ábel. A zsidók és a cigányok a politikai elnyomás következményeként – és nem szabad akaratukból – 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 mindennapi 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.

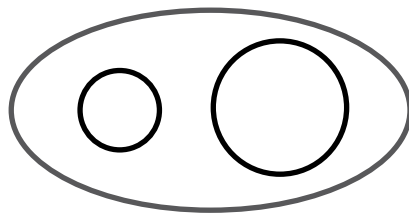
12.3.2. Az asszimiláció

Asszimilációnak nevezzük egy kisebbség, Európa szempontjából például a migráns

külföldiek olyan beolvadását a többségi társadalomba, amely során elveszti saját eredeti kultúráját és önazonosságát. 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 népiirtást 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 megölnék vagy üldöznék azokat az embereket, akiknek a nyelve és a kultúrája eltér a többségétől, asszimilálják őket.

Az asszimiláció a kulcsa a monokulturális társadalom megteremtésének. 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 kormányban a korzikai és a breton szeparatista mozgalmakkal szemben vívott harcok. 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 olvasztótégely

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
foglalt magában, amely nem ad semmiféle
útmutatást a népesség azon csoportjainak,
akiknek anyanyelve eltér a domináló cso-
port nyelvétől. A gyerekeket csak egy nyel-
ven, az állami nyelven tanítják, még akkor
is, ha kezdetben egyetlen szót sem értenek
belőle. A családok nyelvét magánügynek
tekintik. Az iskolákban a gyerekek a nem-
zeti nyelvet tanulják anélkül, hogy nyelvi
felzárkóztató leckéket adnának nekik. Nyil-
vánvaló, ha egy társadalom elfogadja ezt
a modellt, akkor semmilyen interkulturális
oktatásról nem lehet szó.

A fenti séma a 19. század nemzetalakí-
tási politikájából ered. Amikor az európai
hatalmak elkezdtek átalakító tevékenysé-
güket a laza kapcsolatú soknyelvű szerve-
ződésekből nemzeti államokká váltak. Leg-
többnek 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 eszközt. Az 1861-
ben megrendezésre kerülő első egyesülési
parlamenten MASSIMO D'AZEGLIO azt mond-
ta: „*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 majd-
nem minden nemzetállamban még mindig

jelen van a nemzeti nyelv elfogadására és el-
fogadtatására való törekvés. Ez a törekvés
a mindennapi érintkezés kultúrájában is él.
Természetesnek vesszük, hogy mindig a nem-
zeti kisebbség az, amely kétnyelvű – és nem
a többség. Így majdnem minden csoportok
közötti érintkezésben a meghatározó nyelv
automatikusan a többség nyelve. Következ-
ményként a kisebbség tagjai odáig jutnak,
hogy még akkor is a domináló nyelvet hasz-
nálják a többséggel való kapcsolattartásban,
amikor azok jobban szeretnék használni a ki-
sebbség nyelvét.

Az oktatás területén ez a modell széles
körben elterjedt. Jellemzője, hogy a nemze-
ti oktatási rendszer kizárólag egy nyelven,
a nemzeti nyelven alapul, de létezhetnek
más nyelvű csoportok is az állam határain
belül, akik mind nyelvben mind kultúrában
eltérnek a domináló csoporttól. „*Kisebbsé-
gi diákok esetében a tanulás feltételei akkor
jóak, ha az osztály légköre kultúrájukkal kon-
zisztens, vagyis ha a tanárok megpróbálnak
a diákok kultúrájához alkalmazkodó tanítási
stílust kialakítani*” – véli BORECZKY.

Az oktatási rendszer szerencsés helyzet-
ben oly módon figyel ezekre az eltérő cso-
portokra, hogy kezdetben kétnyelvű oktatást
szervez azért, hogy elősegítse és felgyorsít-
sa a gyerekek asszimilációjának folyamatát.
Ez a két nyelven történő oktatási szakasz
időben behatárolt és gyakran az iskola első
évében befejeződik. Fő célja, hogy enyhít-
se a gyerekek lemaradását és megriadását
akkor, amikor szembetalálják magukat egy
számukra teljesen idegen hivatalos nyelvvél,
továbbá, hogy segítse a pedagógusokat an-
nak tudatosításában, hogy a nemzeti nyelv
a kommunikáció eszköze. A kisebbség ré-
szére az ilyen korlátok közé szorított okta-
tás egyik következménye az anyanyelvvel
kapcsolatban az, hogy minél több tapasza-
latot, 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 utóbb 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 mindkét nyelven korlátok közé szorul, 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 gyermekeik jól boldogulnának az életben. Ezért a szülők, gyermekeikkel való beszélgetésük közben kerülnek az anyanyelvet. A többség nyelvét használják majdnem minden szülő-gyermek párbeszédben és megpróbálják – ha nehezen is – a nemzeti nyelvet használni még a saját, egymás közötti beszélgetésükben is.

De sok esetben a szülők nincsenek tudatában a nemzeti nyelvvel kapcsolatban a saját csapdájuknak és problémájuknak, és ami még elkeserítőbbé teszi a helyzetet az, hogy nem tudják érzelmeiket a célnyelven kifejezni, így aztán jó szándékuk következményeként gyermekeiket 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 kiteszítot-tá teszi őket. Szüleik anyanyelve rejtett kultúra marad számukra, ugyanakkor nem tudják könnyen elsajátítani a nemzeti nyelvet. Valójában a nyelv elsajátítását nehezkesse 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 multikulturalizmus-sal összefüggésben egy olyan társadalomról beszélünk, amelyet a kulturális sokszínűség jellemez, 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 önrendelkezést 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 mindent átfogó 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 mindinkább előtérbe kerül. A pedagógusok egyre nagyobb számban kísérik meg alkalmazni a multikulturalitás eszményét, például Olaszország, Luxemburg, Franciaország és Németország iskoláiban.

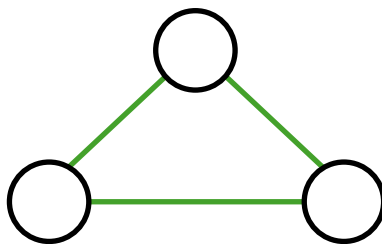
A mutikulturalizmus egyre nagyobb tömeget érint. Nyugat-Európa államainak fele homogén nemzetállam, ahol aránylag kis létszámban, de területileg koncentráltan élnek kisebbségek. Ilyen Franciaország, Finnország és Olaszország. Nemzetiségi állam Nagy-Britannia és Hollandia. A több- illetve soknemzetiségű államok sorába sorolható. Belgium (flamandok, frankofonok, németek), Svájcot négy nyelvi közösség alkotja (német, francia, olasz, rétoromán). Spanyolországban több millió katalán, galíciai 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 kezdik elveszíteni erejüket és termékeik jelentős részét exportálják, a harmadik világ országaiból érkező, eltérő kultúrájú népességáradat feszültséget kelt a hagyományos munkaerőpiacon 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 multikulturális 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 létrehoznia. A hasonló társadalomnak azonban laza, távolságtartó a kapcsolata a többi párhelyes csoporttal. Az embereknek a földrajzilag egymás mellett élését, a kapcsolat nélküli szomszédságot 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 távolságtartó 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 alrendszerek mindegyikében az oktatás nyelve az adott csoport anyanyelve. Az is jellemző, hogy mindegyik csoportra nagy figyelmet fordítanak interkulturális oktatás tekintetében. Ez azt jelenti, hogy az egyik csoport a másik csoport jelenléte 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 tanulóiban kialakul a tudat, egy többnyelvű és többkultúrájú társadalomban élnek. Jellemző továbbá, hogy az alrendszert 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 alrendszerek között erősebb, mint az egyes csoportok közötti etnikai hovatartozásra irányuló érdeklődés. A politikában ezt a nézetet *démotikus* prioritásnak nevezzük az *etnikai* elsődlegességgel 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 érdekeltérsek közelítésében határozott alkotmányos

előírásoknak kell érvényesülniük, olyanoknak, amelyek mindegyik eltérő népcsoportot figyelembe vesznek, szemben az etnikumközpontú érdekeltségekkel, amelyek az adott csoport *raison d'être*-je. Csak ebben az összefüggésben hasonlíthatjuk össze a *demos*-nak és az *ethnos*-nak az alapelveit.

Másrészről ez az etnikai pluralista rendszer tekintélyelvű szisztémákkal működik együtt, amelyeknek erőskező és karizmatikus vezetője van, akit mindegyik népcsoport tisztel. Ez a helyzet például Szingapúrban. 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 övékétől eltérő nyelveket beszélnek, és életüket 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 partnerszótályt keresnie más nyelvi népcsoportból a folyamatos találkozás és közös programok lebonyolítására, ahol a gyerekek megtanulhatják a vegyes összetételű csoportokon belül a nyelvi akadályok legyőzésével az együttműködést.

DUNLOP szerint a multikulturális nevelésnek az etnikai kisebbségek regionális jelenlététől függetlenül valamennyi általa

nos képzést nyújtó iskolában a nevelőmunka fontos területe kell, hogy legyen. A multikulturális nevelésben nemcsak az előítéletek elleni küzdelemről van szó, bár nyilvánvalóan ez is a lényeghez tartozik. A cél a nyitott, türelmes, itthon és a világban magabiztosan mozgó ember nevelése.

12.3.4. Az interkulturalizmus

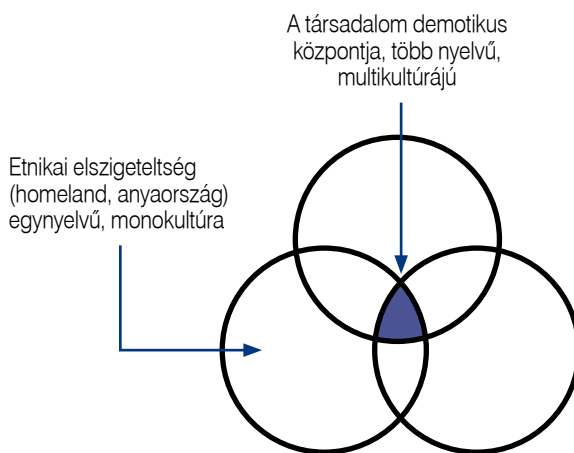
A negatív jelentéstartalmú asszimilációval szemben az integráció a bevándorlók vagy menekültek befogadó társadalomba való beilleszkedésének egy olyan formája, amely nem jár a saját kultúrájuk, önazonosságuk feladásával (Gyulai 2011).

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 tanulóknak ebben a Babel tornyára emlékeztető zűrzavarban. Jellemző, hogy bármelyik multikultúrájú osztály olyan, mint Babel tornya, így az eltérő nyelvek és az eltérő kultúrájú 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 többkultúrájú osztályok speciális tanítási módszerének a fejlesztéséért, még sok gyakorlatot kell szerezni abban, hogy Babel tornyát vonzó tanítási helyé tegyükk.

BOURDIEU szerint a standard nyelv használata a „legitim habitus” része. Nem szabad azonban megtagadni az emberektől az általuk beszélt népi nyelvnek kijáró méltóságot 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 körülményt 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 művészetben 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, mindenkivel kölcsönösen megismertették az angol, német, francia és olasz nyelvet azért, hogy a továbbiakban ne érezzék kellemetlenül magukat a csoportban meglévő nyelvi aka-

dályoktól 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 eljártak 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 hét végére hozzászórtak a bábéli zűrzavarhoz. Valójában a szokatlan és idegen dolgok mindenki számára normálissá váltak a nemzeti hovatartozás ideiglenes felfüggesztésének köszönhetően. Legyőzve a nyelvi akadályokat, sok eljárást dolgoztak ki a kölcsönös megértésre és kapcsolattartásra. Mindegyik résztvevő élvezte a vegyes kísérletet és mindenki hozzászórt ahhoz, hogy olyan csoportban dolgozik, ahol a tagok eltérő nyelven beszélnek.

Egy héttel később kipróbálták a Tandem-projektet is, amelyhez eltérő nyelvű hallgatókból párok alakultak. A projekt lényege az volt, hogy mindenkinek 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 nyelvtanártól.

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 nyelvcsoporthoz 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 mindkét nyelven tanítják a tantárgyakat (HVG 2002). A latin iskolában a tanulók napi váltásban tanulják a nyelveket. Hétfőn és kedden az oktatás nyelve kizárólag 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 patriotizmus*nak 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 interkulturális oktatást nyújt. Vannak területek, ahol a gyerekek az integrációt a más nyelveket beszélőkkel való mindennapos 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 társadalmi mindegyikében jelentkezik az a probléma, hogy a nemzet, mint a szerveződés alapeleme, gyorsan veszít fontosságából. Egyik oldalról a nemzeti államok beolvadásának növekvő tendenciája tapasztalható, másrésről a növekvő világkereskedelem, amelyet a késői 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 jellemezhető. A nagy világvárosok egyre inkább a bibliából ismert ókori Babilonhoz hasonlítanak, amely olyan kaotikus hely volt, ahol az emberek elvesztették a kommunikációs képességüket azért, mert sok eltérő nyelven beszéltek.

Ma mindenhol bábeli zűrzavar van. Manapság mindannyian Bábel 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 mindennapi 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 kezdik észrevenni, hogy oktatási politikájuk változtatásra szorul, át kell térniük az egy nyelvűségről a többnyelvűségre azért, hogy polgárait ellássa 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 mindennap lehetőségük adódik az interkulturális élet gyakorlására, és hozzászoknak az együttműködéshez és kapcsolatok kialakításához, viták és nézeteltérések közepette, játszva és tréfálkozva a hasonló korúakkal, olyanokkal, akiknek más a kulturális és nyelvi hátterük. Önállóan fedezhetik fel, hogy mit jelent az interkulturális oktatás és élet mindennapjaiban. A legjobb pillanat akkor következik be, ha megfelelnek a saját maguk által teljesen mindennapinak tartott különbözőségeikről.

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 zűrzavarban? Magyarország a rendszerváltozás után a multikulturálissá válás stádiumába lépett azzal, hogy a meglévő, domináns és a kisebbségi kultúrák mellett újabban is megjelentek illetve jelennek meg. Jelenleg a problémát az jelenti, hogy hazánkban a jövő nemzedékének szemléletmódját megalapozó oktatási anyagok egyelőre még monokulturális jellegűek, leginkább a domináló kulturális modellt képviselik és közvetítik. Nem készültünk még fel az interkulturális oktatás megszervezésére, sőt domináló kisebbségünk, a cigányság kultúrájának oktatásában is nehézségeink vannak.

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

1. Andrásfalvy Bertalan (1995): Ellenét 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 bánts 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 fogságától 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 koncepciók. 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 Husén, T. Neville Postlethwaite
35. Történelem, 4., 5., 6. kötet (szerk.: Herber Attila és munkatársai), Gyomai Kner Nyomda, 1996
36. Trudgill P.: Dialektusok és szociolektusok az új Európában. Valóság, 1995/11.
37. UNESCO által javasolt definíciót idézi Majzik Lászlóné: Cseppben 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

ANGYAL MAGDOLNA védőnő, egészségügyi szakmenedzser, romológus bölcsész. Jelenleg a PTE BTK „Oktatás és Társadalom” Neveléstudományi Doktori Iskola doktorandusza. Kutatási területe az egészségügyi 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.

- 13.1. A HAZÁNKBAN ÉLŐ CIGÁNY/ROMA NÉPCSOPORTOK**
- 13.2. A MAGYARORSZÁGI CIGÁNY TÁRSADALOM A DEMOGRÁFIAI ADATOK TÜKRÉBEN**
- 13.3. A CIGÁNYSÁG SZOCIOLÓGIAI JELLEMZŐI NAPJAINKBAN**
 - 13.3.1. A CIGÁNY NÉPESSÉG ISKOLÁZOTTSÁGI HELYZETE**
 - 13.3.2. LAKHATÁSI KÖRÜLMÉNYEK**
 - 13.3.3. FOGLALKOZTATOTTSÁGI MUTATÓK A CIGÁNY/ROMA NÉPCSOPORTBAN**
- 13.4. A CIGÁNYSÁG/ROMA KULTÚRA SAJÁTOSÁGAI, 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

EZERÉVES történelme során számos nemzetiség tarkította a magyar társadalmat, amely éppen attól vált sokszínűvé.

Ezért tehát a kisebbségi csoportok változatos, egymástól eltérő kultúráira mindenkor értéként kell tekintenünk. Ezek a különböző kultúrák olyan eltérő normarendszereket, szokásrendszereket hordoznak, amelyek megjelennek a mindennapi élet területein is. A kisebbségek kulturális örökségének

megismerése 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 előítéletek 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 létszámú csoportja még ma is őrzi és gyakorolja ősei szokásrendszerét.

A sztereotípiákból adódóan a cigány kisebbséget homogén csoportnak tekintik a többségi társadalom tagjai, azonban a hazai cigányság nem egységes népcsoport, hanem néprajzilag, szociológiailag és lingvisztikailag 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 kétnyelvűek 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 legelőbbek.

- 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 nomenklatúra 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. Romológus 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 létszámú 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 lelhetők fel, azonban ezek az adatok ellentmondásosak. 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

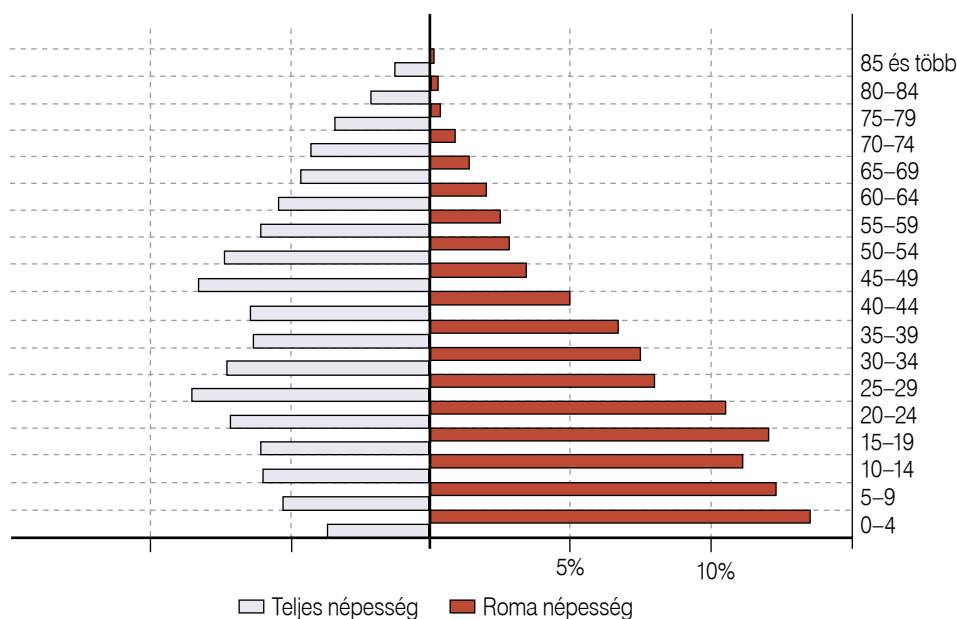
az akkori összlakosság 4,7%-a volt cigány származású. Az ezredfordulón tartott census adatai szerint – melyek az önmeghatározáson alapultak – a hazai cigányság lélekszáma alig volt több mint 190 000 fő. A 2011-es népszámlálás adatai szerint a legnépesebb hazai nemzetiség a cigányság, 315 ezren vallották magukat cigány/roma nemzetiséghez tartozónak, másfélszer többen, mint a 2001. évi census alkalmával.

Meg kell említeni azonban, hogy az önbevallások nem mindig hitelesek, a társadalomban megtalálható előítéletek és sztereotip vélemények arra késztetik a cigány kisebbség tagjait, hogy eltitkolják származásukat, és a maguk és gyermekeik érdekében a magasabb presztízsű csoport tagjaként 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 körében 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 gyermekei (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 (n=105)	Nem roma (n=2844)	Roma	Nem roma
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 SZOCIO- LOGIAI JELLEMZŐI NAPJAINKBAN

Ma hazánkban több tényező határozza meg alapvetően a szegénységi kockázatot, úgy mint a képzettség/képzetlenség, 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 mélyszegénységben élők 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 tanulmányukat, ami akkor a felemelkedésüket 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 leértékelődik.

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 felemelkedésének, 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 lakásvi-szonyaiban jelentős változás történt, azonban a telepek és a nagyvárosi gettók lakosai között napjainkban is jelentősen felülreprezentáltak a roma közösségek tagjai.

A rendszerváltást követően a munkahe-lyet kereső cigány emberek a városi léttől várták életük jobbrafordulását. A városokba való beköltözésük új *gettók* létrejöttét eredményezték, elindult a terület „slumosodása”, ahol a cigányok szinte kizárólag az alacsony piaci értékű lakásokban laknak, amelyek többnyire önkormányzati tulajdonúak, lelakottak, rosszul közművesítettek és kis alap-területűek. 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 díjhát-ralékok miatt a szolgáltatók elzárhatják

a villanyt, a gázt, a vizet, megszüntethetik a hőszolgáltatást, a szemétszállítást. A la-kások tartós komfortromlása egészségügyi kockázatot jelent, mert járványok alakul-hatnak ki.

Vidéken a cigányok jelentős része él *zsákfalvakban*, ahol még kevesebb a munka. A telepszerű körülmények közötti lakhatást súlyosbítja az infrastruktúra, a csatornázatlanság, az ivóvíznyerési lehetőség, illetve az áram- és a gázellátás hiánya. Az egész-ségügyi alapellátás hiányossága és a szak-ellátáshoz 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 de-terminálják a lakhatási körülményeket. Csak egy szűk réteg él saját tulajdonú, komfortos házban. Mivel a roma populá-ció körében a szegények aránya felülrepre-zentált, ezért itt is megállapítható, hogy je-lentős többségük a magyar átlagnál rosszabb körülmények között él. Gyakori jelenség, az egy fedél alatti, több generációs együtt-élés és nem ritka az egymáshoz csak távoli rokon szálakkal kötődő családok közössége sem. A szűkös léttel rendelkező szegény cigányok lakásaiban nincsenek elkülönített funkciójú helyiségek, így igen gyakori, hogy a konyhát szobaként is használják. A szűk léttér okozta feszültségek, konfliktusok ne-gatívan hatnak a családi légkörre, és gátol-ják 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 munkalehetőséget adott az alulképzett munkaerő számára is. A rendszerváltást követő gazdasági változások, az ipar gyengülése tragikus következményekkel járt a munkaerőpiacon – elsősorban a képzetlen vagy az alacsonyan képzett emberek körében. Korábban a teljes foglalkoztatottság körülményei 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 következményeképpen a „hozott”, ill. kialakult hátrányos helyzet folyamatosan és tragikusan reprodukálta önmagát.

