

Egészségfejlesztés szöveggyűjtemény

(2006/2007. tanév egészségpszichológiai tételek)

Dr. Gritz Arnoldné

Az egészségfejlesztés kompetenciái a 21. században1. old.

Nagygyörgyné Horváth Andre

Meddőség15. old.

Günterné Meggyesi Dóra

Lombik bébi program.....30 old

Földingné Nagy Judit

Depresszió - A szülés utáni hangulati zavarok.....42 old.)

Gunyhó Illés Csabáné

FIMÓTA – Avagy az örökmozgó gyerek48. old.

Fehér Andrea

Az autizmus jelenségének egyes kérdései.....58. old.

Gyurkovits Krisztina

Családon belüli erőszak: feleség-, és gyermekbántalmazás77. old.

Dr Szarvasné Labanc Klára

Agresszió az iskolában99. old

Komsa Ildikó

A placébó hatás szerepe a gyógyításban112. old.

Agárdi Éva

Az eutanázia története120. old.

Ament Edit

A lizergsav-dietilamid133. old.

Lezsák Levente

A FÉLELEM BÉRE –Avagy a veszély szakmunkásai és a bátorság pszichológiája143. old

Ácsi Gizella

Pszichológiai utánpótlási program az „Enyhén ittas vezetők” számára158. old.

PiglernéLestár Izabella
Az egészség tükrében169. old.

Dr. Mogánné Tölgyesy Szilvia
A fogyatékoság, akadályozottság megítélésének sajátosságai ...180. old

Marek Péter
A sport és a flow186. old.

Móroczné Meluzsin Rita
A dohányzás, mint népegészségügyi probléma193. old.

Függelék

Gergely Gyula
Kulcskompetenciák pedig nincsenek
(Új Pedagógiai Szemle, 2004. november, 50-58).....209. old.

Kállai Gábor
Hol végződik a sakktábla?.....223.old.

Gyorsjelentés a gyermekjólétről.....241. old

Bozóné Soós Marianna
Indokolatlan szépészeti beavatkozások (óravázlat).....245. old.

AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS KOMPETENCIÁI A 21. SZÁZADBAN

Az egészséget sokan sokféleképpen határozzák meg. Kinek a betegség hiánya, kinek a mindennapi tevékenységekre való képesség, kinek a jó erőnlét vagy éppen a jókedv, a boldogság állapota jelenti az egészséget. Egy biztos: egészségünk nem tekinthető statikus állapotnak, napról-napra dinamikusan változik és számos tényező befolyásolja. Az egészség egyfajta alkalmazkodási készségként is felfogható, amellyel a körülöttünk lévő változásokra reagálunk. Sikeres adaptáció viszont csak megfelelő egészségi állapotban lehetséges.

Az egészségi állapot értékelésekor az egészséget gyakran abszolút fogalomként értelmezik: vagy egészségesnek, vagy betegnek minősítenek valakit. Az egészség fogalmának pontos és komplex, minden szempontra kiterjedő meghatározása szinte lehetetlen. Amikor tehát azt mondjuk, hogy javítjuk az egészségi állapotot, akkor *az egészség, az élet minőségének javítását, növelését értjük alatta.*

Az egészségesebb megoldás választása *két pilléren* nyugszik: az *erőforrások* szolgáltatásain (az egészséget támogató állami politikán, a társadalom gondoskodásán, a közösségi cselekvésen) és az *egyén* egészséget választó magatartásán (készségén, képességén).

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) az egészség fogalmát így határozza meg: *"az egészség a teljes testi, lelki (szellemi) és szociális jólét állapota, és nem csupán a betegség és nyomorékság hiánya"*. Eszerint az egészséget nem csupán (1) a testi, biológiai, szervezeti (orvosi) működés alkotja, hanem (2) a lelki, szellemi (önkitaljesülés, belső béke, párkapcsolat) és (3) a szociális (társas környezeti) "jólét" is.

Az "egészség" fogalmának meghatározásában a *"jólét" tartalma* tűnik kritikus elemnek. A magyar szóhasználatban ugyanis a "jólét" ("well-being") az anyagi javakban való "gazdagságot", a szükséges ellátottságot, a szociális biztonságot (lakás, ételmezés, ruházkodás), a kultúra és szórakozás iránti igény teljesíthetőségét, esélyegyenlőséget jelent. A "jólét" fogalmába a prevenció az alábbi tényezőket sorolja:

- *alkalmazkodó képesség, az élet nehézségeivel való megbirkózásra felkészülés,*
- *jó erőnlét,*
- *egészségesebb választására irányuló képesség megszerzése,*
- *egészség örömteli megélése (érzelmi kiegyensúlyozottság),*

- balesetmentesség,
- vágyak és szükségletek kielégítésére való képesség, "életminőség" elérése,
- személyes boldogulás, önkibontakozás,
- harmonikus társkapcsolatok, közösséghez tartozás,
- az egészséges és biztonságos környezeti feltételek megvalósulása.

Az egészség, mint dinamikusan változó életvitel azt jelenti, hogy a személyiség "belső" környezetével és a körülötte lévő természeti és társadalmi környezettel állandó, alkalmazkodó és alakító (alkotó) kölcsönhatásban áll.

Az "egészség" fogalmának modern értelmezése tehát kulcskérdés. Messzemenően befolyásolja ugyanis az egészségmegőrzés, az egészségfejlesztés, az egészségnevelés elméletét és gyakorlatát.

Kulcsfogalmak

▣ Az egészség "pozitív" értelmezése

Az egészség fogalmában a kutatók pozitív és negatív megközelítési módot is használnak. Az "egészség" kulcsfogalmához ugyanis nem csupán megőrző, védekező (*negatív*), hanem zömmel tevékeny (*pozitív*) elem is társul. A "pozitív egészség" a tényleges jólét és erőnlét (fittség) magas szintjét foglalja magában, míg a "negatív egészség" fogalmával bármely nem kívánatos, betegségi állapotban, korlátozottságban élő személy egészsége jellemezhető. Az egészség fogalmába tehát az ember testi, lelki állapotának és szociális helyzetének *egyensúlya* szerepel, és nem a „tökéletes egészség”.

A "pozitív" egészség mint az élet forrása, egyben *lehetőséget* és *képességet* takar, a "modus vivendit" (a boldogulás útját-módját) jelenti. Az így értelmezett *egészség nem más, mint folyamatosan változó, dinamikus jelenség*: az ember természetes aktivitása, döntése, az életviteléhez szükséges készsége. Az egészség teljességéhez (az "egész"-ségéhez) napjainkban mind többször csatolunk a biológiai, a pszichikus és a szociális komponensek mellé *erkölcsi vonatkozásokat*: önmagunkkal való megelégedettséget, a társadalmi normatartásunk belső harmóniáját, vallási meggyőződésünket stb. Az egészségnek ez a "spirituális" (lelki-szellemi) oldala *az ember belső békéjét, megnyugvását, a stressz "magasabb szintű" kompenzációját, a szeretet magasabb fokát, a humanitást, a másság elfogadását, a gyengébbek és szegények támogatását jelenti.*

A dinamikus egészségfogalom magában foglalja azt, hogy *az egészségért az embernek*

valamit folyamatosan tennie kell (fenntartó, megerősítő, fejlesztő, támogató tevékenységet). Így az egészséggel szemben fellépő sebezhetőségünket, a külső stresszorokat, a különféle rizikótényezőket - *egészséges állapotában* - az ember a *tudatos* tevékenységével, *készségével* (gyakorlással, fejlesztéssel), és a *társas-támogató rendszerek* (pl. harmonikus családi környezet) segítségével képes kiegyensúlyozni.

A *"pozitív egészség"* holisztikus jellegű, az egész emberre vonatkozó fogalom, amely az *életminőséggel* áll kapcsolatban; nem korlátozódik az egyén *egyetlen* tulajdonságára, hanem az ember életének *"egészt"* jellemzi, azaz az élet egészt hatja át.

A *"pozitív egészség"* tartalmában olyan jegyek ismerhetők fel, mint pl.: az életöröm, a jó közérzet, a kiegyensúlyozottság, a megelégedettség, a munkakedv, a kreativitás, a fittség, a fizikai, pszichikai, szociális alkalmazkodó képesség stb. Pszichológiai kutatások igazolják, hogy az emberek életében a legtöbb feszültséget az emberi kapcsolatok rendezetlensége, az egymás meg nem értése, az intolerancia okozza, ami biológiai „mérccével” aligha mérhető. A társkapcsolatok rendezetlensége, a kényszerű és tartós alkalmazkodási kényszer önmagában még nem jelent betegséget, de tartóssá válásuk esetén betegséggé szerveződhetnek. Az egészség egyúttal tehát a problémamegoldásra és az érzelmek irányítására való képesség is, amely a pozitív énkép és a testi-lelki elégedettség megőrzésének és újra artikulálásának forrása. Az egészség dinamikus fogalom, az életre összpontosít. A lényeg az egészség multidiszciplináris volta: testi, lelki, szellemi és társadalmi szempontok elválaszthatatlanok egymástól.

Az *egyéni magatartást* azonban *számos külső és belső hatás együttese befolyásolja*: így a személyes élettörténet, az örökletes adottságok, a szociális viszonyok, a személy által elfogadott értékek és normák, a munka- és életfeltételek, a környezeti tényezők, a társkapcsolatok stb. Az egészségfejlesztést tehát e hatások rendszerében - *az egyéni képességek és készségek által határolt területen* - kell megvalósítani.

▣ *Egészségfejlesztés*

Az egészség megvédése, illetve fejlesztése között bizonyos szemléleti különbségek fedezhetők fel. Az egészségvédelem, az egészségmegőrzés, egészségnevelés, egészségfejlesztés fogalma nem új. A terminológiai tisztánlátás érdekében elmondhatjuk, hogy az elmúlt évek során az orvosi szaknyelvet uraló angol irodalom megalkotta és elkülönítette egymástól a „*health protection*” (egészségvédelem), a „*health promotion*” (egészségmegőrzés), a „*health education*” (egészségnevelés), a „*health development*” (egészségfejlesztés), kifejezéseket. A magyar nyelv szinonimaként használja, preferálva az

utóbbi kifejezést. E terminus technicus egyeduralkodóvá válása azonban nemcsak az aktuálisan uralkodó felfogások változásaira vezethető vissza, hanem a fogalom állandó kibővülésére és értelmezési tartományának kiteljesedésére is. Az *egészségfejlesztés* – az eddig leírtak szellemében - *folyamatot jelöl*, amelynek során az *egészséges emberek növelik ellenőrzésüket egészségük javítása felett, képességet szereznek, egészséges életvitelük fenntartására, fejlesztésére és környezetük megváltoztatására (optimalizálására)*. Ezzel azt mondtuk ki: hogy gondolkodásuk középpontjába a "betegség-központúság" helyett az „*egészség – központúság*” kerül. Úgy is fogalmazhatunk, hogy az egészségfejlesztés magába foglalja a korszerű egészségnevelés, az elsődleges prevenció, a mentálhigiéne, az önségítés feladatait, módszereit. A WHO meghatározása szerint: „*Az egészségfejlesztés az a folyamat mely képessé teszi az embereket arra, hogy saját egészségüket felügyeljék és javítsák. Az egészségfejlesztés átfogó társadalmi és politikai folyamat, mely nemcsak az egyének képességeinek és jártasságának erősítésére irányuló cselekvéseket foglal magába, hanem olyan tevékenységeket is, amelyek a társadalmi, környezeti és gazdasági feltételek megváltoztatására irányulnak azért, hogy azoknak a köz és az egyén egészségére gyakorolt hatása kedvező legyen.*” Ennek alapján tehát az egészségfejlesztés a *lakosság egészséggel kapcsolatos műveltségének (egészségkultúrájának) széles körű fejlesztésére, az egészséges magatartásra, az egészséget veszélyeztető ártalmak, a megbetegedések megelőzésére irányuló tevékenység*. Az egészségkultúra tartományának is megvannak a sajátos törvényszerűségei: fejlődése, differenciáltsága, integrálódása, ami kihat a társadalmi tevékenységek más területeire, mint a technika, egészségügy, nevelés, jog, művészet, politika, esztétika és a különböző életmódigények vonatkozásai. Ezek azt eredményezték, hogy az egészségkultúra fejlődése is létrehozta a társadalmi fejlettségi fokoknak megfelelő formákat, melyet a fejlődés alternatíváinak sokfélesége hajt.

Az egészségnevelés - egészségfejlesztés elmélete és gyakorlata *tudományos alapokra épül*. Az egészségnevelés mint tudományág (diszciplína) un. „*határ-tudományként*” működik: *az orvostudományok anyagán kívül más társadalomtudományokból is szüremkedik át (diffundál) tartalom az egészségnevelés diszciplínájába, így különösen a pedagógiából, pszichológiából, a neveléstudományból, a szociológiából*. Az *egészségnevelés* így ezeknek a tudomány-területeknek integrációját valósítja meg.

Az egészségnevelés feladatköre (tartalma) így lényegesen kitágul: figyelembe veszi az ember biológiai állapotát (testi, szervezeti egészségét) csakúgy, mint a lelki (szellemi,

érzelmi, törekvéses) tulajdonságait és a társadalmi együttélésből adódó szociális státuszát (anyagi-gazdasági helyzetét, családi harmóniáját, társadalmi beilleszkedési zavarait) és ezek *együttes hatás-rendszerében ítéli meg tennivalóit.*

▣ **Kompetencia, mint új fogalom az egészségfejlesztésben**

Az általános értelmezés szerint a kompetencia jelentése: *illetékesség, jogosultság, szakértelem.* (Magyar Értelmező Kéziszótár) A kompetencia optimális *működésbeli rátermettséget*, eredményes magatartást, illetve a célul kitűzött dolgokhoz való alkalmasságot és hatáskört, a követelményeknek való megfelelést jelöli. Vagyis: (1) mentális vagy fizikai *cselekvőképesség* valamely *komplex, dinamikus*, nem teljesen meghatározott (determinált) *szituációban*, (2) *képesség* és (3) *attitűd* a szakmai és magánélet szervezésére változó körülmények között, ami (4) nemcsak *egyéni hanem társadalmi* jelenség is.

„A kompetenciát úgy kell tekinteni, mint olyan általános képességet, amely a tudáson, a tapasztalaton, az értékeken és a diszpozíciókon alapszik, és amelyet egy adott személy tanulás során fejleszt ki magában” (J. Coolahan, 1996).

A robbanásszerű tudományos, technikai fejlődés, a gyors átalakulások, a versenyhelyzetekhez való igazodás az egészségfejlesztés területén is paradigmaváltásra kényszerítenek. Egyre inkább fontossá válik, hogy az egészségnevelési-egészségfejlesztési céljainkat miként lehet hozzákötni a piacképes, szociális, társadalompolitikai megfontolásokhoz, igényekhez, értékekhez. Ebben a helyzetben kulcsfeladat, hogy segítsük megtalálni, saját tudásunkba beépíteni mindazt amire életünk során szükségünk lesz. Egyre nagyobb értéke van annak, ha valaki többször meg tudja tudását újítani, új helyzetekben képes azt alkalmazni (tudástranszfer). A tudásról alkotott ismereteink is bővülnek: az agykutatás, a kognitív pszichológia, a motivációkutatás, a sportélettan, és más tudományterületek kutatási eredményeivel egyre többet tudunk a gondolkodási műveletekről, a képességek fejleszthetőségéről. Ez a felismerés gazdagítja, új dimenzióba helyezi az általános kompetencia fogalmát is. A hangsúly olyan kulcskompetenciákon van mint: kommunikációs, döntési, problémamegoldó, *életvezetési*. Ez pedig az egészségfejlesztés nyelvén jelenti az életvitelhez és a hivatáshoz (foglalkozáshoz) szükséges alapkészségek és képességek kialakítását, megszerzését. E készségek és képességek sorában prioritást élvez az egészségvédő és egészségfejlesztő készségek elsajátítása és a

mindennapos tevékenységbe való illesztése. Az egyén nemcsak tudja, hogy mit és hogyan kell elvégeznie, de készségesen, rutinszerűen, rendszeresen el is végzi azt. A pozitív attitűd, a helyes magatartásmód kialakítása, az egészséges életmód biztosítja, hogy az egyén életének tudatos irányítója legyen, tisztelje harmonikus, kiegyensúlyozott életét, ennek fenntartása érdekében helyes döntéseket hozzon. *Az egészségvédő kompetencia az egészségmagatartásban válik megfoghatóvá, láthatóvá, hallhatóvá, sőt előre jósolhatóvá.*

Ha kompetenciákat, a képességfejlesztést rangsorba rendezzük: akkor az alapot a testi adottságok, biológiai képességek képezik, erre épülnek a lelki – szellemi (értelmi, érzelmi, akarati), képességek, majd ezt tetőzik be a cselekvést megelőző állásfoglalások (attitűd) és az életben való boldogulás tevékenységei. Más szóval: *egészséges életmódra történő nevelés nélkül semmiféle kompetencia nem lehet biztonságos.*

Az egészségfejlesztés sajátos kompetenciakört takar

Mit jelent ez ?

- ↳ Nem csupán a szomatikus egészség védelmét, az egészségmegőrzést van hivatva segíteni, hanem más képzettségre, más tudásra, más képességre kell nevelni mely jelenti a pszichoszomatikus, szomatopszichés, szociokulturális faktorok közbeiktatását is,
- ↳ a gondolkodási műveletet kikapcsoló egészségnevelés ideje lejárt,
- ↳ elvárja minden egészségügyileg képzett szakembertől, hogy az egészségnevelés gyakorlatát szaktevékenységének immanens elemévé tegye (nincs külön szaktevékenység, nincs külön egészségnevelés),
- ↳ az egészségnevelés már nemcsak disciplináris (orvosi, egészségtudományi) hanem interdisciplináris tudomány, ami szisztematikus, integrált kutatásokat, elemzéseket, eredmények feldolgozását igényli,
- ↳ időszerűnek és aktuálisnak kell lennie,
- ↳ alapeleme az integrálódás: beépülése minden olyan eseménybe, szituációba, a kultúra átadásának folyamatába, ahol az egészségre vonatkozó ismeretet, tudást, gyakorlatot közvetít,
- ↳ megköveteli a konkrét ismeretátadást, az adott élethelyzetre szóló tanácsadást, de ezt olyan módszer segítségével, ahol a személynek megmarad az opciója (szabad választás lehetősége) a bemutatott és javasolt alternatívák közül,

- ↪ megköveteli a magas-szintű kutatómunka végzését, az összehasonlító elemzéseket, következtetések levonását, annak alkotó módon való beépítését a kompetencia szintű egészségfejlesztésbe,
- ↪ ahol az egészségfejlesztés, az egészségnevelő és az érintett személy intim belső kapcsolatán, empátiás, interperszonális viszonyán nyugszik,
- ↪ az egészségvédelmi tudat és magatartás divergenciájának megszüntetésére irányuló tevékenység jellemzi,
- ↪ kerüli az auditív információt,
- ↪ figyelembe veszi az esetleges kulturális nívókülönbségeket,
- ↪ nagyobb szerepet kapnak azok a módszerek, amelyek az emberek aktivizálására képesek. A módszer: az orvostudományi tartalom pedagógiai, pszichológiai, szociológiai eszközökkel történő elterjesztése. Azaz: a megfelelő motiválással megalapozott egészségtudományi ismeretek közlése a helyes magatartásra való hangolás céljából. (De, magatartást változtatni nem lehet vulgáris, áltudományos ismeretekkel.) Az egészségnevelés esetében a módszerváltás jelenti: az önismereti, az önellenőrzési, az öngondozó szerepre, a pszichoregulációra, a stresszelhárításra, a coping mechanizmusok elsajátítására való felkészítést is,
- ↪ hozzájárul az egészségkultúra kialakításához, korrekciójához,
- ↪ nem nélkülözi a menedzsment feladatokat, az ágazatközi együttműködéseket,
- ↪ törekszik az interperszonális kapcsolatok kialakítására és fenntartására,
- ↪ együttműködő a prevenciós szolgáltatások tervezésében, fejlesztésében, lebonyolításában,
- ↪ a prevenciós lehetőségek megvalósításához szükséges információk, erőforrások feltárására, felhasználására,
- ↪ birtokolja a népegészségügyi tevékenység tudományos alapját jelentő és az ahhoz kapcsolódó módszertani és gyakorlati ismereteket a lakosság egészségi állapotának javítása érdekében.

A jövő emberének személyiségképét az egész életen át tartó tanulás (LLL – Long-Life - Learning) rajzolja meg. Olyan tudásra van szükség, amely az életre szól, vagyis: biztosítja az életben hasznosítható tudást. Olyan szakemberekre van szükség akik a megalapozott elméleti és gyakorlati ismeretek és készségek birtokában képesek a szaktevékenységükhöz kapcsolódó egészségfejlesztési feladatok professzionális szintű végzésére. Az egészség fenntartása *személyes egészségvédő képességek fejlesztését* tételezi, azaz személyre szóló

egészségvédő ismeretek megszerzését, azok megvalósítására való gyakorlati készséget és jártasságot. Az egészségfejlesztés magatartásformáló funkcióját *olyan folyamatnak tekinthetjük, amely az embereket képessé teszi arra, hogy megértsék az egészségüket befolyásoló tényezőket és ennek alapján képesek legyenek a saját egészségüket befolyásolni.* Az egészséges életmód elfogadtatásának "kompetenciája" (hatékony megoldása) *életszerű feladatmegoldások közepette a hatékony megoldáshoz nélkülözhetetlen ismeretek, képességek és készségek (rutinok) elsajátíttatását tételezi,* annak érdekében, hogy a széles értelemben vett egészségkultúra elsajátítása elsősorban ne küzdelem, hanem életöröm és életforma legyen. Összegezve tehát: egy fejlesztési folyamatról van szó, tudatosan megtervezett tevékenységtervről, azaz curriculumról.

Új fogalom az egészségtudományi képzésben

A kompetencia pedagógiai – egészségpedagógiai megközelítése

A kompetencia lényege: attitűd + tudás + képességek integrálása az alkalmazásban, azaz teljesítmény. A kompetencia legtágabb pedagógiai és pszichológiai értelemben intelligenciát takar: a „mit” egyszerű tudásán túl a „hogyan” tudását is magába foglaló *operatív* (megvalósításra törekvő) *intelligenciát*. Az intelligens tudás a tanultak belső összefüggéseinek megértésére, az egyes tantárgyak tudáselemeinek összekapcsolására helyezi a hangsúlyt. Mint egy másik jellemző: felmerül a tudástranszfer szerepe, amely lehetővé teszi, hogy a megtanult elemeket új helyzetben alkalmazzuk. Az alkalmazható tudás teszi lehetővé, hogy a tanulók megértsék és alkalmazzák a megszerzett ismereteket. Napjaink nemzetközi és hazai pedagógiai fejlesztései pedig egyre több figyelmet fordítanak a kompetenciákra, vagyis az aktív cselekvőképesség fejlesztésére helyezik a hangsúlyt. A kompetencia előtérbe kerülése azt feltételezi, hogy az egyénnek kell aktivizálnia önmagát annak érdekében, hogy a boldogulásához szükséges, hasznos ismereteket, tudást a legoptimálisabb módon szerezze meg. A kompetencia az a módszer, az az eszköz, amellyel az egyén képessé válik a tudás megszerzésére és hasznosítására.

Az ismereteket át lehet ugyan adni, de az ismeretek csak akkor mobilizálhatók, ha ezeknek a működtetési technikáit és azokat a személyiségjegyeket is fejlesztjük, amelyek e technikák működtetését valóban szándékszerűen, motivációszerűen meg tudják jeleníteni.

Ahhoz, hogy az iskola, a pedagógusok befogadják azt a pedagógiai szemléletet, amely a kompetencia alapú oktatás lényege, egy újfajta pedagóguskompetenciákra van szükség. Ezt pedig a pedagógusképzésben kell fejleszteni. Olyan készségekre, attitűdökre van

szükség, amelyek birtokában a tanár módszertani kultúrájának része, hogy képes lesz arra, hogy ezeket a kívülről kapott segédeszközöket tudja használni, majd kellő gyakorlat után saját környezetének az igényeihez alkalmazva, ő maga is képes lesz ilyeneket kitalálni, fejleszteni.

A különböző kompetenciák fejlesztése a tanítás-tanulás folyamatának a korábbinál tudatosabb megtervezését, a tananyagok fejlesztőfunkciójának alaposabb elemzését teszi szükségessé. A kompetenciaszemléletű oktatás alapvetően átalakítja a pedagógus tevékenységét, mivel a tanításban az ismeretek közvetítése mellett jelentősen megnő a tanulók fejlesztésének igénye. Mint ahogy az is nyilvánvalóvá vált, hogy a fejlesztésközpontú iskola létrejötte olyan szervezeti kultúrát igényel, amely egyrészt képes az önfejlesztésre, másrészt nyitott mindazokra a pedagógiai innovációkra, amelyek olyan tartalmakat és módszereket visznek be az oktatásba, amelyek megalapozzák az egész életen át tartó tanulást. Az újfajta pedagógiai kultúra kompetenciaorientált pedagógusképzést és olyan továbbképzési rendszert tesz szükségessé, amelyben megnő a gyakorlat, a tréning jellegű fejlesztés, az új módszerek kipróbálásának lehetősége.

Legalább két feltétel szükséges ahhoz, hogy kompetencia alapú oktatásról beszélhessünk. Az egyik egy olyan légkör megteremtése, amely jelentős szemléletváltást igényel, mert benne van az együttnevelés, a differenciált fejlesztés iránti igény. A második feltétel a rendszerben való gondolkodás. Ugyanis az nem tekinthető kompetencia alapú oktatásnak, ha öletszerűen, időnként bevisz a pedagógus egy-egy olyan feladatot az órára, amely különböző tanulói kompetenciák fejlesztésére alkalmas. Természetesen értelmetlen lenne elvárni, hogy csak a különböző kompetencia-komponenseket fejlesztő feladatok legyenek a tanításban, de azért rendszeres jelleggel kell ezeket alkalmazni. Amíg ez nem áll össze egy egységes szemléletmódba, rendszerbe, addig a fejlesztés nem éri el a célját. A kompetencia alapú pedagógia korántsem jelenti az ismeretnyújtás zárójelbe tételét. Az ismeretek feldolgozása és a kompetenciafejlesztés egysége szerves rendszert kell, hogy alkosson.

Nagyon megnőtt a szinte mindenki számára hozzáférhető ismeretek mennyisége. Ez is hozzájárult ahhoz, hogy átalakult a megszokott tudásról alkotott kép, s ezzel együtt valóban átalakult a tudáskánon. A kompetenciafejlesztés igényének megjelenésében több tényező együttes hatása érvényesül. Az emberi befogadóképesség korlátozottsága miatt az ismereteket szelektálni kell. A szelekció egyik elve a hasznosság, a sikeresség. A sikeresség alapja az, hogy melyek azok a tudáselemek, amelyeket az egyén fel tud használni, amelyeket alkalmazni tud.

Az oktatásban-képzésben sajátos hierarchia szerint értelmezhetjük a kompetencia többszintű megjelenését. Magába foglalja:

- a szakterület kiterjedtségét,
- a tevékenységet, a szakmai feladatok körét,
- a tanuláshoz szükséges képességek, készségek megszerzését.

A kedvezőtlen népegészségügyi helyzet megállítására, megváltoztatásra hívja fel mindazokat, akik az egészség védelméért, fejlesztéséért tenni hivatottak. Közöttük kiemelt szerepet töltenek be azok a pedagógusok, akik "az egészséges életre nevelés, az oktatás és tudatformálás erősítése" terén a felnövekvő nemzedéket felkészíteni hivatottak. Egészségfelfogásunknak megfelelően ők az egészségtanárok, egészségpedagógusok. Feszítő igényként jelentkezett egyetemi szintű felkészítésük e feladatra való megfeleléshez.

Cél: olyan egészségtanárok képzése, akik a korszerű egészségfogalomra alapozott egészségügyi, egészségmegőrző, egészségfejlesztő ismeretekkel rendelkeznek; akik felkészültek arra, hogy az oktatási - nevelési intézményekben az egészséges életmódot, az egészségkultúrát modellként alkalmazzák és közvetítsék, illetve egészségügyi és egészségpedagógiai szakismereteik rendszerezésével és alkalmazásával képesek a korszerű egészség szemlélet kialakítására, tudományterületük alkotó művelésére és továbbfejlesztésére.