Mivel a cigány munkavállalók jelentős része betanított vagy segédmunkásként dolgozott, ők váltak a rendszerváltás nagy veszteseivé. 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 mindennapok meg- és túlélésére szorít-

kozott, így az ő esetükben nem álltak aztán (és sokhelyütt) nem állnak ma sem rendelkezésre az őket ért válságok kezelésére és átvészelésére alkalmas tartalékok. Klaszszikus foglalkozásaikra 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 képzetlenségükből 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 előítéletek 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 TÁR- SADALOMTÓL ELTÉRŐ SZOKÁS- RENDSZERE

13.4.1. Rokonsági rendszer, család

A roma közösségekre jellemző a többgenerációs együttélési forma, amely az életmód néhány elemét is meghatározza úgy, mint az idősök tisztelete, a férfi tekintélyelvűsége, a gyermekszertet és a családi kapcsolatok hierarchiája.

A hazai cigányság házassági szokásaira jellemző, hogy a saját etnikai csoportjukon belül kötnek frigyot, 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 tagjaiéhoz hasonlóan – a réteg-, ill. osztályszempontok is befolyásolják. A házasság törvényességét nem mindig a polgári és/vagy az egyházi házasságkötés jelenti a számukra.

13.4.2. A nő szerepe a cigány közösségben

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 társadalmában az egymás iránt érzett testvéri szolidaritás dominál, amely a családi kötelezettségek elé helyeződhet. A nők tekintélye szűkebb, a tevékenységi körüket elsőd-

legesen a család ellátása, a háztartásvezetés, a gyereknevelés és az idős családtagok ápolása terén fejtik ki.

A lányokat serdülőkorukra „kicsinyített felnőttként” kezeli a család, meghatározó munkaerőnek számítanak a háztartásban, a nemi érésük pedig egyet jelent a házasságra való készenléttel. A hagyományokat őrző cigány csoportok lányainak nevelésében sok a tiltás és a tabu, mert vigyázni kell a jó hírukra. A hagyományos cigány közösségeken belül elfogadott a korai nemi élet, amit a kultúrát nem ismerő személy könnyen érthet félre és vélhet szabadosságnak. A roma lányokat már fiatal koruktól készítik a házasságra, számukra reprodukzív 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 gyermekekkel 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/szenyezettséggel kapcsolatos másságnak. A roma társadalomban a tisztátalanságot 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/tisztátalanság 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 kapcsolatrendszerek tükröződnek vissza, így az egyszerre jelképezi a testi-lelki szennyezettség állapotát és a társadalmi kirekesztettséget.

Ebben az írásban csak a nők életciklusából adódó tisztátalanság kerül bemutatásra. A cigány nőket a pubertás kortól a változókorig sok tisztasági korlátozás érintheti. Sok szabály létezik a szülés körül, az azt követő gyermekágyban és a havi vérzés alatt, mert ezek az élethelyzetek tisztátalan időszaknak számítanak. A cigány nők nemisége állandóan a tisztátalanság forrása a roma férfiak számára, mert a nők biológiai sajátossága a férfiak számára nehezen érthető és magyarázható.

A tisztaság és tisztátalanság 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 tisztátalannak – szerintük az érintkezés veszélyeztetetheti a romák tisztaságát.

A roma nők szerepe – saját közösségükön 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 „egészség-nevelésével”, így minden, ami őket érinti, visszahathat a család többi tagjára.

Napjainkban ezek a tilalmak már enyhültek ugyan, de bizonyos elemei még megtaálhatóak, ha nem is mindegyik cigány közösségben.

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 elégtelen vagy szűkös lakásviszonyok, amelyek számos betegség kialakulásának elősegítői. Az elégtelen táplálkozás következtében a ro-

mák jelentős része nem jut megfelelő mennyiségű és minőségű táplálékhoz, körükben gyakori probléma az éhezés és az alultápláltság, az egyoldalú étkezés, az olcsó, zsírban és szénhidrátban gazdag ételek fogyasztása. Ezzel ellentétben a jobb módú roma családok tagjainál pedig a túltápláltság a jellemző, mert az elhízást a roma emberek a gazdagság és a jó mód velejárójának tekintik.

A függőséget kiváltó alkohol, a kábítószer és dohánytermékek túlzott fogyasztása az ember mentális zavarának eredménye. Az élvezeti szerek nagyobb arányú fogyasztásának oka a szegénység talaján kialakult rossz életkörülményekben, a stresszoldásban, a marginalizált helyzet elviselésében kereendő a cigány/roma populáció körében. A szociális helyzet befolyással van az elfogyasztott élvezeti 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. Ezeken belül is a dohányzás előfordulása a legmagasabb. Az iskolázatlan, az ismeretek hiánya miatt az egészségüket 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 végzik. A rossz életkörülmények, a munkanélküliség, 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 státusú csoportok esetében tapasztalható egészség-magatartáshoz.

A cigányok egészségi állapotáról számos vizsgálat született, ennek dacára arra jórészt csak következtetni lehet. Joggal feltételezhető az, hogy a szegénységből fakadó rossz szociális helyzetre és életmódjukra vezethető vissza a nem cigány lakosságénál rosszabb egészségi helyzetük. Becslések szerint a cigány emberek átlagos élettartama 10–15 évvel alacsonyabb a többségi társadalom tagjaiénál. A halálokokra 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 megbetegedések, 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 tünetegyüttes előfordulási aránya a cigányok körében is magas, hasonlóan a többi perifériára szorult réteg tagjaihoz. Halmozottan jelentkeznek azonban a cigány értelmiségi embereknél is mentális betegségek, amelynek okai közé sorolhatóak az életmód- és kultúraváltás, az értékrendváltás, 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 térítéssel járó egyéb egészségügyi ellátást és szolgáltatásokat nem, vagy csak ritkán tudják igénybe venni. A gyógyulásukhoz szükséges gyógyszereket számtalan esetben nem tudják kiváltani, sokszor öngyógyítási technikák alkalmazására kényszerülnek. Betegség-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 cigányságtól, 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 kizárólag 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 odafigyelés és gondoskodás.

A helyesen megfogalmazott gondoskodás feltétele a többségi társadalom romákkal kapcsolatos ismeretbővítése, illetve az azon alapuló felelősségérzet 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, tisztaság, 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, oktatáspolitikai. 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 érettségéhez. Budapesti Munkagazdaságtani 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 gyermekváltás pszichológiai és szociális háttér-tényezői 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-lokálitás: 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. *Cigányfűró* 1996/1 4-7
13. Puporka Lajos, Zádori Zsolt (1999): A magyarországi romák egészségi állapota. Világbank Mo. Regionális Képviselet, Budapest
14. Raicsné H. A., Dömény I.: Bevezetés a romológiaiba http://www.ejf.hu/hefop/jegyzetek/bevezetes_a_romologiaba.pdf
15. Szabóné K. J. (2005): A magyarországi cigány értelmiség 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

KORONCZAI BEATRIX klinikai és mentálhigiéniai gyermek- és ifjúsági szakpszichológus, az ELTE Fejlődés- és Klinikai Gyermekpszichológia Tanszék adjunktusa. Kutatási területe a problémás internethasználat, problémás közösségioldal-használat. Évekig tartott iskolai drogprevenációs foglalkozásokat, és kutatási interjút vett fel kezelésben lévő opiátfüggőkkel. A kutatás, oktatás mellett pedagógiai szakszolgálatban dolgozott gyerekekkel, családokkal. Pszichodráma-vezető.



DEMETROVICS ZSOLT

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 prediktorai. A Journal of Behavioral Addictions c. folyóirat alapító főszerkesztője.

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 SOKFÉLELSÉGE

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 addiktívva, életünk hátráltatójává is válhat. Valójában persze nem mindig új jelenségekről van szó, hanem gyakran, azokat a jelenségeket, amelyeket korábban rossz szokásnak vagy az akarat gyengeségének tartottunk, ma inkább függőségként, 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 jelenségként bukkantak 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: környelvi megfogalmazásban drogfüggésről, vagy egyéb legális szerektől (nikotin, alkohol) való függőségről (*dohányzás, alkoholizmus*). Ezekben az esetekben a függőség tárgya valamilyen kémiai anyag.
- Amikor kémiai anyag nem játszik szerepet a szenvedélybetegségben, akkor

viselkedési addikcióról beszélünk, és olyan viselkedésekre gondolunk, mint a szerencsejáték-függőség, az internet-függőség, a kényszeres vásárlás, a test-edzés-függőség, az evési zavarok egyes formái, a kényszeres hajtépegetés (*trichotillomania*), a kényszeres lopás (*kleptománia*), a túlzott szexuális viselkedés (*hiperszexualitás*), a kényszeres gyűjtögetés, 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 esetben ez a használt szer dózisének 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 edzőmennyiségeket 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 tünetegyüttes* megjelenése. Ez alatt a drog használatának abbahagyásakor, vagy a kényszeres viselkedéssel történő felhagyáskor jelentkező kellemetlen lelki és/vagy testi tüneteket értjük. Ezek sokféle lehetnek, az addikció természetétől függően, de mindenképp közös bennük, hogy a viselkedés kivitelezésének akadályoztatásakor jelentkeznek, s komoly szenvedéssel

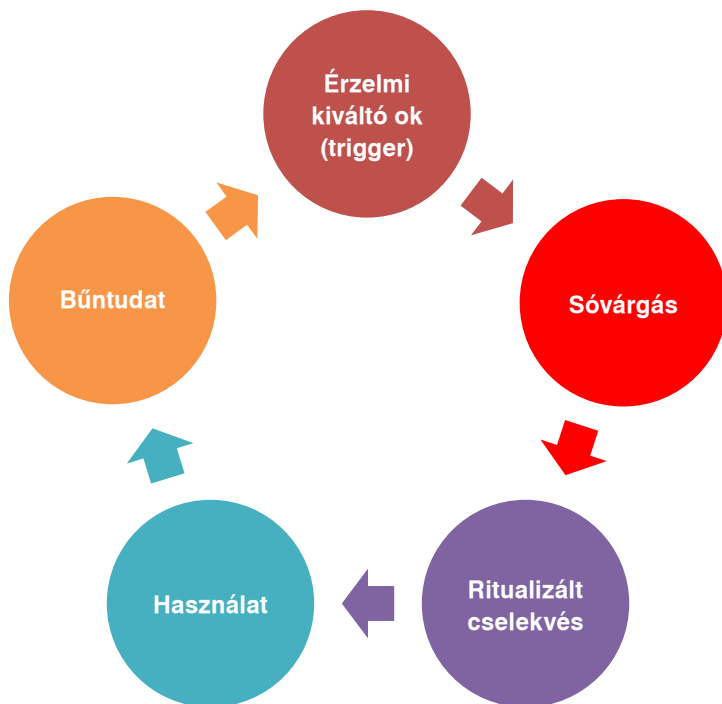
járnak. A megvonási tünetek megjelenése jelentős mértékben hozzájárul a függőségek fennmaradásához, hiszen újra és újra a viselkedés végrehajtására készíti a személyt.

Ezek mellett a függőségek 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 függőségek így módon az élet egészére kihatnak.

14.3. A SZENVEDÉLYBETEGSÉGEK KIALAKULÁSÁNAK OKAI

Ezen zavarok mind kialakulásuk okaiban, mind tüneteikben, mind pedig lefolyásukban és kezelésükben is sok rokonságot mutatnak egymással. Ha az okokat tekintjük, mindenképpen 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* (személyiségben 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

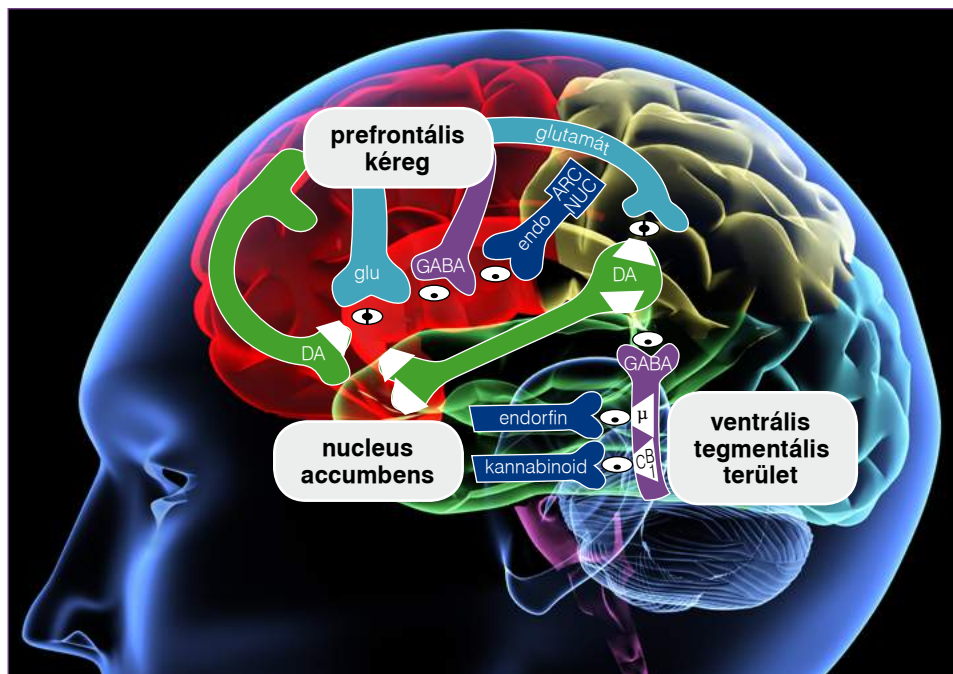
az egyes ember esetében soha nem minden vagy semmi jellegű; azaz az öröklött tényezők csak hajlamot jelentenek, és soha nem vezetnek önmagukban a probléma kialakulásához.

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 felelős azért, hogy az egyes viselkedésekhez örömet 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 mindennaposnál erősebb ingerléshez juttathatják a közepagi jutalmazó rendszert, s ennek megfelelően ők veszélyeztetettebbek a függőség szempontjából. Ezt a jelenséget nevezzük *jutalomhiányos tünetegyüttesnek* (14.2. ábra).

14.3.1. A szenvedélybetegségek kialakulásának pszichológiai okai

A pszichológiai okokat keresve a droghasználók, illetve drogfüggők személyiségét 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 érzelem szabályozás hiányosságai.

Az utóbbival kapcsolatban a pszichoanalitikus megközelítést alkalmazó szakemberek rámutatnak a drog azon funkciójára, hogy a szer a szerhasználó számára lehetőséget ad arra, hogy megszabaduljon azoktól a negatív érzésektől, 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 ellensúlyozni szeretne. Az *opiátok* (heroin, ópium, morfium, máktea stb.) esetén ezek az érzések a fájdalom, a stressz, az agresszió, míg 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 kölcsönhatásából 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 felidéri az anyával való korai, szimbiotikus érzéseket. A kapcsolatok szintjén az opiát 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 mind anyagilag, mind 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 méreteket ölt, hogy a család szétesése fenyeget, így a fiatal problémaviselkedése lehetővé teszi a szülők számára, hogy figyelmüket a házassági viszályról a szülői funkciók felé fordítsák.

14.4. FIATALOK ÉS SZENVEDÉLYBETEGSÉG

A serdülő korosztálynál kevésbé a függőség, mint inkább a drog kipróbálása, illetve a rekreációs, szórakozáshoz és társas együttlétekhez kapcsolódó, de többnyire függőséghez nem vezető használat a 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 rizikó- és protektív (védő) faktorok egyensúlyának megváltozásával 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 sérülékenységi 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, érzékenyvé a szociális ingerekre és a másik elismerése iránti fokozott vágyra) stb. A nehéz gyermek alatt ez esetben az olyan gyerekeket értjük, akiknél pl. figyelemzavaros hiperaktivitás áll fenn, akikre jellemző az antiszociális viselkedés és a tanulási nehézség. Szintén az egyénre jellemző prediktor a személy neme: drogfogyasztás esetén a fiúk, férfiak sérülékenyebbek. Ugyanúgy veszélyeztetettek 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 közötti a családtagok szerfogyasztásának ideje alatt, az kiemelt kockázati tényező. Korábban, a genetikai kockázati tényezőknél láthattuk, hogy az elsőfokú rokonok addiktológiai problémái sérülékennyé 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 hatnak kedvezőtlenül a gyermekre, hanem a nem megfelelő érzelmi környezet, mint az anya-gyermek kapcsolat rossz minősége, az érzelmi depriváció, a családi diszharmónia, a szülő-gyermek konfliktusok, a gyermekkori fizikai és szexuális abúzus, az autoriter vagy éppen ellenkezőleg, a túlságosan megengedő nevelési stílus, mindmind 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 kizárás.

A problémák egy további körét jelentik a kognitív funkciózavarok, mint a tanulási nehézségek, amelyek szintén hajlamosító tényezőként jelentkeznek. Ide tartoznak az olyan tanulási képességzavarok, mint az olvasási zavar (*diszlexia*), 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. *Kortársprediktorok* 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 SZENVEDÉLYBETEGSÉGEKKEL SZEMBENI VÉDŐ TÉNYEZŐK

Természetesen, a kockázati tényezők mellett azonosíthatók olyan protektív vagy védőfaktorok is, amelyek a szerhasználat és a függőségek kialakulása ellen hatnak. Ilyen védőfaktorok lehetnek egyes személyes képességek (önbecsülés, reziliencia, jó problémamegoldó képesség, egyes társas készségek), a családi faktorok (szülői figyelem, érzelmi támogatás, biztonságos kötődés), a kortárshatások (pozitív kapcsolatok, szociálisan pozitív normát közvetítő kortárhatás), 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 stresszhatásoknak kitéve 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 tárták fel, így megkülönböztetnek kísérletező használót, aki életében csak néhány alkalommal használta az adott drogot és elsősorban kíváncsiságból tette ezt. A szociális-rekreációs használó mindig valamilyen társadalmi aktivitáshoz, kikapcsolódáshoz kötődően fogyaszt drogot. A szituációs használó valamilyen 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 használótól elsősorban az különbözteti meg, hogy bár esetében is fennáll valamilyen 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 alkoholfogyasztás, az internethasználat vagy a szerencsejáték. De, mint láttuk fentebb, az élet szinte minden területén találhatunk olyan viselkedést, amelynek túlzásba vevése károkat okozhat az egyén életében (munka, szex, evés, sport, tévézés, videójátékozás stb.).

Az adott tevékenység mentális zavarrá válását azonban nem csak a viselkedés intenzitásából – amely komoly károkat okoz az egyén és a környezet számára – láthatjuk, hanem a viselkedés kontrollálásának képtenségéből 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 nehezen kezelhető problémáról van szó, s a gyógyulás, felépülés útja többnyire visszaesésekkel tarkított.

Hatékonyak 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

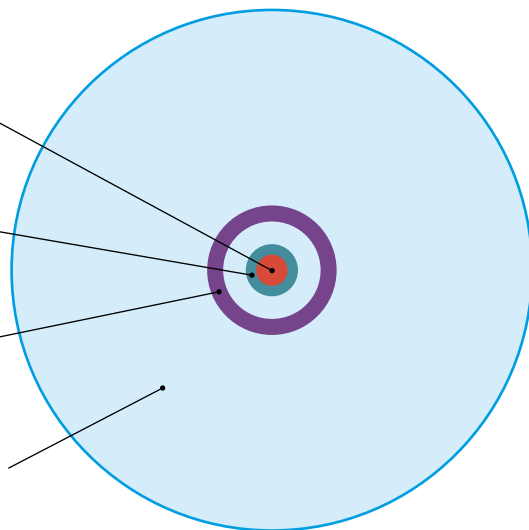
15–64 év között: 16–38 millió ember

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) képest, 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 hossz-
szas támogatást.

Az addikciók esetében kiemelt szerepe van az absztinencia fenntartásában az *önsegítő csoportoknak*. A legelterjedtebbek az anonim csoportok (Anonim Alkoholisták, Narcotics Anonymous, Gamblers Anonymous stb.), amelyek között vannak olyanok is, melyekben a hozzátartozók kaphatnak 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 újraszocializálása 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 orvossal felírt és ellenőrzött, így legális opiáttal). 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 SZENVEDÉLYBETEGSÉGEK 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 drogfogyasztással foglalkozik, de sok program – szélesebb fókuszú 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 függőségek 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 jelenségének szerepe az addiktológiai zavarok értelmezésében. In Csányi V., Miklósi Á. (szerk.): Fékevesztett 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

FÜLÖP EMŐKE klinikai szakpszichológus, a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kara Alkalmazott Pszichológia Tanszékének adjunktusa. A Budai 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 empátia összefüggései a kiégéssel, a másodlagos traumatizációval.

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 szomszédtól stb. –, hogy „Kerüld a stresszt, nem tesz jót az egészségednek!”. 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 értékke vált a munka világában. Ez azonban együtt jár egy fokozott készenléti állapottal.

Felmerül a kérdés, hogy vajon mi határozza meg, dönti el, hogy a megélt stressz, a stressz kutató SELYE JÁNOS (1976) által az „élet sója”-nak nevezett módon van je-

len az életünkben, vagy a sokat emlegetett megbetegítő distresszként.

Természetesen nagyon különbözőek vagyunk abból a szempontból, hogy kinek mi jelent erős, kezelhetetlen stresszt. Érdekes eredményt mutat egy amerikai hosszmet-szeti vizsgálat (Keller, Litzelman & Wisk 2012), melyben 1998–2006 között az amerikai lakosság egészségét mérték fel és az eredményeket vetették össze a későbbi halálzási adatokkal.

Ebben a kutatásban azt is mérték, hogy a vizsgálati személyek milyen mértékű stressznek vannak kitéve, másrészt, hogy hogyan vélekednek erről, mennyire tartják megbetegítőnek. Az eredmények azt mutatják, hogy akik nagymértékű stressznek vannak kitéve, azoknál 43%-kal nagyobb a kockázata az idő előtti elhalálzásnak, de csak azoknál volt igaz ez az összefüggés, akik úgy is értékelték, hogy a megélt stressz az egészségükre káros hatással 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 kialakul az ún. tanult tehetetlenség (Seligman 1972), ami azt eredményezi, hogy azokban a helyzetekben sem küzdünk, amelyet tudnánk befolyásolni.

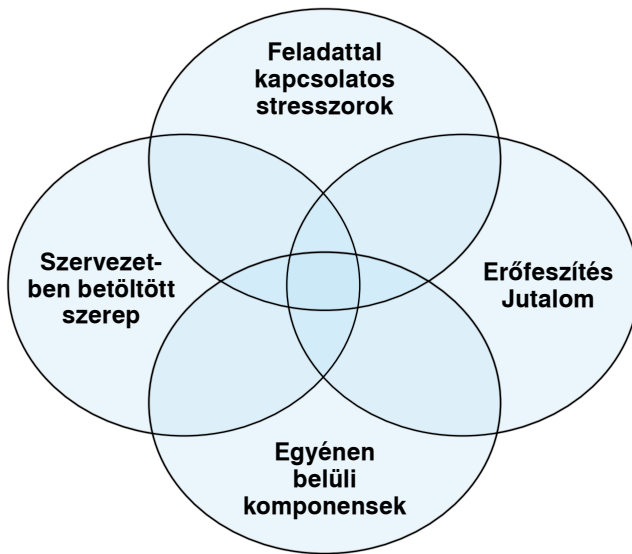
Összefoglalva tehát az adott élmény értékelése, illetve a helyzetre vagy a helyzettel kapcsolatos megítélésünkre, érzéseinkre gyakorolt befolyásunk mértéke dönti el, hogy egy adott stresszhatás elhúzódik-e és krónikus stresszforrássá válik-e, melynek negatív hatása van az egészségünkre, vagy egy sikeres megküzdésként a személyiségünk 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 ráhatásunk, 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 billió €/ évre kalkulálta. Tehát nem csak az egyén szintjén fontos terület a munkahelyen megélt stressz, hanem társadalmi szintű, közgazdasági 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 hozzájárulás a munkaeszközökhöz, vagy a munkavégzés veszélyes körülmények között zajlik. Ebbe a csoportba soroljuk az állandó változást, a változtatást a feladatokban.

A szervezetben betöltött szereppel kapcsolatos stresszorok 3 csoportra oszthatók: egyéni szinten, csoport szinten és a szervezet szintjén megjelenő nehézségek. Egyéni szinten a szerep-kétértelműség, amikor nem egyértelműek a feladatok, 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 feladatok 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 megterhelő 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 modellje 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 egyensúlytalanság vezethet az egészségi állapot romlásához.

Vannak azonban olyan egyéni tényezők, melyek nagyobb kockázatot jelentenek a kiégés 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-

vonala 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 munkakörü 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, delegáljunk 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 jelent), a *deperszonalizáció* (az emberekkel kapcsolatos empátia, együttérzés hiánya, a páciens/kliens tárgyiasítása, kerülése), ill. a *személyes hatékonyság, teljesítmény csökkenésének érzése* (a munkavégzés színvonala és hatékonysága romlik), amihez negatív önértékelés is társul. MASLACH és JACKSON (1986) elképzelése 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 hullámozóan 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, elodázzuk azok megoldását. Érzelmi téren egyre

többször érezzük magunkat ingerlékenyeknek, 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 egészségünket, 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 vetik bele magukat egy munkakezdésbe, időnkénti irreális 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 mozdulatlan-ság, 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 megkérdőjelezése, valamint igyekszünk elkerülni a feladatokat, kibújni alóluk.
- A kiégés legsúlyosabb fázisa az *apátia* szakasza, ahol gyakoriak a hibázások, gépies a munkavégzés. Érzelmi szinten ennek a szakasznak a tüneti képe

nagyon hasonló a depresszióban tapasztaltakhoz, hiszen a reménytelenség, kilátástalanság érzése dominál, és szintén megjelennek olyan testi tünetek, mint például a fokozott fáradékonyság, 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 realitáshoz illesztésében. Egyéni szinten fontos, hogy a munka és magánélet közti egyensúly, még a lelkesedés ilyen hőfokán is meg tudjon maradni, a kompetenciahatárok fokozatos kidolgozása, ami segíti a reális cél kitűzését is.
- A *stagnálás* szakaszában a mozdulatlan-ság a domináns, ezért itt az elvesztett aktivitás visszanyerése a cél. A munkáltató ebben úgy tud segíteni, hogy tréningeken és továbbképzéseken 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 légköre. 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 közösségnek, 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 *apátia* szakaszában mindkét 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 szakmákhoz 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 személyiségének döntő szerepe van a tünetek és a betegség alakulásában, a gyógyító munkában (Bálint 1957). A gyógyító empátiájának hatását vizsgáló kutatások alátámasztják bálinti gondolatot. REISS (2010) összefoglalójában rámutat az empátikus 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 empátikus 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 beteg állapotja 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 átélő 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 megszűnte után is különböző tünetekben szenvedtek: alvász problémák, zavaró álmok 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 maradó 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, hivatásszerűen emberekkel foglalkozók hajlamosak leginkább az érzelmi kimerülésre, akik túlzott mértékben veszik át a másik negatív érzéseit, sok esetben tehetetlenséget, amiből megfelelő szabályozási mecha-

nizmusok híján nehezen tudnak kizökkenni, amely állapot a krónikus stressz modellnek 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 kérdéstechnika, 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 érelemszabályozásra 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 élesben „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 *elköteleződés*hez. 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 tevékenységben, helyzetben, amiben éppen vagyunk, amit éppen csinálunk, elménk hajlamos elkalandozni, sok esetben olyan elképzelt történetekben időzünk, melyek negatív kimenetelűek. Sokszor a múlton rágódunk, vagy jövőbeli eseményeket próbálunk elképzelni.

Egy kutatásban egy okostelefonra kidolgozott applikáció segítségével 2250 önkéntes vizsgálati személytől, különböző időpontokban kérték, hogy jelezzék, mennyire érzik magukat boldognak, éppen mit csinálnak, s közben azon gondolkodnak-e, amit éppen tesznek, vagy máshol járnak, és ha máshol járnak, akkor az kellemes/kellemetlen vagy semleges. Eredményeik szerint, az ébren töltött idő 47%-ban gondolataink valahol máshol 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 kóborlásnak 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. Gondoljunk csak bele, hogy hányszor „maradunk” még a munkahelyünkön, vagy járunk már a másnapban, akkor, amikor már otthon vagyunk, vagy éppen igyekszünk kikapcsolódni.

A *tudatos jelenlét* (mindfulness) módszere nagyon egyszerű, de hatékony módja a figyelem tudatos irányításának, egy olyan gyakorlási mód, mely a jelen pillanatra koncentrált, ítélkezésmentesen, nyitottan (Szondy 2012). Egyszerűen az élményeink megfigyeléséről (nem megváltoztatásáról!) van szó (legyen az akár pozitív vagy negatív), ami történhet különböző gyakorlatok segítségével (pl. testpásztázás, légzésfigyelés), de lehet egyszerűen a mindennapi 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 jeleiként 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 mindennapokba, valamint a szociális kapcsolatok ápolása.

Összességében 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. Freudenberger H. J. (1974): Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165
7. Fülöp E.: Másodlagos traumatizáció és kiégés összefüggései az érzelmszabályozási 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. Killinsworth 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. TÁPLÁLKOZÁS ÉS EGÉSZSÉG – EVÉSZAVAROK



BABUSA BERNADETT

BABUSA BERNADETT klinikai szakpszichológus és angol nyelvű pszichológus szakfordító. A Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének adjunktusa és óraadó tanára, az intézet Pszichoszomatikus Szakrendelőjének pszichológusa. Kutatási területe a modern evés- és testképzavarok, különös tekintettel a férfiak zavaraira. A Magyar Pszichiátriai Társaság Evészavar Szekciójának tagja és Sportlélektani Szekciójának titkára.



TÚRY FERENC

TÚRY FERENC pszichiáter, pszichológus, egyetemi tanár, a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének igazgatója. Kutatási területe a pszichoszomatika és az evészavarok.

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 jelentősége tetek szert, ami egyes tünetek nagy és növekvő gyakoriságának köszönhető. Manapság az evészavarokra gyakran mint „divatbetegségekre” utalnak. A modern civilizáció korában az ételhez és a testünkhöz 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 háttérű fogyókúrák, a hashajtók használata, az önhánytatás.

A pszichiátriai zavarok közül az anorexia nervosának (AN) a legmagasabb a halálozási aránya: a betegségkezdet után 10 évvel 8%. A problémakört tovább súlyosbítja az evészavarok rejtett 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 gyermekkori evészavarokra is kitérünk.

16.2. AZ EVÉSZAVAROK GYAKORISÁGA

Az evészavarokra sokáig mint tipikus női betegségekre 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 életkori határok is fellazultak: míg az evészavarok leggyakrabban fiatal lányok körében jelentkeznek (az AN kezdete 12–18 éves, a BN-é 15–25 éves korra tehető), 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 jellemzőek, mára azonban terjednek alacsonyabb szocioökonómiai státusúak körében is. Fokozott kockázattal bírnak a diákok (főleg az egyetemisták), a karcsúság követelményének kitett csoportok (pl. táncosok, modellek), a diabetes mellitusban szenvedők, férfiak esetén pedig a homoszexuálisok. Fontos megemlíteni, hogy az evés- és testképzavarok spektruma egyre széleseedik, 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 *pánikzavar* 8%-ban, *kényszerbetegség* 26%-ban, *agorafóbia* és *egyszerű fóbia* 13-14%-ban, *szociális fóbia* pedig 34%-ban jelentkezett. Szintén gyakoriak az *öngyilkossági kísérletek*, BN esetén a betegek 20–30%-a kísérel meg öngyilkosságot. A *kényszerbetegség*, a *szociális fóbia*, az *alkoholizmus* és a *drogfogyasztás* gyakorisága 10–30% körüli (összefoglalás: Túry és Szabó 2000).

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 félelmet 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 kórképnek 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



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 menzesz visszatérével, sokszor hónapok is eltelnek, mire a ciklus rendeződik. Az anorexiások bőre száraz,



lanugóval (csecsemőkori piheszőr) fedett, hajuk hullik, bradikardiások, vérnyomásuk alacsony, vitális funkcióik lelassultak, a csontok elmesztelenednek, hormonzavarok, emésztési zavarok lépnek fel. A vitális funkciók lassulása ellenére a további fogyást célzó mozgásos hiperaktivitás gyakori. A betegek személyiségére perfekcionizmus, teljesítményorientáció, túlkontrolláltság, kényszeresség jellemző. A betegség következtében személyiségük részben meg is változik, visszahúzódó, dacos, gyakran depressziós lesz a beteg, betegségelátása nincs.

16.3.2. Bulimia nervosa

Alaptünetek a *falásrohamok* (legalább heti egy), amelyekre a kontrollvesztés érzése jellemző, továbbá a testsúlycsökkentő manipulációk (önhánytatás, hashajtózás, vízhajtózás, koplalás, testedzés), az állandó aggodalmaskodás 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 extrém 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 rejtve maradhat a családtagok, barátok előtt. Egyes esetekben a falásrohamok éjszaka jelentkeznek. A testsúlycsökkentő eljárások közül az *önhánytatás* a leggyakoribb, amely naponta több alkalommal is előfordulhat. Gyakori, hogy már kisebb mennyiségű étel elfogyasztását is purgálás követ. Az önhánytatás következtében a szájüregbe visszajutó gyomorsav hatására a fogak belső felszínén zománchiány, fogromlás alakulhat ki. A hányások miatti kálium- és egyéb ionvesztés

életveszélyes szívritmuszavarokat vagy görcsös roszulléteket okozhat.

Az ún. *multiimpulzív BN*-ban egyéb impulzuskontroll-zavarok is észlelhetők: 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 elhízás közötti kórképről van szó, amelyre a kontrollvesztett falásrohamok jellemzőek, de nincsenek testsúlycsökkentő manipulációk, ezért a betegek általában túlsúlyosak. A segítséget kereső elhízottak harmada ebben a kórképben szenved. Az éjszaka jelentkező falásrohamok falászavar esetén is előfordulhatnak.

16.3.4. Gyermekekben 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 megemlíthető a **szelektív evés szindrómája**, ami azt jelenti, hogy a gyermek csak kevés ételféleséget fogyaszt, ill. az evésfóbia is.

16.3.5. Egyéb evészavarok, illetve testképzavarok

- Az **izomdiszmorfia** központi tünete az izomzat méretével való túlzott, kényszeres foglalkozás.

A férfiakra jellemző speciális testképzavarról van szó: a betegek erős izomzatuk ellenére soványnak, kicsinek érzik magukat és szeretnék nagyobb izomtömeget szert tenni (összefoglaló: Túry és Babusa 2012). Az AN-hoz képest fordított testképzavarról van szó – korábban *inverz anorexiaként* említették a kórképet. Az izomdiszmor-

fiában szenvedők körében igen gyakori az anabolikuszsztteroid-abúzus és/vagy -dependencia, a rejtőzködő viselkedés, továbbá kényszeresen edzenek az izmosabb test elérése érdekében.

- Az **orthorexia nervosa**t BRATMAN (1997) írta le. Egészségesétél-függőségről van szó, s ez az evészavar egyik legújabb típusának tekinthető. Az orthorexia esetében az evészavar fókuszában nem az étel mennyisége, hanem a minőség áll. Az egészségesnek vélt ételekkel kapcsolatban kóros mértéket is elérő kényszerszorgolatok és kényszeres viselkedésformák jelennek meg, ennek következtében szigorú diétás megszorítások alakulnak ki.
- A **testéptítő típusú evészavar (testzsír-fóbia)** középpontjában a test elzsírosodásától való félelem áll, így a testzsírárány válik a kényszeresség tárgyává (Gruber és Pope 2000). Főleg nők között jelenik 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 zsírárányának minél alacsonyabb szinten tartása, s feltehetően ez az oka a testzsír-fóbiás 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 rendszere-sen 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 vékonyabb 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 kórkép felismerésében nagy szerepe lehet az egyes társszakkórnak, például a fogorvosoknak (a fogzománc felmaródása miatt), vagy a nőgyógyászoknak (az amenorrhoea miatt).

A súlyos fogyásnak testi okai is lehetnek, ezért fontos a szükséges testi vizsgálatok elvégzése. A fogyás hátterében állhat endokrinológiai zavar, felszívódási zavarok stb. Sokszor felmerül a hipoglikémia, anémia, hipertireózis, laktóztolerancia, irritábilis 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 teljesítménykényszer, a perfekcionizmus. A *kiváltó tényezők* közt 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 teóriák, 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 a 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 anyagyerék kapcsolat, a korai kötődés nehézségei gyakoriak. Szerepük van a csecsemőkori táplálási-etetési szokásoknak, az étkezés-sel kapcsolatos családi szokásoknak. Így

az évek során az ételhez és az étkezéshez különböző érzelmek, asszociációk társulnak.

A *kognitív-viselkedésmélet* az evészavarokra mint tanult viselkedésre tekint, amelyet a (pozitív vagy negatív) megerősítések tartanak fenn. A karcsúságot például a környezet reakciói megerősíthetik (*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 elképzelések, torzult ítéletek állnak.

A *családdinamikai modell* a tünetek rendszerszemléleten alapuló családi jelentését hangsúlyozza, mely szerint a pszichoszomatikus tünet a családi diszfunkció kifejeződése a tünehordozóban (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 tölthetnek be: az evészavaros beteg a tüneteinek 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 tervben egyaránt helyet kaphat többféle alapvető kezelési irányzat: szomatikus (gyógyszeres) kezelés, egyéni és csoportpszichoterápia, családterápia, pszchoeducáció. A *lépcsőzetes ellátás* modellje szerint a tünetek súlyossá-

gának megfelelő kezelési formát kell választani: enyhe esetekben tanácsadás és önszorgó 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 eldöntésének 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 testsúlynövekedést, viszont a kényszeres, szorongásos és depresszív tüneteket enyhíthetik (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 feltételezéseken, sematikus folyamatokon, az evésről, a testsúlyról és az alakról alkotott hibás, torzult elképzeléseken, valamint a maladaptív viselkedések korrekcióján van a hangsúly (Túry és Szumska 2006).

Pszichodinamikus terápia. A hosszú távú, dinamikus orientált pszichoterápia az egyik leggyakoribb terápiás forma az evészavarok kezelésében. A pszichodinamikus

terápiák leggyakoribb központi témái: az agresszió semlegesítése, az önállósodás, az autonómia kérdései, a sexualitás problémái, a testképzavar, valamint a rosszul működő szorongáselhárító készségek korrekciója. A pszichodinamikus módszerek a fizikai vagy szexuális visszaélést elszenvedett betegek számára igen hasznosak, az ilyen esetekben az egyéni pszichodinamikus terápia gyakorlatilag nélkülözhetetlen.

Családterápia. A gyermek- és serdülőkori 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 koncentrált, és a legtöbb konfliktus ebből származik. A tüneteket fenntartó, diszfunkcionális családi minták feltárása szintén fontos cél. 18 éves kor alatti betegek számára hatékonyabb, mint az egyéni pszichoterápia.

Csoportterápia. Különböző orientációval működhetnek: 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 kifejezését. Mindezt relaxációs 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 hozzátartozók. 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 terápiaerezisztencia indokolhat. Az enyhébb zavarokban a táplálkozási szokásokat célzó pszichoedukáció vagy az önsegítő 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 megszokottnál nagyobb adagban. Emellett a klasszikus triciklusos szerek és MAO-bénítók is szóba jöhetnek. Az antidepresszív kezelés kapcsán ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy teljes tünetmentesség ritkán következik be, illetve a gyógyszerek elhagyása relapsushoz 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 testsúllyal kapcsolatos kognitív torzulásokra, diszfunkcionális attitűdökre vonatkozik. A testképpel, az alakkal, a testsúllyal 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 kórkép 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 érzélem kifejezésének és felismerésének zavarai, segítik az énkép reálisá válását, illetve a test elfogadását, a saját test élvezetének megtanulását (Probst és mtsai 1995).

Csoportterápia. 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 hullámzást 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 következtében fellépő szívmegállás említendő elsősorban. A betegség lefolyás során gyakori a kórképek alakváltása (AN-ból BN-ba való átmenet).

A kezelés során a tünetek jelentős csökkenése a betegek kétharmadában észlelhető. A teljes tünetmentesség a betegek felére jellemző, egyes enyhébb tünetek (pl. a testsúllyal és az evéssel kapcsolatos aggodalmak, furcsa étkezési szokások) tartósan fennmaradhatnak.

Az enyhébb tünetekkel járó, ambulánsan is kezelhető formák prognózisa jobb. Rosszabb 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 visszautasítása), 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. Önszabályozó 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 nervosa*

- 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 STRESSZTELI 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 körülmények 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 köznapi 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 érdemes 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 énpсихológiai megközelítésben az énfunkciók feszültség-szabályozó szerepén van a hangsúly. Az énfunkciók feszültségszabályozó szerepe az úgynevezett *elhárító mechanizmusokon* 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 megküzdenni vele. Ezt teheti magas színvonalon egy érett személyiségű ember, és teheti „primitív” módon, ami a személyiség éretlenségére 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 külvilág megítélése szerint, kiszorítja a tudatból. Mintha nem is léteztek volna ezek az indulatok, belső feszültségek, úgy fojtja el a tudat, és szorítja ki a tudattalanba.

A *reakcióképzés* 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 nyomát is eltüntesse a destruktív késztetéseknek. Így alakul ki például a tisztasági 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 külvilágra vetíti negatív indulatait, azaz másokat okol a bajáért. Ennek ellentéte az *introjekció*, azaz magába vetíti a bajok forrását, pedig nem ő okozza.

Az *ellentétbe fordítás* például az, amikor a féltékenység helyett túlzott szeretetet mutat.

A *szublimáció* a nyers indulat magasabb rendűvé tétele, például naplót ír, vagy verset 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 állapottá kell átalakítanunk. Ilyen fejlődési krízis lehet maga a születés, a kisdedkor, az iskoláskor, a serdülőkor, az ifjúkor, a házasság,

a gyermek születése, a változókör és a halállal való szembenézés. 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 teljeseedik ki, majd a fiatal felnőtt korban integrálódik egységes én-konceptióvá, ami tovább alakítja a felnőttkori megküzdési stílust (harcos, gondolkodó, beletörődő).

A kognitív pszichológiai megközelítésben a hatékonyság és önértékesítés 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 stresszhelyzetek 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 mindennapi stresszorok gyorsan jönnek, gyorsan

mennek, míg a jelentős életesemények egy életre megváltoztathatnak bennünket.

THOMAS HOLMES és RICHARD RAHE összeállítottak egy skálát a stresszt keltő eseményekről (1967). Súlyossági sorrendben a következő eseményeket írták le, melyekkel való megküzdés az egészség-állapotunk záloga. Házastárs halála, válás, különélés, 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 elköltöztetése otthonról, problémák anyóssal, apóssal, konfliktus a főnökkel, a munkaidő és a munkakörülmények megváltozása, költözés, lakóhelyváltozás, üdülés, karácsony.

Az életesemények és a betegségek kapcsolatának legfrissebb eredményeit SZABÓ GÁBOR doktori dolgozatában láthatjuk összefoglalva (Szabó 2013). Dolgozatában a pszichiátriai betegségek, a vesebetegség, a cukorbetegség, a daganatos betegségek, a gyomorfekély, a nyombélfekély és a Crohn-betegség, a reumás betegségek és a szív-ér 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 élettörténeti 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 megküzdni a helyzettel.

17.3. AZ OBJEKTÍV STRESSZOROK TÍPUSAI

Jelentős életesemények. Például halál, bal eset, 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 patológias gyász lesz belőle.

Elhúzóó 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, önértékelési 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 megszűnnek. Például vasutasztrájk, 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 újraértelmezi a helyzetet („nem is olyan nagy a baj!”), vagy nem töpreng rajta, hanem továbblép.