Az egészségpedagógus kompetenciája

Kompetencia elvárások:

- kellő mélységben ismerje az életmódból fakadó egészségkárosító tényezőket,
- képes legyen egészségfejlesztő (iskolai) projektek kidolgozására,
- a pedagógusi kötelezettség mellett a tanártól alapvető egészségügyi tudományi felkészültséget igényel (azok a részek melyek mélyebb orvostudományi alapokra építkeznek, vegye igénybe egészségügyi szakember közreműködését),
- legyen birtokában az egészségügyi tudományi szakkifejezéseknek (a mindennapi köznyelvben használt egészségügyi fogalmak – szleng - etikus alkalmazása, / egyes egészségügyi fogalmakra nem alakult ki közmegegyezésen alapuló szóhasználat /),
- szükség van a szaktárgyi kurrikulumok folyamatos gondozására, megújítására, fejlesztésére, ebben kezdeményező szerepet kell vállalnia,

- személyiségének és szakmai felkészültségének folyamatos, tervszerűen tudatos fejlesztésére,
- saját szakterületén legyen képes menedzsment feladatok ellátására,
- saját szakterületén legyen képes összefüggések felismerésére, az eredmények, tapasztalatok értékelésére, valamint az elméleti és gyakorlati oktatásban való részvételre;
- képes legyen a prevenciók modellek megválasztására, azok alkalmazására,
- a tanulási folyamat eredményével kapcsolatosan, biztosítani kell azt, hogy hasznosítható tudású, felkészültségű tanulók lépjenek ki az iskola kapuján.

Ennek érdekében:

a.) a tantárgy oktatása során az egészségtudomány ismereteinek megfelelő ismereteket közöljön,

b.) ezek az ismeretek alkalmasak legyenek arra, hogy, hogy felkészüljön a várható tennivalókra, új feladatokra, a felmerülő problémák megoldására az egészsége megvédése érdekében. Az egészségvédő ismereteket azonban automatikusan nem követi az egészségvédő magatartás. Mindebből következik, hogy az egészségvédő magatartás elemeit gyakorolni, az egészségesebb viselkedés egyéni választásának képességét fejleszteni szükséges. A megtanítandó tananyag így válik nélkülözhetetlenné a jártasságok, készségek, képességek, attitűdök kialakítása szempontjából. E körbe tartoznak ilyen fejlesztési követelmények, mint: ✧ helyzetfelismerés ✧ vélemény hangoztatása ✧ cselekvést megelőző állásfoglalás ✧ a kivitelezés képessége,

c.) alakítson ki a tanulóban érvelési képességet, megvalósítási hajlandóságot az egészségmegőrzés területén,

d.) a tanítás módszere támaszkodjék a mindennapok tapasztalatára, az élet kritikus mozzanatainak megoldására,

e.) ismerje: az egészség fogalmát és kritériumait, valamint az ember szomatikus, pszichés és szociális állapotának sajátosságait; az egyén, a család, a közösség és a társadalom egészségvédelmének és az egészség helyreállításának tudományos alapjait,

f.) ismerje az egészséges szervezet működését, az egészségkárosodások etiológiai tényezőit, megelőzésük lehetőségeit, fontosabb morfológiai és funkcionális jellemzőit,

g.) a reproduktív egészséggel kapcsolatos etikai megfontolásokat,

h.) vegye figyelembe a kulturális különbözőségeket,

i.) a megszerzett ismeretei alapján legyen képes az egyén, a család, a közösség és a társadalom egészségvédelméről és az egészség helyreállításáról szóló megelőző munkában önálló felelősséggel részt venni.

A képességfejlesztés, képességkialakítás motivációs háttér nélkül lehetetlen, és ennek a motivációs háttérnek a befogadó (input-output) oldaláról egyaránt meg kell jelennie, különben nem beszélhetünk magáról a folyamatról.

Kompetenciák befogadói, hallgatói minőségben

- a.) Fejtse ki véleményét az egészség értékéről,
- b.) pozitív és negatív példákon tudja elemezni a magatartás egészségvédő illetve egészségkárosító hatását,
- c.) tudjon érvelni valamely magatartás, szokás, viselkedés, társ-, és párkapcsolat egészséges vagy hibás voltáról,
- d.) ismerje fel egy-egy egészségre ható tevékenység motívumait, azok indító szerepét,
- e.) legyen képes egészségi állapotának, edzetségi fokának, fittségének, alkalmazkodó képességének elemzésére,
- f.) ismerje és alkalmazza a szervezet edzésének programját, végezzen rendszeres testedzést, tudja mérni életműködésének jellemző értékeit,
- g.) egészségi önismeretre, életmódjának revíziójára, az egészséges eltérő állapot felismerésére, kezelésére,
- h.) vállalja fel tudatosan a saját egészségéért való felelősséget,
- i.) tudja és alkalmazza az egészséget szolgáló táplálkozás szabályait a mindennapi életben,
- j.) kedvezőtlen helyzetben, szokatlan körülmények között is képes legyen egészségének megóvására,
- k.) alakuljon ki benne elutasító magatartás a dohányzással, az alkohol-, és drogfogyasztással, és az egészségre ártalmas szórakozásokkal (játékszenvedély), a felelőtlen szexuális magatartással,
- l.) legyen gyakorlott a mindennapos egészségvédelem tennivalóiban (személyi, környezeti higiénia, fertőzések megelőzése).

Örvendetes tény, hogy ma már mind több felsőoktatási intézmény különböző fakultásain szerezhető szakirányú diploma, mely azt hivatott elősegíteni, hogy olyan szakemberek képződjenek:

- akik megalapozott elméleti és gyakorlati ismeretek és készségek birtokában képesek egészségfejlesztő szerep betöltésére,
- hozzájárulnak az egészséges életmód megalapozásához, kialakításához, hozzájárulnak e feltételek megteremtéséhez és korrekciójához a családokban, egészségügyi, oktatási-nevelési intézményekben,
- képesek az egészséget veszélyeztető társadalmi problémák feltárásában való közreműködésre,
- differenciált szakmai ismereteknek megfelelően további medicinális, egészség - és társadalomtudományi elméleti és gyakorlati tudás megszerzésére.

Összefoglalás

A szerző taglalja az egészség modern fogalomrendszerét, melynek lényeges eleme az egészségközpontúság. Bizonyítja annak a nézetnek a létjogosultságát, amely szerint a „népegészség” sokkal inkább igényli a holisztikus megközelítésmódot, mint a csupán betegségmegelőzésre szorítkozó tevékenységet. Bemutatja az egészségfejlesztésnek mint stratégiának növekvő fontosságát és fejlődését, olyan új elemekkel való kibővítését, mint az egészségfejlesztés kompetenciája. Elemzi e kérdéskör sajátosságait, melynek lényege, olyan differenciált szakmai ismeretek megszerzése és képességek kialakítása, amely hozzájárul az egészség megőrzéséhez, a korszerű egészségkultúra kialakításához.

A szerző kifejti a korszerű, az „intelligens tudás”, az „alkalmazható tudás” képességének előtérbe helyezését a pedagógia területén. Ezzel összefüggésben elemzi e kérdéskör egészségpedagógiával való kapcsolatát, abban az értelemben, hogy olyan egészségtan tanárok képzésére van szükség, akik a korszerű egészségfogalomra alapozott egészségügyi, egészségfejlesztő ismeretekkel rendelkeznek. Akik felkészültek arra, hogy az oktatási – nevelési intézményekben az egészséges életmódot, az egészségkultúrát modellként alkalmazzák és képesek a korszerű egészség szemlélet kialakítására. Akik képesek szaktevékenységükhöz kapcsolódó egészségfejlesztési feladatok professzionális szintű végzésére, melynek végső célja egy egészséges nemzedék felnevelése.

Summary

The author disjoints the modern concept of health, which essential element is health centralization. She proves the justification of the theory that „public health” ten times rather requires the holistic approach than to come down only the activity of preventing health. She introduces the increasing importance and evolution of health development, expansion with new elements such the competence of health development. She analyzes the characteristics of these questions, which gist is to acquire different professional knowledge and to form capabilities that add the preservation of health and to shape an up-to-date health culture.

The author explains the up-to-date the capability of putting forward the „intelligent knowledge” the „applicable knowledge” in the field of pedagogy. In this context she analyzes the connection with the question of health pedagogy to the effect that there is a need of training such hygiene teachers who have up-to-date health concept foundation and health development knowledge. Who are prepared to apply the healthy lifestyle and health culture and use as a model in the educational institutes and able to form a modern health approach. Who are capable of making health development exercise in a professional way, which aim is to bring up a healthy generation.

Irodalom

- Cecil G. Helman: (2000) *Kultúra, egészség, betegség* Melánia
- Dzsakartai Nyilatkozat Egészségmegőrzés a XXI. Században* (1997) NEVI
- Ecoles-Sirunett: (1999) *Egészségfejlesztés* Medicina
- Elekes A.: (1999) *Pedagógia – Egészségpedagógia* ETI
- Füsti M.S.: (1976) *Az egészségnevelés alapelveiről, elnevezésének kialakulásáról.*
Egészségnevelés XVII. 200
- Gergely Gy.: (2004) *Kulcskompetenciák pedig nincsenek* Új Pedagógiai szemle 11.sz.p.50-58
- Gönczöl E.–Vass V. (2004) *Az oktatási programok fejlesztése.* Új Pedagógiai Szemle 10 sz.
10-19.
- Gritz A.-né: (2002) *Az egészségmagatartás kialakításának néhány kérdése.* Bp. Főv. XVII.
ker. Önk. Eü. Szolg. Egészségnevelés
- Métneki J.: (1989) *40 éves az intézményes egészségnevelés.* NEVI
- Métneki J.: (2004) *Az egészségügyi felvilágosítástól az egészségfejlesztésig* Bp. Főv. XVII.
ker. Önk. Eü. Szolg. Egészségnevelés p.1-31.
- Meleg Csilla: (2005) *Egészségtámogató iskolai környezet.* Új Pedagógiai Szemle: 11. sz.

- Molnár Gy. (2002) *A tudástranszfer*. Iskolakultúra 2.sz. p.65-74.
- Nagy J. (2000) *A kritikus kognitív készségek és képességek kritériumorientált fejlesztése*. Új Pedagógiai Szemle 2000/7
- Simon T.: (1998) *Az egészséges életmód szabálya*.i Egészségnevelés 236.
- Simon T. (2004) *Az egészségoktatás stratégiája a 21. században*. Egészségfejlesztés XLV. évf. 5-6.
- Simon T.: (2005) *Az iskolaegészségügy feladatai az egészségfejlesztésben*. Bp. Főv. XVII. ker. Önk. Eü. Szolg. Egészségnevelés
- Sipos K. (2006) *Mi az egészség?* In: Sipos K. (szerk.) *Egészségpszichológia szöveggyűjtemény*. Bp. Főv. XVII. ker. Önk. Eü. Szolg. Egészségnevelés, p.192-198
- Székely L.(1995) *Egészségnevelés a múltból előre tekintve*. PPEOE
- Székely L.(1995) *Gondolatok az egészségnevelés tudományosságáról*. Egészségnevelés, XXXVI. 167.
- Székely L.(2003) *Egészségfejlesztés-egészségnevelés*. Bp. XVII. ker. Önk. Egészségnevelés
- Székely L.(2005) *Egészségpedagógia*. Bp. XVII. ker. Önk. Egészségnevelés
- Vass V. (2003) *A Nemzeti Alaptanterv felülvizsgálata*. Új Pedagógiai Szemle 6.sz. 40-44.

Meddőség

Úgy tartja egy régi mondás, hogy egy nő az életében két dologért képes mindent megtenni, azért hogy lehessen gyermeke és azért, hogy ne lehessen.

Dolgozatom témájaként a meddőséget választottam, mert környezetemben egyre gyakrabban fordul elő ez a téma, egyre gyakoribb, hogy a fiatal pároknál elmarad a várva várt gyermekáldás. A meddőséget régebben tabuként kezelték és első sorban a nő hibájának tekintették. Ezt szeretném a történeti szempontból megjeleníteni, kevesebb hangsúlyt szeretnék fektetni az orvosi részre. Ugyanakkor ismertetni szeretnék néhány alternatív módszert, valamint szeretném felhívni a figyelmet a pszichológiai meddőségre, a stressz következményére.

1. Történeti áttekintés

Tévhitek, babonák

Ezt a fejezetet a teljesség igénye nélkül, de részletesen szerettem volna leírni. Szerintem mindez szükséges ahhoz, hogy megértsük, hogyan vélekedtek régen a meddőségről milyen sors jutott osztályrészül a meddő nőknek.

Az emberi élet keletkezésének története már ősidők óta foglalkoztatja a tudósokat. Az ember mesterséges úton történő „előállítás”, tulajdonságainak meghatározása, a homunkulusz rejtélyének megfejtésére irányuló törekvés korántsem a XX. Század tudományának eredményeiből következik.

Magzatátültetésre utaló emlékeink már az i.e. századokból is vannak. A British Museum-ban látható egy rajz, melyet i.e. 599-ben készített egy észak-indiai festő, amely lényegében egy ilyen magzatátültetést ábrázol. A képen egy lófejű mitikus élőlény HARINEGAMÉSHIN látható, amint egy pap feleségének méhéből TRISALA királyné méhébe ülteti át majdan születendő gyermekét MAHAVIRAT.

A másodlagos görög kultúrák (Róma, Bizánc) úgy tartották, hogy a víz amelyben a kovácsok a tüzes vasat hűteni szokták belsőleg szedve terméketlenné tesz.*

Körülbelül 1000 évvel ezelőtt EBERS POPYRUS másolása előtt készült el a kettő FLINDERS POPYRUS melyeket Kahun-ban találtak, és már ezen a papírtekercseken is szerepelt terméketlenség.¹

1. Mayer Ferenc Kolos: Az orvostudomány története, Budapest 1927

Régen minden terméketlenséget a nőnek tulajdonítottak, nevezetesen az „egyéni sors”

rosszakaratának. Jól tudták azonban, attól még, hogy egy nő nem eshet teherbe az egyik férfitől, teherbe eshet egy másiktól. Ilyen esetben a fogamzás elmaradását a házastársak közötti mágikus – vallási, nem pedig biológiai összeférhetetlenségnek tulajdonították.

Mivel a női terméketlenséget több féle okra vezették vissza, az a nő aki nem esett teherbe férjétől –noha feleségtársainak már voltak gyermekei–, reménykedhetett abban, hogy rossz sorsa csak átmeneti. Kevés kivételtől eltekintve a meddő nőknek rendkívül mozgalmas élet jutott osztályrészül: férfiről férfira vándorolhatott a terhesség reményében.

A fiatal lány akkor vált nővé, ha teherbe esett (az nem számított hogy ki tudta-e hordani a terhességét). A meddő nő nem számított igazi nőnek, éretlen fiatal lányként kezelték és úgy is halt meg. A gyermekek temetőjében földelték el, anélkül, hogy a nagydobok, - amelyekkel csak termékeny nőket tiszteltek meg- megszólaltak volna a temetésükön.

A szamók lakta területek különböző vidékein, a meddő nőn, akit hátrára és nem oldalára fektetve temettek el, elföldelése előtt műtétet hajtottak végre, hogy „megtörjék ágyékát”. Ágyéka magasságában átszúrták egy kihegyezett bottal, a bot olyan fa ágából készült, amely soha nem hozott termést. Az ágyékot áttörő műtét kétszeresen is rendet teremtett a testben mielőtt kihűlt volna, mesterséges úton kivonta a többlet hőt, amelyet el kellett volna veszítenie. Ez a szimbolikus havi vérzés.

Ha egy meddő nőt anélkül temettek el, hogy a fenti műtétet elvégezték volna rajta, a hiedelem szerint a halála után vérrel telített vámpír lett. A vámpírokról azt tartották, hogy visszatérnek az élők közé saját falujukba, tele vannak rossz szándékkal, ártani akarnak a termékeny nőknek, különösen a terheseknek, féltékenységükben igyekeznek elpusztítani őket.

A teljes meddőség mindig a nő egyéni sorsában rejlő vagy természetfeletti hatalmak részéről megnyilvánuló rosszakarat vagy ellenséges érzület megnyilvánulása. A terméketlen nőket gyakran boszorkánysággal is vádolták.

Közép-ausztráliai törzseknél a férj övének szerepet tulajdonítottak a termékenységben. Az ausztráliai bennszülöttek azt tartják, hogy a képen látható gömbölyded kő „a gyermekek szellemeit” tartalmazza. Ha a gyermektelen férj és feleség gyermekre vágytak kimentek az erdőbe, leültek a kő mellé, a férj rákötötte övét, a szertartás közben varázsigéket mondtak.

Amellett, hogy varázslatokat folytattak a termékenység érdekében, nőket tették terméketlenné, hogy örökletes betegségeket akadályozzanak meg vele.

Az amulettek terápiás szerepe bővült és gyógyító erőt is tulajdonítottak neki: csontba véset nagyhasú halaktól várták a megtermékenyülésüket a magtalanok.¹

A terhességet és a szülést a nő életének legfőbb értelmének tekintették, akinek nem lehetett gyermeke megvetés, szánakozás kísérte életét, esetenként súlyos szankciókkal

sujtották. Éppen ezért a meddő nők igyekeztek helyzetükön változtatni, azaz olyan állapotba kerülni, ami által a közösség teljes értékű és jogú tagjaivá válhattak. A meddőséget Isten büntetésének tartották így legfőképpen tőle várták a feloldást is. A meddő nő búcsúba járt, pólyás babát ábrázoló OFFER-eket ajánlott fel Szűz Máriához könyörgött és szentelt gyertyát gyújtott neki, Szent Annának kilenc keddet fogadott.²

Régen a terméketlen asszonyok mágikus eljárásokhoz is fordultak. A termékenyséért küzdő nők rítusaiban a bába kiegészítő szerepet kapott: frissen szült nő lepényére ülteti a meddő nőt, egy gyermek születésénél használt kifogóruhával és a már szült nő véres ingével érinti. Egyesek havi vért ittak, mások vadrózsagubacsba talált kukacot aszalt szilvába téve lenyelték, sok fokhagymát ettek, anyaméh nevű fű főzetét itták, kengették magukat.²

A borbélyok a meddőség kezelését úgy oldották meg, hogy a terméketlen asszonyokat ADOES nevű fával füstölték.

2000 éven át mindenütt a világon a feleséget okolták a meddőségért és a felelősségrevonás bizonyos leértékeléssel is járt. Ez egyrészt a patriarchális felépítésű társadalmi rendből adódott, ahol éles visszautasítás lett volna a sorsa a férfi önértékét sértő ilyenfajta „gyanúsításnak”. Ez helytelen megközelítés a század elejéig tartotta magát, ekkor tűnt fel az orvosoknak, hogy jóval több a gyermektelen házasság, mint amennyit a fogamzástelenség állapota indokol.

Orvostörténet³

A világ kezdete óta az emberiség legfőbb kérdése a termékenység. Már az ókori egyiptomi, hindu és perzsa népek orvosai is foglalkoztak a nők meddőségével és gyógyításával. Tudták, hogy a daganatok, hüvelyi folyások meddőséget okozhatnak.

HIPPOKRATÉSZ volt az első, aki a meddőség okát a férjben is kereste.

Az arab orvosok közül AVICENNA kutatta a meddőséget kiváltó tényezőket, szerinte a részegség és a gyengeelméjűség a fertilitást csökkentő tényezők.

1878- első kísérletek emlősök petesejtjének megtermékenyítésével Bécsben

1944- ROCK és MENKIN a petesejt sikeres in vitro megtermékenyítése

1. Mayer Ferenc Kolos: Az orvostudomány története, Budapest 1927

2. Deáki Zita: A Bába a magyarországi népi társadalomban, Centrál Európa Alapítvány 1996

3. Urbancsek J.-Rabe T.: Asszisztált reprodukció (Az in vitro fertilizatio elmélete és gyakorlata), Springer 1994

1964- GONONI tüszőérését serkentő szer kivonása az emberi vizeletből

1973- IN VITRO FERTILIZÁCIÓ és EMBRIÓ TRANSZFER (IVF-ET) intrauterin terhesség amely vetéléssel végződik

1978 június 25-én egy angliai kórházban világra segítették Louise Brownt. Ő volt az első gyermek, aki mesterséges megtermékenyítés útján fogant 1977 november 10-én. Az anyának petevezeték elzáródása volt, petesejtjét laparoscopiával nyerték ki.

1990- COHEN és munkatársai, asszisztált hatching (AH) vezetése

1992- HANDSYDE és munkatársai IVF embriobiopszia, kihordott terhesség

1994- DEVROY: spermatoidokkal történő fertilizáció

Magyarországi történet:

1987- Pécs- első terhesség- GIFT

1989- Pécs- első lombikbébi- Prof. Csaba Imre és Dr. Bognár Zoltán

1995- ICSI, AHA (asszisztált hatching)

1996- TESA

1998- lézer hatching

1999- rutinszerű embriófagyasztás

Magyarországi központok megalakulásának időrendi sorrendje:

1988-1990 – Pécsi Klinika

- Debreceni Klinika

- Nyírő Gyula Korház, Budapest

1990-1992 – Jahn Ferenc Korház

- Kaáli Intézet Budapest

- Budai Meddőségi Központ (Szent János Korház)

1994 – SOTE I. Női Klinika

1997 – Szegedi Kaáli Intézet

1999 – Győri Kaáli Intézet

2. Alapfogalmak

A köznapi gondolkodásban a terméketlenség fogalma azonosul a gyermektelenség fogalmával, nem teszünk különbséget aszerint, hogy a teherbeesése lehetősége kizárt vagy csupán korlátozott, illetve a fogamzás megtörténik, de a nő a terhességet nem tudja kihordani. Csak az eredmény a fontos, a gyermek hiánya, egyetlen kifejezést használva az állapot megjelölésére: meddőség. A két helyzet között azonban egyáltalán nem lényegtelenek a különbségek, ezért szeretném az alábbiakban tisztázni a következő fogalmak lényegét.

A természetes fogamzás feltételei a női szervezetben:

- a nemi szervek átjárhatósága a hüvelybemenettől a méhen át a petevezetékek hasúri szájadékáig

- a tüszőérés és az éret petesejtek kiszabadulása
- az egészséges petevezeték és méhnyálkahártya
- a petefészek élettani hormontermelése és a nemi szervek élettani válaszreakciója a különböző hormonhatásokra.

A férfi természetes termékenyítőképességének feltételei:

- az ivarcsatorna átjárhatósága
- megfelelő számú, alakú és mozgású spermium termelése, az ondó megfelelő összetétele
- közösülési képesség
- Leydig-sejtek normális androgéntermelése

Fertilitás: termékenység, beleértve a szaporodási képesség valamennyi jellemzőjét

Subfertilitás: azokat a nőket nevezzük subfertilisnek, akiknél a teherbeesés illetve a terhesség kiviselésének esélye kisebb

Infertilitás: a megtermékenyülés létrejön, de a nő nem képes élő, életképes gyermeket szülni.

Meddőségről (sterilitás): akkor beszélünk, ha rendszeres, fogamzásgátlástól mentes, gyermeket óhajtó szexuális élete ellenére egy év alatt terhesség nem jön létre. Ha előzőleg sem volt terhesség, úgy **primer**, ellenkező esetben **secunder** a sterilitás.

Meddőség csoportosítása:

- ❖ abszolút meddőség: egyik házastárs vagy mindkettő külön-külön is terméketlen
- ❖ relatív meddőség: két házastárs külön-külön termékeny, de közös gyermekük mégsem születhet
- ❖ élettani meddőség. pubertást megelőzően, terhesség, szoptatás alatt, klimax után
- ❖ időszakos: súlyos megterhelős hatás következtében átmeneti terméketlenség (pl. éhezés)
- ❖ látszólagos: azért nem terhes, mert a házastársak fogamzással és nemi étellel kapcsolatos ismeretei hiányosak

Asszisztált reprodukció⁴

- **Tágabb értelemben:** mindazon kezelések az egyszerű tanácsadástól az

óvulációindukciós kezelésen keresztül az intrauterin inszeminációig, illetve a szervezeten kívüli megtermékenyítésig, melynek célja a valamilyen oknál fogva zavart szenvedett reprodukív működés helyreállítása az ivarsejtek találkozásának elősegítése, asszisztálás útján.

- **Szűkebb értelemben** vett asszisztált reprodukciós technikákat (szervezeten kívüli megtermékenyítés, illetve ennek rokon módszereit) értjük
- **Az asszisztált reprodukció célja** annak mind szűkebb, mind tágabb értelmezésében nem a természet manipulálása, hanem a meddőségben szenvedő párok fertilitási esélyének növelése. A kezelés célja, hogy a terhesség létrejöttenek esélyét egyetlen kezelési ciklusra vonatkoztatva a természetes szaporodási esélyhez (20%) közelítsük.

4. Urbancsek J.- Papp Z.: Nőgyógyászati endokrinológia, Springer 1997

A WHO meghatározása szerint az egészség nemcsak a betegség hiányát jelenti, hanem általános testi, lelki, szociális és társadalmi „jólétet” takar. Ennek alapján a meddőség betegségnek, életkrízis-helyzetnek tekintendő, és mint ilyen, a beteg (meddő pár) kérésére kezelendő. A reprodukcióhoz való jog alapvető emberi jog.

3. A meddőség okai

Ebben a fejezetben a meddőség okainak főbb csoportosítását tekintem át.

3.1. A Női meddőség okai

A női meddőség funkcionális vagy organikus eredetű lehet.

Organikus eredetű meddőség fő csoportjai:

- ❖ Hypophysis eredetű meddőség
- ❖ Mellékvese eredetű meddőség
- ❖ Pajzsmirigy eredetű meddőség
- ❖ Petefészkek eredetű meddőség
- ❖ Anovulatio infertilitás
- ❖ A hímvarsejt- és a blastulatransport zavara
- ❖ Kismencedei endometriosis
- ❖ Uterus myomája
- ❖ Intrauterin adhesio

- ❖ Cervixnyák rendellenessége
- ❖ Hüvelyfejlődési rendellenesség
- ❖ Nagymértékű alkohol és nikotinfogyasztás jelentősen csökkenti a teherbeesés esélyét

A funkcionális meddőség.

A funkcionálisan meddő asszonyokra jellemző, hogy partnerüket érzelmi szinten magasra, szexuális szempontból azonban alul értékelik. A gyermek utáni vágygal és kezelésekkkel társát egyre inkább szexuális kontrol alá helyezi, és szerelmi élet helyett fogamzási program szerint élék házasesletüket. A szexuális ösztönösség tagadottá, sőt tilossá válik és a szexuális elégedettség is elveszíti fontosságát, mert egyetlen cél, a terhesség célja nyom el minden érzelmet. A funkcionális meddőség pszichés okai leginkább a partnerkapcsolat dinamikájában keresendők.

3.2. A férfimeddőség okai

A férfi meddőség andrológiai okai:

- Pretesticularis okok
- Testicularis okok
- Posttesticularis okok

4. Kezelési lehetőségek ⁵

4.1. Orvosi kezelési módszerek

Az alábbiakban felsorolásszerűen ismertetem a teljesség igénye nélkül, az orvosi kezelési lehetőségeket:

- IUI (Intrauterin inseminatio)
- In vitro fertilizáció
- In vitro fertilizáció alternatív módszerei
 - GIFT (gaméta intrafallopian transfer)
 - PROST (pronucleus stádium tubaris transzfer), ZIFT (zigóta intrafallopian transzfer)
 - TET (tubaris embritranszfer)
 - IVC (intravaginalis kultúra)
 - VITI (vaginalis intratubaris inszemináció)
 - DIPI (Direkt itraperitonealis inszemináció) és TPI (transperitonealis

inszemináció

- POST (peritonealis oocyta és spermium transfer)
- DOT (direkt oocyta transzfer)

4.1.2. A szervezeten kívüli megtermékenyítés új módszerei

- ZD (zona drilling) és PZD (parcialis zona dissectio)
- SUZI (subzonalis inszemináció)
- ICSI (intracytoplasmikus spermium injekció)

4.1.3. Az embrión végzett mikromanipulációs módszerek

- Aszisztált „hatching” (AH)
- Pronucleus eltávolítása

5. Urbancsek J.- Papp Z.: Nőgyógyászati endokrinológia, Springer 1997

4.2. Alternatív kezelési módszerek

4.2.1. Fizioerápia, balneoterápia ⁶

A női meddőség balneoterápiás kezelési lehetőségei már régóta ismertek. Ma már tény, hogy a balneoterápia az elsődleges és másodlagos meddőség esetében is kedvező hatást fejt ki.

A steril betegek kezelésére a gyógyfürdő- korházakban a fürdő-, iszapkezelés, masszázs és gyógytorna áll rendelkezésre. A balneoterápia feltételezett hatását a meddőség kezelésében az alábbiak magyarázzák:

- Fizikális inger következtében megnöveli a szplanchnikus terület vérellátását, ez pedig a tüsző gyorsabb érését és az ösztrogének felszaporodását eredményezi.
- Pszichovegetatív hatásai vannak, ezáltal megszünteti a hypothalamus-hipophysis-gonad tengely funkcionális zavarait. Elősegítheti a tüsző érési folyamatát, később az ovulációt.
- Csökkenti a stresszhatásokat, melyek az ovulációt zavarják.
- A komplex terápia megszünteti a gyulladással járó petevezető elzáródását.

6. Tóth Emil: Fizioerápia a nőgyógyászatban, Harkányi tapasztalatok, Medicina 1991

4.2.2. AVIVA módszer ⁷

A módszer megalkotója Aviva Gabriella Steiner Magyarországon született, de az követően, hogy elvesztette szüleit a második világháborúban Izraelbe került. Módszere nem csak pusztán tornagyakorlatokból áll, hanem teljes életmódbeli változtatást is megkövetel attól, aki sikeresen szeretné alkalmazni. Az AVIVA módszer gyakorlatainak nagy jelentősége

és pozitív hatása van az áldott állapot elérésében. Ez azonban nem annyira ismert, mint a gyakorlatoknak az a hatása, hogy menstruációt képesek eredményezni bármilyen ok miatti késés esetén.

A módszer alapja: az alhasban lévő véredények tágításával valamint a vérkeringés serkentésével a hormonszint normalizálódik. Általában 5 liter vért áramoltatunk percenként, a gyakorlatokkal viszont 17 litert. A felerkentett vérkeringés nagyon hasznos, nem csak az ereket tágítja, a mozdulatok hatására tágulnak a szűk, összetapadt vezetékek. A ritmikus mozdulatok hatására a feszültség eltűnik. Az erős vérkeringés hatására felmelegszik az egész alhasi terület, és ez a melegség nyugtató, könnyű érzést kelt. Az energia koncentrációja a szervekben is feloldja a feszültséget.

4.2.3. Természetgyógyászat ⁸

A termékenységet csökkentő jelenségeknek az egyik legfontosabb eredője a környezetszennyezés. A szervezetbe beépült testidegen kémiai anyagok megzavarják a sejtek normális, élettani információcseréjét. Az energetikai orvoslás valamennyi válfaja ennek a bioenergetikai kommunikációnak a helyreállításával teremti meg a lehetőséget a nemzőképesség helyreállításához. A termékenységért felelős legfontosabb energiapáholy a kínai orvoslásban a veséé.

Manuálterápia

Belső szerveink működése köztudottan egy-egy gerinccsigolyához kapcsolódik. Ezeknek akár pár milliméternyi elmozdulása is az energetikai információ módosulásához, a hozzákapcsolódó szervek funkciózavarához, megbetegedéséhez vezethet. Amint helyre kerül a csigolya megszűnik a petefészek-gyulladás, meddőség, férfiaknál a prosztatapanaszok. Az eljárásnak nincs mellékhatása. A tünetek az első kezelés után átmenetileg felerősödhetnek, de a második, harmadik kezelés hatására általában megszűnnek. Akupresszúrának, sőt az akupunktúrának is a csigolyák helyretétele után van értelme, mivel meg kell teremteni az akadálytalan energiaáramlás feltételeit.

7. Aviva Steiner: Az AVIVA módszer nem csak nőknek I.-II., Budapest 1999

8. Természetgyógyász Magazin, IV évf. 5. szám 1998

Mora-terápia

Azokban az esetekben tud segíteni, amikor még nem alakult ki a visszafordíthatatlan szervi elváltozás. A terápia lényege, hogy képes helyreállítani a szervezet energetikai egyensúlyát, kizárólag a beteg önszabályzó erőit mozgósítja, erősíti.

Összefoglalva megállapítható a komplex természetgyógyászati és egyénre szabott

bioenergetikai módszerekkel, adekvát életmód-változtatással, a stressz életerővé alakításának módszereivel a férfi és a női szervezetet már olyan komplex módon képesek harmonizálni, hogy a nem anatómiai okból fennálló meddőségek 80-90%-ában sikerül pozitív eredményt elérniük.

5. Meddőséggel kapcsolatos érzelmi reakciók

A meddőség kérdése egyesek életében olyan, mint a többi. mások életében azonban a meddőség felfedezése krízishelyzetet teremt. Sok embernek annyira megdöbbentő a terméketlenség ténye, hogy képtelen a meddőség szót használni saját esetére. A lényeg nem az elnevezésben van. Ha arra gyanakszunk, hogy valakinek a fogamzó képességével gond van, bizonyára segít elfogadni a helyzetet, ha tudjuk, ismerjük azokat az érzelmi reakciókat, amelyeken az ember ilyenkor keresztül megy.⁹

Barbara Eck Menning (ő hozta létre a Megoldás Alapítványt, mely a meddő házaspárokat támogatja) a meddőségre azokat az érzelmi fázisokat alkalmazta melyeket Elizabeth Kübler-Ross a haldoklás szakasziként írt le.

9. Pamela Patrick Novotny: Mit tehetünk a meddőség ellen? Phoenix Kiadó 1992

Az érzelmi fázisok a következők:

Tagadás: amint a pár megtudja a meddőség tényét. Kezdetben csodálkoznak, majd ahogy elmélyülnek az érzéseik és tudatosan bennük a valóság, a kezdeti csodálkozást fokozatosan felváltja a tagadás: „Nem lehet, hogy ez pont velünk történik.”, „Majd a vakáció alatt sikerülni fog!”. A tagadás, a pszichológusok szerint lehetővé teszi, hogy a test és a lélek a saját tempójában igazodjon az életben zajló eseményekhez. Lehetővé teszi, hogy a pár fokozatosan fogadja el azt a tényt, hogy ha ezek után gyermeket szeretnének, más módszerekhez kell folyamodniuk, mint eddig.

Harag: az emberek többségénél ezen a ponton a tagadást a düh váltja fel. Az, hogy a düh éppen kire irányul, többféle lehet: irányulhat saját magunkra, testünkre, Istenre, barátokra, terhes nőkre, házastársunkra, stb. . Ha már elkezdődött a kezeléssorozat, akkor a harag irányulhat az orvostársadalomra is. Ezek az erős érzések maguktól nem múlnak el, olyan lehetőségeket kell találni melyekkel a düh irányítható. A magunkba fojtott méreg legtöbbször depresszióhoz vezet, és a harag táplálása szükségtelen táplálása fokozhatja az amúgy természetes folyamatot.

Alku és büntudat: a megoldás felé vezető út első lépése. A házaspárok elfogadják, hogy a terhesség nem sikerült, belátják, hogy ez nem jelenti a világ végét. Titkon azonban remélik, hogy lehet saját gyermekük, és érdeemesek rá, imádkoznak, alkudoznak, próbálkoznak. Miután minden próbálkozásuk eredménytelennek bizonyul a következő lépés az, hogy feladják. Ezen a ponton nagy segítséget jelenthetnek a terápiás csoportok, melyek segítségével felismerhetnek három alapigazságot, melyet Menning is hangsúlyozott: „Az emberek nem irányíthatják életük valamennyi aspektusát. Az élet nem mindig igazságos. Az emberi értékek és a meddőség között nincs kapcsolat.”

Depresszió: a harag és az elfogadás között van. Gyakran jár együtt letargiával. Többnyire akkor következik be, amikor megkapják a végső diagnózist. A meddőség miatt kezelt pároknak a 10%-a azonban sohasem kapja meg a végső diagnózist, az ilyen pároknak nehéz túljutni ezen a szakaszon, mivel helyzetük bizonytalan.

Szomorúság és elfogadás: a szomorúság általában összekapcsolódik a gyásszal, de a terméketlen házaspárok általában nem tudnak kit gyászolni. Ők valami elvontabb dolgot gyászolnak: saját termékenységüket, soha meg nem született gyermeküket, a terhesség élményét, a családot amiről azt gondolták, hogy megadatik nekik.

Ezen szakaszok mindegyikét megéli az, aki megpróbálja megérteni meddőségét, ha nem is feltétlenül ebben a sorrendben. Az is természetes, hogy valaki az első fázisból a harmadikba ugrik és aztán vissza.

6. Stressz szerepe a meddőség kialakulásában ¹⁰

A pszichés eredetű infertilitást nem tekintjük betegségnek. Tulajdonképpen nincs másról szó, mint a stressz által letiltott szaporodásról, a folyamatot ősi önfenntartó reflexként értelmezhetjük. A stressz korunk népbetegsége, jellemzően a XX. század terméke.

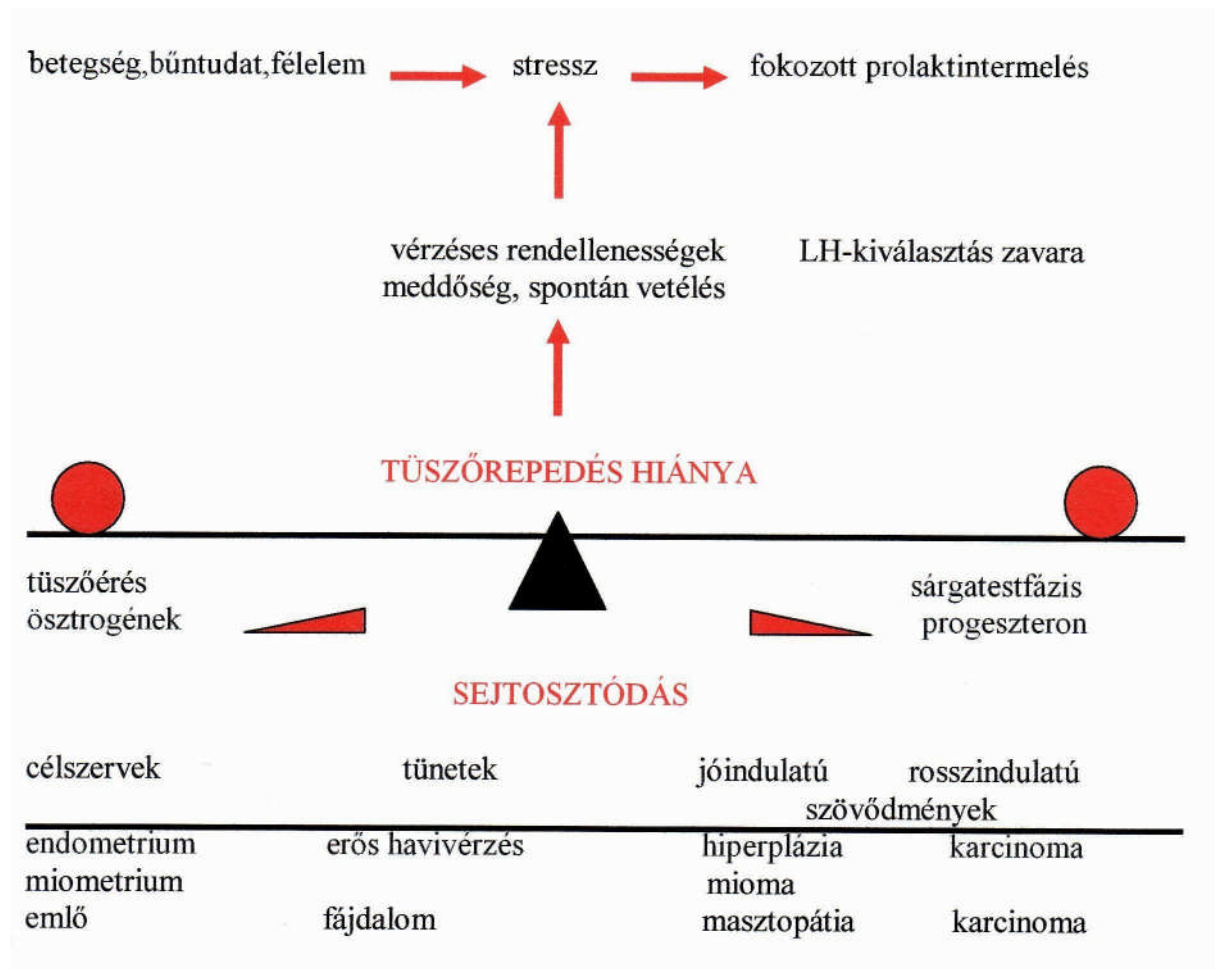
10. Elek Csaba: A fogamzóképeség zavarai, Golden Book Kiadó 1996

A nőket néhány évtizede rákényszeríti a társadalom, hogy vegyék ki részüket az egzisztenciális küzdelemből. Természetes, hogy ez a pár évtized nem lehetett elegendő ahhoz, hogy a női szervezet stressztűrő képessége alkalmazkodni tudjon századunk megváltozott követelményihez.

A stressz a szervezet által adott idegi és hormonális válasz, célja a szervezet felkészítése a létért folytatott küzdelem megvívására.

A következőkben szeretnék részletesen kitérni arra, hogyan is befolyásolja a stressz a

fogamzó képességet, tehát miért is kell törekedni a stresszmentes életmódra.



A riadó célja a szervezet élettani működésének áthangolása olyan irányba, hogy a küzdelem megvívása szempontjából lényeges szervek kellő vér-, táplálék- és oxigénellátásban részesülhessenek a pillanatnyilag lényegtelenebb életműködések rovására.

A szaporodás létfenntartó küzdelem szempontjából pillanatnyilag lényegtelen.

A tüszőrepedés elmaradása, az ösztrogén serkentő hatása így fékezetlenül érvényesül az alábbi szervekben:

Méhnyálkahártya (endometrium): ösztrogénterhelés hatására a méhnyálkahártya túlduzzad és hiperpláziás erős, alvadékos vérzések formájában jelentkezik, melyeket alhasi görcsök kísérnek. Amíg a túlélő tüsző fennmarad, a vérzés kimarad (amenorrea). Az endometriumban számos ciszta alakulhat ki, létrejöhet endometriózis is.

Méhizomzat: méhizom daganat jöhet létre, mely a fogamzó képesség elvesztését eredményezheti. A ciklus második felében jelentkezhet emlőfeszülés.

Nyakcsatorna: az ösztrogének ovulációt megelőző állapotban tartják a cervixet,

jellemző a bő és folyamatos nyákképződés, mely a baktériumok számára is átjárható. Gyakoribbak a kismedencei gyulladások.

A pszichogén meddőség, felfogásunk szerint önmagában visszatérő stressz által fenntartott hormonális szabályozási zavar.

A stressz táplálkozhat kívülről és belülről is. A belső stresszor lehet: lelkiismeret furdalás előzetes terhesség megszakítások után, túl erős gyermek utáni vágy, a terhességtől vagy éppen a meddőségtől, veleszületett rendellenességektől való félelem. Külső stresszorok: rossz munkahelyi, vagy családi körülmények, a házasság krízisei súlyosan veszélyeztetik a nő fertilitását. Az alábbiakban szeretném ismertetni a pszichogén meddőség kezelésének alapelveit:

- A beteggel részletesen tudatni kell a kórfolyamat lényegét, ez rendszerint önmagában is feszültségoldó
- Fel kell rajzolni az „ördögi kört” és be kell jelölni az ábrán (4 sz. melléklet) ahol a folyamat megszakítható
- A beteggel három alapvető dolgot kell feltétlenül elfogadtatnunk:
 1. semmilyen szervi betegségben nem szenved, a kórfolyamat lényege egy önmagában visszatérő stressz által fenntartott szabályozási zavar
 2. a betegség kórjólata kedvező, terhességre valószínűleg számítani lehet
 3. a kezelés általában több hónapot vesz igénybe
- meg kell ismertetni a folliculus perzisztensz veszélyeit
- minden egyes találkozáskor tudatni kell, hogy a kezelés melyik fázisában vagyunk
- a feleslegesen végzett műtétek a betegségtudatot fokozzák, ezért mindenféle orvosi beavatkozást alaposan meg kell fontolni.

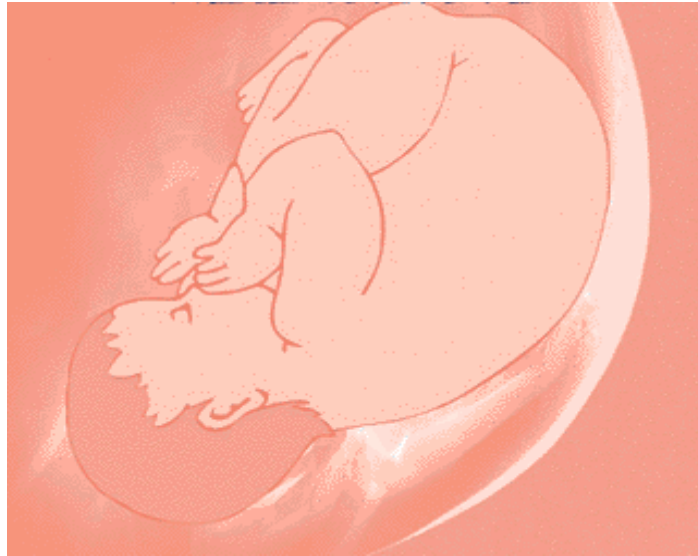
Az egészségtan tanárnak véleményem szerint nagy szerepe lehet abban, hogy ne forduljon elő a fiataloknál felnőttkorukban meddőség. Egészségtan óra keretében kiemelt figyelmet kell fordítani a személyi és szexuális higiéniére, valamint az SZTB-kre és a káros szenvedélyek (alkohol, drog, cigaretta, stb.) termékenységre gyakorolt hatásaira.

IRODALOM

1. Aviva Steiner: Az AVIVA módszer nem csak nőknek I.-II., Budapest 1999
2. Czeizel Endre Optimális családtervezési szolgáltatás, Budapest 1997
3. Czeizel Endre: Felkészülés a családi életre, Corvina 1998
4. Deáki Zita: A Bába a magyarországi népi társadalomban, Centrál Európa Alapítvány 1996

5. Elek Csaba: A fogamzókéesség zavarai, Golden Book Kiadó 1996
6. Evelynne Sullerot (szerkesztése): A nő i nem, Gondolat Kiadó 1983
7. Forrai Judit: Szexuális felvilágosítás és nevelés, Holistic Kiadó 1992
8. Gaál József: Tanácsok leányoknak, asszonyoknak és családoknak, Miskolc 1996
9. Gödény S., Lampé L.: Terhesség és nőgyógyászati kórképek, Budapest 1995
10. Hrischler Imre: Nemcsak nőkről, nemcsak nőknek, Kossuth Kiadó 1984
11. Magyary-Kossa Gyula: Magyar orvosi emlékek I., Budapest 1929
12. Mayer Ferenc Kolos: Az orvostudomány története, Budapest 1927
13. Pamela Patrick Novotny: Mit tehetünk a meddőség ellen? Phoenix Kiadó 1992
14. Természetgyógyász magazin, IV évf. 5. szám 1998
15. Tóth Emil: Fizioerápia a nőgyógyászatban, Harkányi tapasztalatok, Medicina 1991
16. Urbancsek J.-Rabe T.: Asszisztált reprodukció (Az in vitro fertilizatio elmélete és gyakorlata), Springer 1994

Lombik bébi program



*„Ilyen az ember. Egyedüli példány.
Nem élt belőle több és most sem él,
s mint fán se nő egyforma két levél,
a nagy időn se lesz hozzá hasonló.”
/Kosztolányi Dezső/*

Bevezetés

Csupán két aprócska sejt találkozása szükséges ahhoz, hogy megtörténjen a CSODA. Két aprócska sejt, melyek egyesülésére normális körülmények között minden hónapban többszörös esélyt ad a természet. Egyetlen petesejt, mely minden hónapban érlelődik a női szervezetben, társára várva. S egyetlen hímivarsejt, mely több millió társa közül célba ér, hogy behatolva a petesejt belsejébe, összeolvadva azzal, megindulhasson egy új élet. Bőkezűen bánik a természet azokkal, akik egészségesek. A női szervezetben élete során hozzávetőlegesen 400 petesejt érik meg, hónapról hónapra esélyt adva a gyermekáldásra. És mégis. Nagyon sokan, és egyre többen szembesülnek napjainkban azzal a torokszorító ténnyel, hogy hiába várják hónapról-hónapra ezt a kis csodát. Gyermeket szeretnének, de hiába minden próbálkozás, hiába minden praktika, a hónap végén ismét menstruáció, s ismét ott a kíméletlen bizonyíték: nem lettem terhes. Csalódottság, reményvesztettség, kilátástalanság-érzet, kisebbségi érzés, „még erre sem vagyok képes”-gondolatok, fájdalom, sírás, veszekedés, magába fordulás, dühkitörés és még számos negatív érzés kíséri a hiábavalónak tűnő várakozás időszakát. Így volt ez korábban, évtizedekkel, évszázadokkal ezelőtt, de nagyon sok házaspár esetében így van még napjainkban is.

A gyermektelenségről

A meddőség, amely napjainkban a fogamzóképes lakosság kb. 10-15%-át érinti, szerte a világon ugyanolyan komoly problémát jelent, mint az ismert régebbi kultúrákban. Utalásokat találunk erre az Ó- és Újtestamentumban, ahol Sára, Rebeka és Ráhel története tisztán tükrözi az abban a korban élt nők fájdalmát és agóniáját a gyermektelenség miatt. Úgy tűnik, hogy az elmúlt évszázadok folyamán a gyermektelenség gyakorisága egyértelműen növekvő tendenciát mutat: míg az 1600-as évek második felében 2%-ra volt tehető a meddő házasságok aránya, addig az 1970-es évekre ez kb. 12%-ra emelkedett. Igazán pontos adatok nem állnak rendelkezésünkre, mivel a statisztikai jelentések nem tesznek különbséget szándékosan és akaratlanul gyermektelen párok között, de bizonyos retrospektív tanulmányokból arra lehet következtetni, hogy akár kedvezőtlenebb helyzetben is lehetünk: különösen a férfi eredetű meddőségek száma emelkedett drámaian. Reményt mindenképp az ad, hogy az orvostudomány és a szaporodásbiológia az utóbbi évtizedekben olyan rohamos fejlődésen ment keresztül, amely számos, korábban nem kezelhető meddőségnek kikiáltott esetben megadja a lehetőséget a meddő párok számára, hogy utódjuk születhessen.

Mindenekelőtt meg kell határoznunk, mit is nevezünk meddőségnek. Gyermektelenségről akkor beszélünk, ha egyévi rendszeres, védekezés nélküli házasélet nem eredményez

terhességet. A rendszeres, fogamzásgátlástól mentes nemi élet esetén a teherbeesés valószínűsége egy menstruációs ciklus alatt kb. 25–30%, így egy év alatt a párok mintegy 85%-a juthat a gyermekáldás öröméhez. Természetesen ez nem feltétlenül jelenti azt, hogy mindenkinek egy évet kell várnia, hogy szakemberhez fordulhasson: mivel a fogamzóképeség az évek multáival csökken, így pl. 35 év felett akár fél év múlva is fel lehet keresni a területileg illetékes meddőségi szakrendelést, illetve az ezzel foglalkozó szakembereket. A fogalmak meghatározása során különbséget kell tennünk sterilitás (= meddőség) és infertilitás (= kihordási képtelenség) között, bár a betegtájékoztatókban – és sokszor az irodalomban is – ez a két fogalom gyakran összemosódik. A fogamzás elmaradásának számos oka lehet. Nagy általánosságban azt mondhatjuk, hogy az esetek 30–40%-ának háttérében a női tényezők és körülbelül ugyanilyen arányban a férfi tényezők állnak. A férfi és nő részéről közösen felmerülő problémák az esetek 20-25% -át teszik ki, míg 10-15%-ban nem találunk kimutatható okot a meddőség háttérében. Mindezen felsoroltak egyértelműen jelzik, hogy a gyermektelenség okának megállapítására irányuló vizsgálatokat lehetőség szerint egy időben kell a partnereknél elkezdni. Számos esetben a meddőség nem mint önálló megbetegedés lép fel, hanem mint számos testi és/vagy lelki kórfolyamat vezető tünete. Természetesen a pár mindkét tagja részéről számos feltételnek kell teljesülni a fogamzás létrejöttéhez. A nők részéről szükséges az érett petesejtet produkáló hormonális milió, amelynek következtében a célszerv, a méhnyálkahártya alkalmassá válik arra, hogy benne a megtermékenyített petesejt rövid vándorlás után beágyazódhasson. Szükséges, hogy az ivarsatorna (hüvely, méhüreg, petevezeték) átjárható legyen, továbbá az, hogy fertőzés ne zavarja a megtermékenyülés folyamatát. A férfi részéről a fogamzás feltétele a kellő számú és mozgású, életképes hímivarsejt termelése, az átjárható és fertőzésmentes ivarsatorna (here- és mellékhere-csatornák, ondóvezeték és húgycső), valamint a közösülési képesség. Ha mindezen működések közül bármelyik zavart szenved, a fogamzás elmaradásával kell számolnunk. A meddőség kivizsgálása és kezelése mindezen felsorolt feltételek biztosítását célozza.

A meddőségi kivizsgálás

A meddőség okának megállapítása érdekében a pár mindkét tagjának kivizsgálása szükséges. **Nőknél** a kivizsgálás két pillére az endokrinológiai vizsgálat, valamint a női nemi szervek állapotának vizsgálata.

Férfiaknál a nemzőképességi vizsgálat az ún. spermakép feltérképezésére irányul, mely tehát az ondófolyadékban lévő spermiumok számának, mozgékonyságának és alaki jellemzőinek

felmérését jelenti. Normális spermakép esetén legalább 20 millió spermium található milliliterenként, melyeknek legalább 40 százaléka morfológiailag ép, s legalább 25 százalékban jó mozgásúak. Kóros eredmények esetén szükséges a férfi nemi szervek orvosi vizsgálata.

„Lombikgyerekek”

Az elmúlt évtizedben az emberi szaporodással foglalkozó orvostudomány, az asszisztált reprodukciós medicina robbanásszerű fejlődésének lehettünk tanúi

Emlős sejtek művi körülmények között történő megtermékenyítésére 1880-ban Schenk tett kísérletet, de megfelelő eszközök és tenyésztést elősegítő oldatok hiányában a kísérletsorozat eleve sikertelenségre volt kárhozható. Alig 11 évvel később, 1891-ben Walter Heape megtermékenyült petesejteket mosott ki nyúl petevezetéből és eredményesen, terhességet előidézve ültetett be egy másik nyúl méhébe, a béranyába.

Az állatkísérletek során Pincus és munkatársai 1930-ban próbálkoztak először mesterséges körülmények között, a testüregen kívül nyúlpetesejteket megtermékenyíteni, majd a méhbe visszaültetni. Sajnos, több év kemény munkájával sem sikerült terhességet létrehozni. Lázasan dolgoztak a kutatócsoportok Angliában, az USA-ban és Franciaországban, hogy a petesejtek érésének minden állomását megismerjék és jó hatásfokú, magas osztódási rátával bíró megtermékenyítést hozzanak létre, egyre tökéletesebb tenyésztőoldatokat állítsanak elő, jól működő, kontrollálható sejtenyésztő boksztokat fejlesszenek ki. Mindezen munkák eredményeképp Chang 1959-ben sikeres terhességet hozott létre nyulakon in vitro fertilizáció segítségével.

Az első ilyen gyermek Angliában született 1978. július 25-én. Robert Edwards Angliában az 1950-es évek elején még egyetemi hallgatóként kezdett el szaporodásbiológiával foglalkozni. Kezdetben az egérembriók kromoszóma-eltéréseit analizálta, később az emberi petesejt érését tanulmányozta, ahonnan egyenes út vezetett a testüregen kívüli megtermékenyítés munkaprogramjához. A laparoszkópiában jártas nőgyógyász munkatársával, Patrick Steptoe-val megoldotta az időzített petesejtnyerést és munkájukat 1978-ban siker koronázta: spontán ciklusból származó petesejt in vitro fertilizációja és visszaültetése után megszületett Louise Brown, a világ első lombikbábija. Edwards professzor mind a mai napig töretlen aktivitással dolgozik, barátja és munkatársa, Patrick Steptoe azonban nem érthette meg munkájuk kiterjedését: 1988. március 21-én meghalt.

Magyarországon is évek óta születnek már „lombikgyerekek”. A név onnan ered, hogy a petesejt és a spermium találkozása nem a petevezetékben jön létre, hanem laboratóriumi

körülmények közt, „lombikban”. Az itt kialakult megtermékenyített petesejtet, a préembrió néhány nap (2-5 nap) múlva a méhbe juttatják.

Akik eljutnak ide, sok mindenen túl vannak már. Újabb erőfeszítések, kezelések, várakozások vannak előttük. Mégis mindent megtesznek, hogy legyen végre saját gyermekük. A magyarországi lombik-program beindítása Kaáli Professor nevéhez fűződik.