Problémáfókuszú coping reakció. Azzal próbálja a stresszforrást kiküszöbölni vagy módosítani, hogy információt keres (érdeklődik, tájékozódik), vagy direkt problémamegoldásba kezd (rögtön cselekszik), vagy alternatív megoldást keres (segítséget kér másoktól).

Emocionális fókuszú coping reakció. A feszültséget érzelmekkel próbálja szabályozni. Érzelmi szabályozás útján próbálja csökkenteni a feszültséget („nem baj, én akkor is szeretlek!”). 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 kezelni 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 problémáfókuszú coping reakció is.

Jó, ha többféle megküzdési stratégiával rendelkezünk, és különböző helyzetekben sikerebben tudjuk kezelni a stressz teli helyzeteket.

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 ellenséges, 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!”
- *Hatékonyágfokozás.* „Belehúzó!”
- *Következményekre koncentráció.* „Nem akarom, hogy kirúgjanak!”
- *Akaraterőre hagyatkozás.* „Eddig is kibírtam!”
- *Közvetlen cselekvés.* „Vigyünk el orvoshoz!”
- *Visszavonulás.* „Jobb a békeség!”
- *Asszertivitás.* „Meg tudom csinálni!”
- *Társas megerősítés.* „Ti is egyetértetek velem?”
- *Relaxáció.* „Megyek lazítani egyet, akkor talán jobb lesz!”
- *Meditáció.* „Mi az én problémám a 6 milliárd emberéhez képest?”
- *Örömkérés.* „Most veszek magamnak egy új ruhát!”
- *Ima.* „Istenem, segíts!”
- *Elfogadás, beletörődés.* „Úgysem tudok mit tenni!” (Wills és Shiffman 1985).

17.6. A MEGKÜZDÉS HATÉKONYSÁGA

- Az általános coping szintre következtethetünk az intellektuális szintből, az interszónális kapcsolatokról 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 elidegenedés, 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 interszónális viselkedéssel jár együtt.

17.7. A STRESSZTELI HELYZETEK ÉSZLELÉSE ÉS MINŐSÍTÉSE

Az utóbbi évtizedekben a magatartástudományok térnyerésével megszorodtak azok az elméletek, melyek a viselkedéses kimenetet, azaz a *magatartást* kezdik elemezni, és ebből visszamenőleges következtetéseket levonni. Van egy stresszteni 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 történhetett, 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 mindig segítik a jelen helyzetet megoldani, vagy megküzdni vele. Például az egyik leggyakoribb diszfunkcionális attitűd a *szeretetségigény*. 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 SZERVEZETÜNKRE

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 anyaghasználat*tal 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 ópíatszármazékok, 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 szenvedélybeteg 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 függőségüket 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 magya-

rázata annak, hogy az önségítő 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 szexfüggőségben szenvedők jelentős része fontos beosztásban dolgozik, nagy stressz alatt áll a mindennapokban. Általában rendezett családi háttérrel rendelkezik, és a párkapcsolata is rendben van, mégis titokban, nagy kockázatot vállalva (lebukásveszély), rendszeresen önkielégít pornónézegetés közben, vagy reálizált partnerkapcsolatokban éli ki szexuális függőségét.

A férfi szexuális viselkedés élettani alapjainál nyomon követhető az a változás, ami az ejakulációt kíséri, és kb. 30 wattos elektronikus kisüléshez hasonlítható. A nyilvánvaló feszültségcsökkentés az elsődleges cél tehát ezekben a szexuális addikciós formákban.

Összefoglalva: láthatjuk, hogy a stressz és a vele való megküzdés igen szerteágazó témakör, melyből csak néhány alapvető komponens került bemutatásra. A klinikai pszichológiai és egészségpszichológiai elméletben és gyakorlatban fontos témakör 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 érdemes megfontolni. Míg korábban sok mindent a stressz megbetegítő hatásával magyaráztak (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 *Egészségpszichológia 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

MAGYAR JUDIT szakmai pályafutását óvoda- és iskolapszichológusként 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 Rendőrtiszti 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.

18.1. TRAUMÁK, KATASZTRÓFÁK ÉS JELLEMZŐIK

18.2. KRÍZISEK, LEFOLYÁSUK ÉS KEZELÉSÜK

18.3. TRAUMÁS REAKCIÓK

18.4. GYERMEKKORI TRAUMA, VESZÉLYEZTETETTSÉG, Bántalmazás

18.5. GYÓGYULÁSI FOLYAMAT

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

18.1. TRAUMÁK, KATASZTRÓFÁK ÉS JELLEMZŐIK

ÉLETÜNK 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 mindennapi, az élet normális menetéhez hozzátartozó történések, hanem rendkívüli, nagy megrázkódtatást okozó hatások. S a nehézségük abban áll, hogy „meghalad-

ják az ember mindennapi 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

A *tartós fenyegetettség* állapota több okból is járhat súlyos következményekkel. Egyrészt a szervezet (akár az egyéné, akár az elhárító egysége) kimerül, hiszen nincs lehetősége a lazításra, regenerálódásra. A tartalékai lassan apadnak és a támadás bekövetkeztekor kevesebb energiát tud csak mozgósítani. Másrészt nem lehet folyamatosan maximális éberséggel 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-, nyombélfekélyt, 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 tekinthetjük, hogy az egyént a megküzdésre – de legalábbis valamilyen cselekvésre – készíteti. 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 fenyegetettséget kellett átélnie, nagy veszteség érte az embert, tehetetlennek, frusztráltnak érzi magát. Ez aztán könnyen csap át *agresszióba*, amivel a belső feszültséget 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, *fásultságot*, *depressziót*

eredményezhetnek. Az emberek általában megpróbálják elkerülni vagy megszüntetni a fájdalmas helyzeteket. Ha ez nem sikerül, azt a tapasztalatot szűrik le, hogy nem érdemes próbálkozni, úgyis rosszul járnak. Ezt nevezzük *tanult tehetetlenségnek*, amit állatoknál is megfigyeltek.

Két rekeszre osztott ketrecben a kutyanak áramütést 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 mindez megismétlődött. Akármit csinált, előbb-utóbb fájdalmas ingert kellett elszenvednie. 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 áramütést, akkor sem tette meg.

Megterhelő stresszhelyzetek, így a katasztrófák, traumák *kognitív károsodást* is okozhatnak. Nehezebbé válik a figyelemkoncentráció, nem szerveződnek logikusan a gondolatok. A kognitív zavar sokszor gondolkodási merevségben nyilvánul meg. Néhányan még céltalan viselkedésmintákhoz is ragaszkodnak, mert képtelenek szempontot váltani, rugalmatlanok.

Szomorú, de előfordult, hogy emberek bent rekedtek 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 gyermekkori viselkedésmintáikhoz térnek vissza, de ezek sokszor nem megfelelőek 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 állapotba kerül, hogy képtelen uralni a cselekedet

teit, irányítani a gondolatait. Viselkedése dezorganizálttá válik, személyisége szét-esik. Tetteiben nincs észszerűség, a következményeket nem tudja felmérni. Mozgása összerendezetlen, amely céltalan cselekvések ismétlésében merül ki (fel-alá járkálás, kéztördelés, babrálás valamilyen tárggyal stb.), vagy megdermed és mozdulatlaná válik. Beszéde töredezett, netán csak artikulálatlan hangokat tud kiadni (üvöltés, jajgatás, nyöszörgés). Mindeközben intenzív félelmet él át, zavart a gondolkodása, tudata beszűkül, az információkat torzítja.

18.2. KRÍZISEK, LEFOLYÁSUK ÉS KEZELÉSÜK

A súlyos megrázkódtatással járó katasztrófákat krízisként is felfoghatjuk. A krízis rendszerszemléletű megfogalmazása: „*Valamely korábban érvényes viszonylagos egyensúlyi helyzet drasztikus felborulása, amely új egyensúlyi állapot kialakulásával, a rendszer újrendeződésével 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 eszközöket annak érdekében, hogy a megbomlott egyensúly helyreálljon. A begyakorlottság, a következetesség ebben a fázisban sokat számít, akár rutinszerűen is adódhat a megoldás. Amennyiben a megküzdés nem volt sikeres, az eddig ismert módok nem nyújtanak fogódzót.

Második szakasz. Megkezdődik a „*próba-hiba*” 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. *Kudarcc* esetén az ember kapkodni 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. Alkalmazkodó képessége végképp kimerül, a személyiség felbomlik. Destruktív magatartásminták jelennek meg (öngyilkossági kísérlet, agresszió). Az egyén egyre inkább visszacsúszik egy korábbi, fejletlenebb szintre, amit *regresszió*-nak nevezünk. Úgy viselkedik, gondolkodik, érez, mintha még mindig kisgyermek 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 elmergesedő családi, kapcsolati konfliktusok esetén vagy fontos személyek, tárgyak elvesztésekor. A krízis során a személyiség struktúrája fellazul, lehetőséget teremtve egyúttal egy újabb rendeződés kialakulására. Jó esetben magasabb szinten jön létre az egyensúly, a személyiség 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 elszenvedett veszteségeket fel kell dolgozniuk, legyen ez akár konkrét tárgyi vagy személyi veszteség, akár „csak” az önmagukba és másokba vetett hit megbomlása.

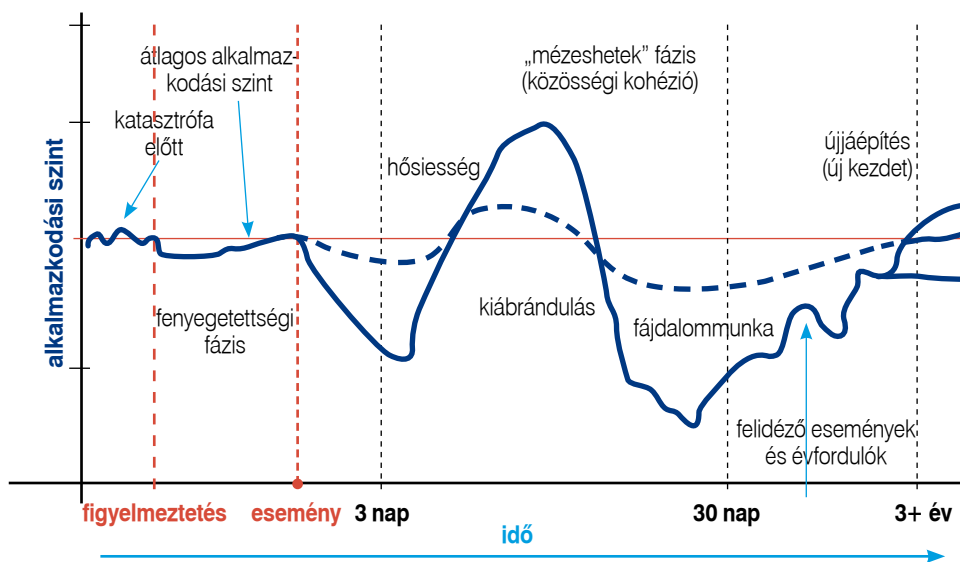
A krízisek feldolgozásánál ki kell emelnünk a közösség szerepét. Akik elszenvedtek egy katasztrófát, sorsközösséget alkotnak, ezzel meg is tudják támogatni egymást. Az azonos sors még egyéni traumák kezelésénél is fontos tényező, nem véletlenül szerveződnek csoportok az öngyilkosok hozzátartozóinak, az erőszak áldozatainak vagy a daganatos betegeknek. A katasztrófák esetében azonban egy már létező közösségben következik be a baj, éri csapás annak tagjait, kihatva az egész közösség további működésére is.

Jól szemlélteti ezt egy devecseri 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, mennyire értékelték a házát.

A katasztrófakríziseknél is jól leírható a gyász-munka 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

vékenységben, a kárenyhítésben találja meg ki-ki a maga szerepét. Szokás ezt az idillinek tűnő időszakot *mézeseteknek* is hívni, mikor mindenki hősiesen teszi a dolgát. A konvencionális határok elmosódása reményt adhatna arra, hogy a közösség egy magasabb szinten konstruktívan újjászerveződjön.

De általában nem így történik. A károsultak nem tudnak szabadulni a *veszteségeik* fájdalmától, folyamatos figyelmet, megértést várva. A „szerencsések”, akik nem szenvedtek kárt, hálátlanok 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 döbbsennie minden érintettnek, hogy a veszteségeit neki magának kell elgyászolnia.

Ebben nagy segítséget jelenthetnek a közösségi szintű akciók, mint pl. az évfordulókon tartott megemlékezések. 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 lelki egyensúly helyreállításához 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 elteltnie 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 hatástalan, 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 egymástól, 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 töredezettség a célirányos, integrált önvédelmi rendszert megbontja lehetetlenné téve, hogy az élmény beépüljön a személyiségbe. Ez azonban a későbbiekben megmagyarázhatatlan reakciókhoz vezet. Az ún. *poszttraumás stressz zavar* (PTSD) tünetei 3 fő csoportba rendezhetők:

- a *hiperarousal* (fokozott éberség) az állandó veszélyváráshoz kapcsolódik,
- az *emlékbetörés* a bevésődött traumatikus pillanat újraélése,
- a *beszűkülés* pedig a megadás, tehetetlenség okozta tompultsághoz köthető.

Az ilyen zavarral küzdő emberek számára a világ folytonos harci terep, ahol bárholnan 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 élmények átalakítják az emberi idegrendszert.

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 bevillanások, 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 félelmet, a rettegést. Spontánul, furcsa módon, tudattalanul is gyógyítani szeretné magát azzal, hogy ismétlési kényszerszerűen hajtván újból és újból veszélyes helyzetekbe sodorja magát.

A tehetetlenség, kiszolgáltatottság állapotában minden ellenállás hiábavaló, az ember megadja magát. A félelem az elviselhetetlenségig fokozódik, amivel szemben a tudatállapot módosításával lehet védekezni, nem venni tudomást a veszélyről. Az észlelés beszűkül vagy eltorzul, ami érzéstelelnedéssel 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 ilyen-mivel állunk szemben, hogy furcsa, megmagyarázhatatlanul önromboló viselkedést tapasztalunk az áldozatoknál.

A családban kellene megkapnia a gyermeknek a szerető gondoskodást, ami megalapozhatja a világgal és az emberekkel szembeni bizalmát. Ha az édesanya (vagy más gondozó, akivel szoros érzelmi kapcsolatban van) felismeri és kielégíti gyermeke szükségleteit, elő tudja idézni benne a jóllét állapotát. A gyermek azt tapasztalhatja meg, hogy a hiányérzetét megszüntetik, méghozzá oly módon, hogy közben az érésehez, fejlődéséhez szükséges szociális ingereket – simogatást, ringatást, becézést – is megkapja, ami jólesik neki.

Ehhez a kívánt állapothoz képest az is komoly mentális károsodást okoz, ha elhanyagolják. Tulajdonképpen ezt is fölfoghatjuk a bántalmazás egy lehetséges formájaként, de mindenképpen veszélyeztetettséget jelent. Nem vezet azonban traumához.

Az *effektív bántalmazás* azonban igen, mivel ezek az események meghaladják az ember (s persze a gyermek) mindennapi alkalmazkodásának képességét. Az egészségesen működő családban nem fordul elő a gyermekek 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 valamilyen stratégiát, ami oldja az örületig is fokozódó disszonanciát, össze nem illést.

Ilyesmi figyelhető meg azoknál, akiket elrabolnak és bántalmaznak: ahhoz, hogy kibírják, valamilyen 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 fájdalmas, megterhelő 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 bábbá válik. S nemcsak saját maga és az érzései között tátong szakadék, hanem közte és a többi ember között is. Vagyis nem lesz képes érzelemteni, intim kapcsolatokat kialakítani, egészségesen kötődni valakihez. Ugyanakkor a személyiség egysége sem valósulhat meg, úgy is mondhatjuk, hogy az „én” töredezetté válik.

A traumát súlyosbítja, hogy a bántalmazó mintegy eszközként bántik 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 pusztán tárgyként funkcionál, az ő vágyai, érzései nem számítanak. Nem elég, hogy szenvedést 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 végéig.

Az érzelmi élet súlyos zavara abban is megmutatkozik, hogy nem képes az egyén szabályozni érzelmi állapotait. A szabálytalanul fellépő izgatottság, s aztán a kiüresedés érzése nagymértékű szorongást okoz, ami öncsonkítással, önmaga elleni erőszakkal tud csak átmenetileg enyhülni. A bántal-

mazott gyermekek sokaságánál érhető tetten önmaguk kínzása, különösen szexuális bántalmazás után. Ilyenkor még a bűntudat 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 összezár, a külvilág számára rejtve marad az agresszió, sőt, nem egyszer kifejezetten „jó” család benyomását keltik. De még az áldozat számára is sokszor rejtve 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 szenvednie. 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 megteremtése* a stabilitást adja a kiszámíthatatlan veszéllyel 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 tárni 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 mindennapi életben. Így többé nem kell már azokat kiszorítani a tudatból, hanem a múlt elfogadható részévé válhatnak. Az elszenvedett veszteségeket meg kell gyászolni, csak azután lehet elengedni, megbékélni 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 kapcsolatait helyett újakat kell létrehozni. Meg kell tanulnia küzdeni abban a hitben, hogy képes önmagért kiállni, megvédeni magát. Mindez óriási munka, nagy elszárást kíván, de megéri, mert végre meg tud békélni 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 teremtettség 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 vészhelyzeti 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 szakpszichológusi 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 létben 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 lét kínos, sokszor megdöbbentő módon feltárja az egyén félelmeit, gyengeségeit, árnyoldalát, sokszor a benne rejtőző szörnyet is. Van, aki pedig megtapasztalja ennek a másik oldalát: azt, hogy a közösség igazágtalan, vagy akár elutasító tud vele lenni, végső 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.

Felnőttként is nagyon nehéz átélni ezeket a helyzeteket, gyermekként, kiszolgáltatottként, kevés élettapasztalattal és énvédő mechanizmussal bírva pedig még fájóbb és ártóbb, ha valaki a közösség agresszivitásának céltáblájává válik.

DAN OLWEUS kezdte elsőként kutatni a kortárs bántalmazást, Svédországban, iskolás gyermekek 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 mivoltát, mert csak így lehet igazán megérteni a folyamatot és hatékonyá 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 híresztelik róla, hogy ellopta tulajdonosától,
- az osztály cipősszekrényének rendbetételekor kidobják cipőit az iskola egy távoli kukájába,
- megfenyegetik, hogy megverik, ha nem adja nekik rendszeresen otthonról hozott uzsonnáját, majd azt követelik, 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% körüli 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 ismerete segít egy tágabb szemlélet kialakításában és majd az egyes esetekben el lehet dönteni, 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 életévben a kisgyermek számára jelentős személlyel (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).

Szociális 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 iskolákra jellemző, melyeket merev szabályrendszerek, szigorú hierarchia és a demokrácia hiánya jellemeznek (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 elmélettel 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 kortárs csoport, mint lényeges mintaadó, befolyásolja a tagok viselkedését, méghozzá 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).

Vonzásemélet. 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 közösségben, 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 sikerrel 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 védik és nem segítik, ezért beletörődően fogadja bántalmazását.

19.3.2. Zaklatók

A kutatások azt mutatják, hogy családjukban sokszor nem törődnek ezeknek a gyerekeknek a valós igényeikkel, azaz lehet, hogy átlagos, nem bántalmazó családban nőnek fel, azonban a szülők nem hangolódnak rá megfelelően a gyermekekre, 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

Ők vannak a legtöbben a bántalmazásban részt vevők között. Közöttük van, aki a zaklatót támogatja aktív vagy passzív módon, van aki az áldozattal érez együtt, és vannak, akik tétlenül 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 hozzátartozói és ismerősei semmibe veszik a félve felvett panaszokat és túlérzékenynek minősítve az áldozatot, egyedül hagyják, sőt tagadják a bántalmazás okozta valós lelki sérüléseit.

Közvetlen bántalmazási formák. Esetekben könnyebben felismerhető, az áldozat számára is világos, ezért hitelesebben elmondható események történnek:

- fizikailag bántalmazzák (megverik, lökdösi),
- 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 tehetetlen a bántalmazással szemben. Példák ennek formáira:

- az áldozat gúnyos, folyamatos nevén szólíttatása,
- 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 burkolózni 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 prevenció 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 történeteket, 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 lakás-kulcs esetén a szülők aránytalanul erőteljes önvédelmének lehetnek tanúi).

Érthető, hogy nem szeret iskolába járni, ezért amikor csak lehet, igyekszik valami indokot találni annak elkerülésére. A legkülönbébb szomatikus tünetek alakulhatnak ki, megmagyarázhatatlan rosszulletek léphetnek fel, megváltozhatnak étkezési szokásai (csökken az étvágya, vagy épp ellenkezőleg: a feszültség csillapítására többet eszik), elalvási vagy átváltsi problémái támadhatnak. Ha fizikailag bántalmazták, ütésnyomok jelenhetnek meg testén, melyeket igyekszik elrejteni, és eredetükről nem akar számot adni. Eltűnhetnek személyes dolgai, nem csak az értékeesebbek, 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 közösségben feszültségek alakulnak ki, melyet egyrészt az egyes tagok visznek magukkal, másrészt a csoport, esetleg a csoportra ható külső személyek váltanak ki. Bántalmazás során ez a feszültség – mint egy szelepen keresztül – levezetődik. A közös, 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 csoporthierarchiában elfoglalt vezető pozíciója megerősödik. És bármilyen furcsa is, a bántalmazással közvetlenül nem érintett szereplők számára

időkitöltő, unaloműző tevékenység is valakit bántalmazni.

19.7. A Bántalmazás Hatásai A Résztevőkre

A bántalmazás résztvevőiben nem tűnnek el nyomtalanul az átélték. Az áldozatban a legkülönbébb 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 kimutatható a többi bántalmazás-résztevőhöz 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 megjárta, 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 kortárscsoport elutasítja és értéktelennek 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 segítségké-

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 (gyermek 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 tudatalanul választott szerepét teljesítik be. Amennyiben a bántalmazót megbüntetik és az áldozatot teljesen tehetetlenként és kiszolgáltatottként kezelik, azt igazolják számukra, hogy úgy látják 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 döntöttek, hogy felelősséget vállalnak tetteikért.

19.9. MIT TEHETÜNK?

Van néhány általános szabály, melyeket már bántalmazás gyanúja esetén is érdemes megszívlelni.