Dr. Steven G. Kaali

Dr. Steven G. Kaali (Kaáli Nagy Géza István) 1943. január 19-én született Gyulán. Gimnáziumi tanulmányait Orosházán végezte, ahol édesapja szemész főorvos volt. A szegedi Orvostudományi Egyetemen avatták orvossá 1968-ban, és friss diplomával a kezében kivándorolt az Egyesült Államokba. Nosztrifikálás után a Cornell Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján folytatta klinikai, tudományos és oktatói munkáját. 1985-ben meghívták az Albert Einstein Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikájára, ahol jelenleg egyetemi tanárként dolgozik.

Kaali professzor nevéhez 11 amerikai szabadalom, és több mint 150 tudományos közlemény fűződik. Több nemzetközi tudományos társaság tisztviselője, és számos tudományos folyóirat szerkesztő bizottsági tagja. 1991. óta a Magyar Nőorvos Társaság tiszteletbeli tagja. 1997-ben Alma Matere érdekében hosszú éveken át kifejtett eredményes munkássága elismerésül Szent-Györgyi Albert Emlékéremmel jutalmazták. Kaali professzornak elvülhetetlen érdemei vannak a hazai asszisztált reprodukció területén. A Magyar Köztársaság Elnöke 1999-ben „a magyarországi lombik bébi program beindítása és országos hálózattá fejlesztése, valamint nemzetközi szinten is elismert működése érdekében végzett munkájáért” Aranyéremmel tüntette ki. 2003. augusztus 20-án „A Magyar Köztársasági Érdemrend Tisztikeresztje Kitüntetését” vette át a Magyar Köztársaság Elnökétől „a gyermektelen magyar házaspárok szolgálatáért, és a magyar demográfiai helyzet javítása érdekében tett sokoldalú erőfeszítéséért”. A Magyar Tudományos Akadémia, mint „a külföldi magyar tudományosság jeles képviselőjét” 2001-ben köztestületi taggá fogadta, és felkérte a köztestület Észak-Amerikai Szekciójának létrehozására.

Részletesebben a programról

A lombikbébi-beavatkozás (In Vitro Fertilizáció - Embrió Transzfert IVF-ET) manapság a leggyakrabban alkalmazott asszisztált reprodukciós eljárás. Az elmúlt két évtizedben 100 ezer



felettire tehető a segítségével megszületett újszülöttek száma szerte a világon.

Hazánkban a társadalombiztosítás öt alkalommal finanszírozza a nem kevés pénzbe kerülő beavatkozást.

Élettani körülmények között a petesejt az ovulációkor (petekilökődés) kiszabadul a petefészekből, majd a petevezetőben (tuba) egyesül a hímivarsejtekkel és ötnapos vándorlás után éri el a méh üregét. Sajnos, számos ok következtében a petesejt nem tud a tubába bekerülni, így elmarad az előbb említett fertilizáció folyamata.

Az in vitro fertilizáció során a petevezető munkáját a laboratórium helyettesíti. Itt történik a petesejtek megtermékenyítése a speciális módon előkészített hímivarsejtekkel, a préembriók tenyésztése, majd a méhszájon keresztül a méh üregébe juttatása.

Az IVF-ET-t szerte a világon ambuláner végzik, kórházi felvételt nem igényel. Főbb lépéseit a következőkben lehet összefoglalni:

- a petefészkek gyógyszeres kezelése, a kontrollált ováriumstimuláció;
- a stimuláció monitorizálása;
- az érett petesejtek hüvelyen keresztül történő, ultrahangvezérelt leszívása;
- a megtermékenyítés és tenyésztés folyamata;
- az embriók visszajuttatása a méh üregébe;
- a terhesség nagyságának megállapítása.

Erre a beavatkozásra testileg és lelkileg egyaránt fel kell készülni, jó, ha már 1-2 hónappal a beültetés előtt. A sokat hangoztatott egészséges életmód itt különösen fontos. A dohányzás és az alkohol egyértelmű, hogy most tartózkodni kell ezektől mindenképpen.

Kerülni kell a fertőzéseket, a forró fürdőt (mindkét félnek), a szűk alsóneműt. Fontos a jó és elegendő alvás (éjfél előtti), a testi-lelki pihenés. Jó, ha van lehetőség valamilyen könnyű sportra, legalább sétára naponta, vagy akár jógázásra. Fontos még a folsav és az Elevit Pronatal vitaminkészítmény szedése bizonyos fejlődési rendellenességek kivédése érdekében. Már a beültetés előtt 1-2 hónappal ajánlott elkezdni a szedését.

Ami pedig a legfontosabb: a stresszmentesség. Lelkileg van még valami, amin talán túl kell esni: nem szabad görcsösen akarni az egészet, kell egy kis beletörődés-elfogadás is. Az egészben talán ez a legnehezebb, de mégis, ha körülnézünk, látjuk, hogy az a természetes, hogy az embernek van gyermeke. Ha nem most, akkor legközelebb, de lesz! Bízni kell, nem szabad, hogy a gyerekvárás töltsen ki az életet. Nagyon fontos, hogy amennyire csak lehet, egészségesek legyünk testben és lélekben egyaránt.

A petefészkek gyógyszeres kezelése

Az elmúlt húsz évben számos sémát dolgoztak ki arra, hogy a ciklus során több (általában 6-

12) azonos érettségű, jó minőségű petesejtet (oocytá) termeltesse meg a petefészkekkel. A stimuláció leggyakrabban alkalmazott formája, hogy előbb megállítják a petefészkek működését (down reguláció), majd injekciós formában alkalmazott hormonokkal újraindítják a tüszőtermelést. (stimuláció).

Az embriótenyésztés

A lombikbébi „hőskorában” (a 70-es évek vége felé) nyitott hasi műtét segítségével, később hasükrözés (laparoszkópia) során távolították el az érett oocytákat. Ma a korszerű, ambuláns, vénás altatás mellett elvégezhető, ultrahangvezérelt, hüvelyen keresztül történő punkció segítségével szívják le a tüszők tartalmát és sztereomikroszkóp alatt keresik meg a petesejteket. Maga a beavatkozás kb. 15-20 percet vesz igénybe, a páciens három-négy óra múlva már elhagyhatja az intézetet. A spermiumokat gondos előkészítésnek vetik alá, amely során az ondóból kinyerik a megtermékenyítésre legalkalmasabb hímivarsejteket, majd a petesejtet megfelelő számú - általában 150.000 - spermiummal hozzák össze egy tápoldatot tartalmazó edényben. (Valószínű innét ered a „lombikbébi” elnevezés.) Ezt követően a tenyésztőboxba helyezik őket, és 19-24 óra múlva ellenőrzik a megtermékenyülést, további 1 nappal később a préembriók (zigóta) szaporodását.

Az embriók visszajuttatása a méh üregébe

A harmadik (egyre több alkalommal a leszívástól számított ötödik) napon elvégzik az embriótranszferet: vékony, teflonbevonatú, egyszerhasználatos katétert vezetnek a méh üregébe, amely a kívánt számú embriót tartalmazza. Maximum három megtermékenyült petesejtet juttatnak vissza, majd egyórás ágynyugalom után a pár elhagyhatja az intézetet. A létszámfeletti, jó minőségű embriókat mélyhűtőben tárolják. Két héttel később a vizelethől (szükség esetén vérből) terhességi tesztet végeznek, amelynek pozitivitása esetén kb. 10 nappal később ultrahangvizsgálat is történik. Ha a vizsgálat egyértelműen megerősíti a terhesség létét, rövid ideig tartó kezelés után a terhesgondozóba irányítják a párt. Az eljárás sikeressége nagymértékben függ a nő életkorától. Három embrió visszajuttatása esetén, 30 év alatti életkorban 30-35 százalékos a terhesség bekövetkeztének valószínűsége, 30-35 év között kb. 25 %, 35 és 40 év között 15 %, 40-45 éves kor között kb. 5 %. Aki 45 éves kor fölött kíván IVF eljárást, annak egy külön nyilatkozatot kell aláírnia arról, hogy a terhesség valószínűsége 0 és 1 százalék között van.

Előnyök-hátrányok

Mik az IVF-ET előnyei? Mindenekelőtt az, hogy egyértelműen igazolni lehet a megtermékenyülést és csak a szabályos, jó minőségű embriók kerülhetnek transzfer során a

méh üregébe. Számos, ma még ismeretlen eredetűnek tartott meddőség esetében is igen magas terhességi rátát lehet a kezelés során elérni. Természetesen, ha vannak előnyök, akkor létezniük kell hátrányoknak is. Első helyen kell megemlíteni, hogy a beavatkozás igen drága műszereket igényel, amely miatt csupán centrumokban oldható meg eredményesen a párok kezelése: néha nagyobb távolságra kell utazni a cél eléréséhez. A több embrió visszahelyezése miatt növekszik a többes terhességek rizikója, amelyek a koraszülés-gyakoriság miatt szoros intézeti megfigyelést igényelnek a terhesség félidejétől kezdve. A társadalombiztosítási támogatás ellenére a stimulációra alkalmazott, jó minőségű gyógyszerek meglehetősen komoly anyagi terhet rónak a meddő párokra.

Visszapillantás a lépcső tetejéről

Zsuzsával (34 éves) budapesti, háromszobás lakásukban beszélgetünk, amíg a másfél éves ikerlányok ebéd utáni álmukat alusszák. A férj, Norbi (36) dolgozik, így nem lehet jelen. Tudom, kicsit nehezményezte, hogy rá már nincs is szükség. Zsuzsáról azt érzem, nemigen ismerhet leküzdhetetlen akadályokat és megoldhatatlan problémákat. Gyakorlatias szemlélete, ereje és lendülete magával sodor. Mire minden kérdésemre választ kapok, az ikrek is felébrednek, így alkalmam nyílik megcsodálni őket. A legbelső, nagyméretű szoba teljes egészében a lányok biztonságos birodalma, ajtajában kis faráccsal elbarikádózva. A két babóca két külön világ. Méretek tekintetében Lili a kisebb, vékonyka, örökmozgó, minden érdekli, dinamikus kislány. Luca kicsit kerekdedebb, temperamentumban is higgadtabb, megfontoltabb.



Hogy érzed, a férjeddal való kapcsolatokra hogyan hatott ez az egész?

Nem tudom. Ez egy akadály volt kettőnk életében, és ezt le kellett győzni. Ennyi. Nem tudok ilyen nagy szavakat mondani. Ez volt egy lépcső, egy akadály a kettőnk életében, amit muszáj volt mind a kettőnknek megelégnünk. Összekapaszkodtunk és vittük egymást a cél felé.

Lelkileg melyiketeket viselte meg jobban?

Biztos engem viselt meg jobban, mert azért ezek a dolgok nem múlnak el nyomtalanul az ember feje fölött. Most, hogy túl vagyok rajta, így már azt mondom, hogy nem viselt meg. Jó így rájuk nézni, meg ha rájuk nézek, tudom, mibe kerültek, nem volt egyszerű játék, de olyan

ez, mint egy költözés. Azt is össze kell koordinálni, és ott is mind a kettőnknek ott kell lenni, mert különben nem megy. Nagyjából ennyi. Biztos szorosabb lett, de nem tudom ezt így kategorikusan kimondani, mert csak segítettük egymást mindig. Ha én voltam egy kicsit lezökkenve, akkor ő rugdosott meg, ha ő volt, akkor én lendítettem, meg vágtam hátba, hogy ne bolondozzál.

Mit gondolsz, mi a Ti sikereitek titka?

A hitem, ez tuti, ez biztos. Nem szabad feladni, mert minden egyes beültetéssel az ember közelebb van a megoldáshoz. Ez egészen biztos. És az a fontos, hogy mi van a fejedben. Amikor meg elpukkadt az ember, akkor mindig valamelyik családtagja hátba vágta, hogy ne szórakozz már, most eddig eljutottál, nehogy már most add föl. És akkor az ember kicsit összerántja magát, és akkor fölkel a nap, és újra indul minden.

Mikor érezted azt, hogy most már minden rendben van, és sínen vagy?

Amikor azt mondta az orvosom az ultrahangon, hogy ott a két kis petezsák. Az akkor olyan jó volt. Azt hiszem, akkor. Igen, és én akkor hátradőltem a széken, és vártam, hogy megérjenek a gyümölcsök. Addig volt izgalom, az a három hét, és akkor azt mondta, hogy itt van, de ki kell jutni a dzsungelből, úgyszólván még nem viháncolunk. Mondtam, rendben van, és onnantól béke és nyugalom, és amit mondott, szigorúan mindent betartottam. Az volt egy ilyen fordulópont. Akkor fűnek-fának mutogattuk a gyerekekről az első képet.

Milyen tanácsot adnál másoknak?

Nem szabad feladni, az biztos. Ez az akadály megugorható. Amikor már itt van az ember, akkor látja, hogy mennyire. Eltökéltnek kell lenni. Hogy mondjam, szóval ez nem probléma. Vagy ha probléma, akkor ez megoldható. Tehát ez nem egy szélmalomharc, hogy ez csak kivételezetteknek sikerül. Ez bárkinek sikerülhet. Nagyjából ennyi. Ezt nem szabad úgy felfogni, mert ez nem tragédia. Hát most azért, mert rossz a szemem, azért nem kaphatok szemüveget? Mert ciki? Vagy elromlik az ember foga, hát nem csinálják meg? Ez ugyanolyan dolog. Csak egy kicsit izgalmasabb, az kétségtelen, meg több a buktatója, de most egy fogfűrészből is bele lehet halni, ha az ember nagyon végletekben gondolkodik. Tehát ezt egy lépcsőnek kell látni, amit meg kell lépni. És ha ötödszörré sikerül, vagy tizedszerre, akkor tizedszerre sikerül. Az a lényeg, hogy a lépcső tetejére jussunk. Vagy egy lépcsőfokkal följebb jussunk. És kész. Nem szabad ezt olyan nagyon drámaian felfogni. Nem kell, fölösleges, mert azzal nem segítünk senkinek. Se magamnak, se a környezetemnek, se az orvosoknak. Legfőképpen magamnak nem. Mert az én maximális pozitív hozzáállásom a legfontosabb ebben a kérdésben, szerintem. Hát ennyi, ilyen kis prózaian nagyjából.

A Római Katolikus Egyház álláspontja a mesterséges megtermékenyítésről



Különböző Püspöki konferenciák, teológusok, orvosok, a tudomány képviselői a Hittani kongregációtól kértek választ, arra, hogy mik a katolikus teológia morális alapelvei azokról az orvosbiológiai eljárásokról, melyek lehetővé teszik a beavatkozást az emberi élet kezdeti szakaszába és magába az utódnemzés folyamatába. Az alábbiakban, az 1987. február 22-ei római Hittani kongregáció plenáris ülésén II. János Pál Pápa által jóváhagyott és nyilvánosságra hozott instrukciók olvashatók. Ezek az instrukciók átfogó konzultációk, megnyilatkozások értékelésének gyümölcsei.

A házaspár részéről természetes a gyermek utáni vágy: Az apaság és anyaság hivatását fejezi ki, mely a házastársi szeretet lényegi sajátja. Ez a vágy még erősebb lehet, ha a házaspár gyógyíthatatlannak tűnő sterilitásban szenved. Természetesen a házasság nem arra jogosítja fel a házastársakat, hogy gyermekük legyen, hanem csak azon természetes aktusok végrehajtására, melyek önmagukban a szaporodást célozzák.

Az emberi szaporodás folyamatába való beavatkozások technológiáinak elterjedése súlyos morális problémákat vet fel az emberi lénynek fogantatásának pillanatától kijáró tisztelettel kapcsolatban, az emberi személy méltóságára, szexualitására és az élet továbbadására vonatkoztatva.

Különböző Püspöki konferenciák, egyes püspökök, teológusok, orvosok, a tudomány képviselői a Hittani kongregációtól kértek választ, mik a katolikus teológia morális alapelvei azokról az orvosbiológiai eljárásokról, melyek lehetővé teszik a beavatkozást az emberi élet kezdeti szakaszába és magába az utódnemzés folyamatába. Ez az instrukció átfogó konzultációk, különösen püspöki megnyilatkozások gondos értékelésének gyümölcse.

Az élet ajándéka, amit Isten, mint teremtő Atya az emberekre bízott, elvárja tőlünk, hogy ezen élet mérhetetlen értékének tudatában legyünk és érte a felelősséget vállaljuk: Ennek az alapelvnek kell a gondolkodás középpontjában állnia, hogy a már megindult életbe és a szaporodási folyamatokba történő mesterséges beavatkozások által felvetett morális problémákat tisztázzuk és megoldjuk. Isten az embert a saját képére és hasonlatosságára teremtette: „Férfinek és nőnek teremtette őket” (Gen 1,27) és feladatot adott nekik „töltsétek be a földet és vonjátok uralmatok alá” (Gen 1,28).

A biológiai és orvosi tudományok előrehaladásának köszönhetően az emberi élet kezdetével és első időszakával kapcsolatban az ember mind hatásosabb terápiás eszközökkel rendelkezhet, de új hatalomra is szert tehet, melynek előre nem látható következményei is lehetnek az emberi élet kezdetére és kezdeti stádiumára. A különböző eljárások ma már lehetőséget adnak nemcsak a szaporodás folyamatának elősegítésére, hanem uralására is. Az

ilyen technikák lehetővé teszik, hogy az ember „saját sorsát kezébe vegye,” és kiteszik annak a „kísértésnek, hogy áthágja a természet feletti ésszerű uralom határait”

Isten, aki szeretet és élet, a férfinek és a nőnek hivatást adott arra, hogy részesüljenek az Ő személyes közösségének titkában, valamint teremtoi és atyai művében. Ezért a házasság különleges javakkal és értékekkel rendelkezik az egyesüléssel és az élet továbbadásával kapcsolatban, melyek az élet alacsonyabb formáinál levőkkel nem hasonlíthatók össze. Az emberi élet továbbadását a természet egy személyes és tudatos cselekvésre bízta, és mint ilyet az Isten legszentebb törvényének rendelte alá. Ezek a törvények megváltoztathatatlanok és sérthetetlenek; ezeket senkinek sem szabad semmibe venni és áthágni. Ezért nem szabad semmilyen olyan anyagot használni és olyan eljárásokat követni, melyek a növények és állatok szaporításában megengedhetők

Ezen technikák morális értékelésének első szempontját az adja, hogy milyen körülményekkel és következményekkel járnak az emberi embriónak járó tisztelet szempontjából. Az *in vitro* megtermékenyítés gyakorlata számtalan emberi embrió létrehozását és elpusztítását követelte meg. A nőnél ma még általában szükséges a fokozott peteérést indukálni: több petét távolítanak el, termékenyítenek meg, és néhány napig ezeket *in vitro* tenyésztik. Általában nem mindegyiket juttatják be a nő méhébe; néhány „szám feletti”-nek bizonyuló embriót elpusztítanak, vagy lefagyasztanak. Néha néhányat a beágyazott embriók közül különböző eugenetikus, gazdasági vagy pszichológiai okokból feláldoznak. Az emberi lényeknek ilyen szabadon elhatározott elpusztítása, vagy felhasználásuk különböző célokra, integritásuk és életük megkárosításával, ellene mond a már előzőekben említett művi abortusszal kapcsolatos tanításnak.

A házastársak hűsége a házasság egységében magában foglalja arra vonatkozó joguk kölcsönös tiszteletét, hogy az egyik csak a másik által lesz apává vagy anyává. A gyermeknek joga van ahhoz, hogy házasságon belül fogadjon, ott hordják ki, ott jöjjön a világra, és ott nevelődjön fel: Pontosan saját szüleivel való biztos és elismert kapcsolata által fedezheti fel érlelheti meg saját emberi identitását.

A szülők számára a gyermek kölcsönös odaadásuk megerősítése és kiegészülése: Élő visszatükröződése szerelmüknek, maradandó jele házastársi közösségüknek, élő és fölbonthatatlan egysége apa- és anyaságuknak. A házaseslet aktusa ugyanis - miközben a maga belső természete szerint a legszorosabb köteléssel egyesíti a férjet és a feleséget - alkalmassá teszi a házasságot arra, hogy a természetükbe írt törvény szerint új életet fakasszanak. Ha mindkét lényeges szempontot (ti. az egyesülés és a termékenység szempontját) megőrzik, a házaseslet megtartja a kölcsönös, igaz szeretet értelmét és az ember legmagasabb hivatására

szóló rendeltetését, amely a szülőség. Ezért megengedett a megtermékenyítést akkor kívánni, ha az „házastársi aktus eredménye, amelyik magából következően utód nemzésére alkalmas, melyre a házasság természetéből adódóan rendeltetett azáltal, hogy a házaspár egy test lesznek. De a szaporodást erkölcsi szempontból megfosztjuk tökéletességétől, ha annak nem a házastársi aktus, tehát a házastársak egyesülése jellegzetes történésének a gyümölcse a célja. A házastársi aktus lényegi tartalma és a házasság értékei között fennálló kötelék morális jelentősége, az emberi lény és származásának méltósága, egysége megköveteli, hogy egy emberi lény nemzésére úgy kell törekedni, hogy a házastársak közötti szerelem specifikus házastársi aktusának gyümölcse legyen.

Irodalom

Bencsik Andrea: Várva Várt Babák

Interneten elérhető WEB-oldalak: Kaáli intézet- Győr

Bioetika portál: Szt. Kereszt Főplébánia

Születés hete portál

TDK honlap

Depresszió - A szülés utáni hangulati zavarok

Ma nagyon gyakran halljuk a „depresszió” kifejezést. Ismerősök, barátok, családtagok panaszkodnak: „Olyan depressziós vagyok/voltam.” Egy-egy életesemény feldolgozása, egy nehezebb időszak okot ad arra, hogy depressziósnak gondoljuk magunkat. Az utóbbi időben még a gyermekek körében is hallani az előfordulásáról. Nemrég második gyermekem születése után talákoztam kismamákkal, akik arról panaszkodtak, milyen nem várt nehézséggel, szülés utáni depresszióval kellett megküzdeniük.

Mit tudunk valójában a depresszióról?

Szádóczky Erika és munkatársainak felmérése szerint hazánkban a depresszió élettartam-előfordulása a felnőtt lakosság körében 16,1 %. Hasonló adatokat szolgáltat Kopp Mária és munkacsoportja. Vizsgálatok alapján a depresszió gyakorisága (módszerek függvényében) 7-15 % körül ingadozik. Ezek alapján ki kell mondani, hogy minden hetedik felnőtt élete folyamán legalább egyszer megismeri a depresszió kínjait.

Mai felfogás a depresszióról: A XX. Század második felében egyre több adat halmozódott fel, amely szerint a depresszió során zavar keletkezik az idegsejtek közötti információátvitel biztosító anyagok forgalmában. A kutatások az évezred utolsó évtizedében különösen nagy lendületet vettek.

Az idegsejtek közötti jelátvitel a szinapszisokban valósul meg. E helyeken az információt speciális anyagok közvetítik, amelyeket neurotranszmittereknek nevezünk. (Ma már tudjuk, többek között Vizi E. Szilveszter világszerte ismert kutatásai alapján, hogy másfajta, közvetlen információátvitel is létezik.) Számos ilyen közvetítő anyagot ismert. Depresszió esetén a rendelkezésre álló szerotonin mennyisége kisebb a szükségesnél. Ennek következtében a szerotonin által kiszolgált idegi pályák működése megváltozik. Az 50-es évektől kezdődően a neurotranszmitterek egyensúlyát helyreállító gyógyszerek újabb és újabb változatait állítják elő és alkalmazzák sikerrel.

Kutatások megerősítették a depressziók keletkezésére vonatkozó biokémiai elméleteket. Ugyanakkor ma már tudjuk, hogy a depresszió jóval bonyolultabb kérdés. A gyógyszeres terápia eredményei mindenesetre arra utalnak, hogy az agy biokémiai zavara a depressziós állapotokban jelentős szerepet játszik.

Az agyi anyagcserezavar elsődleges a depresszió egy szűkebb 1%-os előfordulású csoportjában, amelyet korábban endogén, ma inkább primer depressziónak nevezünk. Ide tartozik a már említett bipoláris zavar is. A depressziók nagy részénél viszont első sorban az egyén egyéni lelki hajlam játszik szerepet, amelyet kedvezőtlen életesemények betegséggé súlyosbíthatnak. A személy a betegségmentes állapotában is magában hordozza a depresszióra való hajlam magartartási és szubjektív jegyeit.

A depresszió tüneteit a lelki működések tartományai szerint három csoportba sorolják:

1. **Testi (vegetatív) tünetek:** alvászavar, fáradtság, étvágyzavar. Ezenkívül számos olyan testi tünet, amelyek az orvost megtéveszthetik és testi betegség gyanúját kelthetik.
2. **Magartartási tünetek,** amely a környezet számára a legkorábbi figyelmeztető jelek lehetnek: lehangoltság, koncentrációzavar, döntésképtelenség, aktivitáscsökkenés,

munkaképtelenség, visszahúzódás, bezárkózás, sajátos arckifejezés, humorérzék elvesztése.

3. **Szubjektív lelki tünetek:** szomorúság, kedvetlenség, szorongás, félelem, aggodalom, reménytelenség, önleértékelés, önutálat, önvád, bűntudat, ellenségesség érzés, halálvágy, öngyilkossági fantáziák.

A depresszió egyes formáit sokszor évekig tartó, hosszú távú megfigyelés alapján tudják elkülöníteni:

1. **Epizodikus vagy fázisos lefolyású** formák esetén a betegség időszakosan jelentkezik, bizonyos ideig tart, majd oldódik, és a beteg visszanyeri teljes egészségét. Az un. unipoláris formánál, a depressziós időszakokat egészséges életszakaszok követik. A bipoláris forma esetén a depressziós időszakok között felhangoltsággal, túlzott aktivitással jellemzett állapotok fordulnak elő.
2. **Az idült hullámzó lefolyású** depressziók egy része az agykárosodása, sérülése, vagy valamely szervi betegségére vezethető vissza. Legismertebb a szélütést követő depresszió. Számos más testi betegséget is kísérhet depresszió, sőt a depresszió lehet egy testi betegség első tünete. E csoportot az „organikus depresszió” névvel illetjük.

Az idült, hullámzó lefolyású formakörben a személyiségstruktúrához köthető depressziók teszik ki az esetek nagyobb részét. A depresszióknak ebben a formájában az élet eseményei jelentős szerepet játszanak. Az állapotot súlyosbíthatják érzelmi veszteségek, lelki traumák.

A depressziók során a testi és lelki tényezők szorosan összefonódnak. Egyes esetekben a testi megnyilvánulások vannak előtérben, máskor inkább a lélektani vagy szociális faktorok játszanak szerepet.

A depresszió-betegség korszerű gyógykezelése biológiai és pszichoterápiás módszerek együttes alkalmazását jelenti.

Biológiai gyógymódok között a gyógyszereknek van elsődleges szerepe. Hazánkban minden korszerű antidepresszív készítmény rendelkezésre áll és támogatással rendelhető. A legújabb szerek drágábbak, de kevesebb a mellékhatásuk, így a betegek jobban tűrik és szívesebben működnek együtt az orvossal. A gyógyszerek hatása csak lassan 2-4 hét alatt mutatkozik, addig legfeljebb az esetleges mellékhatások jelentkeznek. Rendkívül fontos ezért a beteg felvilágosítása, nehogy idő előtt abbahagyja a szerek szedését, hivatkozva arra, hogy nem használ.

Nagyon súlyos esetekben, amikor az öngyilkosság közvetlen veszélye áll fenn, nem lehet a gyógyszerek hatásának kifejlődésére várni. Ilyenkor elektrokonvulzív kezelést alkalmaznak altatásban. Ezzel a kezeléssel szemben sok az előítélet, de szakemberek szerint ez a legkevésbé veszélyes eljárás és esetenként életmentő lehet.

A gyógyszeres kezeléssel párhuzamosan a beteggel lelkileg is foglalkoznak. Részletesen felvilágosítják a betegség mibenlétéről, a kezeléssel kapcsolatos gyakorlati tennivalókról, a várható kilátásokról. A betegségről alkotott elképzeléseit a realitások felé közelítik. Fokozatosan megtanítják arra, miért kell a betegséggel átmenetileg vagy akár egész életében együtt élnie, hogy az életvitelét csak a lehető legkisebb mértékben korlátozza. Ezt a sok időt igénylő információszolgáltatási folyamatot **pszichoedukációnak** is nevezik.

A szorosabb értelemben vett **pszichoterápia** a depresszió típusának függvényében alakul. Amennyiben primer, döntően biológiai eredetű depresszióról van szó, a foglalkozás a gondolkodási stílus korrekciójára irányulhat (kognitív terápia). Ennek hatására a depresszió tünetei enyhülnek, visszatérő depresszió esetén a beteg könnyebben viseli állapotának lelki terheit.