Figyелjen és reagáljon az eseményekre!

A kortárs csoporton belüli bántalmazás igen nehéz helyzetek elé 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, igyekezzen 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 gúnyolódnak vele.) Ugyanakkor fontos szem előtt tartani a következő szempontokat is.

A beavatkozás során ne erősítse meg a résztvevőket saját szerepükben.

19.9.1. A szülő lehetőségei

A nyitott, elfogadó otthoni légkör, a gyerek valós igényeire odafigyelő szülő fogalma már elcsépeltnek 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 beszélni, 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 internetes barátai, kapcsolatai iránt. Érdemes utána olvasni az internetes 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 végig, ne vonjon le túl korán következtetéseket a történetekkel kapcsolatban. Fontos, hogy tudja, hogy együttérzünk vele, ám semmiképpen 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.

Biztassa 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 osztályfőnökkkel. 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 toleranciában, a konfliktuskezelésben.

Csapatépítő játékokkal, drámajátékokkal el lehet mélyíteni a gyermekek saját magukra és a másokra 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 örömét.

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 fiatal korban 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 Oláhdelelő gyülekezetének lelkipásztora. Debreceni pasztorálpszichológiai képzése során talált rá a zenével segített mentálhigiénére mint témára. 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 értékeknek. Az Ige is, a zene is a léleknek szól, és mindkettő 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

„A zene hidat ver a szellem és az érzékek világa között, büntelen extázist vált ki, dogma nélküli hitet hordoz, hódolatteljes szerelmet, magáról az emberről szól, aki otthon érzi magát a természetben, a végtelenben”.

(Yehudi Menuhin)

20.1. BEVEZETŐ

ÉLETÜNK 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 zenének, és nem tud megállni, csakis a folyó időben létezik, miképpen az élet. Elbírní 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 hangszínek, a dallam spirituális élmény, felerősíti a lélek érzékenységet, kivetíti az érzelmeket, megszólaltatja a láthatatlant.

Az örökség, a megtartásra való bizalomajándék a lélek, az élet lélekmentés, a közeg a zene. Kölcsönhatásban vannak. Ahol nincs szöveg, ott nem gondolatszintű a kommunikáció, a figyelemnek koncentrált formájában az érzelme 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 szorítózunk-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 öröme 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 végérvényes harc a harmóniavágyunk kiegyenlítése, noha teremtettségünkkel együtt hoztuk magunkkal, amíg itt vagyunk a földön, csak keressük, 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 mindent, de hiszek, vágyakkal élek, de ezek hajtanak, és nem béklyóznak. Az áldások és hiányok között formálódok azzá, akivé 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 jellempróba. Tükör.

Pótcselekvéseinkben elveszítjük 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. Érzelekműködtető élmény, amely helyzetbe hoz, közösséget formál, elvárásol, átváltoztat, megmozgat. A zene spirituális tér, amelyben test, lélek, művészet egygőze ölelkezik.

20.2. ALAPVETÉS, ELHELYEZÉS TUDOMÁNYTERÜLETEKEN

A zenebefogadás komplex folyamat, zenét éppen úgy feltételez, mint képzeletet, lelkiiséget. Hatása is komplex, többretegű. Nemcsak fülünkkel, de lelkünkkel is párbeszédben áll, befogadásához csendesség, teljes figyelem, meghitt légkör, 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, aszociációkat keltsen bennünk. Játékszerűek, de többek, mint játék, ugyanis minden reakciónk leleplez minket. Körvonalmazódhatnak 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 tükrözni a zene – ilyenkor zeneterápia-közeliek a játékok, mégsem tagolhatók be a zeneterápia körébe, a jelenlevők ugyanis nem betegek, nincs bennük fogyatékoság, sem viselkedésszerű probléma vagy testi-lelki sérülés, és diagnózis sincs. Ehelyett harmóniakeresés, önreflexió a jelszó, a foglalkozás pedig személyiségfejlesztés útjait kereső közösségi együttlét. Együtt, mert egymást tükrözzük, és mert csak egymással kölcsönhatásban vagyunk jellemezhetőek. *Kapcsolataink* van-

nak a figyelem középpontjában, mert kapcsolatainkban élünk. Minden a kapcsolatról szól. Ebben a viszonyrendszerben keressük segítőként a személyes lelki harmónia megtalálásának eszközeit, amely folyamatban a zene nem a megoldást jelenti, hanem a közeget, a közösségi zenés együttlétben 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 konkrét célok is körvonalmazódnak, amint a csapat fogokzatosan csoporttá lényegül, amely folyamatnak ugyancsak segítője lehet a zene. A nyitás lépései saját elakadásaik tudatosítása, megnevezése, a megoldás útjainak keresése biztonságos, megtartó közegben, egymás megerősítése, pozitív tükrözése, az érzelmekre hangolódás, örömszerzés, önreflexió, önmegértés, együtt alkotás, feszültségoldás, kapcsolat-teremtés. Ebben a törekvésünkben nagyon fontos tudnunk a segítség lehetőségeit és korlátait, a kompetenciahatárokat.

Ez a misszió, a lelkiség közvetítése, hangsúlyossá tétele, belopása a hétköznapiakba,

a lelkek felemelése, amelyhez segítségül hívom a zenét, a fotóművészetet, az irodalmat, a tánc- és mozgásművészetet (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 értékközvetítés a cél. Az érzékek világának kapuit tárom fel. Különös séta ez, amelyre nem lábbal, hanem füllel és lélekkel indulunk.

Célom olyan játékos esztétikai-zenei tevékenységek beépítése a mindennapokba, 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 koreográfiát

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 felettünk egy újabb nap, amelyben egy gondolatnyi lépést tettünk önmagunk felé, afelé, akivé 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 művészi szípre érzékeny lelkek számára. Kulcsszavaink: képességfejlesztés, közösségformálás, a szép keresése hangzásban, 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 épsége érdekében. A zene testmozgással való megjelenítése mint koreográfia – a hangok és a képi forma is kommunikáció. Keressük az elvonatkoztatás útjait a megszokottól, hétköznapiól, ünnepi pillanatokat teremtve, melyekben lényünk egésze a közlő és befogadó, az ajándékozó és megajándékozott.

KOKAS KLÁRA alternatívnak számító zenés foglalkozásain a gyerekek mozgásos közlései, átváltozó táncai a legbelsőbb rezdülések, a még érdekmentes gyermeki lélek legőszintébb megnyilatkozásai. Zene és mozgás összetartoznak. KOKAS KLÁRA olvas a mozdulatokból, ő a szavak elé igyekszik, a gyerekek

mozgásában a lélekre figyel, arra, ami a zene hatására mozgásközlése révén a gyerek egyéniségéből megnyilatkozik.

„Mivel tanításomban nem a tananyag-ra, 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 ösvényeiket, és csak a megadott korlátok közt járnak. Ha ezeket megszokják, akkor önkifejezésük ösvényeit később sem találják meg, nem is keresik, még kifejezett hangszeres, énekes vagy mozgási képességük birtokában sem.”

„Célom a gyerekek zenei élményének mozgáshoz kapcsolása. Sajátos helyzetükből fakadó, igen merev mozgásuk felszabadításán dolgozom, minden, számomra elérhető módon. Képzetet, mozdulatot és zenét együttes élménnyé segíték.” – 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 gyermekkorunkban mindannyian tudjuk, s később szinte kivétel nélkül elfelejtjük... Felnőtségnek nevezzük 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. Mindenkinnek van esélye helyzetbe kerülni ahhoz, hogy tapasztalhasson, másként érzékelje a körülvevő világot, annak hangjait, ingereit és saját lélek-rezdüléseit. Sok eszköze lehet ennek a másként látásnak – a zenés estéken ez az eszköz a zene, az irodalom, a fotóművészet, a mozgás és művészetterápiák.

20.5. ESZKÖZÖK, FELTÉTELEK

Az akusztikusan megfelelő hangulatos és külső hangok beszűrődésétől védett 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 hozzátartozik a jól megválasztott, változatos stílusú és ritmusú zenei repertoár, illetve élő zene. A további kellékek a választott zenés foglalkozás függvényei, irodalmi szövegek, különböző fotográfiák, laptop, vetítő, játéktáblák és a megvalósításukhoz szükséges kellékek.

20.6. INSPIRÁCIÓS FORRÁS: FOGLALKOZÁSOK LEÍRÁSAI, ÖTLETTÁR

A zenés foglalkozásokat, asszociációs zenés esteket az interaktivitás, felszabadító, fantáziamegmozgató játékoság, stresszoldás, élményszerűség, esztétikai élményszerzés jegyében állítottam össze. Ennek megfelelően észrevétlenül és spontán módon közösségformáló, együttalkotást, odafigyelést, kreativitást feltételező együttlétek keretében formálódott, csiszolódott a résztvevők zenei-irodalmi esztétikai értéke, miközben az estét és lelkünket megzenésítettük. Asszociáción alapuló zenés játékaink közül bemutatok hármat, amelyeket bárki könnyen megvalósíthat, amelyekhez hasonlókat bárki szabadon felfedezhet, amelyek megvalósításához nincs szükség előképzettségre, csupán a zene iránti fogékonyságra, zenei szépérzékre, kíváncsiságra, nyitottságra. És természetesen néhány jól kiválasztott zenedarabra, amelyhez példaként ajánlást is csatolok.

20.6.1. Zenefejtés

A zene érzelmközvetítő hatása. Ennek az állításnak az igazságát keressük, próbáljuk saját élményűen bizonyítani. Célunk a zenehallgatás tudatossá tétele, saját élményeinknek, benyomásainknak megfogalmazása, a zene stílusának, hangnemének, dallamvezetésének, üzenetének megfejtése, a képzelőerő serkentése, a zene történeté formálása, élményszerűség.

Ismeretlen nyelven énekelt, érzelmközvetítő hatású dalt hallgatunk közösen. Előzetesen szempontot adunk: a zenehallgatás után a résztvevők a zene által közölt érzelmekre figyelve próbálják megfejtetni a dal szövegét. Legjobb, ha zenehallgatás alatt néhány szóban lejegyzik ötleteiket, benyomásait.

Miután mindenki szabad döntése szerint elmondta, amit akart, felfedjük a szöveg eredeti tartalmát. Ha címszavakat kértünk, lehet címszavakkal kezdeni, azután jöhet 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, nyugalma emlegeti, a zöld sziget legfehérebb homokját. Bár sok vihar megtépázta, ez szívének 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 választékos 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 kivetülése, hangulata összetetlankodik a fényképek hangulatával. Mindenki szabadon értelmezhet, asszociálhat, ehhez képet 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 megszólítóak. Éppen azokat az élményeket, érzelmeket kívánják kihangsúlyozni, amelyek a hallgatók, képnézegetők gondolatait kitöltik, így egyfajta tükröi is a résztvevők belső világának. A foglalkozás beszélgetéssel folytatódik, az élmények feltárásával, a választásról szóló önvalomással. Bizalmas légkörben 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 figyelem fejlesztése, érzések, érzelmek, gondolatok megfogalmazása kép-választás által. Zene és kép találkozási pontja, zenehallgató képnézegetőkben, esetleg a zene történeté 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 hőmpölygő meséhez.

Megjegyzés: lehetőleg egy alkalommal csak egy zenével játsszuk ezt a foglalkozást. Minden alkalommal legyen lehetőség az élmények 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. Stafétaszerű, 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, tükrözzük egymást, miközben észrevétlenül táncosokká válunk. Egy másnak és magunknak esztétikai élményt nyújtunk.

A zenés tevékenység alatt, az egymásra való fokozott figyelemben csoporttá formálódunk, amint egymás mozdulatait mint gyöngysort, egyre hosszabbra fűzzük, újra-alkotjuk, újabb mozdulatfigurákat adva hozzá a már meglevőkhöz. Asszociáció ez is – a zenét és a testet összehangoló, találékony-ságot, kreativitást serkentő komplex feladat, projekció, egymásra figyelés. Kulcsszerepet kap az improvizáció, a rögtönző kifejezés-mód, 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 magáét, végül helyet foglal. A harmadik táncos már két mozdulatot ismétel meg, csak azután teszi hozzá az újat. A mozdulatot stafétaszerűen 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, egyéni-vé lényegíti saját testi adottságai szerint. A mozdulatok segíthetik a zene mélyebb átélését. 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. Félénkséget, kíváncsiságot, különböző érzelmeket. Van, aki lelkesedve, áhítattal libben, van, aki félénken fordul – fokozatosan finomulnak a mozdulatok egyre ötletesebbekké. Egyfajta szavakat nélkülöző párbeszéd jön létre táncos és zene között, közöttünk. Ez már közös játék. Együtt alkotás.

A végeredmény: egy adott zenedarab szabdon, sajátos módon megkomponált koreográfiája. Változat: a feladat elején egy-egy tárgyat vagy eszközt kap minden résztvevő, amelyet a tánc során beiktat a koreográfiába.

Zeneajánlás

- Madredeus: Andorinha da Primavera
- Memorias Musicales Colombianas 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 lelkeséget, szép iránti igényünket is tőle kaptuk. Hogy elnevezzük, ölébe sírjuk érzelmeinket, szavak nélküli imáinkat zene, kép, spontán mozgás, játék által. Tanuljuk a gyermekséget, a bizalmat, a befogadást élménypedagógiai

elemekkel. Maga a művészetterápiás foglalkozások megalkotása is élmény, öröm, 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: Multidiszciplináris kutatási lehetőségek a Kokas-módszer 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, esszék, 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 óvodapedagógusi hivatást 1984-ben kezdtem el tanulni, és gyakorolni. A Bem József Óvónői Szakközépiskola után a Budapesti Tanítóképző Főiskola Óvodapedagógusi szakán folytattam tanulmányaimat. 1989 óta dolgozom Budapesten, az albertfalvai Bükköny Óvodában. 2011-ben gyakorlatvezető mentorként szakvizsgáztam az ELTE Tanító és Óvodapedagógusi 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. Göbel 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 VÁRÉPÍTŐ MEG A FORRÁSFAKASZTÓ TÜNDEÉR

21.7. A SOKARCÚ HŐS

21.8. ZÁRÓ GONDOLATOK

AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

*„Hagyjatok szaladni még,
Tündérekbe hinni.
Fehér csészéből szelíden
Fehér tejet inni.”*

(Kosztolányi Dezső)

21.1. BEVEZETŐ

NAGYON SZERETEM a hivatásomat. Óvónőnek lenni igen nehéz, de lelket gyönyörködtető feladat. Reggelente, amikor belépek a csoportszobám ajtaján, még minden csendes. A játékpoliccon ma is szép rendben sorakoznak az autók, a kiságyban ülő babán még rajta van a ruha, a kosarakban csak néhány hegyét veszett ceruza árulkodik arról,

hogy tegnap még gyerekkezek markolták. Andris macsó terpeszben ül a polcon. Most pihen. Néhány napja még velem volt Érden, ő is nyaralt. Tegnap a gyerekek körbeadták, és megölelték. Mindenki elmesélte, merre járt a nyáron. Őt is meghallgattuk, nem maradt ki a sorból senki. Mindenre jutott egy kis idő. Egy nagyon kicsi, mert ennyi volt a gyermeki türelem is, ami ki tudta várni a végét. Aztán elénekeltük 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 csend. A gyerekek elhallgatnak, a szemük beleréved a levegőbe, és messze lát: hol volt, hol nem volt világba. Beindulnak a vetítógépek, és a monda-taim huszonegyféle 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 felolvasunk, hanem szemeikbe nézve mondunk el. ZILAHY JÓZSEFNÉVEL együtt valljuk:

„A mese: a valóság és a vágyak közötti híd, amelyet az élőbeszéd fordulataiból építünk fel. Ezen könnyen közlekedik a gyermeki gondolkodás és képzelet. Örömforrás és társas élmény, amely a játékhoz 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 tükörképet. Amit mesélünk, az mindig konkrét és érzéki, mégis térben és időben hatalmasan kitágított.” (Zilahi 1998)

Mesei szóhasználatával 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 forduljunk segítségért. Megtanít minket az életjáték szabályaira, és arra, hogyan járhatunk jól az úton.

A meséknek a gyermeki lélekre gyakorolt hatásait sokan kutatták. BOLDIZSÁR ILDIKÓ *Meseterápia* című művében úgy fogalmaz, hogy nincs olyan élethelyzet, aminek ne lenne mesebeli párja. Ha tehát szeretném a bennünk rejlő évezredes tudást, és élettapasztalatot a gyerekek számára átadni, és az aktuális életkérdéseikre felelő választ megtalálni, feladatommá válik a mesék alapos tanulmányozása és megismerése.

Pedagógusként minden nevelési helyzet-re igaznak érzem, hogy a legnagyobb hatalom mégsem az én kezemben van. Valójában 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 gyermekkorban. 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. Gyarapodik 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 mondani az óvodásoknak. Jelen írásomban szeretném 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 gyermekeikkel Meseországba.

21.2. JÁTÉK ÉS MESE

Az óvodások legfejlesztőbb tevékenysége a szabad játék, amelyben mindenféle külső irányítás, felnőtt elvárásokhoz való alkalmazkodás nélkül tevékenykedhetnek. A játékok szervezésében, tartalmában, az események eljátszásában a gyermekeknek teljes önállóságot engedünk. Képzeletükre bízunk a játék menetét, a szerepformálást, a hely és az eszközök kiválasztását. Megte-remtjük azokat az alapfeltételeket (idő, tér, eszköz, érzelmi biztonság, inspiráló légkör), amelyben a gyermekek lehetőséget kapnak arra, hogy az önmaguk által kitalálva, és saját élményeikből táplálkozva megélhessék, és kijátszhassák magukból mindazt, ami a világból megérintette őket. Szerepjátékaikban mindazt megjelenítik, amire vágnak, amit örömmel újraélnék, vagy amit éppen azért „állítanak színpadra”, mert a játékban lehetőségük van megváltoztatni, újraírni a számukra megrázó, esetleg félelmetes történeteket. „A gyermek a szerepjátékban az élményeit jeleníti meg, érzelmeit, gondolatait belevetíti, projiciálja, a szereplő személyek cselekedeteibe, szavaiba, lejátszsa 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 átéli 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 mozgástérben jelennek meg. Ahhoz, hogy ez megvalósulhasson elengedhetetlen az érzelmi biztonságot nyújtó óvodai légkör, a szeretetteljes, a gyermeki szabadságot tiszteletben tartó pedagógusi jelenlét.

Sajnos a mélyebb érzelmi traumák megbetegítő hatásait a szerepjáték csak lassan, és felületesen tudja kompenzálni. „...a játék sajátosságainál fogva hiányoznak a konkrét téri-lelki keretek, amik biztosíthatnák a gyermek számára azt a jól körülhatárolható feldolgozási teret, amiben a felnőttel tükröztetni 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 elé, amit a felnőtt 'kénytelen' tűzoltás szerűen kezelni.” (Göbel 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 hétköznapiakban is lehetőség adódik a gyerekek megsegítésére.

21.3. MESESZÖNYEG

Az irodalmi nevelés mesei anyagát első sorban a magyar népmesék kincsesládájából állítottuk össze. A népmesékben rejlő emberformáló erőt felhasználva igyekszünk

megvalósítani anyanyelvi, esztétikai, erkölcsi, közösségi nevelési céljainkat.

Mindennap megteremtjük a feltételeit az óvónői mesemondásnak, amelynek a napirendben „megszentelt” ideje és helye van. A mesélésnek sajátos rituáléja alakult ki minden óvodai csoportunkban. Van, ahol furulyaszó, van, ahol csengettyű hangja, és van ahol a meggyújtott gyertya fellobbanó fénye jelzi a hétköznapi valóság és a meseország határának átlépését. A rituálé hozzásegíti a gyermekeket ahhoz, hogy a külvilágot kizárva figyelmüket a mesélőre, a mesére irányítsák. A szönyegen kört alakítva helyezkedünk el.

„Ősi, 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 biztonságálményt nyújtó funkcióját:

„A köralakítás határkijelölés is egyben. Minden egyes gyermek a többiekkel együtt alkot közös határvonalat, ami elválasztja a külvilágtól. A játéktér szőnyeg, párna, vagy bárányszőr, határa biztonsággal kijelöli gyermek számára a fizikai tér határait, mintegy segítve őket abban, hogy a határokon belül maradván a kör közepe felé irányítsák figyelmüket, energiáikat. Mindenki egyként, de a kör részeként is biztonságban, védetten, bizalommal lehet a csoportkör egyenrangú és egyenértékű tagja. Megélheti egyediségét és saját hozzájárulását a közösséghez.” (Göbel 2012)

Amikor a gyermekek szemébe nézve mesélünk, sajátos figyelmi tér alakul ki közöttünk, és ebben a figyelmi térben az irodalmi

élmény hatása hatványozottan érvényesülni tud.

A gyermekek „mesét hallgató” viselkedésformái – a hátra ejtett fej, kinyíló száj, levegőbe révedő tekintet – jelzik beállítódásukat a mesére, a rendkívüli, a valóságostól távol lévőre, a csodára, amely egy sajátos válaszreakció a mesét mondó óvónő mesei hangjára, megváltozott beszédstílusára, mimikáival, 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 világról alkotott tapasztalataik 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 „elvarázsolt” 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, vonzóbbá, varázsolják. Ezért szeretik hallgatni, átélni a csodákkal átszőtt történeteket.