Amennyiben a depresszió kialakulásában a személyiség struktúrájának jelentős szerepe van, úgy a személyiségre irányuló, különféle megközelítésű terápiákat alkalmaznak, amelyek megválasztásában a pszichológusnak, vagy orvosnak a képzettsége is szerepet játszik.

Hogyan jelentkezik mindez a kismamáknál? Vajon mi az oka, hogy az élet legcsodálatosabb, legboldogabbnak hitt időszakában sok édesanya ilyen nehézségekkel kell, hogy szembenézzon?

Baby blues

A szülés után a nők sokféleképpen érezhetik magukat. A szülés óriási hormonális változásokkal jár, melyek hirtelen következnek be a női szervezetben, ez okozhat olyan érzelmi, hangulati változásokat, melyek szokatlanok, mint a nő, mint környezete számára.

A szülés utáni perinatális zavaroknak több fajtája létezik. A legelterjedtebb formája a néhány napig, esetleg hétig tartó lehangoltság, rosszkedv, amelyet az angol szakirodalom „baby blues” néven emleget. Statisztikák szerint rendkívül gyakori a kismamák 50-80 százalékát érinti. Jó esetben ez az érzet magától megszűnik, de egy-két hónap elteltével az esetek 10-15 százalékában tartós depresszió alakulhat ki. Általában a szülést követő 3-4. napon jelentkezik, az ún. baby blues vagy más néven gyermekágyi szomorúság. A vélemények megoszlanak arról, hogy ez a fáradékonysággal, kialvatlansággal járó betegségnek vagy normál reakciónak tekinthető-e. A kialvatlanságon túl persze vannak egyéb aggodalomra inkább okot adó tünetek, mint pl. a gyakori sírás, ingerlékenység vagy félelem érzése. Legfőbb jellemző maga a változékonyság, pl. az eufórikus boldogságérzés hirtelen átváltása sírógörcsbe. A nehezen körülírható tünetekre jellemző még, hogy a kismama gyakran csak utólag képes beszámolni ilyen tapasztalatairól. A friss anyukák kezdetben izgatottak, de a tapasztalatok szerint a szülést követő napokban hirtelen letörtnek elveszettnek, sebezhetőnek érzik magukat. A hatalmas felelősség és a szabadság elvesztésének érzése is nagy szerepet játszik a feszültség kialakulásában. A baby blues 6-8 napnál nem tart tovább, a félelem és levertség hullámai normális esetben hamar elülnek. Ez az állapot azonban mindenképpen figyelmet érdemel, amennyiben előfutára lehet a súlyosabb szülés utáni pszichózisnak vagy depresszióknak.

A szülés utáni depressziót lehet kezelni, de itt nagy hangsúlyt kell fektetni a megelőzésre, a kismamáságra való felkészítésre. Ez gyakran hiányos vagy egyáltalán nem történik meg, így a kismamák a kórházban egyedül maradnak a problémáikkal. Nem mernek tanácsot kérni, fáradtak, gyengék. A szülés megváltozott élethelyzetet jelent az anya számára és ez a helyzet pszichés stresszel jár együtt. A stresszel való megküzdés képessége illetve képtelensége viszont már egyéni hajlam kérdése. Az egyén sérülékenysége, a stresszel való megküzdési stratégiák kialakítása örökletes tényezők és a korai gyermekévek tapasztalataiból tevődik össze. A környezet és a hajlam mellett a hormonális változások hatását sem lehet figyelmen kívül hagyni. A testben végbement hormonális változásoknak köszönhetően az első négy-öt napban tovaszáll a terhesség alatt tapasztalt nyugalom, jó hangulat, helyére hirtelen a magányosság érzése, rosszkedv, levertség kerül. Míg a megtermékenyítést követően beindul az ösztrogén hormon termelése, melynek a boldog kiegyensúlyozottság érzését köszönhetik a kismamák, a szülés után egy másik hormon, a prolaktin kerül előtérbe, amely a tejelválasztást segíti. A hangulatváltozást, tehát az ösztrogén és a progeszteron szintjének gyors csökkenése

okozza. A drasztikus változás élménye attól is fokozódik, hogy a kismamára hirtelen rászakad a felismerés „Anyá lettem!” és az ezzel együtt járó felelősségérzet sem könnyíti meg a dolgukat. Nagyon fontos, hogy az anya elegendő támogatást kapjon a család részéről. Ilyenkor segítség leveszi a válláról a terhet, hogy csak a kicsivel lehessen. Ha pihenni szeretne, kicsit kikapcsolni jól jön szintén a segítség. Ha képes megosztani a felelősségérzet terhét másokkal, könnyebben szokik majd bele az új szerepkörbe. Nagyon fontos a férj támogatása. A kezdeti időszakban a védőnő látogatása is nagy segítség. A felmerülő kérdésekre választ kaphat az anyuka, ötletekkel, tanácsokkal látják el.

Szülés utáni (postpartum-PPD) vagy gyermekági depresszió

A gyermekági depresszió egy súlyosabb állapot, kb. minden nyolcadik frissen szült nő érintett. Sokféle formában jelentkezhet ez az állapot.

Tünetei lehetnek: a szomorúság érzése, fáradtság, levertség, reménytelenség érzés, mely egyre jobban elhatalmasodik az emberen. Vannak, akik úgy érzik képtelenek ellátni gyermeküket, egyszerű rutinfeladatok is megoldhatatlan tehernek tűnnek, sőt az is előfordul, hogy egyáltalán nem látják el és közönyösek a babával. Ugyanakkor vannak, akik túlzottan sokat foglalkoznak a baba körüli technikai dolgokkal, attól rettegnek, hogy a baba éhen hal, ezért túletetik. Irreálisan sokat foglalkoznak a gyermek öltöztetésével, felcicomázzák, míg magukat elhanyagolják, önmagukhoz szokatlan módon egyáltalán nem törődnek a külsejükkel. Van, aki ilyenkor nem, vagy alig eszik és van, aki túl sokat. Sokan túlzottan ingerlékenyek, gyakoriak a sírógörcsök, dühkitörések. Csökken a szexuális érdeklődés. Túlzott félelmek, aggodalmak jelentkeznek, félelem attól, hogy bántani fogja a babát, félelem a megőrüléstől, félelem a kontrollvesztéstől, bűnösség érzések, önvádítások, elégtelenségérzések, bizarr, különös gondolatok.

A szülés utáni depresszióban szenvedő nők ezek közül jó néhányat megtapasztalnak, bizonyos tüneteket súlyos, másokat kevésbé súlyos formában. Lehetnek jobb, és rosszabb napjaik. Bár a betegség más-más alakban jelenhet meg, valamennyi tünet egyformán gyötrelmes lehet, és többnyire azt eredményezi, hogy az anya szégyent, bűntudatot és elszigeteltséget érez.

Az evolúciós pszichológia kutatói sajátos magyarázattal szolgálnak a betegség kialakulására: a PPD szerepét abban látják, hogy megkíméli az anyát attól, hogy erején felüli energiát fektessen a csecsemőgondozásba, így kényszeríti a család többi tagját a hatékonyabb munkamegosztásra.

A szülés utáni depresszióra hajlamosabbak azok a nők, akiknek korábban is volt depressziós epizódjuk, akik bipoláris depresszióra hajlamosak, illetve akik a terhesség alatt a baba érdekében elhagyták az addig szedett antidepresszív gyógyszert. Sokan a szülő nő és anyjával való elégtelen kapcsolatot tartják a betegség kialakulásának fő okozójának. A veszélyeztetettek közé sorolják az első gyermeküket későn szülő nőket is.

Szorongás (pánik, kényszer)

Előfordul, hogy az anya nem érzi magát depressziósnak, ám különösen szorongó.

A szülés utáni szorongásos zavart és/vagy **pánikbetegséget** jellemzik: erős szorongás és/vagy félelem, felgyorsult légzés, gyors szívverés, szívdobogás, halálfélelem, hő- vagy hideghullámok, mellkasi fájdalom vagy kellemetlen érzés, reszketés, szédülés, álmatlanság, szökni akarás.

A szülés utáni **kényszerbetegség** (Obsessive-Compulsive Disorder-OCD) is kialakulhat. Az anyáknak ekkor ijesztő gondolataik lehetnek, melyeket önmaguktól idegeneknek élnek meg.

Ezek a gondolatok a betegség tünetei, hiszen olyanok, melyek megtörténtét az ember valójában sosem akarná. A korábban kényszerbetegséggel küzdő nők tünetei felerősödhetnek. A szülés utáni kényszerbetegség tünetei lehetnek: ismétlődően betolakodó különös gondolatok (baba vagy mások bántásának gondolata), kényszeres gondolatok (súlyos betegség elkapása), elkerülő magatartás (baba elkerülése a zavaró gondolatok enyhítése érdekében), szorongás és/vagy depresszió, félelmek.

Szülés utáni pszichózis (postpartum pszichózis-PPP)

A szülés utáni pszichés zavarok közül a legsúlyosabb az úgynevezett szülés utáni pszichózis, régi nevén laktációs pszichózis. Ez a realitásérzés teljes elvesztésével jár. Az állapotot téves eszmék, hallucinációk, zavartság jellemzi. Egyes súlyos esetekben mindez tragikus öngyilkossági és/ vagy csecsemőgyilkossági kísérletbe torkollhat. A gyermekgyilkosság az öngyilkosság része: az anya nem látja gyermekét önmagától elkülönített egyénként, és nem akarja a tehetetlenségben magára hagyni. Ez a legsúlyosabb és legritkább szülés utáni pszichés betegség. Szerencsére ritka, minden ezredik szülő nő érintett. Hirtelen jelentkezik, általában az első hét során, de később, mint a hangulati zavarok. A PPP tünetei nagyon súlyosak és a valósággal való kapcsolat elvesztésével járnak.

Tünetei lehetnek: hallucinációk, téveszmék, súlyos álmatlanság, öngyilkossági, gyilkossági gondolatok, bizarr érzések és viselkedés.

A szülés utáni pszichózis súlyos veszélyhelyzetet jelent és azonnali orvosi, kórházi kezelést tesz szükségessé. Általában a gyógyulás útja a postpartum depresszió át vezet, a betegség kezelhető, ha időben segítséget kap a beteg.

Kezelésük

A szülés utáni pszichés zavarokra jellemző, hogy jól kezelhetők, jó prognózisúak, és maradványtünetek nélkül gyógyulnak. Enyhe esetben tudatos odafigyeléssel, támogató közeggel is megoldhatóak, a súlyosságtól függően van szükség pszichoterápiás, illetve gyógyszeres segítségre. A szülés utáni hangulati zavarokkal mindenképpen szakemberhez kell fordulni, mert megfelelő kezelés hiányában mind az anya, mind a gyerek testi-lelki egészsége veszélybe kerülhet.

Néhány tanács az enyhe esetekre:

Engedd meg magadnak, hogy szomorúságot, haragot érezz!

Kerüld azokat, akiket nem látsz szívesen!

Bízz saját ösztöneidben!

Ne várj el sokat magadtól, mindig csak kis célokat tűzz ki magad elé!

Akiben megbízol, annak mondd el, mit érzel!

Soha ne hasonlítsd magad másokhoz!

Kérj segítséget, mozdulj ki otthonról, csinálj olyan dolgokat, amiben örömet leled!

Mivel ez az állapot igen nagy terheket ró az anyára, és hosszú fennállása rossz hatással van a baba személyiségfejlődésére, nagyon fontos, hogy az anya illetve a környezete idejében felismerje az állapotot, és a takargatás, titkolózás, bűntudat helyett, megfelelő segítséget kérjenek.

Irodalom:

1. Dr. Tringer László: A depresszió: kor-kór?
Mindentudás Egyeteme
2. Dr. Kopp Mária: Krónikus stressz állapot, depresszió, egészségkárosodás
3. Dr. Süli Ágota: Nem várt nehézségek
Index.hu 2003. február
4. Dr. Kovács Dóra: Szülés utáni depresszió
Origo.hu 2006 március
5. Dr. Vészi Zsuzsa: Szülés utáni érzelmi kiegyensúlyozatlanság
Szülők háza.com

FIMÓTA

Avagy az örökmozgó gyerek

(dr. László Zsuzsa: Az örökmozgó gyerek című könyvének feldolgozása)

Bevezető

Több mint tíz év telt el azóta, hogy egy véletlen folytán volt szerencsém megismerni dr. László Zsuzsa pszichológust, aki döntő szerepet játszott addigi életszemléletem, és nevelési szemléletem megváltoztatásában.

Előzmények

Nevelőmunkám során kiemelt figyelmet tanúsítottam azon gyermekek iránt, akik magatartásuk, viselkedésük és személyiségük egyes megnyilvánulásainak tekintetében eltértek a megszokottól. Az óvodában, ahol akkoriban vezető voltam, Porkolábné dr. Balogh Katalin Komplex prevenciós óvodai programját (Trefort Kiadó 2004) tekintettük helyi nevelési programunk alapkövének. Porkolábné dr. Balogh Katalin meggyőződésem szerint az egyik legfigyelemreméltóbb olyan módszertani anyagot adta a pedagógusok kezébe, mely a részképesség zavarok korai felismerése, azok időbeni, korai korrekciója folytán a tanulási problémák zömét elkerülhetővé teszi az iskolás gyermekek számára. A könyv alcíme önmagáért szól: Kudarccal az iskolában.

„Fejlődés- és neveléslélektani megalapozottsága révén fő feladatának tekinti a 3-7 éves gyermek életkori és egyéni sajátosságainak, eltérő fejlődési ütemének (érési jellemzőik) szem előtt tartásával:

- az egészséges, harmonikus személyiségfejlesztést,
- a testi, szociális és értelmi érettség kialakítását,
- a potenciális tanulási zavarok megelőzését.” (Porkolábné és társai 2004.)

A gyermek megismerésére, fejlődésének nyomon követésére, lemaradás esetén ezen részképességek célzott fejlesztésére a következő területeket tartotta elengedhetetlennek:

- mozgásfejlettség (nagy- és finommozgások),
- testséma fejlettség (testkép, énkép),
- téri tájékozódás, a térbeli mozgások fejlettsége (térirányok, térbeli viszonyok, jobb-bal oldal),

- értelmi fejlettség (csoportosítás, időbeli relációk, figyelem, motoros feladat verbális visszaadása),
- finommotoros koordináció fejlettsége (rajzfejlődés),
- nyelvi kifejezőkészség fejlettsége (szókincs, beszédritmus, képolvasás, szövegviszaadás),
- szociális fejlettség (kapcsolatteremtés, beilleszkedés, feladatmegértés, feladattartás, érzelmi élet),
- szociális érettség (önállóság, feladatvégzés, munkatempó).

A részképesség zavarok korai felismerése és szakszerű korrekciója a tanulási zavarok csökkentésével, megelőzésével az egész személyiség fejlődésére meghatározó jelentőségű.

Bármelyik részképesség zavara speciális tanulási probléma forrása az iskolai tanulás folyamán.

A speciális tanulási probléma azt jelenti, hogy a gyermek valamilyen a tanuláshoz szükséges képessége nem alakult még ki, vagy még nem éri el a gyermek életkorának megfelelő szintet (például az iskolába kerülő gyermek nem tudja megkülönböztetni a figurát, alakot a háttértől, melynek következtében nagy a valószínűsége, hogy az adott betűt nem tudja majd elkülöníteni a többitől, mely súlyos olvasási zavar forrása lehet). A tanuláshoz sokféle képességre van szükség. Ha ezek közül bármelyik is hiányzik, vagy gyengébb, az már megnehezíti a tanulást. Az időben felismert problémákat megfelelő fejlesztő programmal ki lehet küszöbölni. Ezzel a gyereket megmenthetjük attól, hogy butának gondolja magát és a kínlódást elunva idő előtt leálljon a tanulással.

Lehetőségeimhez mérten igyekeztem minden a témával kapcsolatos, érdekesnek és újszerűnek ígérkező előadást meghallgatni, szakirodalmat elolvasni. Így kerültem (baráti meghívás folytán) egy olyan szülőcsoport foglalkozásra, melyet dr. László Zsuzsa tartott. Nem ismertem sem őt, sem a munkásságát, de a foglalkozás után rögtön tudtam, hogy valami új szemléletet közvetít hallgatói számára az úgynevezett problémás gyermekek nevelésével kapcsolatban. Tőle hallottam az általános tanulási zavar problémaköréről, annak okáról, és a segítségnyújtás módjáról, lehetőségeiről.

Az általános tanulási zavart határozottan el kell különíteni a speciális tanulási zavartól (mely valamely részképesség zavara). Az a gyermek, akinek iskolai teljesítménye elmarad attól, amit életkora és értelmi képességei alapján elvárhatunk („jó eszű gyerek, de túlságosan

játékos”), gondjai a motoros nyugtalanságból, az impulzivitásból és figyelemzavarból fakadnak, általános tanulási zavarral küzdő, dr. László Zsuzsa nyomán Fimóta gyermeknek nevezhetjük.

A fimóta tünetcsoport

Mit jelent a fimóta szó?

„**FI-MO-TA**: **f**igyelemzavar – **m**ozgászavar – **t**anulászavar rövidítése. A szakirodalom sokféle elnevezéssel jelöli ezt a tünetcsoportot (hiperaktivitás, MCD, POS, HAHAS).” (A szerző ezzel olyan, szinte játékosan becéző mozaikszót talált a tünetcsoport elnevezésére, mely nem bántó a gyermek számára. E tünetcsoport egyes kutatások szerint az iskolás populáció legalább 3-5 %-át, más becslések szerint legalább 7-17 %-át érinti.

A szakemberek két csoportra osztják a tüneteket:

1. külön foglalkoznak a figyelem zavarával
2. külön a motoros nyugtalanság- szertelenség (impulzivitás) zavarával.

A tünetcsoport alapján csak szakember vonhat le következtetéseket, mert a diagnózis felállításához nagy tapasztalat és gondos vizsgálat szükséges.

A fimótaság tünetei

Az alább felsorolt tünetek alapján a szülő, vagy a pedagógus elgondolkozhat azon, hogy kelle-e szakemberhez fordulnia:

A figyelemzavar tünetei

„Ha az alább felsorolt tünetekből hat, legalább fél éven át jellemző a gyerekre, akkor valószínűsíthető a figyelemzavar. Természetesen figyelembe kell venni a gyermek korát: tünetnek az számít, amiben a gyerek kortársaihoz képest tartósan és jelentősen különbözik. Egy tünet akkor jellemző a gyerekre, ha az adott viselkedés **gyakran** fordul elő.

- Nem figyel megfelelően a részletekre vagy gondatlan hibákat követ el az iskolai és egyéb munkában vagy más tevékenységben.
- Nehézséget jelent a figyelem megtartása a feladat- vagy a játéktevékenységen belül.
- Úgy tűnik, nem figyel, amikor beszélnek hozzá.
- Nem követi az utasításokat, vagy nem fejezi be az iskolai és egyéb munkát.

- Nehézsége van a feladatok és tevékenységek megszervezésében.
- Elkerüli, nem szereti, vagy ellenáll az olyan feladatoknak, amelyek tartós értelmi erőfeszítést igényelnek.
- Elveszti a feladatokhoz vagy tevékenységhez szükséges dolgokat.
- Külső ingerek könnyen elvonják a figyelmét.
- A napi tevékenységben feledékeny.”

A túlzott mozgásigény (hiperaktivitás) tünetei

- „Ülés közben babrál, fészkelődik.
- Elhagyja helyét az osztályban, vagy más helyzetekben, amikor elvárják tőle, hogy ülve maradjon.
- Rohangál, ugrál, vagy mászik olyan helyzetekben, amikor az nem helyénvaló (a fimóta serdülők és felnőttek képesek helyben maradni, de ekkor nagyfokú belső nyugtalanságot élhetnek át).
- Nehézségei vannak az önálló, nyugodt játéktevékenységben, vagy az abban való részvételben.
- „Izeg-mozog” vagy úgy cselekszik, mint akit felhúztak.
- Túlzottan sokat beszél.”

A szertelenség (impulzivitás) tünetei

- „Mielőtt a kérdés befejeződött volna, kimondja a választ.
- Nehézséget okoz neki a várakozás.
- Félbeszakít másokat (pl. beszélgetést, vagy játékot)”

Ha a túlzott mozgásigény (hiperaktivitás) és a szertelenség (impulzivitás) alább felsorolt tünetekből hat legalább fél éven át jellemző a gyerekre és gyakori, akkor érdemes szakemberhez fordulni.

Miért nem tanulnak tapasztalataikból a fimóta gyermekek?

„Ha az egyes cselekvéseket gyöngyszemnek tekintjük, akkor egy cél érdekében felfűzzük a gyöngyöket, és végül egy nyakláncot kapunk. Nem így a fimóta gyermek. Az ő gyöngyszemi szanaszét hevernek, nem fűzi össze őket semmi.” Ha a szülő, vagy a pedagógus rákérdez egyik vagy máik gyöngyszemre, hogy mi köze van egyiknek a másikhoz, a fimóta gyerek még a kérdést sem érti. Értetlenül néz ránk, tagadja, hogy bármi köze lenne a dologhoz,

eseményekhez, valaki másnak tulajdonítja azokat. Bármilyen hihetetlenül hangzik, nem hazudik. Az ő fejéből hiányzik az a fonál, amire a gyöngyszemeket felfűzhetné. Az ő számára az események között nincs egyértelmű kapcsolat. Érthető tehát, hogy miért nem tanul a tapasztalataiból: az ő élménye egészen más, mint ahogyan mi gondolnánk.”

A tünetek megnyilvánulása

„A különböző tünetek különböző súlyossággal jelentkeznek az egyes gyermekeknél. Az enyhébb, vagy kevesebb tünetet mutató gyerekeke az életnek csak néhány területén mutatnak zavart (pl. sokat mozognak). Másoknál súlyosabb vagy több tünet mutatkozik, ezért rengeteg problémával küzdenek. Van, akinél csak az iskolában észlelik a tüneteket, és van, akinél inkább csak otthon. Minden fimóta gyermekre jellemző, hogy vannak napok, amikor úgy viselkednek, mintha soha semmi bajuk sem lett volna. Ezért gondolják úgy a szülők és a pedagógusok, hogy a gyereknek csak akarni kellene, és akkor tudna másképp viselkedni.”

Miért az iskolában van velük a legtöbb probléma?

Mert az iskolában ritkán adódik olyan helyzet, amelyben a fimóta gyermek jól teljesíthetne. Folyamatosan szabályokhoz kell alkalmazkodniuk, egyszerre több dologra kell figyelniük, melyek közül a legtöbb el sem jut a fülükhöz.

„Milyen helyzetben teljesít jól a fimóta?

- „Kétszemélyes helyzetben,
- amikor a partner határozott és elfogadó,
- ahol kevés és egyértelmű a szabály,
- ha számukra új és érdekes a környezet,
- egyszerű dolgot kérnek, világos utasítással,
- rutintevékenységekben,
- amikor azonnali megerősítést, problémajelzést kapnak munka közben,
- ha kevés kritikát, és sok biztatást kapnak.”

Mivel téveszthető össze a fimóta tünetcsoport?

„A pedagógus azt a gyereket tartja problémásnak, aki a tanítás menetét és az iskola rendjét zavarja, a tekintélyt nem tiszteli, és állandóan magára vonja a figyelmet. Ezeket a gyerekeket a már ismert elnevezéssel hiperaktívnak tartják. A szakemberek számára egy ilyen csoport

nagyon összetett.” Magában foglalja az erőszakos, antiszociális, a tekintélyt nem tisztelő, un. oppozíciós magatartászavarban szenvedők, a szociálisan elhanyagolt, szocializációs hiányosságokkal küzdőket, továbbá az olyan tágabb betegségkategóriákat, melyek magukban foglalhatják a fimóta tünetcsoportot is (ilyen pl. a pervarív fejlődési zavar, hangulatzavar, mentális retardáció). A pontos diagnózis fontos a kezelés szempontjából.

Az alaptünetek minden életkorban azonosak, de az viselkedés formái eltérőek.

„A *fimóta csecsemő* sokat és csillapíthatatlanul sír, ha felveszik sem nyugszik meg. Nehezen alakul ki a napi ritmusa. Sokan közülük nem a megszokott módon fejlődnek: mászás, fölállás, járás, futás, hanem kihagyják a mászás és járás szakaszt. Kilenc hónapos korban fölállnak, és szinte ettől a pillanattól kezdve rohannak. Ezek a gyermekek általában jó mozgásúak, ilyen esetben a hiperaktivitás a vezető tünet. A másik csoport kicsit lassabban kezd mindent, mint kortársaik, a mozgásuk tétovább, náluk a figyelemzavar a vezető tünet.”

„A *fimóta kisgyerekek* 60-70%-nál 2 éves korban már diagnosztizálható a tünetcsoport. Jellemző rájuk az átlagosnál jóval magasabb aktivitási szint, és az óvatosság hiánya. Közülük háromszor annyian szenvednek balesetet, mint nem fimóta társaik. Gyakran tesznek kárt a környezetükben, állandó szoros felügyeletet igényelnek. Sokszor makacsok, akaratosak, szinte lehetetlen eltéríteni őket attól, ami az adott pillanatban érdekli őket. Ha valami nem sikerül, könnyen kapnak dührohamot. Többnyire később lesznek szobatiszták, később kezdenek rajzolni, mint társaik.”

„A *fimóta kisiskolás* nem követi az utasítást, nem képes önállóan dolgozni, nem tartja be az iskola szabályait, rendjét. A fenti tünetek jelentkezése folytán általában az iskolában derül ki először, hogy ezekkel a gyerekekkel baj van. A szülők sokszor nem vesznek tudomást a pedagógus jelzéseiről, és az iskolát teszik felelőssé. A fimóta kisiskolások gyakran rendetlenek, nem várnak a sorukra, feledékenyek, mindent félbeszakítanak. Nem nagyon tudnak együttműködni, gyakran basáskodóak, nem törődnek mások érdekeivel, érzelmeivel. Miután társaik körében nem igazán népszerűek, nem kortársaikkal, hanem fiatalabbakkal, vagy idősebbekkel barátkoznak. Az osztály munkáját és az iskola rendjét zavaró magatartásukkal könnyen kiválthatják társaik elutasító magatartását, ami járulékos sérülésekhez vezethet (pl. negatív önértékelés). A fimóta gyerekek ugyanakkor általában értelmesek, okosak, nagyon tevékenyek, segítőkészek. Szeretik a nagymozgásokat, a

kerékpározást, rohangálás. Nem tudnak egyhelyben maradni, ugyanakkor órákat képesek tölteni a rajzfilmek nézésével (folyamatos, gyorsan változó ingereket kapnak), emellett fontos számukra a cselekvést követő azonnali sikerélmény (pl számítógépes játékok, melyek készítői pontosan ismerik ezeket a trükköket).”

„A *fimóta kamaszok* egy része (kb. 20%-a) egyszerűen „kinövi” a tüneteket. A fimóta kamaszok 30-40%-ánál, ebben az életkorban inkább a motiváció hiányáról és az önbecsülés zavaráról beszélünk. Hiányzik belőlük az „én majd megmutatom” típusú elhatározás, illetve az ilyet ritkán követi tett. Nem érzik az idő múlását, minden elkészül két perc alatt, mindenhová oda lehet érni 5 perc alatt. Terveik általában nélkülözik a józanságot. Egy-egy pillanatra felfogja, hogy elszámította magát, ilyenkor pánikba esik, teljesen megbénul, és semmiképpen nem tud komoly munkába kezdeni. Ugyanakkor, ha megfelelő hobbit talál, abban nagyon kitartó, gyakran rendkívül sikeres és tehetséges. Sajnos nem ritka, hogy a fimóta kamaszt ekkorra már rég beskatulyázzák, rossz, megbízhatatlan hasznavehetetlen. Ebből a helyzetből segítség nélkül nehéz kijutni.”

Mitől lesz valaki fimóta?

Nem tudjuk! Nem az a probléma, hogy a kutatóknak nincs elképzelése az okokat illetően, hanem túlságosan is sok okot feltételeznek.

- „Többek szerint a gyerekek hiperaktivitását a terhesség alatti problémák okozzák (gyógyszerszedés, spontán abortusz veszély, toxikózis, italozás, dohányzás, az anya idős kora stb.).
- Mások szerint a szülés körülményei meghatározóak (oxigénhiány, császármetszés, RH inkompatibilitás stb.) Ez lehetséges, de nem bizonyított, hisz alig van olyan terhesség és szülés, ahol minden a legnagyobb rendben ment volna.
- Felmerült annak a gyanúja is, hogy a fimótaság valamilyen módon öröklődik. Tény, hogy a fimóta tünetcsoport egyes családokban halmozottan jelentkezik, de ez nem jelenti azt, hogy fimóta szülőnek fimóták lesznek a gyerekei, legfeljebb kicsit nagyobb az esély, mint a nem fimóta szülők esetében.
- Sokan vélik azt, hogy a különböző környezeti tényezők (mesterséges ételszínezékek, szalicilátok, ólom) szerepet játszanak a figyelemzavar kialakulásában. Több kutató azt találta, hogy a fimóták között többen küzdenek allergiával. Egyértelmű válasz a kérdésre még nincs.”

Egy dologban azonban minden szakember egyetért: A fimóta gyermek nem tehet az állapotáról, tünete nem rosszaság vagy akaratgyengeség miatt alakultak ki.

Megfelelő segítségre van szükségük a szülők, és a pedagógusok, súlyosabb esetben az orvosok, pszichológusok közreműködésével.

Betegek-e a fimóták?

„Abban az értelemben igen, hogy tüneteik mögött biológiai tényezők állnak, vagyis deviáns viselkedésük nem szándékos. Másrészt betegségről abban az esetben beszélhetünk, ha a tünetek jelentősen eltérnek az átlagostól, a normálistól. A normalitás megfogalmazásával azonban csínján kell bánni, nagyon nehéz annak pontos körülírása. Helyesebb kifejezés a „MÁS”-ság használata. Ez a másság gondot okoz a fimótának és környezetének egyaránt. Régen agyi károsodásnak, később agyi működési zavarnak tekintették a tünetcsoportot (régi elnevezése MCD, MBD). Manapság már másként kezelik a szakemberek a problémát.

Biológiai eredetűnek, elsősorban a viselkedéskontroll és viselkedésszabályozás zavarának tekintik.”

Van-e gyógyszer erre a tünetcsoportra?

„Nincs olyan gyógyszer, amely meggyógyítaná, vagy megszüntetné a kiváltó biológiai okokat. A tüneteket azonban lehet enyhíteni. A fimótáknak adott gyógyszerek az agy kémiai egyensúlyát módosítják, amitől a gyermek nyugodtabb lesz, és képessé válik figyelme irányítására. Ebből következően a gyógyszeres kezelés bizonyos esetekben hasznos lehet.

A gyógyszer nem úgy működik, mint pl. egy antibiotikum, ami meggyógyítja a betegséget, hanem pl. mint az inzulin, melyet naponta kell adagolni, hogy a szervezet által hiányosan termelt anyagokat folyamatosan pótoljuk. A gyógyszer azonban önmagában nem szünteti meg a viselkedési problémákat. Minden esetben viselkedésterápiával kell, hogy társuljon.”

(Alapvetően kétféle gyógyszert használnak a fimóták kezelésében: serkentőszereket és antidepresszánsokat. A nyugtatók általában a várt hatás ellenkezőjét váltják ki. A gyógyszert csak pontos diagnózis birtokában, ellenőrzött feltételek között, a gyermek folyamatos kontrollját vállaló szakember felügyelete mellett szabad használni! 3 éves kor alatt a gyógyszer szedése semmiképpen nem ajánlott.)

Kinőhető-e a fimótaság?

„Ha egyéb károsító hatások nem érik a gyermeket, 10 éves korra a motoros nyugtalanság erőteljesen csökken. Figyelmük terjedelme 12 éves kor körül lesz hasonló társaikéhoz. A figyelem elterelhetősége is változik. Az őket érdeklő dolgokban megdöbbentő elmélyülésre képesek. Ettől a kortól kezdve inkább a motiváció problémájáról beszélünk. (több órás előkészület egy öt perces munkára, melyet aztán többnyire el sem kezd) Megfelelő segítséggel azonban ez a probléma is jelentősen csökkenthető. Enyhébb, jól kezelt esetekben a kamaszkortól megszűnhet a fimótaság. Túlzott aktivitásával bánni tud, nem zavarja őt a munkájában. A hiperaktivitás egyszerűen csak személyiségjegyként mutatkozik. „Nem alszik meg a szájában tej.” Sok esetben azonban fennmaradhatnak olyan tünetek, amelyek felnőtt korban is megnehezíthetik az életet. Ezek az emberek általában nyugtalanok, (pl. gyakran váltanak munkahelyet), lehetnek impulzívak (pl. gyakran karamboloznak), lehet baj a figyelmükkel, szórakozottak, kapkodnak, elkésnek, munkájukban nem hatékonyak. A tünetek ugyan lehetnek kellemetlenek, de a fimóta felnőttek előnyös tulajdonságaikkal kompenzálják nehézségeiket, és jól funkcionálnak. Lehet olyan eset is, amikor a tünetek fokozottan jelentkeznek, s nem kaptak megfelelő kezelést, vagy netán járulékos sérülések is terheltek őket. A felmérések szerint ebbe a súlyos helyzetbe a fimóták közel egynegyede kerül. Sokan közülük depresszióssá válnak (öngyilkosságot kísérelnek meg). Azok, akik agressziójukat kifelé fordítják, összeférhetetlenekké, néha pszichopátává válnak.”

A kábítószeres fogyasztása tekintetében sokkal veszélyeztetettebbek, mint nem fimóta társaik, ezért az iskolában és a családban ezt a rizikófaktort is megkülönböztetett figyelemmel kell kísélni.

Ki és hogyan tudja kezelni a fimóta gyerekeket?

„Magyarországon a fimóta gyermekek elsősorban pszichológusok elé kerülnek. Szükség esetén a pszichológus javasolja más szakember (pszichiáter, neurológus, gyógypedagógus) bevonását. Mivel kétszemélyes helyzetben a fimóta gyermek jól teljesít, előfordulhat, hogy a tünetek itt nem mutatkoznak.” A tapasztalt pszichológus ezzel tisztában van, és megfelelő eszközök (pl. standardizált becslőskálák) vannak segítségére, valamint messzemenően figyelembe veszi a pedagógusok és a szülők megfigyeléseit. A fimóta tünetcsoport kezelésében megfigyelések szerint azok a szakemberek eredményesebbek, akik a viselkedésre koncentrálnak. Felderítik a gyermek képességeit, erősségeit, hiányosságait, fejlődési ütemét. Ennek alapján összeállítható egy viselkedésmódosító program. „Céljuk a gyermek

önkontrolljának kialakítása, az önirányítottság növelése. A szülőket is meg kell tanítani arra, hogy hogyan viselkedjenek a gyermekükkel, hogyan tudnak legtöbbet segíteni neki.

„A fimóta gyerek hosszú időre és alapvetően meghatározza a család életmódját, fontos, hogy erre a szülők felkészüljenek, és a családon belül jó együttműködést legyenek képesek kialakítani. „,

Összegzés

A fimótaság, mint tünet együttes felmérések szerint a magyar családok 3-5 %-át (egyebek szerint 7-17 %-át) érinti. Nyugodtan mondhatjuk, hogy társadalmi szinten jelentkező probléma, mely a közoktatás intézményrendszerében különösen kicsúcsosodik. Míg a pszichológusok, pszichiáterek egyre többet és egyre pontosabb információkat tudnak erről a viselkedési problémaként jelentkező tünet együttesről, addig sajnos elmondható, hogy napjaink közoktatási rendszerében még mindig az a megítélés és a gyakorlat, hogy ezek a gyerekek antiszociálisak, kezelhetetlenek, buták és rosszak. A magyar pedagógusképzés alapvető hiányossága, hogy nem követi a társadalom változásait, az abból fakadó, néha bizony negatív előjellel megmutatkozó igényeket. Egész mai gondolkodásunkra, így a nevelésre, oktatásra is jellemző a tűzoltás módszere, vagyis a bajt, ami megvan, próbáljuk csökkenteni, ahelyett, hogy a prevencióra fektetnénk a hangsúlyt. Megítélésem szerint a magyar pedagógusképzésben résztvevő valamennyi hallgatónak megfelelő, és tudományosan megalapozott ismeretekkel kellene rendelkeznie ebben a kérdéskörben. Annál inkább, mivel a fimóta tünetcsoporttal küzdő gyermekek száma nem csökken, hanem az eddig még fel nem ismert okok miatt növekvő tendenciát mutat. Minden pedagógusjelöltben tudatosítani kellene azt, hogy az ép testben ép lélek mint cél oda-vissza érvényes, kölcsönösen visszahat egymásra.

„Az egészség a testi, lelki és szociális jóllét állapota, nem csupán a betegség, vagy nyomorékság hiánya!” (WHO 1948)

Irodalom:

dr. László Zsuzsa Az örökmozgó gyerek. ton-ton könyvek

Porkolábné dr. Balogh Katalin, dr. Balázsné Szűcs Judit, Szaitzné Gregorits Anna: Komplex prevenciók óvodai program. Trefort Kiadó, Bp., 2004.

Fehér Andrea

AZ AUTIZMUS JELENSÉGÉNEK EGYES KÉRDÉSEI

Településünkön autista központ épül, én pedig, mivel lovakkal foglalkozom megragadott az a gondolat, hogy szeretnék lovas terápiával foglalkozni, ezen belül pedig a gyógypedagógiai lovaglással. Így a téma iránt egyre inkább érdeklődöm. Egyik keresgélesem alkalmával találtam rá az alábbi cikkekre és gondoltam dolgozatomban **problémafelvetésként** szerepelhet. Az alábbi cikkek tanulmányozása során merült fel bennem a kérdés: valójában milyen eredetű problémával állunk szemben?

Ez már autizmus?

A pszichológus válaszol Dr.Vekerdy Tamás **Nők Lapja Cafe 2001.06.27.**

"Az unokám 4 éves múlt februárban. Már 2 éves kora óta többször próbálkoztak a szülők ideggyógyász, pszichológus véleményét kérni, mert a gyermek mindent későn kezdett..."

"...Másfél éves elmúlt, mire járt. Ebben az időben már sokat "hablatyolt", tehát a maga módján beszélt. Későn – egy éves kora után jöttek az első fogai, későn, 3 éves kora után lett szobatiszta. Igaz, akkor egyik napról a másikra. És legfőképpen: későn kezdett beszélni. Most, 4 évesen szépen, de nem tisztán beszél, még mindig csak bontakozik beszédjében az önálló gondolatok továbbítása. Kimaradt életéből az úgynevezett MIÉRT korszak. Bizonyos dolgokat szertartásosan csinál. Először úgy voltunk vele, hogy a gyerek rendszerető, mert minden csak a megszokott helyén volt jó, de sajnos most már erős a gyanúnk, hogy a gyermek autista vonásokat hordoz magában. Az eddigi vizsgálatok (ideggyógyász, pszichológus) semmit sem tártak fel, de mi a tünetek alapján nagyon aggódunk, hogy valamit elmulasztunk, és nem kerül az unokám időben megfelelő szakember kezébe, aki fejleszthetné. Mulasztottunk-e valamit? El vagyunk-e késve? Ez már autizmus? Hol lehet legalább – sürgősen – állapotfelmérést végeztetni? Azt hiszem, nagyon sok szülőt érdekelnének a válaszok és az, hogy egyáltalán mi az autizmus."

Válasz:

Autizmusról (autisztikus viselkedés, autisztikus zavar) sokunknak bizonyára eszünkbe jut Dustin Hoffman kitűnő alakítása az Esőember című filmben, amelyik először tette világszerte közzismertté ezt a gyermekkorban kezdődő, elhúzódó klinikai kórképet, melynek első leírása. Leo Kanner amerikai pszichiátertől származik, 1943-ból. Maga a szó görög eredetű és az önmagába zártságot fejezi ki. (Ugyanez a szó van az autó-ban, eredetileg autó mobil, vagyis

önmagától mozgó...). Az autista mintha egy üvegbúra alatt élne; nincs valódi kapcsolata az emberi külvilággal (nem képes átlátni a másik ember, a többi ember gondolkodásának és viselkedésének okát, célját, szerkezetét, nem tudja, hogy milyen helyzetben mi várható, ez szorongóvá, időnként izgatottá teszi). A tárgyak érdeklik, nem a személyek. Az őt körülvevő tárgyak, szokások állandósága fontos számára. Az autisták sokszor nem, vagy késve tanulnak meg beszélni. Furcsán beszélnek. A hallott mondatot visszhangozzák. "Kérsz kakaót?" – kérdi a szülő, mire az autisztikus zavarban szenvedő gyerek válasza, ugyanazzal a hangsúllyal: "Kérsz kakaót?" –, amit ahelyett mond, hogy: "Kérek." Ez azzal is összefügg, hogy nem használnak – vagy sokáig nem használnak – "én"-t; harmadik személyben beszélnek magukról. A viselkedésben és a beszédben gyakran jelenik meg az ismételtetés. Bizarr szokások, szertartások alakulhatnak ki. (Körbeforgás, pörgetés, bizonyos útvonalak kényszeres bejárása.) Ha ezekben akadályozzák a gyereket, dührohamban törhet ki (ilyenkor a külvilág számára "rosszul neveltnek, hisztisnek" tűnhet). A környezet megváltozása (például a szoba átrendezése), vagy a napi szokásos tevékenység egy mozzanatának megakadályozása (például egy meghatározott tévéműsor megnézése, mint az Esőemberben) szintén ilyen rohamokat válthat ki. El szokták mondani – és ezt is láthattuk az Esőemberben –, hogy az autistáknak különleges képességeik lehetnek. (Albert Einsteinre is szoktak hivatkozni, akin sokan felismerni vélik az autisztikus viselkedési zavar jegyeit.) De ez természetesen nem mindig van így. Ha igen: extrém – szélsőségesen jó – memóriájuk lehet bizonyos dolgokban, adatokban, vagy erőteljes speciális érdeklődésük (például közlekedés, útvonalak iránt). Matematikai képességek bontakozhatnak ki, melyekben szintén a memóriának, az emlékezetnek lehet szerepe. Előfordulhat még a számok meghökkentő képi látása (a kiszóródott nagy doboz gyufára tüstént rámondja, hogy 326 – és megszámlálás után kiderül, hogy igaza van), vagy a kifejlett zenei érzék. (Van olyan autisztikus zavarban szenvedő gyerek, aki nem beszél, de énekel.) A tudomány mai álláspontja szerint az autisztikus zavar veleszületett rendellenesség, és nem nevelési hiba. Kialakulásáról nem tehet a szülő (ellentétben a korábbi elméletekkel, melyek a hideg, "frizsiderszülőket" hibáztatták). Ma már meglehetősen fejlett kezelési módok jelentősen javíthatják az autisztikus zavarban szenvedők egy részének világgal való kapcsolatát és önálló, hatékony életvitelük kialakulását. Igen, minél korábban kezdődik ez a kezelés, annál hatékonyabb lehet (sokszor a szülőket is bevonják a gyerek kezelése mellett a tréningekbe, hogy elősegítsék a kezelési technikák megtanulását és otthoni alkalmazását). Sok gyerek megfelelő kezelés után – enyhébb esetben e nélkül is – bevonható az integrált oktatásba, s ez további fejlesztő hatást gyakorol. Súlyosabb esetekben a speciális képzést kell folytatni. Az sem tagadható, hogy az

esetek egy részében ez a zavar értelmi fogyatékosággal társul.

Mikortól autizmus és meddig csak autisztikus viselkedés? Mire mondhatjuk, hogy ez már autizmus?

Az autisztikus zavarok egyik jeles magyar szakembere, Weiss Mária szerint egy folytonos skála mentén helyezkednek el az emberek az autistától az autisztikus vonásokat nagyobb vagy kisebb mértékben mutatókon át az úgynevezett normálisig (hozzátéve, hogy még az "abszolút normális"-nál – ha volna ilyen – is előbukkanhat némi kis autisztikus tulajdonság). Szerintem nem mulasztottak és még nincsenek elkésve. De valóban: forduljanak szakemberekhez kérdéseikkel. Én először Budapesten a Korai Fejlesztő Központot keresném fel ilyen esetben, mint amit ön leírt, ahol szakemberekből álló csoport (orvos, pszichológus, gyógypedagógus) viszonylag rövid határidővel vizsgálja meg a gyereket és ad fejlesztési javaslatot.

<http://www.nlcafe.hu>

Mi az autizmus?

<gör. 'önmagára irányultság'>: legközismertebb jelentése gyermekpszichiátriai: szociális, kommunikációs és fantáziával összefüggő kognitív készségek fejlődési zavara, ált. súlyos fogyatékoság. Sajátos viselkedési tünetegyüttesről ismerhető fel. Tágabb pszichológiai értelemben mind kóros állapotokat, mind a személyiség és a gondolkodás nem patológiás egocentrizmusát jelenti. Formáit ma az orvosi osztályozó rendszerek az ún. „pervazív (áthatoló) fejlődési zavarok” közé sorolják, az egész személyiséget érintő jellegük miatt. A kép sokféle lehet, a fő tünetek azonban, amelyek a diagnózis alapjául is szolgálnak, azonosak: 1. A korai kezdet (valószínűleg ált. veleszületett, de értékelhető tüneteket csak 1,5 éves kor után találunk); 2. Minőségi károsodás és elmaradás három területen: reciprok szociális interakciókban (pl. metakommunikáció, kölcsönösség a társkapcsolatokban, élmények megosztása); kommunikációban (mint a beszéd funkcionális használata, pl. társalgás fenntartására, beszédritmus, hangsúly, intonáció) és a játékban (változatos és spontán szerep-, ill. imitatív játék); a viselkedés, érdeklődés, aktivitás területén (pl. sztereotip, ismétlődő jellegű, ill. azonosságához való ragaszkodást tükröző tünetek). Az autizmus az egész életen át fennáll, az életet nem rövidíti meg. Megjelenése jellegzetesen változik az idővel. Felismerése felnőtt korban (éppúgy mint nagyon magas vagy nagyon

alacsony IQ mellett) nehéz lehet. A későbbi diagnózis a 4–5 éves kori tünetekre támaszkodik. Mivel állapot és nem kóros folyamat, nem gyógyítható, a fejlődés, a beszéd, orvosi módszerekkel nem befolyásolható. A legsúlyosabb tünetek (pl. alvászavar, agresszió) enyhítését átmenetileg érdemes gyógyszerekkel is megkísérelni. Jelenlegi ismereteinkkel valódi prevenció nem lehetséges. Az autizmus gyakoriságát a klasszikus nemzetközi adatok 4–5, a modernek 15–25 tízezrelékben jelölik meg. Mo.-on (15 tízezrelékes gyakoriságból számolva) kb. 16 000 autista személy él, közülük 3000 tizenöt év alatti. A fiúk 3–4-szer gyakrabban érintettek. Az autizmus 75%-ban társul értelmi és gyakran más fogyatékossgal, epilepsziával, és néhány ritkább, öröklődő neurológiai, ill. anyagcsere-betegséggel. Jelenlegi ismereteink az oki tényezőkről korlátozottak. A genetikai, vírusinfekciós, oxigénhiányos és egyéb lehetőségek közül a genetikai eredet mellett számos, gyakorlati jelentőségű tény szól. Az autizmussal kapcsolatos agykutatás számos morfológiai, biokémiai, szövettani eltérést mutatott ki. Egységes magyarázat még nem született.

Az autizmus jelenségeit legátfogóbban értelmező pszichológiai elméletek:

1. „Tudatteória” (Theory of Mind, TOM) elmélet: az autista személy korlátozottan képes vagy nem képes arra, hogy saját, illetve más emberek mentális állapotait (gondolatait, vágyait, szándékait) megértse, s így azokról gondolkodni tudjon.

2. Centráliskoherecia – elmélet: a kívülről érkező információtömeget az autista személy nem képes vagy nem a megfelelő szinten képes egységes egészként szemlélni, benne folyamatosan rendszert, szabályt, egységes magyarázatot keresni, ami a világ megértéséhez elengedhetetlenül szükséges.

3. Emócióelmélet: az autizmus hátterében az érzelmi funkció organikus fejlődési zavara áll, ami miatt az egyén nem szerzi meg csecsemő- és kisgyermekkorában a szükséges interperszonális tapasztalatokat, így nem képes megfelelően viszonyulni személyekhez és a világhoz, hiányzik a motivációja képességeinek használatához.

Végül néhány megcáfolt „elmélet” és jelenlegi ismeret az autizmussal kapcsolatban:

1. Tévhit: „Az autizmust a szülői magatartás („frizsideranya”) okozza vagy súlyosbítja.”

Tény: Az autizmus organikus eredetű, a környezet viselkedése nem válthatja ki! A szülő

sérülhet pszichésen a rendkívül frusztráló szülő-gyermek kapcsolatban.

2. Tévhit: „Az autizmus olyan, mint egy üvegbura, amely alatt ép vagy épebb gyermek várja, hogy kiszabadítsák.” **Tény:** Az izolációt, a kapcsolatok hiányát a gyermek valódi fogyatékosága okozza, nem kiszabadítani kell, hanem tanítani.

3. Tévhit: „Tudja, csak nem akarja csinálni.” **Tény:** Jellegzetesek a szélsőségesen egyenetlen képességek. A szigetszerűen ép vagy kiemelkedő teljesítmények mellett a „nem mutatott” képességek hiányoznak.

4. Tévhit: „Minden autista ép intellektusú, de IQ-ja nem mérhető.” **Tény:** Az autizmus mindenféle intelligenciaszint mellett előfordul. A képességek a gyermek szintjéhez választott és autizmusának megfelelő tesztekkel mérhetőek.

5. Tévhit: „Az autizmus a skizofrénia legkorábbi megjelenési formája.” **Tény:** a két tő különálló kórkép; elkülöníti egymástól a gyakoriság, megjelenés ideje, lefolyás, tünetek és családi anamnézis is.

6. Tévhit: „Az autizmus pszichózis, azaz elmebetegség.” **Tény:** Nem betegség, hanem fogyatékos állapot: az alapprobléma állandó, a változások, a fejlődés egyéb körülményekkel függenek össze.

Kik az autisták?

Autizmusban szenvedő személyek. Az autisták szociális, kommunikációs és fantáziával kapcsolatos kognitív képessége sérült. Ez a „triász” minden értelmi szint mellett előfordulhat. A klinikai kép nagyon változatos. Az autizmus súlyossága és az IQ mellett befolyásolják: a nyelvi és beszédképességek, képességstruktúra, személyiségvonások, egyéb (pl. érzékszervi) sérülések és az életkor. Szociális fogyatékosággént értelmezve, gyakorlati célokkal Lorna Wing (angol gyermekpszichiáter) az autizmus három típusát írta le. Az autisták a fejlődés során típust válhatnak.

A Lorna Wing-féle típusok:

1. Izolált: a szociális környezetről nem vesz tudomást, kapcsolatot nem tűr, szemkontaktust nem vesz föl, nem beszél vagy csak sztereotip módon (pl. echolál = visszhangszerűen

ismétel), funkcionális cél nélkül. Tartását, mozgását, aktivitását is bizarrériák (különbségek), főleg mozgásos sztereotípiák jellemzik. Számos halmozottan sérült értelmi fogyatékos gyermek tartozik ebbe a csoportba. Prognózisa a legrosszabb;

2. Passzív: viszonylag jó értelmű, inkább a feltűnő passzivitás és sztereotip érdeklődés, mint a bizarr viselkedés jellemzi. Nem kezdeményező, de közeledést eltűr, ezért a fejlesztés esélyei ennél a csoportnál a legjobbak;

3. Bizarr: viszonylag jó beszédkézség és értelem, esetleg az átlagost is meghaladó mennyiségű szociális kezdeményezés jellemzi. Kapcsolatai nélkülözik a kölcsönösséget, a partner személyiségének figyelembevételét, felületesek. Közeledései gyakran inadekváltak, sztereotípek pl. tartalmukban (azonos kérdések özöne személyi adatokról, közlekedésről stb.).

Életkori jellegzetességek: Felismerés: jelenleg legkorábban 1,5–3 év között lehetséges, mert ekkor alakul ki az egészséges gyermekben az autistáknál hiányzó funkció. Legtípusosabb tünetek 4 éves kor körül jelentkeznek, majd ált. jelentős fejlődés kezdődik, a viselkedési problémák csökkennek. Az autisták állapota rosszabbodhat, ha olyan követelmények elé kerülnek, amelyeket nem tudnak kezelni: pl. óvoda- v. iskolakezdés; növekvő követelmények; serdülőkorban az önállóság és az ismeretek alkalmazásának elvárása. Felnőttkor: a szűkebb és tágabb környezethez, munkahelyhez, más személyekhez való rugalmas alkalmazkodás. Tünetek: Csecsemő- és kisdédkorban a hangadás, beszédfejlődés és a szelektív kapcsolatok kialakulásának hiánya, passzivitás vagy nyugtalanság, szopási, evési és alvászavarok jelentkezhetnek. Gyakori a sükettség gyanúja, mert a gyermek nem figyel a hangra, ill. a beszédre. Olykor a korai fejlődés zavartalan. Kisgyermekkorban a beszédfejlődés zavara (olykor visszafejlődés), a magány szeretete, szűk körű érdeklődés, amely főleg a tárgyak fizikai jellegzetességeire v. azonos aktivitásra irányul, a szimbolikus játék hiánya, sztereotip mozgásos tünetek (pl. lábujjhegyen járás, kezek röpködő mozgása, bizarr tartások, grimaszok), szenzoros viselkedés furcsaságai (pl. szagolgatás, kocogtatás) jellemzők. Egyre nyilvánvalóbb a szociális kapcsolatteremtés és a kommunikáció alapvető sérülése/fogyatékosága: magányos, a társakat figyelmen kívül hagyja, átgázol rajtuk, fél, autoagresszív, idegenekkel gátlástalan. A környező világ megismerésének zavara okozhatja a jellegzetes ragaszkodást az azonossághoz, a ritkább kóros fokú leválaszthatatlanságot az anyáról, a frusztráció és félelem kapcsán jelentkező düh- és szorongási rohamokat, pl.

nyilvános helyen. Gyermeknél a szűk körű, sztereotip érdeklődés gyakran már szociális tartalommal nem bíró v. funkcionális értelmétől elvonatkoztatott témákra irányul: pl. térképek, menetrendek, járművek. A tünetekből egy-egy gyermeknél nem találjuk meg az összeset, és súlyosságuk is változó. Pl. a régebben abszolút kritériumként értékelt szemkontaktushány csak bizonyos autistákra jellemző. Gyakoribb a szemkontaktus gyenge v. a szociális funkció szempontjából nem megfelelő használata (pl. bámulás). Serdülő- és felnőttkorban a látványos tünetek eltűnhetnek. Jellemző lehet pl. a suta, furcsa mozgás, a merev és/vagy gátlástalan szociális magatartás, a szokatlan érdeklődési kör, extrém fokú passzivitás, ami gyakran társul pl. a korábban elsajátított rutinok elvesztésével. A távlati kilátások kedvezőtlenek: a statisztikai adatok szerint száz autistából 5 válik önálló felnőtté, 25 ér el bizonyos önállóságot, de állandó irányításra, támaszra – a súlyosan fogyatékos többség folyamatos gondoskodásra – szorul. A serdülő- és főleg felnőttkori speciális ellátást, fejlesztést, foglalkoztatást súlyosan akadályozhatja (esetleg lehetetlenné teszi), ha féltésből, kíméletből az autistákat, a problémával a maguk szintjén sem szembesítik: pl. önállóságot, döntési jogokat adnak, amivel nem tudnak élni, de a segítséget, elvárást el tudják utasítani. Jó értelmű autistáknál gyakori a depresszió a felnőttkorban. A felnőtt autisták többsége ma még más diagnózissal (pl. skizofrénia, értelmi vagy halmozott fogyatékoság, kényszerbetegség) él családban v. pszichiátriai, ill. szociális intézményben.

Ir. Howlin, P. et al.: Treatment of autistic children. London, 1987.

Balázs Anna

<http://human.kando.hu>

Az autizmus bizonyos tünetei csökkenthetők

– Hogyan kezdett érdeklődni az autizmus és a PDD területe iránt?

– Én voltam a felelőse a szerves húgysavakkal végzett anyagcsere-betegség szűrővizsgálatainak a Kansas Cityben lévő gyermekkorházban. Nagy izgalmat jelentett számomra, amikor egy új számítógépes szoftvert alkalmaztunk, hogy megoldjuk azoknak a gyermekbetegségeknek a rejtélyét, amelyekben az okok ismeretlenek voltak. Az áttörés akkor történt, amikor két fiútestvért vizsgáltunk, akik egyszerre voltak autisták és alkalmanként izomgyengeségben is szenvedtek. Mivel az anyagcsere bizonyos zavarait általában az izomgyengeséggel is kapcsolatba hozzák, olyan rendellenességeket kerestem, amelyek a

genetikai izombetegségekhez kapcsolódnak. De helyette azt tapasztaltam, hogy különböző, szokatlan összetevők következetesen megemelkedtek, de ezek egyike sem volt megfelelő módon leírva az orvosi irodalomban. Az anyagcsere betegségeket kutató kollégák azt mondták, hogy ezek valószínűleg a bélflórából származnak - baktériumok vagy élesztőgombák a belekben.