A mesék birodalmába a képzelet szárnyain 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 megteremtse 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 vágyai, 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 immunrendszert.” (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 nemzedéknek 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, tapasztalatainktól távol eső világhoz. Az archaikus törzsi közösségek mágiával és rítusokkal átszőtt 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 jelentősen eltér a 21. században elterjedni látszó vágyképtől, amely elsősorban a világhálón való tájékozódástól, a közösségi portálokon 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 nemzedéknek. *„... a felnőtt életnek is megvoltak a különböző sorsfordulói, amelyekhez a mesélő mindig 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 közegéből.”* (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 gyermekek 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 bekebelezi 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 megküzdzeni 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 szaporábbak, ha mesélnek nekik.” (Boldizsár 2004) A mesék élni 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 párja, amely segítségül szolgálhat az úton járónak, útjelöléshez érőnek mocsáron átkelőnek, az erdőben eltévedteknek egyaránt. BOLDIZSÁR ILDIKÓ kórházban fekvő gyerekeket is gyógyít mesékkel, és számos kisbeteget 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 gyermekek gondolkodási sajátosságainak, és a mesék gyógyító hatásainak ismerete vezetett arra, hogy óvónóként 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 megsegítésére, mert magam is ezen az úton járok. A mesék tanításait a legmagasabb rendű szellemi tanítások közé sorolom. Hiszek a szereket, a jóság erejében a rossztól való megszabadulás, megváltás lehetőségében. Hiszek abban, hogy legfőbb célja az életnek az önmagam nemesítésén való fáradozás mellett a közösségért, embertársaimért végzett tevékenység. Én is vallom PRESSING LAJOS gondolatát, aki a mesék spirituális útként történő értelmezéséhez egy olyan nézőpontváltást javasol, amelyben: „saját életünket is egy mesének fogjuk fel”, és aki szerint, ha ezt a szempontváltást elvégezzük, akkor „a mesék vezetőinkké válnak” – megszólíthatjuk őket, és választ adnak a kérdéseinkre (Pressing 2009).

21.4. A HIT PRÓBÁJA

Az, hogy egy kisgyermek számára aktuálisan mi okozza a legnagyobb problémát, mi az, ami foglalkoztatja, esetleg megterheli, többek között a szerepjátékaiból, a rajzaiból, és a vele való beszélgetésekből is kideríthető. Természetesen az óvodában lehetőségünk van a gyermeki életút a fogantatástól, az óvodáskorig tartó szakaszának mélyebb megismerésére a szülőkkel való beszélgetések, az anamnézis felvétele során is. A továbbiakban egy, az óvodai csoportomba járó, ötéves kislány esettanulmányának részleteivel szeretném illusztrálni, hogyan tudom nevelőmunkámban a mesékben rejlő gyógyító erőt felhasználni.

Az esettanulmányból csak a közvetlenül a témára 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 édesanyja 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 édesanyja elmondta, hogy otthon a kislány néha furcsán viselkedik. Erős, szélsőséges érzelmi reakciói vannak. Sokszor indulatos, hisztizik, ilyenkor nehezen lehet megnyugtatni. A szülők nem élnek együtt, az édesapa elköltözött otthonról, csak hétvégénként, illetve a hét bizonyos 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 megzavarta, 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 édesanyja kivizsgálásra vitte, mert arra gyanakodott, hogy Halacska feszült viselkedése, ingerlékenysége hátterében talán betegség áll. Ez a gyanú beigazolódott. Kiderült, hogy a kislálynak nagyon magas a vércukorszintje. 1-es típusú diabéteszt állapítottak meg nála. Azonnal diétáznia kellett, nem ehetett 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 témájú képet rajzolt. Elmesélte, ki van a képen, és mi történik vele (21.1. ábra).

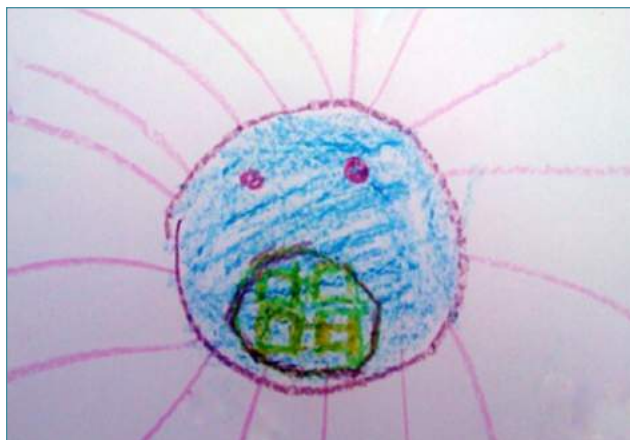


21.1. ábra Halacska

- Ez egy halacska. Egy üvegben van, és megfullad. Fogja a szekrényét, meg a képét. Egy gonosz ember rakta bele. Az üveg a vízben van. A víz hullámszik. 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 csavarozni.

A következő hetekben egyre nyugtalanabb lett. Édesanyjával orvosi vizsgálatokra járt, többször vettek tőle vért, ellenőrizték vércukorszintjét. Egy hónappal a halacska képe után újabb, szokatlan képet rajzolt. Az emberarcú, nyitott szájú napocskájáról a következőt mondta: (21.2. ábra).

„Dühös napok, fogakal: A dühös nap a második pszichodiagnosztikai típushoz, a meleget nem árasztó nap tartozik. A nap dühös arca kifejezi a rajzoló frusztrációját, dacos, vagy ingerlékeny lelkiállapotát.” (Vass 2006)



21.2. ábra „A doktor néni megvizsgálja a napocskát”

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 megnyugtató, szorongásának oldása érdekében.

Az édesanyjával 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

megrémül, szinte pánikba esik. A folyamatos frusztráció, amikor nem lehet bizonyos élelmiszereket, dühössé, agresszívvá teszi. Ebben az érzelmileg felfokozott állapotban a vércukorszint is tovább emelkedik. Fontos lenne, hogy a kislány el tudja fogadni ezt a megváltozott helyzetet, belássa, hogy az ő érdekében fontos a diéta betartása, a cukros ételek, édességek elhagyása.

Természetesen a belátás nehezen várható el egy kisóvodástól, akit a vágyai, érzelmei irányítják.

Azon gondolkodva, vajon milyen mesével segíthetnék Halacska félelmének oldásában, kezembe vettem 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 érdeklődésem 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, mindig 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 lakott a Tartod nevű hegyen. Ez a két tündér örökösen versengett egymással, s különösen azon versengtek, hogy melyik szebb a kettő közül. Hát bizony nehéz lett volna ezt eldönteni, mert mind a kettő egyformán szép volt. Azt mondta egyszer az egyik tündér: — Ha már nem tudunk megegyezni abban, hogy melyik szebb kettőnk közül, próbáljuk meg, melyik végeze szebb munkát. Az legyen aztán a szebb is.

Nosza, az egyik tündér gyönyörű szép várat épített a Tartod hegy tetejére. 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 munkájával, akkor ért oda egy öregember, s bezzeg mindjárt közrefogták, s kérték, hogy mondjon ítéletet: szebb munkát melyik végzett. — Ugye, az én váram a szebbik? – 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 szebbik, mert ez a hasznosabb.

Hej, szörnyű haragra lobbant a várépítő tündér! Egyszeribe kiszedte a vár alapköveit, s abban a pillanatban összeomlott a vár, híre-pora sem maradt, ám megmaradt a forrás a hegy tövében, s a szomjas emberek ma is áldva áldják a tündért, aki a forrást fakasztotta (Benedek 2012).

21.7. A SOKARCÚ HŐS

Él bennünk a várépítő, aki a kézzel fogható anyagi valóság, biztonság felépítésén igyekvő, aki a földi vágyak kiélésére törekszik, önmaga felé fordul, saját magát védi, de él bennünk a forrásfakasztó is, aki lelki értékekben gazdag, ezekből adni tud, másokat gyarapít, gyógyít.

Van testünk, és van lelkünk. A test szépségénél a lélek szépsége magasabb rendű. Hasznosabb, értékesebb. Ő képes gyógyítani. Ő képes a vándor szomján enyhíteni. A vándorén, aki szintén mi magunk vagyunk, a bennünk élő hős, aki, miközben életútjának célja felé halad, néha elfárad, elfogy életerejé. A forrás pedig az élet vize, Isten lelke, a hit a remény és a szeretet. Ebben 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 szellemi 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 gyerekek szerepjátékaik során magukra ölthessék. Tapasztalatból tudom, mennyire inspirálóan hat egy-egy meseélmény eljátszására, a mesei szerepbe bújásra a jelmez. A jelmez felvétele által háttérbe szorul a saját én, akárcsak a bábjátékokban, megelevenedik a szimbólum, amit a jelmez magában rejt.

Másnap elmeséltem a gyerekeknek a mesét, átadtam nekik a két ruhát azzal a megjegyzéssel, 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 elkérte 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, lelkesen 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 elkérte 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 mindennap mesélek.



21.3. ábra Balerina

— Ki ez?

— Balerina. Balerinásat szeretnék játszani. A balerina szépen táncolgat és piruettezik.



21.4. ábra Ki ez? Te vagy!

Farsang idején én is jelmezt húztam. Bohócnak lenni jó, a bohócnak mindent szabad. Egy napra bohóc lettem, és együtt bolondoztam, 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 csinállok?

— 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, fegyvelmezett étkezési rendhez való hozzászokás hosszú folyamat. Még az út elején járunk. Úgy tudok neki segíteni, hogy figyelek rá, és meghallgatom. Megkérdem 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 eget-földet megmozgat, hogy bajba jutott testvérének 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 füvet is szerez. A fűhöz kasza kell a kaszát a bolt pénzért adja. A kakas addig keres, míg pénzt nem talál, és kaszát vesz, és füvet 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): Mesepoétika. Akadémiai Kiadó, Budapest
4. Boldizsár Ildikó (2011): Meseterápia. Magvető Kiadó, Budapest
5. Góbel 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 bővölete 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. Zilahy 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 professzionális grafika művelése mellett döntöttem: a MOME-n szereztem tervezőgrafikus végzettséget 2003-ban. Bár a dizájn minden formája közel áll hozzám, a szakmán belül elsősorban a könyvekre, ott is a gyerekkönyvekre specializálódtam. Számos könyvet illusztráltam, és néhányat írtam magam is, *A katicabogár elveszett pöttyei* 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-szóveg arányt tud kényelmesen 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 nevelek 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 GYEREK-KÖNYV. A KORSZERŰ GYEREK-KÖNYV

22.5. BARÁTKOZZUNK ÖSSZE! HA MEGISMERED, JOBBAN MEGÉRTED. HA MEGÉRTED, NEM UTASÍTOD EL. HA GYAKRAN TALÁLKOZTOK, MÉG BARÁTOK IS LEHETNEK
AJÁNLOTT IRODALOM ÉS FORRÁSOK

22.1. BEVEZETÉS

HÁROMÉVES GYERMEK. Előtte papír, vastag, 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.

Hatéves, 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 mindaz, amit tudunk, amit érzelmeinkben átélünk, a külső és a benső valóság. Éppúgy használjuk köznapi célokra, mint fennkölt gondolatok megfogalmazására, jelenségek, dolgok szabatos definiálására vagy a legbensőbb érzelmeink kifejezésére: objektív és szubjektív közlésekre.

Míg azonban az mindenki számára egyértelmű, hogy beszélünk, írunk természetesen meg kell tanulni, kevesebb szó esik arról, hogy még kevésbé lehet élni a „látás nyelvének” és „nyelvtanának” elsajátítása és tudatos használata nélkül egy olyan világban, ahol a minket bombázó információk mintegy nyolcvan százalékát látás útján szerezzük meg.

Hogyan lehetnének harmóniában önmagunkkal és a világgal, ha egy ilyen fontos területet „parlagon hagyunk”, ahelyett, hogy gondoddal művelnénk?

A vizuális fogalmak gyermekkortól kezdve egyre bővülnek. Nemcsak látunk, de belátásokhoz is jutunk: képzettársításokat végzünk, kiegészítünk, hasonlóságokat és különbségeket veszünk észre és mindezt kapcsoljuk korábbi tapasztalatainkhoz, miközben egyre nő, finomodik a vizuális nyelvi érzékenyséünk is. Így alakul ki egy olyan vizuális műveltség és érzékenység, amely formálja a világgépünket, 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 látásmódba. Sőt, nemcsak működésre serkenti a jobb agyféltekét, hanem össze is hangolja a két agyfélteke működését, fejlődését, miáltal érzékennyé, kreatívvá, kitartóvá, fegyelmezetté, intelligensebbé válunk.

A vizualitáshoz kapcsolódó alkotó tevékenység elmélyíti a magabiztos vizuális kommunikációt (készség–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 szel- leme helyett a kooperatív gondolkodásmó- dot, segítheti a különbözőségek megértését és elfogadását, az esztétikai élmények által megélt érzelmek, megszerzett ismeretek pe- dig növelhetik az empátia készségét.

A rajzolás oldja a feszültséget. Kreatív lelki energiák szabadulnak fel, amelyek már önmagukban pozitív hatást fejtenek ki. Elő- segíti az önismeret elmélyülését. A mű- vészet gyógyíthat, de segíthet a betegség megelőzésében is: abban, hogy kiteljesítsük önmagunk optimumát, és megtaláljuk azt az életformát az aktuális körülmények kö- zött, amelyben értelmes, kiegyesúlyozott életet élhetünk. Mindez szükséges ahhoz, hogy a test és a lélek összhangban legyen.

Posztmodern korunk sajátosságaként szinte minden múltbéli tudás és alkotás is egyidejűleg része a jelennek, az új informá- ciós struktúráknak köszönhetően bármi- kor bármelyikünk rendelkezésére állnak. Egyezményes és egyértelmű kódokról ne- hezen beszélhetünk, a legnagyobb nehézség eligazodni ebben a naponta megsokszoro- zódó, felhalmozott információrengetegben.

Ha gyerekkortól kezdve egyaránt talál- kozhatunk a klasszikus, a modern és a kor- társ képi világgal, az alkalmazott és kép- zőművészetekkel, sőt használjuk azok kifejezési módjait, eszköztárát, ezzel beka- pcsolódunk a jelen élő kulturális folyamatába, teljesebben megérthetjük és megélhetjük, ala- kíthatjuk a minket körülvevő világot.

22.2. ÉRTSÜK MEG JOBBAN! ÁB- RÁZOLNI, 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 op- tikával rögzített fénykép is – „csak” azt tudja rögzíteni a digitális memóriahordozóra vagy a fényérzékeny fotópapírra, amit a „gép”, az objektív szenvtelenül közvetít. Kizárólag az aktuális látványt, amely azonban lehet esetleges, egyedi, és bizony ha valamilyen konkrét tárgyat vagy élőlény szeretnénk jobban megérteni, ez kevésnek bizonyul. A magyarázó rajz, a szakillusztráció azon- ban tartalmaz ezen túl egy fontos faktort: a rajz készítőjének értelmező, megértő tevé- kenységét. Elemmez, megfigyel, ahol kell né- miképp általánosít: így jut el a megértéshez, és így képes olyan ábrát létrehozni, amely mások számára is képes elősegíteni ezt a fo- lyamatot. Az ismeretterjesztő témájú gye- rekkönyvek nagy erénye, hogy *az életkori sajátságokat is figyelembe véve* segítenek megérteni a repülőtér működésétől az em- beri 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 ter- ményeket, gesztenyét burokban, megnyitott burokban, burok nélkül, levelét, termését, és a többi, és a többi. Maga a módszer kortalan: ma számtalan plusz érdekességgel „feldob- hatjuk”, kiegészíthetjük a legújabb techni-



22.1. ábra Alma fotó, alma magyarázó ábra, alma látványrajz

kai eszközök használatával, megeleveníthetjük, karaktert alakíthatunk ki a vizsgált modellünkből, 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. Szikáran nézve azonban a lényeg: a képi ábrázolás hozzá tud segíteni a mélyebb megértéshez, sőt, maga az ábrázoló tevékenység és az az öröm, az az élmény, amelyet közben átélünk, segíti a megértési folyamat során szerzett információk elraktározódását. Persze mindez csakakkor működik, ha nem pontról pontra előírt folyamatként kell végigcsinálnunk, hanem saját belső igényünk, érdeklődésünket követve (22.2. ábra).

A vizuális alkotó tevékenységgel járó élmény, öröm tágabban értelmezve is segítségünkre lehet a megismerésben: önmagunk és a mindenkori 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 ismereteket átadó funkcióján túl képes érzelmeket kifejezni, kiváltani, befolyásolni is. A megértéshez vezető utak egyike ez is: ha viszszanézzünk 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 művészi igénnyel 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 egészen pontosan

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 éppen úgy 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 harminc-negyven évvel ezelőtt. Mások az igényeik és más az ízlésük; egy teljesen új nyelvet beszélnek. Gondoljunk csak bele, hogy mennyi 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 védtelenek 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 képzelni vizuálisan, a tudatunknak képekre 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 képességét.



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 mindegy hát, hogy milyen mesekönyvek veszik körül. Hiszen a gyerekkönyvek között jócskán akadnak olyanok, amelyekben azonos eszközökkel, mindig egyformára rajzolt, leegyszerűsített, tipizált világ jelenik meg, akár NEMES NAGY ÁGNES, akár SZABÓ LŐRINC vagy esetleg mai, kortárs írók műveihez készülnek. Még mindig 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 ártalmatlan, vagy az előítéleteket közvetítő és így megerősítő képekkel.

Túl az esztétikai szempontokon, az illusztrációknak nagyon fontos gondolkodás-alkotó 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 kötetté, hogy az illusztrációk kiegészítsék, „díszítsék” 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, gyerekeknek szóló könyvforma: hagyományai századokra visszanyúlnak, akár az 1658-as *Orbis Pictus* is tekinthetjük kiindulópontnak. 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 tanmesegyűjteménnyel, a *Struwwelpeter*rel 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 „vívmányaiból” profitálva teremtenek újabb műfajt a gyerekkönyveken belül.

A másik típus, amelyet a nemzetközi porondon a „picture book” néven illetnek, és gyakran itthon is hozzáfűzzük magyarázatként, megkülönböztetésként, 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 találóan az olasz illusztrátor, ANNA CASTAGNOLI, a témával 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 hagyományaiból eredeztethető, de azt a sajátosságát, hogy szinte önálló, saját nyelvvél bíró alkotói médiummá válhatott, minden bizonnyal 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 *Courious 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 hagyta érintetlenül a gyerekkönyvek megjelenését sem, múlt század közepén olyan avantgárd grafikusok, mint ANDRÉ FRANCOIS vagy BRUNO MUNARI, a kor meghatározó tervezőművészei is elkészítették a maguk képeskönyveit. Ezek az alkotók elrugaszkodtak 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 művészetének, kortárs látványvilágának és témáinak közvetítőjévé válhat.

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 egyértelműsége 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 mindig 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 képzőművészetek majdani értő élvezetébe, miközben megmutatnak valamit a létező és elképzelhető világból. Az, hogy mit, az önmagában is taníthat-nevelhet.

22.5. BARÁTKOZZUNK ÖSSZE!

HA MEGISMERED, JOBBAN MEGÉRTED. HA MEGÉRTED, NEM UTA-SÍTOD EL. HA GYAKRAN TALÁLKOZ-TOK, MÉG BARÁTOK IS LEHETEK

Mi lesz számunkra vizuálisan vonzó? Ami-ben éppen megfelelő arányban van számunk-ra az ismerősség érzése és az újszerűség va-

rázsa. Ha éppolyan gyakran találkozom művészi alkotásokkal, mint a kommerciális világ tömegek számára megalkotott, leegyszerűsített, sokszor kimondottan igénytelen vagy egyszerűen csak nem jól, nem tudatosan formált képzőművészeti világ, a művészi képek is bőségesen elraktározódnak az emlékezetemben. 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 formálok képpé, plasztikává a mondanivalómat.

„Egyetlen gyerek sem úgy születik, hogy eleve a rózsaszín masnis nyuszi tetszik neki” – mondja találóan az egyik piciny, de szemléletében igen korszerű gyerekkönyvkiadónk 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 szándékból ráneveljük a szerintünk tetszésre érdemesre.

A mesekönyveknél különösen könnyű eltévedni a művészi és a kommersz darabok dzsungelében, mivel a mesékről kialakult képünk nagyban a saját gyerekkorunk élményein alapszik. Sokkal erősebben átítatják személyes érzelmeink, szimpátiáink, amelyeket a saját gyerekkorunkban „szedtünk össze”. Elnézőbbek vagyunk azon mesék/illusztációk igénytelenségével szemben, amelyet kiskorunkban nagyon is megszerettünk. Az pozitív élményekhez kötődő képek ráadásul mélyebben bevésoódnak a tudatba, s így jobban is emlékszünk rájuk.

Jó tudni: a gyerek tényleg teljesen elfogulatlan 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 művészi 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 ériék el a gyerekeket! Legyünk *mi magunk* nyitottak! És lehetőség szerint tájékozódjunk 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 legszembevetőbb 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 művészi alkotásai. Különösen a szerzői könyvek között találunk erre példát DEZSŐ ANDREÁTÓL 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 jelenik 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 könnyen eladható termékek mellett olyan könyveket is a közönség elé tárjon, amelyek szo-

katlanabbak, éppen újszerűségük, művészi látásmódjuk miatt. Természetesen nemcsak a szerzői könyvek között bukkanhatunk ilyenekre, világszerte 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 direkción) terén, amely az ilyen magas minőségű, kiemelkedő kőtetek 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 témákban alkot sokszor kimondottan szórakoztató, máskor egészen mély gondolatokat megfogalmazó verseket.

Keressük, használjuk a „válaszoló” mese-könyveket! Beszélhetnek *különleges, akár nehéz témákról* is, amelyekről nélkülük beszélni nehéz lenne (22.4. ábra).

Ezek lehetnek a saját legbelső titkaink, szorongásaink, kérdéseink – harag, gyász, szorongás, családi események kistestvér születésétől az örökbefogadásig. De szólhatnak az elfogadásról, a másságról, a toleranciáról is.

Segíthetnek *nézőpontot váltani*, egyáltalán: példázhatják, hogy a világon mindent 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*, gazdagíthatják a képzeletünket, mentessé tehetnek egy sor előítélettől. Nevethetünk általuk, megtanulhatjuk a humort, az ironiát.

Játszhatunk velük és álmodozhatunk gazdag illusztrációik rajzolt világain. Megtanulhatjuk általuk a képzőművészet különös lehetőségeit érteni és értékelni.

Nemcsak az érzékeinket, de érzékenységünket stimuláljuk a művészi képekkel megjelenített mesék, történetek által. Vitális kompetenciáink fejlődnek, bővülnek: mélyebb tudást szerezhetünk önmagunkról, érzelmeinkről, mentális működésünkről.

Minden mese jó mese, teremtsünk változatosságot! Kultúránk fontos alapjait adják a népmeséink, a nemzetközileg közzismert régi mesék, de nagyon fontos, hogy a mai, kortárs gyerekirodalommal is megismeressük a gyerekeket. Egyrészt, mert ezek a mesék naprakészek; közvetlenül arra világra reflektálnak, amiben ők élnek; másrészt, mert nyelvezetük, logikájuk, eszközeik is a mai kor ízlését és értékeit tükrözik. Aki kortárs meséken (is) nő fel, jó eséllyel érti majd a kortárs szépirodalmat is!