– Mikor kezdte gyanítani a kapcsolatot az autizmus és e rendellenességek között?

– Amikor megrajzoltam sok más autista gyermek orvosi grafikonját, hasonló rendellenességeket találtam, és azonnal fölmerült bennem az összefüggés lehetősége. Átolvasva ezekről a rendellenes összetevőkről szóló irodalmat, úgy találtam, hogy a közös pont az élesztőgomba volt. A következő lépés nyilvánvalónak tűnt. Ha ezek az összetevők a gombákból származtak, és ezek okozták az autizmus bizonyos tüneteit, akkor azok a gombaölő gyógyszerek, amelyek elpusztítják az élesztőgombát, biztosan csökkentik az autizmus bizonyos tüneteit is. Akkoriban a kórházban, ahol dolgoztam, egy kétéves, az autizmus tüneteit mutató kisfiút vizsgáltunk. -Éppen ekkor végeztem el az ő szerves húgysav vizsgálatát. A kapott eredmények, amelyekről úgy gondoltam, hogy az élesztőgombának köszönhetőek, nagyon magasak voltak. A gyermek kb.18 hónapos koráig normálisan fejlődött és 100 szavas szókinccse volt. Többször kezelték fülfertőzések miatt antibiotikumokkal, és ezek hatására szájpenésze lett - a nyelv candida vagy élesztőgomba fertőzése. A viselkedése ezután gyorsan rosszabbodott. Nem beszélt, végletesen hiperaktívvá vált, az éjszaka folyamán gyakran felébredt, "elvesztette" a szemkontaktust szüleivel. Autizmust diagnosztizáltak nála. A gyermek orvosa nystatin tartalmú gombaölő készítményt írt fel. A következő napon a gyermek szemkontaktusa javult. Napokon belül normálissá vált az alvása, és a hiperaktivitása észrevehetően csökkent. Ugyanakkor a megemelkedett szerves húgysav értéke jelentősen csökkent.

– Miért lenne az autista embereknek magas a bélflórában található gombák értékszintje?

– Sok, de nem mindegyik autista gyermeknek van gyakori fertőzések háttere - különösen fülfertőzés -, amelyeket széles spektrumú antibiotikumokkal kezelnek. Egyik szülő beszámolt arról, hogy gyermeke 50 egymást követő fülfertőzésen esett át öt éves koráig. Néhány gyermekkel azonban előfordulhatott, hogy egyetlen kezelés hatására is megemelkedtek a szerves húgysav anyagcsere-értékei.

– Miért van ez így?

– Az autista emberek nagy részének jelentős immunműködési zavarai vannak. Ez lehet myeloperoxid-hiány - genetikai deficit, ami gátolja a fehérvérsejtek gombaölését -, lehet IgA-hiány, kiegészítő C4b, IgG-hiány, vagy IgG alfajhiány. Egy eset kapcsán kiderült, hogy dr. Sudhir Gupta az autizmus tüneteinek teljes csökkenését érte el a gammaglobulin - humán antitestek koncentrátuma - beadása révén.

– Hogyan vizsgálhatók: az immunrendszer e rendellenességei?

– Egy egyszerű vérvizsgálattal, amit úgy hívnak, immunhiányteszt. A GPL-laboratórium dolgozta ki, melynek vezetője vagyok. A teszt kimutathatóvá teszi, hogy e rendellenességek bármelyike jelen van-e. Mostanában vizsgáltunk egy súlyos autista gyermeket. Csak két alkalommal kapott antibiotikumot, de a mi szerves húgysav tesztünk kimutatta a gomba jelentős túlszaporodását a belekben. Az immunhiány-teszt kimutatta egy IgA nevű immunrendszer antitest teljes hiányát, pedig ez felelős a belek gombák elleni védelméért. Az antifungális kezelés nagymértékben csökkentette a gyermek autista tüneteit. Az antifungális kezelés, valamint a tej és búza megvonása után a CARS pontértéke (az autista tünetek mérője - a szerző) a normális határon belül volt.

– Említette a búza és a tej megvonását, mint az autista emberek egyik kezelési módját. Megmagyarázná ezt kicsit részletesebben?

– Dr Robert Cade kutatása a Floridai Egyetemen bebizonyította, hogy az autista és a skizofrén emberek a vérükben antitesteket termelnek a búza- és tejtermékekkel szemben, és ezekből az élelmiszerekből fehérjereszcskék kerültek a vizeletükbe. A GPL ki tudja mutatnia glutén és kazein ellen termelődőtt antitesteket a vérmintákban, csakúgy, mint a fehérjereszcskéket, az ún. peptideket, a vizeleti peptidteszttel. Ezek az élelmiszerek megvonhatók, ha az antitestszint túlzott mértékben megnövekszik. Az allergiát okozó élelmiszerek megvonása legtöbb esetben az autista tünetek nagyfokú csökkenéséhez vezet. Ez a vizsgálat, amit alapvető élelmiszerallergia-tesztnek neveznek, kiszűri az olyan gabonákat, mint árpa, zab, rozs, Valamint a tejtermékeket.

– Sokszor említette az autista gyermekeket. Alkalmazhatók-e ezek a terápiák és tesztek az autista felnőttekre is?

– Igen. Mindezek a terápiák, felnőtt autistáknál is sikeresek, és különösen hasznosnak tűnnek a súlyosan magatartászavaros felnőttek esetében. Az 1999-ben, Atlantában tartott konferencián, egy 21 éves autista fiú szülei előadták a csoportnak a súlyos magatartászavarral kapcsolatos tapasztalataikat. A fiuk székelés után rendszeresen szétkente ürülékét a fürdőszoba falára: Minden lehetséges módszert kipróbáltak, például különböző viselkedésterápiákat és pszichére ható gyógyszereket. Egyik módszer sem segített. A vizsgálat kimutatta, hogy a fiuknak súlyos gombaproblémája van. Az antifungális terápia egy héten belül megszüntette ezt a viselkedést. A magatartászavar soha nem tért vissza.

– Milyen előnyök származhatnak más terápiákból?

– A táplálkozási terápiák használata, mint például a DMG, a Super-Nuthera, az élesztőgombát irtó kezelés, a glutén és kazein megvonása, és az ételallergia kezelések hozzájárulnak a biológiai és táplálkozási egyensúlyhoz, ami fejleszti a neurológiai és a neuro-muszkuláris kontrollt. Általános a kezelést követő jelentős javulás, és rendszerint együtt jár vele, hogy csökken a hiperaktivitás, fejlődik a receptív (értő) és az expresszív (közlő) nyelv, csökkennek a sztereotip viselkedések, jobb a beilleszkedés, megnövekszik a tanulási képesség intenzitása, csökkennek az agresszív és öntörvényű viselkedések és jobb a szemkontaktus. A lehető legjobb végkifejlet természetesen az autizmus tüneteinek teljes megszüntetése. Egyre növekszik azoknak az autista gyermekeknek a száma, akiken már nem látszanak az autizmus tünetei. Van egy videofilmünk egy gyerekről, aki sikeres meggyógyult az autizmusból. Két éves korában súlyos autistának diagnosztizálták a Missouri Egyetem Orvosi Karának Autizmus Klinikáján. A gyermek ma gimnazista, barátságokat kezdeményez, a tudományokban kiváló, és nem mutatja az autizmus tüneteit, holott az az orvos végezte az utóvizsgálatot, aki annak idején fölállította az első diagnózist. A gyermek teljes története olvasható Az autizmus és a PDD biológiai kezelése című könyvemnek Pam Scott által írt fejezetében. A teljes gyógyulás esetei ritkák, de jelentős javulás érhető el a viselkedésben.

<http://www.esoember.hu>

A fent olvasott cikkek alapján összegzésként megállapítható, hogy óriási ellentmondások tapasztalhatók a rendellenesség eredetét, kóroktanát, kifejlődését illetően. Az első két cikk szerint főként a genetikai tényezők dominálnak a fogyatékos kialakulásában, és azt állítják, hogy orvosi módszerekkel nem befolyásolható. Ezzel szemben az utolsó cikkben nyilatkozó orvos kutatásai során, egy véletlen folytán, összefüggéseket talált az autisztikus tünetek, autizmus megjelenése, súlyossági foka és bizonyos gombafajok (főként élesztőgomba)

szervezetbeni felszaporodása, valamint immunbetegségek és ételallergiás betegségek között. Azt állítja, több esetben sikeresen befolyásolták orvosi módszerekkel az autisztikus tünetek-, autizmus mértékét, bizonyos viselkedési formákat sikerült kiküszöbölniük Elgondolkodtató... Ha valóban így van, ahogy az utolsó cikkben olvashattuk, döbbenetes, hogy egy fertőzés, immunhiány, vagy -túlműködés, mint az étel allergiák esetében, milyen agyi tüneteket képes produkálni. Megdöbbentő, hogy a szervezet milyen választ képes adni az őt ért behatásokra és mindezt az illető személy akarata ellenére, tudata, kontrollja nélkül. Ha a hagyományos nézetet tekintjük, mely szerint orvosi módszerekkel nem befolyásolható a rendellenesség, kizárólag veleszületett, genetikai eredetű, is érdemes belegondolni, mi mehet végbe az e fogyatékkal élő emberek szervezetében. Hogyan láthatják a világot. Hogyan lehet rajtuk segíteni. Mi vezethet eredményre. Nem érdemes-e megfontolni a kansas-i orvos állításait.

A PLACEBÓ HATÁS SZEREPE A GYÓGYÍTÁSBAN

A placebo szó bibliai eredetű, s az "álgógyszer" orvosi szakkifejezésként a XVIII. században került a köztudatba (5,9). Egészen napjainkig hozzákapcsolódik egyfajta negatív felhang, vagyis az az elképzelés, mely szerint, ha az orvos nem talált semmilyen fizikai elváltozást a betegen, akkor a páciens megnyugtató és a gyógyszeres kezelés költségeinek csökkentése érdekében hatóanyagot nem tartalmazó pirulát írt fel. Talán éppen ebből az időből származik az a ma már megcáfolt elképzelés, hogy a placebo csak és kizárólag túlérzékeny betegek "nem valós" tüneteinek kezelésére alkalmazható. Jelenleg a legszélesebb körben elfogadott definíciót Shapiro és Shapiro (1997) fogalmazta meg: *"placebónak nevezünk bármely olyan terápiát (ill. bármely terápia összetevőjét), amit szándékosan vagy tudatosan használnak nem-specifikus, pszichológiai vagy pszichofiziológiai terápiás hatása miatt; vagy amit feltételezett specifikus terápiás hatása miatt alkalmaznak egy betegnél, tünetnél vagy betegségnél, de nem fejt ki specifikus aktivitást a kezelt állapotra (5)."*

A placebo olyan, kémiaileg semleges anyag, amely nem rendelkezik farmakológiai hatással, s csak külsőleges formáját tekintve hasonlít valódi gyógyszerhez (2, 8). A placebo farmakodinamikája sok szempontból emlékeztet a valódi gyógyszerekére, a placebo tablettánál megfigyeltek csúcshatást, több tablettánál additivitást (Lasagna, 1954, id. Császár, 1985) is, továbbá a szedés folyamán mellékhatásként a tablettától függőség és megvonásos tünetek is kialakulhatnak (5). Placebónak tekinthető a tablettán vagy poron kívül a műtéti beavatkozás, a fehér köpeny jelenség, vagy akár a pszichoterápia folyamata is. A pszichoterápiák hatásmechanizmusáról eltérő a szakemberek véleménye. Egyesek szerint a placebohatás nagy mértékben befolyásolja és abban az esetben, ha a beteg hisz a módszer hatásosságában bármely terápia pozitív eredményhez vezethet. Ebben az esetben különösen fontos-, hogy a terapeuta a módszer sikerébe vetett hitét képes legyen átadni a betegnek. „Egy gyógyítóval való találkozás nagy valószínűséggel akkor aktiváltja a placebo-mechanizmust, ha a beteg betegséggel kapcsolatos képét, értelmezését pozitív irányba tolja el (5).” A páciens első lépésként mintegy "visszaemlékszik" korábbi, egészséges állapotára (*"remembered wellness"*), amelyet az öngyógyító mechanizmusok beindulása követ. Brody szerint ebben a "visszaemlékezésnek" nevezett folyamatban fontos szerepe van annak, hogy a beteg úgy érezze figyelmesen meghallgatták, megértették a problémáját, s megfelelő

magyarázatot kapott a panaszaira. A gyógyító és a gyógyító személyzet részéről törődést, odafigyelést tapasztalt és úgy érzi, hogy a betegségét és a panaszait valamilyen szinten kontrollálni tudja (ez részben saját magának, részben a gyógyítónak köszönhető) (3).

A placébó hatás

A régi időkben a gyógyulás érdekében a betegek jóformán bármit beszédtek. Napjainkban már borzongva tekintünk vissza a hashajtás, az érvágás és a különféle állati- és növényi eredetű, gyakran mérgező anyagok sokszor túlzásba vitt alkalmazására. Az orvosok és a gyógyítók a régebbi korokban is nagy tekintélynek örvendtek, s a mai modern orvostudomány gyógyítási módszereik sikereit a placébóhatásnak tulajdonítja, éppen úgy, mint a hit gyógyító erejét és a különféle varázslatos kúrák sikereit is. A múlt század közepe táján megjelenő orvosi szakirodalomban gyakran szerepelt az az elképzelés, hogy „a gyógyszerek hatásaiban egy különleges pszichés – tudati tényező” is jelen van, amelyet a gyógyítás során figyelembe kell venni. A fent említett pszichés hatás mérésére kezdték alkalmazni a placébót. Császár (1985) megfogalmazása szerint: „*Minden gyógyszer, gyógyítási tevékenység egyben placébó is, és szinte minden gyógyítási folyamatnak számolnia kell a placébóhatással* (5).”

Placébó hatásról főként akkor beszélhetünk, ha egy gyógyszer, annak ellenére, hogy nem tartalmaz semmilyen hatóanyagot, mégis meggyógyítja a beteget. A *placébó-reszpondencia* a placébóra való érzékenységet jelenti. Számtalan kutatás kimutatta, hogy bármely populáció megközelítően 33 %-a *placébó érzékeny*, vagyis akiknél a placébó hatásosnak bizonyul (Beecher, 1960; Lasagna, 1958) (2,4,5).

Nocebo hatás

A *nocebo* kifejezés Picard (1989) nevéhez fűződik és olyan jelenségekre használják, ahol a placébó káros hatásának bizonyult. *Nocebo* alatt a különféle szerzők más és más jelenséget értenek. A *nocebo* kifejezés önálló eredettel rendelkezik és nem az angol "no" és a "placebo" összevonásából származik. Valójában a *hippokratészi eskü eredeti szövegében is olvasható latin "noceo" (én ártok) ige* a placébóval való rokonsága miatt csak később alakult "nocebo"-vá (5).

Egyes kutatók szerint a jelenség ellentétes irányú placébó: „ha a hit meggyógyíthat, akkor beteggé is tehet”. Butler és Steptoe kísérlete jól példázza ezt, amelyben annak ellenére, hogy minden esetben placébót kaptak az asztmás betegek, mégis különbözőképpen reagáltak az aeroszolos kezelésre annak megfelelően, hogy a gyógyszer a beteg tájékoztató szerint hörgőtágító vagy -szűkítő hatású anyagot tartalmazott. Mások inkább a placébó

használatát kísérő, nem-kívánt és káros mellékhatásokat értik alatta, pl. klinikai vizsgálatok során a placebo-csoport tagjainál is fellépnek különféle, sokszor a vizsgált gyógyszerre jellemző kísérő tünetek: fejfájás, émelygés, hányinger stb (4,5).

A különböző gyógyszerek és diagnosztikai eljárások placeboként való alkalmazása

A mai modern orvoslásban sokszor előfordul a placebo használata. Ide sorolható az antibiotikumok túlzott használat a felső légúti vírusfertőzések kezelésére és/vagy megelőzésére, melynek mellékhatásaként a rezisztens törzsek elszaporodásának kérdésköre egyre inkább előtérbe kerül. A *"csak hogy lássuk, minden rendben van-e"* elven (9,10) alkalmazott diagnosztikai eljárások (röntgen, CT) indokolatlan felhasználásából származó felesleges sugárdózis és a vele járó költségek is meghaladják a várt hasznot. És végezetül, de nem utolsósorban a vitaminok és enyhébb nyugtatók felírása az ideges, aggodalmaskodó beteg számára szintén károsnak bizonyulhatnak. Az utóbbi időben az Egyesült Államokban sokszor kerül a figyelem középpontjába és gyakori jelenségnek számít a nyugtatók túlzott használatából adódó függőség és egyéb egészségkárosító tényezők kialakulása is.

A placebo felhasználása a gyógyításban

A placebo-t főként gyógyszerhatékonysági vizsgálatokban alkalmazzák a vizsgálatok eredményeit torzító hatások kiszűrésére pl.:

- a beteg azon elvárása, hogy a gyógyszertől jobban érzi majd magát
- a kutatóknak a gyógyszer hatékonyságába vetett hite,
- a nővérek és az egyéb személyzet megkülönböztetett figyelméből adódó előnyök (11).

Általában kettős-vak kísérletet végeznek, vagyis a betegek egyik csoportja a gyógyszerből, a másik pedig a placeboból kap, ám sem a betegek, sem pedig a vizsgálatban résztvevő szakemberek nem tudják a vizsgálat végéig, hogy melyik csoport kapta a hatóanyagot tartalmazó szert és melyik a "cukorkát". Hatékonynak akkor nevezhető egy anyag, ha a javulási, gyógyulási arány a gyógyszerrel kezelt csoportban lesz nagyobb. Abban az esetben, ha a két betegcsoport állapota hasonló mértékben javult, akkor az állapotukban bekövetkező változást a placebohatásnak tulajdonítják, és a gyógyszert hatástalannak minősítik (1). Gotsche definíciója szerint: *"a placebo hatás nem más, mint egy torzítatlan vizsgálatban a placeboval kezelt csoport és a nem kezelt kontroll-csoport állapotának változása közötti különbség (5)."*

A jó placébó tulajdonságai

A legtöbb ember szerint minél keserűbb, csípősebb vagy kellemetlenebb ízű egy orvosság, annál hatásosabb. Ennek megfelelően a szakemberek tapasztalatai alapján az a placébó vált ki jelentős hatást, amelyik az érzékszerveket nagy mértékben ingerli („aktív placébó”). A fentiekén kívül az orvosság fizikai tulajdonságaival, megjelenésével is képes szuggesztív hatást gyakorolni a betegre (5). Az orvosságok legfontosabb jellemzője a szín, a forma, az íz és a név.

Szín: a színes tabletták hatásosabbnak bizonyult a színtelennél, a piros és a sárga az esetek többségében hatásosabb a kék és zöld színű tablettánál, hiszen az utóbbi kettő kapcsán az emberek nagyrésze a mérgező anyagokra asszociál (Császár, 1985). A mai eredmények alapján ez oly mértékben változott, hogy a piros színű tabletták inkább élénkítő tulajdonságokkal bír, a kék és a zöld pedig nyugtató hatásúnak bizonyul.

Schapiro és Schapiro (1970) 48 pszichiátriai ambulancián kezelt betegnél azt vizsgálta, hogy milyen színű tablettákra reagálnak és azt találták, hogy a szorongásos és fóbiás tüneteket legjobban a zöld, a depressziós tüneteket pedig a sárga tabletták enyhítette jobban.

Forma: a leghatásosabb az injekció, majd a kapszula, a draszté, a folyadék, a tabletták és végül a kúp. Altatónak inkább a színes tabletták váltak be, ezt követte a folyadék, és végül számos szerző szerint leggyengébb hatásúnak a fehér tabletták bizonyultak.

Íz: az íz is jelentős mértékben befolyásolta a hatást pl. koffeintablettának az íztelen orvossággal szemben jobban bevált a keserű.

Név: A közismert nevű tabletták hatásosabbnak hiszik az emberek. Branthwaite és Cooper (1981) megfigyelései szerint az általuk felírt fájdalomcsillapító gyógyszerek közül a fejfájás kezelésében a széles körben elterjedt (szabadalmazott, "márkás") termékek váltak be a legjobban. Jefferys és mtsai (1960) angol középosztálybeli munkások öngyógyszerezési szokásai vizsgálatok arra az eredményre jutottak, hogy az emberek inkább választják és erősebbnek is tartják a szabadalmazott gyógyszereket (pl. álmatlanság, idegesség és szorongás kezelésére egyaránt az aszpirint szedték). Helman (1981) hosszú ideje pszichotróp szereket kapó betegeknek feltett kérdésére, mely szerint mit szednének, ha a megszokott pszichotróp szer nem lenne elérhető, a válaszadó páciensek 36 %-a szabadalmazott fájdalomcsillapítók szedését választotta volna (5).

A szedési javallatok és a placébó kezelés hatásosságának kapcsolata

Az eltérő napi szedési javallat (reggel 3, délben 1, este 2) jobban beválik a szokványos (3x1) alkalmazásnál (Császár, 1985). Abban az esetben ha a gyógyszer szedésének időtartamát nem

határozták meg pontosan (pl. 1 hónapon át kell szedni), akkor a szedés kezdeti időszakában hatásosabb, majd ez a kedvezőbb hatás fokozatosan csökken és beáll egy standard szintre. Ez a jelenség az akut toleranciafokozódás (tachyphylaxia), a celluláris szinten kialakuló tűrőképeség fokozódása, vagyis egy adott gyógyszer azonos adagja rövid időn belüli ismételt adása egyre kisebb hatást produkál. (Császár, 1985; Ádám, 1999) (5,7).

A placébó orvosi és pszichológiai alkalmazásai

A mai modern orvostudomány a placébót elsősorban a kettős-vak próbáknál használja. Évtizedeken keresztül az orvosi társadalom ellenérzéssel viseltetett a placébó iránt, s a nem hatóanyag tartalmú gyógyszer okozta gyógyulásokat nem fogadta el. A fentiek ellenére számos betegségknél találkozhatunk a placébó hatékony alkalmazásáról szóló beszámolókkal, nevezetesen a fájdalomcsillapításban, a pszichiátriai zavarok kezelésében, az emésztőrendszeri, a szív- és érrendszeri, a légúti, valamint az autoimmun megbetegedések kezelésében is. Elgondolkodtatóak azok a kettős-vak kísérletekből származó eredmények, amelyekben a placébó az aktív gyógyszerrel azonos eredményeket produkál (pl. Bitter, 1994).

Fájdalomcsillapítás. Egy vizsgálat során krónikus fájdalom (rák utáni műtéti seb) elmulasztására 15 mg morfin vagy placébóinjekciót kaptak a betegek. A morfin az esetek 60 %-ában, a placébóinjekció az esetek 43 %-ában csökkentette a fájdalmat (Fürst, 1997) (5).

Pszichiátriai zavarok. Lowinger és Dobie (1969) tapasztalatai szerint a nyugtató helyett adott placébó egyes esetekben a gyógyszernél is hatásosabbnak bizonyul. Császár (1985) szerint a placébó szorongás oldására is jól alkalmazható (5).

Táplálékaverziós megbetegedések: A táplálékallergiás osztályokra gyakran kerülnek táplálékaverziós betegek, akiknél nem állapítható meg konkrét élelmiszer vagy élelmi anyag okozta megbetegedés. Esetükben a sokszor költséges vizsgálati és kezelési módok, a gyógyszerek és a diéták nem hozzák el a teljes gyógyulást. Tüneteik nem múlnak el tartósan, pszichés eredetű betegségük nehezen kezelhető gyógyszerekkel. A vizsgálat során táplálékallergiás és táplálékaverziós betegek egy hónapon keresztül placébótablettát kaptak. A tablettát olyan szerként szedték, amely végérvényesen megszünteti az allergiás reakciókat. Az eddigi eredmények alapján elmondható, hogy a táplálékaverziós betegek esetén jelentős javulás következett be, ugyanakkor a táplálékallergiásokra nem hatott jelentős mértékben a placébó kezelés (4,6). Korábban laktózallergia (tüneteit klinikai vizsgálatokkal nem lehetett alátámasztani) gyanújával kórházban fekvő 51 éves nő szigorú étrendet tartott. A kórházból való távozásakor Dietint (placébó) kapott. Tünetei enyhültek, közérzete jelentős mértékben

javult. Az ígéretes javulás hatására étrendjét is bővíteni kezdte, étvágya visszatért és rövid időn belül 2 kilót hízott. A terápia végén nem akart lemondani a Dietinről. A beteg a cikk leadásának időpontjában egy éve tünetmentes volt (4).

Emésztőrendszeri megbetegedések. Egy vizsgálatban gyomorfekélyes betegeknek desztillált víz injekciót adtak. Azoknál a betegeknél, akik úgy tudták, hogy a kapott szer azonnali gyógyulást eredményez 75 %-ban következett be javulás. Azoknál a betegeknél, akikkel azt közölték, hogy a szer hatásai még tisztázatlanok, az esetek 25 %-nál figyeltek meg javulást (5).

Szív- és érrendszeri megbetegedések. Benson és McCallie (1979) megközelítően tíz olyan gyógykezelést vizsgált, amely a kezelések kezdetén az angina pectorisban szenvedő betegek 70-90 %-ánál bizonyult hatékonynak, de a vizsgálatok során kiderült, hogy az érintett betegek placébó kezelésben részesültek. Egy másik esetben angina pectorisban szenvedő páciensek 40 %-a számolt be nagymértékű állapotjavulásról olyan diagnosztikai beavatkozást követően, amelyet gyógyító műtétnak gondoltak (Beecher, 1961) (5).

Légúti megbetegedések. Butler és Steptoe (1986) 12 asztmás betegnél egy új "hörgőtágító" hatását vizsgálta. A betegek desztillált vízpárát lélegeztek be, előtte azonban az új anyagot tartalmazó aerosolból kellett szippantaniuk. A kísérleti személyeket három csoportba osztották be és mindegyik csoportot más instrukcióval látták el:

1. az aerosol hörgőtágító szer, a pára viszont hörgőszűkítő anyagot tartalmaz, ami mellkasi szorításhoz és ziháláshoz vezethet (asztmás tünetek)
2. az aerosol hatástalan anyag, a pára hörgőszűkítő anyagot tartalmaz (első kontroll)
3. az aerosol hatástalan anyag, a pára vízpára (második kontroll) (5)

Az asztmás betegek kezelésre adott reakciói eltérőek voltak aszerint, hogy a tájékoztatóban leírtak alapján a kapott szer hörgőtágító vagy -szűkítő hatású anyagot tartalmazott (valójában minden beteg placébót kapott) (9). Az első és a második csoportban asztmás reakciókat tapasztaltak (nocebo hatás!), amelyet viszont kioltott az első csoportnál a placébó (5).

Autoimmun betegségek. Az immunműködés számos vonatkozására hatással van a placébó (5).

Joggal tehető fel a kérdés, hogy a placébó vajon minden betegséget gyógyító szernek (panacea) tekinthető-e? A válasz természetesen nem, a placébó minden olyan testi működésre *hathat*, amely valamilyen szinten az idegrendszer befolyása alatt áll, vagyis elsősorban a pszichoszomatikus betegségekre lehet hatással. A központi- és a vegetatív idegrendszer (pl. skizofrénia, stressz, fájdalomcsillapító, nyugtató, altató, hangulatjavító, szorongásoldó hatás, depresszió, fejfájás, migrén), a szív- és érrendszer (pl. angina pectoris, kardiomiopátia,

ritmuszavar, vérnyomás, pulzus, vérkép), az emésztőrendszer (pl. bélmotilitás, gyomornedv elválasztás, peptikus fekély, valamint az immunrendszer (pl. lázcsillapítás, reumatoid- és degeneratív artritisz, szénanátha, köhögés) területén jelentkező betegségek esetén találták hatásosnak a placebó kezelést. Különböző mértékben a légző-, a reprodukció-, a kiválasztó- és az endokrin rendszer működését is befolyásolhatja. A nehezebben megválaszolható és a szakirodalomban ritkán szereplő kérdés az, hogy mire *nincs* hatással a placebó. Cziboly és Bárdos szerint elsősorban a genetikai és prenatális etiológiájú betegségek (pl. Down-kór, fenilketonúria, sárlósejtes vérszegénység, stb.), a test szöveteinek külső hatásra történő károsodása (pl. baleset, kémiai anyagok, sugárzás, stb.), roncsolódása (pl. amputált végtag, mérgező anyag bevétele, stb.), valamint a vírusos, a bakteriális, a gombás fertőzés sorolható a placebóval nem kezelhető betegségek közé. Ugyanakkor a fenti esetekben is közvetve hatásos lehet pl. immunerősítőként (fertőzésekre való fogékonyság mérséklése), fájdalomcsillapítóként, vagy depresszió ellenes „szerként”. Elképzelhető, hogy pszichotikus betegségek esetén sem hat a placebó, hiszen a placebóhatás alapját képező mentális funkciók sérülnek pl. a kondicionálás, az expektancia és a szuggesztibilitás (5).