AJÁNLOTT IRODALOM, FORRÁSOK

1. Sándor Z. (2003): A vizuális nyelv képi világa. Miskolci Egyetemi Kiadó–Nyírségi 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): Courious 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. Könyvmutatványosok blog <https://konyvmutatvanyosok.wordpress.com>
16. Gyerekkönyvölelő <https://gyerekkönyvolelo.wordpress.com>
17. Kaméleon Könyvklub <http://www.rainbowkatalogus.hu/olvasoklub/>
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.pagony.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 érettségiztem. A Semmelweis Egyetemen szereztem orvosi diplomát, majd a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórházban kaptam állást. Az utóbbi években a kórházam hatalmas fejlődésen 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 mezőgazdász sógoromtól sokat tanulok a magyar föld és a méhek szeretetéről – a somogyi, lábodi méznek nincs párja az egész világon!

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 FELNŐTT 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 megteszi gyermekéért.

NEUROIMMUNOMODULÁCIÓNAK nevezzük azt a kölcsönös, anatómiai, fiziológiai és biokémiai kapcsolatrendszert, mellyel az idegrendszer és az immunrendszer egy-

más működését befolyásolják. A neuroimmunológiai összeköttetések struktúráját végig 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 ápolat beteg emberek esetében is, azaz: van-e *közvetlen, 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 ápolat 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 immunrendszert érő egyéb hatások tengerében.

23.2. A GYERMEK MOSOLYA

23.2.1. A nevetés mint orvosi kérdés

A stressz immunrendszert gyengítő hatását SELYE óta – bizonyítottan – ismerjük [1]. Ugyanakkor, jóval kevesebb a pozitív élmények immunrendszert 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 férfinak 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 aktiválásának 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 férfinak 75 perces humoros videó vetítése után az NK-sejtek aktivitásában szignifikáns ($p < 0,05$) emelkedést találtak [3].

2001-ben BITTMAN és mtsai 30 felnőttnek körülbelül 60 perces, csoportos, ütőhangszeres, zeneterápiás foglalkozást tartottak és az NK-sejtek aktivitásában szignifikáns emelkedést mértek ($p = 0,055$); hasonló emelkedés nem mindig, 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 kontrollcsoportéhoz 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 mért [5].

A továbblépés másik irányát az jelentette, hogy elkezdtek vizsgálni a fentiekben leírt jelenséget *beteg embereknél*, azaz, olyan személyeknél, akik eleve nem teljesen egészséges immunrendszerrel kerültek bevéasztásra.

2001-ben BURNS és mtsai 29, malignus alapbetegségben szenvedő felnőttnek tartottak zeneterápiás foglalkozást előre felvett, illetve élő zene használatával, és mindkét esetben a nyál szekretoris IgA-szintjében emelkedést találtak [6].

2005-ben MATSUZAKI 41 reumatoid arthritisben szenvedő felnőttnek 60 percben a Rakugo (tradicionális humoros japán történet) élő előadását mutatta, és az IL-6, TNF- α , IL-4, IL1Ra-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 jelentőségére is [8, 9, 10, 11].

A legmegdöbbentőbb eredménnyel talán az a tanulmány szolgált, amelyben a szerzők a pozitív lelki élmény során történő immunológiai változásokat egészen a gének szintjéig követték.

2007-ben HAYASHI és mtsai 2-es típusú cukorbetegségben szenvedő 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 fellebb idézett vizsgálatok felnőtt korú önkéntesekkel történtek, szinte minden esetben nem klinikai körülmények között, személytelen eszközökkel (humoros videofelvétel) vagy csoportfoglalkozások keretében, így az eredmények általánosítá-

hatósága és klinikai alkalmazhatósága korlátozott volt.

23.2.2. Bohócdoktorok, mosolydoktorok

A történet szerint NORMAN COUSINS, amikor megállapították nála a reumatoid 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, csendő 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*et követően vált világhírűvé. 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 álmodott meg, ahol a tradicionális orvosi beavatkozásokon kívül hangsúlyt kapnak az alternatív elképzelések, 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 gyermekekhez vitt kórházi élmény-paletta szélesbítését tette lehetővé, így a beteg gyermekeket 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: belegegyezése esetén, a fájdalommentes vérvétel megkísérelhető.

23.2.3. Nem csak a lelükre hat?

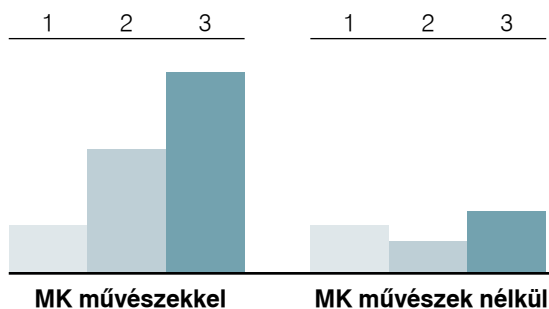
2009-től a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház Infektológiai Osztálya adott ott-hont annak a vizsgálatnak, mely beteg gyermekeknél, betegágy igyekezett tetten érni, hogy a fent említett immunológiai változások mérhetőek-e akkor, ha meglátogatja őket egy „mosolydoktor” [14].

SHoRT (Smiling Hospital Research Team) vizsgálatunkat kórházban fekvő beteg gyermekeken végeztük, akiket meglátogattak és személy-

re szabottan élő előadással ajándékoztak meg a Mosolygó Kórház Alapítvány művészei. Tanulmányozni kívántuk, hogy vajon a Mosolygó Kórház Alapítvány (MK) művészei hatással vannak-e a kórházban ápolott beteg gyermekek immunrendszerére, illetve az idézett tanulmányokban bemutatott bármely paraméter közül lehet-e változást kimutatni az oktatókórház mindennapjaiban használatos rutineszközökkel. 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. Vért vettünk 30 perccel a művészek látogatása előtt és 60 perccel a látogatás után. A látogatások átlagos ideje 34 perc volt. Végül a művészek ötös skálán becsülték meg a beteg gyermekekre 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 gyermekekkel és a bohócdoktorokkal készült próbatanulmányunk 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 órási időeltéréssel vettük a kontrollcsoportban.

Az eredmény: nem szignifikáns mértékű, de jelzés értékű változásokat találtunk, a meglátogatott csoportban a limfocitaszám-emelkedést 8,43%-kal kifejezettebbnek, 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-esést mutató gyermekek aránya csökkent, a kevésbé jelentős limfocitaszám-változást mutató gyermekek javára („kategóriaeltolódás”). A művészek szubjektív értékelését a jelentős lymphocytaszám-változásokkal összevetve, a legnagyobb pontszámot a limfocitaszám-emelkedést mutató gyermekeknél találtuk (átlag: 4,55/5). Még a limfocitaszám-csökkenést mutató gyermekeknél is jobbnak érezték 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 felmérni a pozitív, személyes kontaktussal elért lelki élményekkel kapcsolatos immunológiai változások klinikai vonatkozásait; az egyik első pszicho-neuro-immunológiai (PNI) mérés, amely személyre szabott élmény hatását elemezte.

Eredményeink természetesen óvatossággal értékelendők, hiszen a mért eredményeket klinikai környezetben számtalan egyéb hatás is befolyásolhatta. Klinikai környezetben bármilyen lehetséges terápiás hatás megvonása etikailag elfogadhatatlan lenne (főleg

gyermekek esetében), 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 fókuszáló vizsgálattervezés jellemezheti.

Elemeztük annak okait, hogy bár vizsgálatunkat a korábbi tanulmányokhoz hasonlóan kicsi esetszámon végeztük, mégis, az egészséges felnőtteken humoros videóval, laboratóriumi környezetben mért hatásokhoz 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 jellegű szakmai felkészítő tréningeket.

Ugyanakkor még a szerényebb változások is tetten érhetőek, akár a mindennapi gyakorlatban használt laboratóriumi eszkö-

zökkel is mérhetőek voltak. Ezen túlmenően, vizsgálataink során észlelt nem szignifikáns eredmények a korábbi tanulmányok következtéseinek irányába mutattak. A korábban – egészséges felnőtteken – talált immunstimuláló hatás látszik érvényesülni a klinikumban is. Amennyiben nem a rutinyakorlatban használatos eszközökkel mérjük az immunológiai változásokat, úgy markánsabb 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 eredményeinket egyértelműen akár pozitívnak, akár negatívnak minősítsük. Eredményeink alapján annyit azonban állíthatunk, hogy a beteg gyermekek meglátogatása számít, azaz az immunrendszer működésében vélhetően változást idéz elő. A jövőben ezekre a látogatásokra nem elég mint pusztá 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 felnőttél 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 gyermekekre gyakorolt hatásukat.

A művészek szubjektív megérzése is arra utal, hogy a limfocitaszám-csökkenés olykor kedvezőbb lehet annál, mintha erőszakosan 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 gyermekeket meglátogató művészekre, úgy az ezt követő tanulmányoknak, a klinikai gyógyszer tanulmányokhoz hasonlóan, az indikációs területekre, a dózis kérdésre 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 szemszögből 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 perceit, hogyan javítanak lelki állapotukon – de vajon elég lehet-e ugyanez egy felnőttnek is? Ha egy, az életben még keveset tapasztalt beteg

gyermeknél is csak nagy nehezen tudunk ki-csalogatni egy-egy mosolyt, akkor mit kezdünk az esetleg már számos csalódást átél, lelki sérüléseket 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 felnőttnek gyakrabban az egész életbe vetett hite rendülhet meg. A betegség: egzisztenciális kérdés. Törés a mindennapi életvitelben, esetleg törés az életben is. Alapkérdések, mélyen gyökerező féltelmek törhetnek fel a fájdalomból – a legszemélyesebb kérdésektől, az élet értelmével kapcsolatos legáltalánosabb kérdésekig. A betegség próbára teszi nem csak a testet, hanem a hitet is.

23.3.1. A hit mint orvosi kérdés

Lévén a hit lelki 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 átél, kielégítetlen, majd elfojtott vágyaival magyarázza. Az elfojtás és

egyéb énvédő mechanizmusok miatt a páciens a korai sérüléseit a környezetére mintegy kivetíti, 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 gyermekkori sérüléseit élje át újra és ismétlje meg akaratlanul, hanem kielégítetlenül maradt vágyait, amennyire csak lehet, a jelen kapcsolataiban elégítse ki.

A *behaviourizmus* – PAVLOV kuttyájáról ismert megközelítéssel [18] – a mélylélektani intuíciók helyett az empirikus, 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 összefüggésével 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.

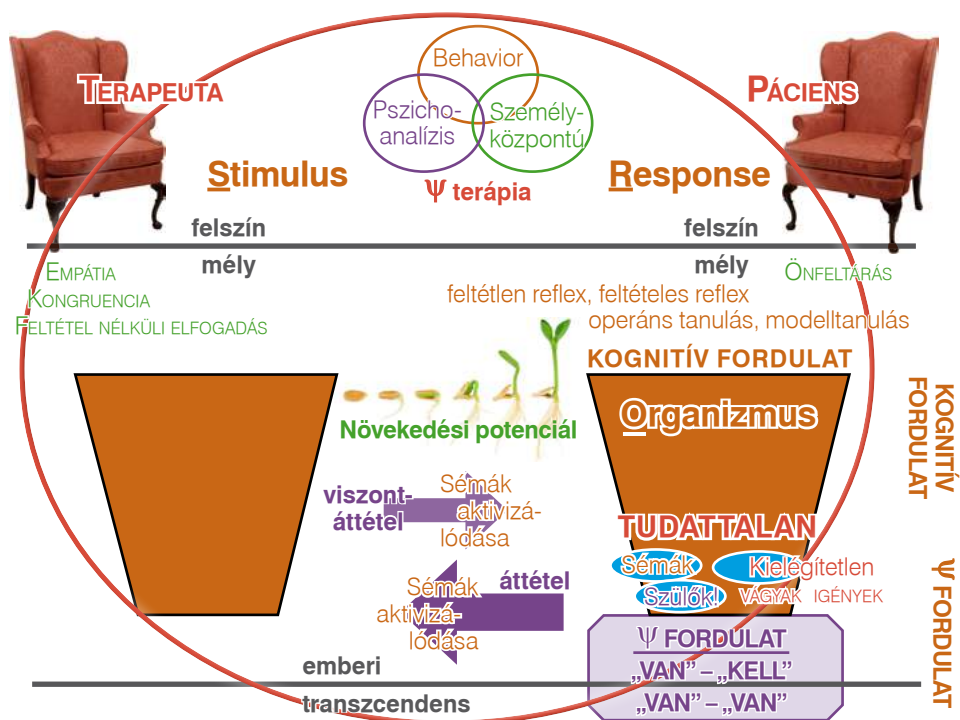
Ez vezetett a behaviour irányzatban a *kognitív fordulathoz* – MAHONEY [19] – annak megértéséhez, hogy a kívülről is észlelhető viselkedés kialakulásáért nem önmagában a környezet vagy a stimulus a felelős, hanem az, ahogy a páciens a környezetet, a stimulusokat szubjektíven átéli, értelmezi. Így a további kutatások a benső értelmezés mechanizmusára, a személyes kogníciók mélyére irányultak, és a kóros élményfeldolgozás hátterében maladaptív sémákat tártak fel – a korai, gyermekkori 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 érést, egészségét meghatározó növekedési potenciál: minden ember, lelke legmélyén, nagyon is tudja, hogy mi neki a jó, és arra is fejlődik – ha hagyják. Azaz: ugyanúgy, mint a növényeknél, ha megfelelőek a feltételek, a személyiség fejlődik minden különös beavatkozás nélkül is. Lényegében tehát a személyközpontú te-

rápia is alapvető igények kielégítlenségével 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 zárják, 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 érdekében kitalált módszer, találmány. 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 kielégíti. A *kell* létrehozója tehát egyben annak megszüntetője is, megszűnik a *kell*, marad

a *van*. Ellentétben bizonyos modern teológiai-
ákban divatos „mitológiátlanítási” törekvésekkel, melyek a hitet az akarattól függően, individuálisan átélhető 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 ösélélménye a „teljesen másikkal” való találkozás, egy olyan élmény, melyet elmondásuk szerint önerőből képtelenek lennének elérni vagy megvalósítani. Ahogy a beteg gyermeket az őt meglátogató 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 hisznek, 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 jelenlétük 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 túllep 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 nővérnek, az orvosnak a hitről beszélnie? Egyáltalán módjában áll-e az orvosnak válaszolni a beteg ember egzisztenciális, akár hitéleti kérdéseire? Milyen mélységben merülhet bele ezekbe a kérdésekbe, amelyek akár az ő személyes kétélyeit vagy hitéletét is érinthetik? Meddig merészkedhet egy orvos ezen a területen, hol a határ, amíg egy orvos egyáltalán hozzá szólhat ezekhez a kérdésekhez?

Ezt a kérdést tehette fel magának GROOPMAN, a zsidó orvos, akitől egy inoperábilis 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 tekintélyes 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, akivel még harmadéves medikus korában találkozott, és aki – miután viszonya volt a főnökével – úgy érezte, a betegsége az Isten visszavonhatatlan büntetését jelenti számára. A szerző medikusként felkavartan, tanácstalanul elsomfordált a betegágytól.

Arra a kérdésre, hogy: beszélhet-e egy orvos a hitről – a lelkiismeretes válasz: nem. Nem ezért fordulnak hozzá. Az orvos ne „térítsen”. 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 hozzáállást fogalmazza meg az ajánlás [23]. Így például intenzív osztályon, az élet vége körüli döntéseknél, a szakembereket kifejezetten arra buzdítják, hogy legyenek tudatában, *saját* hitük mennyire befolyásolja őket a klinikai döntéseikben, 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-inflammatikus markerek expressziójának csökkenésével is [24].

Ugyanakkor, ahogy a gyermekeknél 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 keretek között lehet [25] – márpedig egy zsúfolt kórterem egyik betegágya melletti, vagy egy folyosói beszélgetés igen távol áll attól, hogy ezeknek a kritériumoknak megfeleljen. A pszichoterápiás kereteken túl lehet *pszichoterápiás beavatkozásokról* beszélni – ebben a keretben lehet a betegágy melletti pszichoterápiás beszélgetéseket elhelyezni. Arról azonban nem lehet megfedkezni, hogy amint a gyermekek látogatása, úgy a pszichoterápia betegágy melletti alkalmazása is számtalan gyakorlati nehézséggel jár.

Tovább menve, az is kérdés, hogy a pszichoterápiában mért immunológiai változások hogyan jelennek meg a pszichoterápia vonalába illeszkedően, a *spirituális fordulat* 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 immunológiai vonatkozásait nem lehet egyértelműen a lelki gondozói beszélgetésekre is érvényesnek tekinteni.

Korábban leírták a vallásos hit pozitív hatását a gyógyulásra rákos betegeknél. LISSONI és munkatársai összefüggést találtak a kis-sejtes tüdőrák kemoterápiára adott válasza és a vallásos hit mértéke között [26], WOODS és munkatársai a HIV-fertőzöttek immunstátusa 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-, Neuro-, Genetic) tanulmányunkban arra keressük a választ, hogy már egyetlen, a hitéletet bensőségesen érintő találkozás is változtathat-e az immunrendszer működésén. A kórház infrastruktúrájának és diagnosztikai lehetőségeinek bővülésével immár a kérdés olyan aspektusait is vizsgálhatjuk, melyek a napi rutinban használt eszközökkel mérhető változásokon túlmutatnak. Tanulmányunk a lelki tápláltságot méri fel, és a lelki táplálék hatását vizsgálja majd, klinikai környezetben.

A szerző szeretne köszönetet mondani a fejezet alapjául szolgáló publikáció, a bevezető tanulmányok és a kutatómunkában nyújtott segítségért munkatársainak, Dr. Lelovics Zsuzsannának, Dr. Juhász Attilának, Dr. Hörcsik Editnek, Dr. Papp Erzsébetnek, témavezetőjének 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.–Bitman 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.–Shimizu 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.–Tsuji 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.–Gézi A.–Czéh Á.–Lantos E.–Major T.: „A mosoly is gyógyít”? Beteg gyermekek immunválasza is változhat a Mosolygó Kórház Alapítvány művészeinek 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 értelemre 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 személyiség születése*. Érd: Edge 2000, 2014.
21. Barth K.: *The Epistle to the Romans (Ger. Der 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 associ-
ated 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 témája a kutyák vokális kommunikációjának vizsgálata volt, eredményeivel sokszor foglalkozott a világsajtó is. Marie Curie-ösztöndíjasként a Sussexi Egyetemen is kutatott. Miközben az egyetem tudományos segédmunkatársaként dolgozott, számos cikke jelent meg az Élet és Tudományban, a Természet Világában, az IPM-ben és az origo.hu tudomány- és egészségszövegeiben. 2008 óta a Magyar Nemzet Hétvégi Magazin mellékletének munkatársa, ahol főként természettudományos, egészségügyi és technológiai témákról ír. 2015-ben munkásságáért a Magyar Tudományos Akadémia Akadémiai Újságírói Díjjal tüntette ki.

24.1. MIÉRT KELL EGÉSZSÉGRŐL BESZÉLNI A 21. SZÁZADBAN?

24.2. A KOMMUNIKÁCIÓ VALÓDI JELENTŐSÉGE

24.3. AZ EGÉSZSÉGGOMMUNIKÁCIÓ 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 át-estek volna betegségen. Mindenki veszélyben volt. A fertőzés ellen csak a karantén

eszközét alkalmazhatták – eredménytelenül. COTTON MATHER, az ismert lelkész és természetbúvár azonban rabszolgájától hallott az inokulációról (az oltás korai formája, amikor fertőzött váladékot juttatnak szándékosan 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 tudo-

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 folytatta figyelemfelhívó kampányát, már kezében az oltás hatékonyságának 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 (köztük olyanokon is, amelyekről a 18. század elején még álmodni sem mertek volna), a témák 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 nyereszkeskedő kuzuzslók ellen, ahogy évszázadokkal ezelőtt.

A felvilágosodás korának filozófusai joggal gondolhatták azt, hogy koruk felgyorsult tudományos fejlődése hamarosan a ráció 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 jottányit is javult volna a laikusok tudományos (ezen 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 egészségromlása legnyilvánvalóbb jelei felett is, és önigazoló elméleteket kreál a kényelmetlen életmód-változtatás elodázása érdekében.

Az egészségügy szereplői hajlamosak a laikusok látszólag érthetetlen ellenállása, érdektelensége láttán elhárítani minden felelősséget, mondván, az embereket önmaguktól nem lehet megmenteni. Pedig meg lehet próbálni, de ezért az orvosoknak, az egészségügyi ellátórendszer irányítóinak is tenniük kell. Meg kell tanulni annak módját, hogy eljuttassuk üzeneteinket a címzetekhez. 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 érthet mindenhez. Szinte minden orvos úgy gondolja, hogy a sok évnyi tanulás, praktizálás és egyetemi oktatás felruházta 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 bővítésére azért van elegendő szükség, mert

a másik oldal (a tényeken alapuló orvoslás elutasításából, a tőle való, tudatlanságból fakadó félelemből élő csodadoktorok, homeopáták, oltásellenes felbujtók és társaik) viszont briliánsan értenek a közemberek nyelvén. Egyszerű, érthető üzeneteket fogalmaznak meg, tudatosan rájátszanak az áldozatok frusztrációira, és az ismereteikben tátongó hatalmas lyukakat jól felépített, könnyen hihető valótlanságokkal tömik be. Az elektronikus kommunikációs eszközöket is rutinszerűen alkalmazzák tanaik terjesztésére. Weboldalaik látogatottak, a közösségi oldalakon az aggódó betegek önszántukból terjesztik tanaikat, a kereskedelmi média pedig gyakorta „szakértőként” szóltatja meg képviselőiket.

Pedig népszerűségük mögött nincs semmi varázslat, mindössze ügyesen kommunikálnak. Létük az élő bizonyíték arra, hogy az ismeretek átadása, az egészségkommunikáció rendkívüli fontossággal bír, hiszen a sikeres gyógyításhoz a páciens közreműködése is szükséges.

24.2. A KOMMUNIKÁCIÓ VALÓDI JELENTŐSÉGE

Az egészségkommunikáció stratégiai fontossága akkor válik nyilvánvalóvá, ha megvizsgáljuk, hogy az elmúlt időszakban mely egészségügyi problémák keltették föl világszerte az emberek figyelmét, és melyek nem. Azt kell ugyanis látnunk, hogy sokszor irracionális módon „választja” ki a közvélemény a számára fontos problémákat, ez pedig nagyban rontja a megelőzés és a gyógyítás hatékonyságát, végeredményben pedig a közegészségügy állapotát.

Az évezred elején a HIV/AIDS kutatására, kezelésére az egészségügyi célú adományok harmada jutott az Egyesült Államok-

ban, miközben a harmadik világ államaiban is csak a halálesetek 5%-áért volt felelős a betegség. Ugyanígy hatalmas médiafigyelem – és ezzel együtt a politikai döntéshozók figyelme – irányult a súlyos akut légzőszervi tünetegyüttesre (SARS), miközben a kialakuló járvány áldozatainak száma számos nagyságrendű volt. Ehhez képest viszont alig valaki foglalkozik az olyan, milliók életét kioltó, rendkívül gyakori betegségekkel, mint a tüdőgyulladás vagy a súlyos hasmenéssel járó kórképek. Noha ezek ellen hatásos és gazdaságosan alkalmazható gyógymódok léteznek, a pénzügyi források hiánya ezek alkalmazását is megnehezíti. Mindezzel természetesen nem azt állítjuk, hogy az AIDS vagy bármilyen más betegség elleni harc kevésbé fontos lenne más egészségügyi problémák leküzdésénél, mindössze annak jelentőségére hívjuk fel a figyelmet, hogy a korlátozott erőforrásokat a lehető legnagyobb hatás elérése érdekében racionálisan kell allokálni a különböző területek között.

JEREMY SHIFFMAN a WHO folyóiratában arról értekezik, hogy mitől válik egy egészségügyi probléma fontossá az emberek számára, és hogyan lehet ezt a folyamatot tudatosan alakítani úgy, hogy az objektív szempontok alapján is súlyosnak minősített 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 témák lesznek sikeresek, amelyek propagálói megtalálják a kapcsolatot az emberek lelkéhez, és olyan hangon képesek őket megszólítani, amelytől úgy érzik, személyesen érintettek lettek az ügyben. Hasonlóan fontos, hogy a felvetett probléma és a felkínált

megoldások összeegyeztethetőek legyenek a politikai döntéshozók motivációival és a már fennálló intézményrendszer elvárásaival, képességeivel.

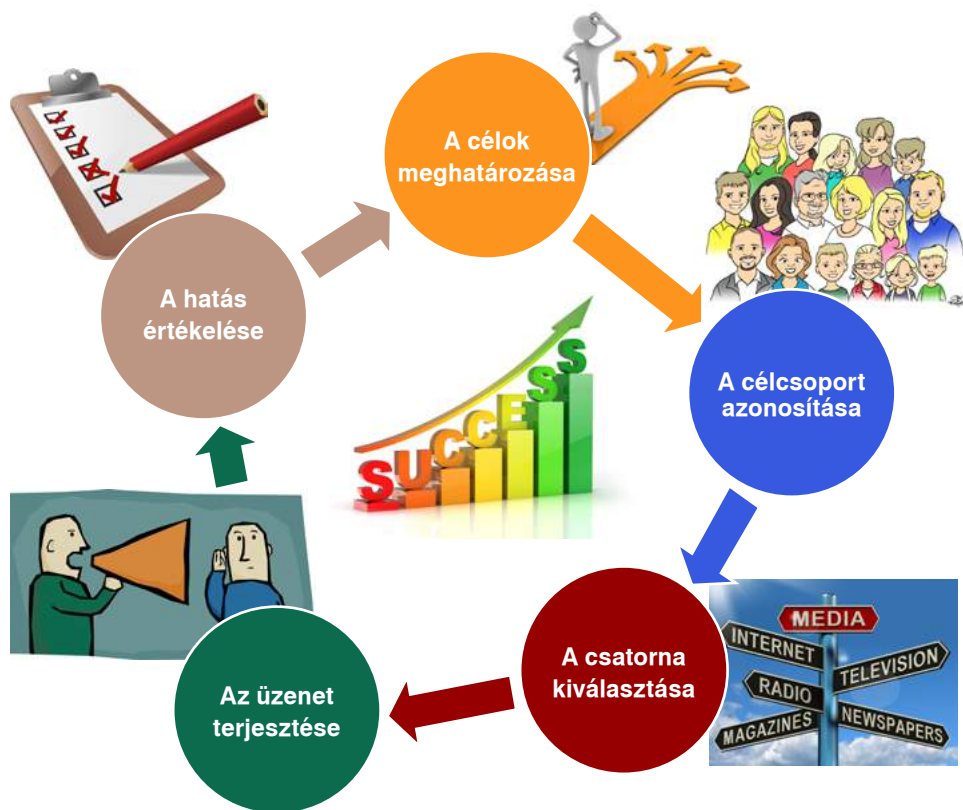
SHIFFMAN érvelése szerint a társadalmi tudat számára semmi sem önmagáért fontos, hanem az ügy mögé álló emberek, közösségek, és a hozzá fűződő személyes tapasztalatok teszik fontossá. A természettudományos kutatók és az orvosok számára, akik objektív tényyszerű igazságokat keresnek a világban, nehéz megérteni, hogy a társadalom számára a valóság nem tényekből és adatokból, hanem ideákból, hiedelmekből és kulturális konstrukciókból áll. A jó egészségkommunikátor, ezt aényt 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 közegészségügyi 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 családanak, 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 érintettek lehetnek a betegségben. Az igazán sikeres kampányok mindkét kritériumnak eleget tesznek. Jó példa erre a polio ellen indított hadjárat. Akkor sikerült elfogadtatni az emberekkel, hogy a probléma valós, hiszen gyerekek milliói betegszenek meg és sérülnek végérvényesen a kór következtében. A harc jelentőségét pedig az adta számukra, hogy szinte mindenki emlékezett gyerekkorából arra, hogy a saját mikroközösségében 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 érhetünk 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 jelenlétükkel megteremtik a kommunikációs keret sikerességéhez elengedhetetlen hitelességet, hiszen az emberek jobban bíznak a „régiben”, 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 EGÉSZSÉG-KOMMUNIKÁCIÓ MÓDSZEREI

Az egészségkommunikáció az egészségről szóló információk átadásának gyakorlata, azaz a céllal, hogy növekedjék a célcsoport tagjainak egészségügyi műveltsége. Az egészségkommunikáció végső célja, hogy a helyes döntések segítése által életmódváltásra ösztönözzük az embereket, ezáltal növeljük életminőségüket. E cél érdekében a kiválasztott betegcsoport iránti tudatosságot a megcélzott emberek számára befogadható és figyelemfelkeltő módon szerkesztett információk segítségével lehet hatékonyan fejleszteni.

A pusztá tájékoztatáson túl esetenként növelheti az egészségkommunikációs erőfeszítések hatását, ha bemutatjuk a kutatások alapján egészségesebbnek tartott magatartást, illetve ha tudatosítjuk az emberekben a szokásaik, szenvedélyeik negatív hatását. Nem lehet azonban általános érvényű, minden közösség körében, minden témában működőképes recepttel szolgálni. Elővizsgálatok nélkül ugyanis nincs mód arra, hogy biztonsággal megállapítsuk: segít-e, vagy épp ront a helyzeten, 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 jólétük, fizikai, mentális, szellemi teljesítőképességük sorsán keresztül lehet igazán megfogni.

Az egészségkommunikáció 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, mikroközösségükön (családjukon) belül, de társadalmi, akár nemzeti vagy világ szinten is. Ez utóbbi esetekben az elérni kívánt magatartásváltozás az emberek tudatosságának növelése, miáltal fontossá válik számukra egy-egy egészségügyi kérdés. Ha elég sokukat 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 vegyipari műveletek szigorúbb szabályozásának kikényszerítése.

24.4. KOMMUNIKÁCIÓS STRATÉGIÁK

Számos csekély hatással záruló egészségkommunikációs 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 megcélzott laikus közönség egészségi műveltsége közötti tatóngó szakadékat. A rosszul felmért előismeretek miatt helytelenül összeállított információcsomag pedig eleve bukásra ítéli a teljes erőfeszítést. Az orvosok egy része hivatása megcsúfolásaként értékeli 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 internetes tartalomfogyasztás terjedésével az emberek egyre kevésbé hajlandók hosszú szövegeket olvasni. Ez fokozottan igaz, ha nem könnyed, szórakoztató 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 mindazokat az anatómiai, fiziológiai alapokat, amelyet orvosként evidensnek gondolunk. Nem szabad azt sem célként kitűznünk, hogy az embereknek átadjuk mindazt a tudást, amivel – az orvosegyetemi képzés hiányában – nem rendelkeznek.

Ehelyett át kell gondolnunk azt, hogy milyen 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 nyilvánvalóan lekezelő modorú szöveg feltűnik az embereknek, és ellenérzést vált ki belőlük. Itt sem lehet mindig, mindenhol igaz megállapításokat tenni a befogadók tudásszintjéről, azt előzetesen fel kell mérni. Erre alkalmasak lehetnek a fejtörők, internetes kvízek, kérdőívek. 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 mind a célcsoporttól függenek. Itt létfontosságú a szociológiai kutatásokra támaszkodni. Ezekből tudhatjuk meg ugyanis, hogy az adott életkorú, nemű, lakhelyű emberek milyen típusú tartalmat fogyasztanak a médiában, milyen kommunikációs csatornákat részesítenek előnyben, milyen témákról keresnek előszeretettel információkat. Bár csábító lehet a 21. században mindent 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 mindennapi 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, empátiával, a beteg személyes problémáira, életkörülményeire reflektálva adja át az ismereteket. Az orvosegyetemeken azonban általában nem kapnak kellő hangsúlyt a kommunikációs ismeretek. Itt válik nyilvánvalóvá, hogy az egészségkommunikáció korántsem kizárólag 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 kizárólagos formáját, így bármilyen kommunikációs erőfeszítésnek számolnia kell ezzel a médiummal. A híradások és a célzottan egészségügyi témájú magazinműsorokon túl azonban sokkal kevésbé közismert, hogy a szórakoztató 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 tudatosság formálása azonban hosszas előkészítést tesz lehetővé és szükségessé. Számos példát találunk arra, hogy miután egy-egy betegség köre történetiszálat építettek valamely népszerű sorozatban, showműsorban, az érdeklődés és a közfigyelem 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 témát.

Miközben az esti szórakoztatás szerepét 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 kizárólag zenét sugároznak, amelyet csak ritkán szakisztanak meg a híradások, a reklámok, és rövid interjúk. Emiatt még kiéleztebb a verseny az emberek figyelmét megragadó témák iránt, és még rövidebb formában kell eljuttatni üzeneteinket a hallgatók felé. További nehézséget jelent, hogy a legtöbben nem teljes figyelmükkel hallhatnak rádiót, mindössze egyéb tevékenységük háttereként.

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, egyszersmint jelentőségteljesnek vélhetik. Így, noha kevesebben lehetnek, mint az internetes honlapokon szörfözők, az üzenet nagyobb valószínűséggel éri el náluk 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 témaválasztása ellenérzéseket kelthet sok magasan kvalifikált szakemberben, nem szabad szem elől téveszteni a kommunikáció eredendő célját (amely nem elsősorban a szerző önértékelésének erősítése, hanem a népesség tudatformálása). A színes magazinok fő közönségét 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 nehezen lehet elérni.

24.4.5. Internet

Mára az internet vált sokak legfőbb hírforrásává, a fiatalság körében a televíziót is mag mögé utasítva. Így a számítógépes hálózat az egészségkommunikáció szempontjából is megkerülhetetlenné vált, sikeres kampány nem létezhet világhálós jelenlét nélkül.

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 kizárólag 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 keltette 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 megsterilizálni. Az úgynevezett search engine optimisation (keresőoptimalizálás) ma már szinte tudomány, szakemberek keresik vele kenyerüket. Általánosságban elmondható, hogy segít, ha a kulcsszavakat hangsúlyos helyeken, lehetőleg többször szerepeltetjük, 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 barátai ajánlanak számukra,

sokkal nagyobb valószínűséggel olvassák el, mint amelyekre saját maguknak kellene rátalálniuk. Érdemes hát oldalunkon a facebookos megosztást megkönnyítő eszközöket 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 nyereszkeskedő sarlatánok pontosan tudják, és kihasználják az egészségükért aggódó, tudományosan azonban kevésbé művelt emberek hiszékenységet. 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 értékelték.

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 édesanyja 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 foglalkozom, a Semmelweis Egyetem Általános Orvosi Karán folytatok tanulmányokat, párhuzamosan a SE Molekuláris Orvostudományok Doktori Iskola PhD hallgatójaként epigenetika témában 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 gyermek és 12 unokám van. Nagyon szeretem a hivatásomat, elsősorban a számomra jó akciófilm szinten izgalmas immunológiát és genetikát. Nagyon fontos számomra az ismeretterjesztés is, nagyszerű érzés megosztani másokkal az örömet amit a világ ezen részével kapcsolatosan tudok. Mindig izgatott-laikusként- a pszichológia, az egészség (azaz az egész-ség). A művészeteket tartom a legmagasabbrendű emberi tevékenységnek, a zenét, a képzőművészetet és a szépirodalmat. Magam is írok, csodálatos „golyakalifa-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 felelősség, 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 hallgatóságként tekint a fiatalokra, figyelmen kívül hagyva azt, hogy esetleg ők maguk is képesek lennének aktív résztvevőként bekapcsolódni ezekbe a programokba. Ráadásul ezzel egyfajta pozitív példaként is megjelenhetnének 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 technológizált 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 egészségnevelési programok. Ezek jellemzően a frontális típusú, a diák aktív és problémamegoldó jelenlétét nélkülöző oktatás-módszertani keretek között folyó programok, miközben az Y és Z generációk egészen másfajta, újszerű tudásátadási módszertant igényelnének.

Meggyőződésünk, hogy bármely prevenciós program akkor tudja tényleges hatását kifejteni, ha figyelembe veszi a célpopulációt jellemző szocio-kulturális tényezőket, s pontosan körvonalazza a szükséges nevelési-oktatási módszertant, melyek alapvetően meghatározzák a tanítás hatékonyságát. Vagyis nem elegendőek 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 egészségformáló-egészségnevelési 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 kevéssé jelennek meg az egyébként prevenciós programok szempontjából lényegesnek tűnő szakmai társulások. A magyarországi felsőoktatási intéz-

ményeket gyakran éri, sajnos legtöbbször jogosan az a vád, hogy kevésbé gyakorlat-orientáltak, az inter- és multidiszciplináris jellegű alkalmazott tudományok felé kisebb a nyitottságuk. Eközben az egészségtudományi vagy éppen a pedagógusképző felsőoktatási 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 egészségnevelési programot a fenti gondolatok hozták létre. A tervezett program legfontosabb célkitűzései:

- helyes irányba formálni az ifjúság életmódját, egészségmagatartását, életkoruknak megfelelő, sajátos, a fiatalok számára élvezhető 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 társadalmilag 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 egészségnevelési technikák és „oktatási” módszerek, módszertani ajánlások kidolgozása.

A TANTUdSZ program egy sajátos logika és módszertan mentén építi 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, szerezhető legyen a kisebbek számára.

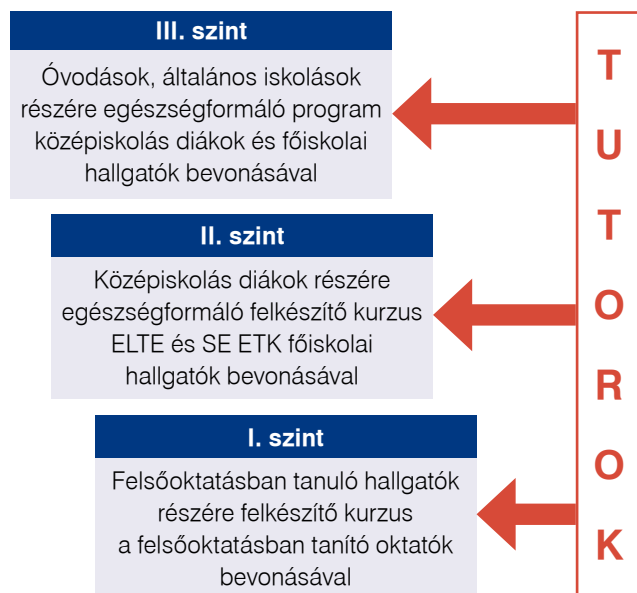
A tervezett program alapvetően három korcsoportot céloz meg:

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 egészségnevelési 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 szakaszt.



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 prevenció témában felkészíteni középiskolás tanulókat, játékos egészségformáló programok lebonyolítására. A hallgatók a választott leendő hivatásuknak 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 előtérbe 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 kreditserzési lehetőséget, illetve állandó szakmai kontroll mellett, leendő hivatásukhoz 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 témában tartandó felkészítő tréning. Ezt kizárólag azok a felsőoktatási hallgatók moderálhatják, akik eredményesen teljesítették az előkészítő szakasz választható kurzusát. Elengedhetetlen, hogy a felkészítő teamben legyenek az adott egészségnevelési témát jól ismerő egészségtudományi hallgatók, valamint az egészségnevelési témával 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 egészségprevenció témában. 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 témához kapcsolódó elméleti tudásukat megerősítsék vagy pótolják (mindezt kötetlen beszélgetések keretében).

Már a felkészítő tréningen való részvétel is beleszámít a részt vevő diák iskolai közösségi szolgálati munkájába, de képessé válhat arra, hogy a közösségi szolgálat kötelező óráit egy program keretén belül abszolválja. A középiskolás diák nem csupán a közvetlen környezetében élőkért tehet sokat, hanem maga is rengeteg ismeretet, tapasztalatot szerezhet a program által, ráadásul együttműködhet, közelebből 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 témához kapcsolódó termék: pl. egészségformáló társasjáték, kézműves 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 egészségnevelő munkában a nyíltan megjelenő egészséges életmódra tanító szándék mellett nagyon lényeges a nem tudatos, úgynevezett latens hatás is, amikor a tudást átadó személy a maga példájával egyfajta szerepmódként jelenik meg a környezet számára. S miután a kisebb gyermekek számára a nagyobbak alapvetően követendő példaként 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 multidiszciplináris szakértői csapat a program tudományos módszertanán, a fent részletezett háromszintű program lebonyolításához szükséges oktatási anyagok kidolgozásán.

S bár a tisztelt 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, szeresd!

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 (egészség) vonatkozó sokoldalú oktatási- nevelési programokat fejleszt ki, az elsősorban az ifjúságra közvetlenül ható szakemberek (óvó- és iskolapedagógusok, nevelési tanácsadók, háziorvosok, védőnők, lelkészek, szociális munkások, médiszakemberek) 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 egészségnevelés 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-sorozatok 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 Tisztiorvosi Szolgálat, a Nemzeti Egészségfejlesztési 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 öröklésbiológiai alapismeretek, a környezettudatosság, a táplálkozás, a mozgáskultúra és a szenvedélybetegségek kérdésein át többek között az iskola-egészségügy, a mentálhigiénia, a pszichoszomatikus körképek, 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 egészségnevelés 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 orvosi- 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 elsődlegesen azoknak az elkötelezett véleményformálóknak kínáljuk, akik a társadalom legszélesebb rétegeire hatnak mindennapi 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, eseménynaptárunkban pedig minden aktuális programunkról hírt adunk.

Várunk mindenkit!

Mottónk: **Értsd, csináld, szeresd!**

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 hozzátartozóiknak egészségügyi ismeretterjesztő és betegtájékoztató kiadványok (könyvek, füzetek, brosrák). Felismertük azt az igényt, hogy a precíz és alapos tájékoztatással realisabbá válik az az elvárás, hogy a betegek saját gyógyulásuk érdekében aktívan vegyenek részt a gyógykezelésükben, s az egészségügyi dolgozók partnereivé válnak a diagnosztika, a kezelés és a rehabilitáció során.

Az elmúlt 13 év alatt közel 300 könyvet jelentettünk meg, mintegy 120 000 példányban. Célul tűztük 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 hozzátartozók 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 elértük: a betegeknek hathatós segítséget sikerül nyújtanunk a kiadványok révén. Ez a kiváló 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 böngészést 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

Gyermekekori diabétesz, Dr. Békefi, 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 fogyjunk cukorbeteg? – Főzőiskola lépésről lépésre, Gézsi Andrásné – Dr. Fövényi, 2010, 3480 Ft

Testsúlycsökkentő program fogyni vágyóknak és túlsúlyos cukorbetegeknek, Gézsine – Dr. Fövényi, 2012, 2980 Ft

Tudatos fogyás – Testsúlycsökkentés az orvos tanácsaival, Dr. Pados – Dr. Audikovsky, 2008, 3. kiadás 2009, 3480 Ft

Cukorbetegség Kérdezz! Felelek!, Dr. Winkler – Dr. Baranyi, 2007, 2. kiad. 2009, 2480 Ft

Cukorbeteg nagy diétáskönyve, Dr. Fövényi – Gyurcsáné, 2008, 5. kiad. 2013, 3480 Ft

Cukorbeteg nagy süteményeskönyve, Gézsine – Mäger, 2011, 3480 Ft

Cukorbeteg diétája – tanácsok és receptek, Gyurcsáné – Dr. Fövényi, 2014, 980 Ft

Gasztronómiai világkalauz – egészségeseknek, cukorbetegeknek, lisztérzékenyeknek és fogyni vágyóknak, Dr. Winkler – Gézsine – 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. Lakner – Dr. Renczes – Dr. Antal, 2009, 3500 Ft

Az egészségnyereség 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 mozgásszervi betegségek kezelésében, Dr. Babulka – Dr. Boros, 2015, 2800 Ft

KERESSE A SPRINGMED KIADÓ ORVOSI ÉS BETEGTÁJÉKOZTATÓ KÖNYVEIT!

- Könyvesboltokban (Libri, Alexandra, Lira, 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 akciót 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 akcióról 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