A placebó hatásos lehet a szorongás oldására és az álmatlanság kezelésére is. Dienstbier és Muster (1971) egy vizsga előtt hallgatók két csoportjának adott placebót. Az egyik csoportot arról tájékoztatták, hogy a gyógyszer izgalmat okoz, a másik csoport nem kapott a szer szedésével kapcsolatosan semmilyen információt. A tabletta bevétele után a hallgatóknak lehetőségük volt arra, hogy a vizsgán puskázzanak. Az a csoport követett el inkább csalást a vizsgán, amelyik a gyógyszertől izgalmat várt (5). Storms és Nisbett (1970) egy álmatlanságban szenvedő emberekkel folytatott vizsgálatában a betegek egyik csoportja úgy tudta, hogy a tabletta izgatottságot okoz, a másik csoportot pedig arról tájékoztatták, hogy a tabletta segíti őket az ellazulásban. Az első csoport tagjai könnyebben aludtak el, mert a szokásos izgalmi szintet a tablettának tulajdonították.

A placebó-jelenség mögött álló élettani és pszichés folyamatokról keveset tud még a mai orvostudomány, de az elmúlt évtizedek eredményei alapján, bizonyos betegségek gyógyításában etikusan és biztonságosan felhasználható, hatékony módszer lehetne.

Irodalom

1. Atkinson R. L.: *Pszichológia. Osiris Kiadó, Budapest, 2001, 486-487.*
2. Bárdos Gy. - Cziboly Á.: *Placebohatás: az elvárások gyógyító ereje. Magyar tudomány, 2003. 47. évf. 7. sz., 814-823.*
3. Brody H.: *The placebo response, Harper Collins, New York, 2000.*

4. Cziboly Á. - Bárdos Gy.: *A lélek szerepe a táplálékallergiás reakciókban: táplálékaverzió, placebo és nocebo. Új Diéta, 2004/4. sz., 12-15.*
5. Cziboly Á. - Bárdos Gy.: *A placebo fogalma, története, alkalmazása, valamint számos magyarázó elméletének áttekintése. Magyar Pszichológiai Szemle, 2003. 58. évf. 3. sz., 381-416.*
6. Cziboly Á. - Bárdos Gy.: *A placebohatás vizsgálata táplálékallergiás és táplálékaverziós betegeknél. Magyar pszichológiai szemle, 2003. 58. évf. 4. sz., 495-516.*
7. Hollós S. - Kiss G.: *Alkalmazott gyógyszer-tan. HIETE, Budapest, 1998, 38.*
8. Kempler K.: *A gyógyszerek története. Gondolat Kiadó, Budapest, 1984, 359-365.*
9. Köteles F., Cziboly Á.: *placebó hatás: ellenség vagy szövetséges. I. placebo a klinikai vizsgálatokban. Komplementer Medicina, 10(1), 27-33.*
10. Köteles F., Cziboly Á. (2006) *Placebo hatás: ellenség vagy szövetséges. II. rész: A placebo-jelenség és a komplementer gyógymódok. Komplementer Medicina, 10(2), 11-16.*
11. <http://www.vital.hu/themes/psyc/placebo1.htm>

CSALÁDON BELÜLI ERŐSZAK: FELESÉG- ÉS GYERMEKBÁNTALMAZÁS

„Aki különbséget tud tenni
arcul-legyintés és ökölcsapás között,
az már tudja,
mi a gyermekek elleni erőszak.”
Henry Kempe

A családon belüli erőszak Magyarországon legalább egymillió nőt és a hozzájuk tartozó gyermekeket érinti, mégis általában elhallgatás és tagadás veszi körül. Magyarországon minden második, halállal végződő erőszakos bűncselekmény a családon belül történik. A házastársak (élettársak) közötti bántalmazások mintegy 95 százalékában a férfi az elkövető, és a nő a sértett (áldozat). Sokszor emlegetjük, hogy „már az utcára sem lehet kimenni”, mert nem érezzük magunkat biztonságban. Eközben nem is gondolunk arra, hogy az erőszakos bűncselekmények túlnyomó része nem is a nyílt utcán, hanem a családon belül, az otthon falai között zajlanak le.

A közhittel ellentétben ezek a cselekmények többségükben nem a családi együttélés okozta feszültség vagy hirtelen felindulás kiszámíthatatlan, előre láthatatlan következményei, hanem nagyon is kiszámíthatóak, előre láthatóak. A hozzátartozó életének kioltását többnyire éveken át rendszeres és brutális bántalmazássorozat és terror előzi meg.

Manapság például egy gyermek kegyetlen elverése egyértelműen, nemcsak a jog, de a laikus polgár nézőpontjából is, bűncselekmény - kivéve, ha az agresszor a saját gyermekét veri el! Ez (leszámítva talán, amikor tragikus következményekkel jár) más eset, ilyenkor a szemtanúk szemérmesen elfordulnak, és általában a rendőrség is szemet huny: a szülő éppen "nevelt", "teljesítette kötelességét", ebbe nem lehet senkinek beleszólása. A joggyakorlat és a közvélemény ne tegyen különbséget a családban, illetve a családon kívül megvalósított erőszak között; a végrehajtásnak - és egész társadalmunknak - ideje lenne megtanulnia, hogy a kegyetlen testi és lelki fájdalmak okozójának a családi kötelékek semmiféle védelmet - vagy menetséget - nem nyújtanak!

Az áldozat valamint a család számára az erőszak súlyos és tartós fizikai, pszichológiai károkat okozhat, és – túl a családon – komoly gazdasági, szociális következményekkel jár a társadalomban is.

A családon belüli erőszak három megnyilvánulási formája a résztvevők személye szerint

- 1) a házastársak közötti,
- 2) a gyermek elleni,
- 3) a családban élő idős (részben vagy teljesen magatehetetlen) személy elleni erőszak, amely azonban nemcsak fizikai brutalitás lehet, hanem szándékosan és folyamatosan előidézett lelki gyötrelme is.

A fizikai bántalmazásra soha nincs elfogadható mérték, de a megalázás, a szándékos és tartós pszichológiai kínzás önmagában is "családon belüli erőszak"-nak minősülhet, nem beszélve arról, hogy sokszor megelőzi - és bizonyos értelemben magyarázza - a fizikai erőszakot. Nem szabad elfelejteni azt sem, hogy nemcsak az agresszív bántalmazás, de a segítő beavatkozás elmaradása, tehát a gondoskodás elmulasztása, a gyermek, vagy az idős családtag végzetes elhanyagolása is a családon belüli erőszak fogalmkörébe tartozik. Ritka az, amikor a feleségét bántalmazó férfi egy újjal sem nyúl gyermekeihez, vagy, amikor ugyanez az ember a legnagyobb szeretettel gondoskodik a vele közös háztartásban élő, magatehetetlen anyósáról, vagy édesanyjáról.

Elméletek a bántalmazás okairól

A kutatók álláspontja szerint a feleségbántalmazás hátterében a bántalmazó valamilyen lelki rendellenessége állhat.

Ennek oka lehet:

- lelki (ill. elme-) *betegség*,
- betegséget nem jelentő *személyiségjegyek* összessége, amelyek hatására valaki bántalmazóvá válhat,
- *kommunikációs probléma*,
- illetve a gyermekkorban a saját családi környezetben *megtanult hibás viselkedésminták*.

Nem felel meg a tényeknek az, hogy a bántalmazók *betegként* lehetnének diagnosztizálhatók, illetve, hogy azonosítható lenne a személyiségjegyeknek egy olyan csoportja, amely kifejezetten a feleségbántalmazókra jellemző, mert a bántalmazók jelentős része munkaképes, a társadalmi normákat hajlandó tiszteletben tartani és azokat a feleségén kívül mindenki mással szemben betartani.

Az elmélet hibája az is, hogy amennyiben elfogadjuk, a feleségbántalmazás betegség, illetve bizonyos személyiségjegyekből egyenesen következő magatartás, akkor azt is elfogadjuk, hogy a bántalmazó a saját akaratától teljesen független okok miatt erőszakoskodik, terrorizál.

Ebből következően magatartásáért nem felelős és azon változtatni sem tud, illetve csak abban az esetben, ha meggyógyul.

A *kommunikációs nehézségekkel* kapcsolatban a magyarázatoknál is hasonló kérdés vetődik fel. Miért a feleség, az élettárs felé kell erőszakkal, bántalmazással „kommunikálni” az érzéseket, gondolatokat? Hogyan képes áthidalni a kommunikációs nehézségeit ugyanaz az ember a munkahelyén vagy a hatósági ügyintézés során?

A *tanult magatartásminta* sem tekinthető a feleségbántalmazás okának. Az a gyermek, aki látja és tapasztalja az édesanyja bántalmazását, épp úgy rögzíti, hogy az ilyen magatartás rossz és elfogadhatatlan, mint ennek ellenkezőjét. A tény, hogy az apa rendszeresen és hosszú évekig bántalmazhatta az anyát (s hogy ezt a magatartást a gyermek megtanulta), leginkább annak a következménye, hogy a bántalmazóval szemben senki nem lépett fel, a környezet és a hatóságok eltűntek, hogy a család terrorban éljen. Ennél fogva a megtanult magatartás is azért következhetett be, mert a jelenséget a társadalom elfogadta, természetesnek vette, az áldozatokat pedig segítség nélkül hagyta. Nyilvánvalóan nem tanulta volna meg, a feleségbántalmazást a felnőtté váló gyermek, ha azt látja, hogy az ilyen magatartás felháborodást vált ki, a bántalmazást pedig felelősségre vonás követi.

Ma a feleségüket bántalmazó férfiak nagy része a gyermekkorban maga is elszenvedte a bántalmazást, illetve szem- és fültanúja volt az édesanyjával szembeni erőszaknak.

A *család működészavarának elmélete* a családot egységes egészként szemléli, amelyben az erőszak jelensége a családtagok közötti harmonikus kapcsolat hiányában nyilvánul meg. A család működési zavarai azért nem tekinthetők a feleségbántalmazás okának, mert a vizsgált jelenség nem a rossz házasság, a boldogtalan családi élet, hanem a brutalitás, az erőszak.

A *szegénységet, a munkanélküliséget, a stresszt* vagy az *alkoholt*, illetve más körülményeket felelőssé tevő elméletek olyan (külső) tényezőket tekintenek a feleségbántalmazás okának, amelyek, más kutatók álláspontja szerint, csak közreható tényezőkként értékelhetőek.

Kiből lesz bántalmazó?

Az iskolai végzettséggel nincs szoros összefüggésben a bántalmazás. A feleségüket bántalmazó férfiak között városi fizikai munkások, falusi parasztemberek éppen úgy megtalálhatók, mint katonák, rendőrök vagy orvosok, jogászok, mérnökök. Kétségtelenül magasabb a száma a családon belüli bűncselekmények elkövetői között az alkoholfogyasztóknak, mint a nem alkoholistáknak, de fontos tudni, hogy az alkohol nem okozója az erőszaknak. A bántalmazók között vannak teljesen józan életvitelűek, alkalmi alkoholfogyasztók, rendszeresen italozók és súlyos alkoholisták is. Annak felismerése, hogy

az alkohol önmagában nem okozója az erőszaknak, fontos abból a szempontból, hogy önmagában az alkohorról való leszokás vagy leszoktatás nem szükségszerűen vezet az erőszakra való leszokásról. Az alkoholproblémával küzdő bántalmazó esetén párhuzamosan kell kezelni az alkoholfüggőséget és az erőszakosságot. A bántalmazásba behalt asszonyok egy része maga is ivott, és igen könnyű azt a következtetést levonni, hogy „azért verték, mert ivott”. Az esetek többségénél az okozati összefüggés fordított: azért ivott, mert verték. Az sem ritka, hogy a bántalmazó közvetlenül kényszeríti az asszonyt arra, hogy együtt igyon vele.

A bántalmazás három fajtája

- 1) érzelmi bántalmazás (lelki terror),
- 2) fizikai, azaz tetteges bántalmazás,
- 3) szexuális bántalmazás.

A családon belüli bántalmazások fajtái szinte soha nem jelentkeznek különállóan, egymagukban, hanem általában együtt, egymást váltva. A feleség verése többnyire párosul a folyamatos lelki kínnal, és sokszor kiegészül a nemi erőszakkal is. Ezek nem egymástól elszigetelt események, hanem egy folyamat részei, melynek kezdete szinte észrevehetetlen.

A bántalmazó célja, hogy az áldozatot uralma alatt tartsa, felette hatalmat gyakoroljon, alárendeltségbe taszítsa, és függőségérzést alakítson ki az áldozatban.

1) A lelki terror megnyilvánulási formái

- a) Érzelmi elhanyagolás

A bántalmazó megvonja a szeretetet, a törődést, és így sikerül függőségérzést kialakítani, valamint büntudatot kelteni. A bántalmazott pedig mindent megtesz, hogy újra szeressék, törődjenek vele.

- b) Eltiltás, elszigetelés másoktól (izoláció)

A barátoktól, családtagoktól, munkatársaktól való elszigetelést jelent. A bántalmazó azért akarja mindenki mástól elszigetelni a sértettet, hogy minél inkább függő helyzetbe kerüljön tőle, realitásérzékét elveszítse. Amikor a bántalmazás olyan fokú lesz, hogy konkrét segítségre lenne szüksége a sértettnek, addigra az elszigetelés eredményeként már senki nem marad körülötte, akihez fordulhatna.

- c) A mozgásszabadság korlátozása

Az elkövető önkényesen határozza meg, hogy az illető mikor és hol tartózkodhat. A leggyakoribb megnyilvánulása a lakásból, a közös otthonból történő kizárás. A lakásból való

kizárás súlyosabb formája az éjszakai kizárás. A közös lakásból történő kizárás bűncselekmény, illetve szabálysértés. Ugyancsak a mozgásszabadságot korlátozó megnyilvánulás a lakásba, vagy annak valamely helyiségébe, esetleg a lakáson kívüli más helyiségbe történő bezárás. Amennyiben a helyiségbe való bezárás huzamosabb ideig tart, akkor a személyi szabadság megsértésének bűncselekménye valósul meg.

d) A pénz és a megélhetési feltételek elvonása

A lelki bántalmazás egyéb módszereivel gyakran párosul a pénz visszatartása, a feleséget arra kényszerítve, hogy napról napra magyarázkodjon arról, miért szükséges a gyermeknek pelenkát, élelmiszert vagy bármi mást venni. A bántalmazó a háztartás vezetését, a gyermek gondozását nem tekinti munkának, így a férjén élösködő személyként tünteti fel a nőt.

e) Állandó kritizálás, gúnyolás, sértegetés

A partner rendszeres, folyamatos bírálása, sértegetése, gúnyolása is a lelki bántalmazásokhoz tartozik. A partner önértékelésének a csökkentése a cél. Ennek a legnagyobb veszélye az, hogy a folyamat végére az áldozat teljes mértékben azonosul azzal a képpel, melyet a bántalmazó alakít ki benne saját magáról. Az önbizalmat rombolhatja a sértő neveken történő szólítás, például a testalkatra, testi fogyatékosagra utaló jelzők: gebe, dagadt, vaksi. A szóbeli sértésekhez tartozik a sértett teljesítményének, munkájának folyamatos, bántó kritizálása. Nagyon bántó tud lenni az, amikor egy nőt anyai szerepében kritizálnak, különösen akkor, ha a kritizáló egyáltalán nem járul hozzá a gyermek gondozásához, neveléséhez. A sértés irányulhat a megjelenésre, a külsőre, az öltözködésre, a frizurára is. Ide tartozik még a sértett hitének, világnézetének gúnyolása, kritizálása.

f) Látványos, nyílt megcsalás (külső szexuális kapcsolat létrehozása)

A külső kapcsolat létrehozásával a cél a partner megalázása és a szándékos fájdalomkózos.

g) A megalázás nem szóbeli formái

A megalázásnak vannak félreérthetetlen, nem szóbeli, azaz tetteges megnyilvánulásai, például: leköpés, étel kiöntése, étellel való leöntés.

h) Bizonytalanságban tartás

A bántalmazási folyamat jellegzetes eleme az állandó bizonytalanságban tartás. Miközben a bántalmazó percnyi pontossággal számoltatja el partnerét az idejéről, addig ő semmi kiszámíthatóságot nem tart kötelezőnek magára nézve, például az éjszaka legkülönbözőbb szakaszaiban tér haza. A bizonytalanságban tartásnak vannak olyan „krimibe illő” megnyilvánulásai, mint egyes tárgyak elrejtése a partner elől, azt az érzést keltve, hogy az illető teljesen „megbolondult”. Még megrázóbb, amikor a lelki terror része a gyerek elvitele, előzetes bejelentés nélkül. Ilyenkor a hatalom kinyilvánításáról van szó.

i) Tárgyak rongálása, állatok bántalmazása

A fizikai bántalmazásokhoz közelít a lelki terrornak az a módja, amely tárgyra irányuló erőszakban nyilvánul meg. A bántalmazott számára különösen kedves és értékes tárgyak összetörése, megrongálása, megsemmisítése egyrészt félelmet vált ki a sértettből, másrészt igen nagy fájdalmat okoz a kedves tárgy elvesztésével. Megfigyelhető a háziállatok rugdosása és bántalmazása is.

j) Fenyegetés

Különösen azokban az esetekben, amikor volt már fizikai bántalmazás a kapcsolatban, elegendő a pusztán erre történő utalás vagy az újabb veréssel, vagy más bántalmazással kapcsolatos fenyegetés ahhoz, hogy a nő komoly félelmet érezzen. Lényegesen komolyabb félelmet tud kiváltani a bántalmazó késsel történő fenyegetéssel, mint egy pofonnal vagy rúgással. Nagyon gyakori a nő megölésével való fenyegetőzés, s ezt sok esetben kiegészíti a közös gyermek megölésével való fenyegetés. Sajnos, a magyar jog nem tekinti bűncselekménynek a megöléssel vagy súlyos bántalmazással történő fenyegetést, de az ilyen magatartás is jogellenes: szabálysértésnek minősül. A súlyos fenyegetés bűncselekményt is megvalósíthat abban az esetben, ha a bántalmazó a sértettet valaminek a megtételére vagy eltűrésére kényszeríti.

k) Zaklatás a kapcsolat megszakítása (válás) után

A kapcsolat megszakítása után nagyon gyakori, hogy a bántalmazó nem nyugszik bele a történetekben, és a volt partnerét folyamatosan zaklatja, például: állandóan követi, telefonon üldözi, vagy munkahelyén zaklatja.

2) Fizikai (tettleges) bántalmazás

A leggyakoribb módjai: felpofozás, ellökés, hajcsomók kitépése, harapás, ütlegelés kézzel vagy a legkülönbözőbb eszközökkel, rúgás, fojtogatás, szúrt vagy metszett sérülés okozása késsel. Előfordul a leöntés forró vízzel, levessel, vagy akár a sértett felgyújtása is. Komolyan kell venni már a kapcsolat elején elcsattant pofont, mert a folytatás az esetek jelentős részében ennél brutálisabb. A fizikai bántalmazás súlyos sérülésekhez, maradandó testi károsodásokhoz és fogyatékosághoz vezethet, és az esetek többségében vezet is.

Büntetendő-e az asszonyverés?

Egy másik ember fizikai bántalmazása bűncselekménynek minősül. A jog nem tesz különbséget verés és verés között azon az alapon, hogy arra hol kerül sor: a nyílt utcán, a kocsmában, vagy otthon. Tévhit tehát, hogy az asszonyverést ne büntetné a jog. Ugyanakkor

kevés esetben indul büntetendő eljárás. Az asszony sokszor saját szégyeneként ítéli meg a történeteket, s ezért nem tesz feljelentést, sokszor félelmében sem fordul a hatóságokhoz.

„Míg a halál tőled el nem választ...”

Mivel sok esetben rejtve maradnak a bántalmazások a hatóságok előtt, így csak akkor derül rá fény, mikor halállal végződik. Kutatások alapján kiderült, hogy az erőszakos bűncselekmény következtében életüket veszítették 54%-a családon belül történt (197 áldozatból 106). A bűncselekmény következtében meghalt nők 60%-a a házastársa vagy élettársa áldozata lett (80 női áldozatból 48).

Ha a bántalmazásnak külső jele is van, furcsa módon többnyire nem azt kérdezik, hogyan lehetett ilyen durva, brutális a házastárs, hanem azt, mit tehetett az áldozat. A sérült nők jelentős része egyáltalán nem jut el az orvoshoz, mivel a bántalmazó nem engedi. Még ha el is jutnak, akkor a helyes megoldás is az lenne, hogy kis információs füzetet kapjanak a baleseti ügyelethez jelentkezők, abban az esetben, ha az orvos bántalmazásra gyanakodik. Ennek az információs füzetnek tartalmaznia kellene a rendelkezésre álló telefonos segélyvonalak címeit, telefonszámait, és olyan adatokat, melyek hozzásegítik a bántalmazott asszonyt ahhoz, hogy ő maga segítséghez forduljon. Sokszor fordult elő, hogy miközben a szakemberek örömmel fogadták a férj állandó jelenlétét, utólag kiderült: az őszinte érdeklődésnek tűnő magatartás nem volt más, mint annak ellenőrzése, hogy az asszony nem ad-e számot az otthon történetéről, s a rendelőben valóban azt állítja-e, hogy sérülései baleset folytán keletkeztek.

„Ha nem tetszik neki, hogy verik, miért nem megy el?”

„Miért nem megy el, ha bántják?”- kérdezik sokszor a bántalmazott nőktől, ami többnyire azt a kétségbeesett kérdést vonhatja maga után, hogy „Hova menjek?”. Hová mehet a saját otthonából. Egy válóper és egy vagyonmegosztási per akár évekig is elhúzódhat. A legveszélyesebb időszak a bántalmazás szempontjából az, mikor a nő bejelenti, hogy nem tűri tovább, elválnak, elköltözik. A bántalmazó ilyenkor szembesül a ténnyel, hogy elveszti az uralkodás lehetőségét. Számára az áldozat akarata soha sem számított, miért pont akkor számíthatna, amikor ez az akarat a kapcsolat felszámolására irányul. A legtöbb bántalmazó nem tudja elképzelni, és nem akarja elfogadni a választóvonal meghúzását, mivel nem ő húzta a vonalat, így az nem is létezik. Ahhoz, hogy a bántalmazott nő a kapcsolatot megszakíthassa, tájékoztatásra, segítségnyújtásra, támogatásra, jogokra, és ezek érvényre juttatására volna szükség. Morvai Krisztina „Terror a családban” című könyvében kislányát idézi, akit egy délután magával vitt egy anyáthonba: „Mama, miért az anyukák és a gyerekeik élnek itt?”

Miért nem azok, akik bántották őket? Miért nem maradhattak otthon, és jöttek ide azok, akik mindig durváskodtak velük?”. Tényleg, miért ők menjenek el, és miért nem a bántalmazó?!

Magánügy-e a feleségbántalmazás?

Az emberek többsége úgy véli, hogy az a nő, aki nincs megelégedve a sorsával, minden további nélkül változtathat azon, így akár ki is léphet a bántalmazó kapcsolatból. Ebből a meggyőződésből egyenesen következik, hogy a családon belüli erőszakhoz a társadalomnak, a jognak, az államnak semmi köze nincs. A magánélet sérthetlenségének jogállami elvei nem értelmezhetők úgy, hogy az otthon négy fala között szabadon és büntetlenül lehet bűncselekményt elkövetni. Ha a bántalmazó azt tapasztalja, hogy a brutalitásában senki sem akadályozza meg, a jog őt és nem a bántalmazottat védi, akkor ezen felbátorodva egyre súlyosabb formákban és gyakrabban fogja alkalmazni az erőszakot. Bántalmaz, mert bántalmazhat. A bántalmazott nők aktívak, nagyon sok mindent próbálnak megtenni a helyzetük megváltoztatása érdekében. Sajnos, azáltal válnak tehetetlenné, hogy a hatóságok és a társadalom, szinte semmi segítséget nem nyújt nekik. Főképp azáltal, hogy a bántalmazó nem kényszerül magatartásváltoztatásra. Tehát nem magánügy a feleségbántalmazás. A rendőrségi hozzáállásban alapvető változásra lenne szükség a feleségbántalmazással kapcsolatban. Észre kell venni az összefüggést a hatóságok közömbössége, a feleségbántalmazás „magánügyként” kezelése és a bántalmazott nők tehetetlensége, változtatásra képtelen helyzete között.

3) Szexuális bántalmazás, nemi erőszak

Létezik-e nemi erőszak a házasságban?

A házasságon belüli nemi erőszakot sokan úgy képzelik el, hogy egy normálisnak mondható házasságban egy alkalommal a nő egyszer csak nemet mond férje közeledésére, aki nehezen fogadja el a visszautasítást, és ezért „kissé határozottabban” ad hangot akaratának.

A valóságban azonban a nemi erőszak a bántalmazási folyamat szerves része, a folyamatos kínzás és hatalomgyakorlás egyik megnyilvánulása. Olyan házasságokban kerül sor rá, ahol a bántalmazás többi formája is jelen van. A szexuális bántalmazás során a bántalmazó férfi úgy érezheti, hogy elérte célját, hiszen teljes uralmat gyakorol a nő felett, a nő egész testét, lelkét, idegrendszerét birtokolja, uralja. Az erőszakos szexuális cselekmény esetén sikerül elérni azt a bántalmazónak, hogy az asszony úgy érezze, már semmi nincs, ami az övé: totálisan leigázott, megalázott, emberből tárggyá vált. A bántalmazó kielégülését nem a szokványos

szexuális izgalom okozza, hanem a nő szenvedésének látványa, és saját totális hatalmának érzése. A bántalmazott asszonyok többsége megalázóbbnak és fájdalmasabbnak tartja a nemi erőszakot, mint a verést. Sok nő abban reménykedik bántalmazáskor, hogy megússzák egy veréssel, esetleg törés-zúzással, de nem kerül sor nemi erőszakra. A szexuális bántalmazás elemzésekor abból kell kiindulnunk, hogy a házassélet, a szexualitás mindkét fél szabad akaratán kell, hogy alapuljon. A nőnek joga van nemet mondani bármiféle olyan megnyilvánulásra vagy szexuális jellegű közeledésre melyet ő nem kíván. A szexuális abuzus, azaz nemi bántalmazás tipikus megnyilvánulása: az orális vagy az anális közösülésre kényszerítés.

A házassági életközösségen belül elkövetett erőszakos közösülést, illetve szemérem elleni erőszakot a magyar Büntető Törvénykönyv 1997 óta bűncselekménynek tekinti.

A 197. § az erőszakos hüvelyi közösülést bünteti, míg a 198. §- ban szereplő fajtalanság a „nemi vágy felkeltésére vagy kielégítésére alkalmas, súlyosan szeméremsértő”, de a közösülésen kívüli magatartásokat jelenti. Ilyen például a végbélbe történő erőszakos behatolás, vagy a hímvesszőnek a nő szájába való helyezése, erőszakkal vagy komoly fenyegetéssel.

Erőszakos közösülés

(Büntető Törvénykönyv)

197. § (1) *Aki mást erőszakkal, avagy az élet vagy testi épség ellen irányuló közvetlen fenyegetéssel közösülésre kényszerít, vagy más védekezésre, illetőleg akaratnyilvánításra képtelen állapotát közösülésre használja fel, büntetett követ el, és két évtől nyolc évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.*

(2) *A büntetés öt évtől tíz évig terjedő szabadságvesztés, ha*

a) *a sértett a tizenkettedik életévét nem töltötte be,*

b) *a sértett az elkövető nevelése, felügyelete, gondozása vagy gyógykezelése alatt áll,*

c) *a sértettel azonos alkalommal, egymás cselekményéről tudva, többen közösülnek.*

(3) *A büntetés öt évtől tizenöt évig terjedő szabadságvesztés, ha a tizenkettedik életévét be nem töltött sértett sérelmére elkövetett erőszakos közösülés a (2) bekezdés b) vagy c) pontja szerint is minősül.*

Szemérem elleni erőszak

(Büntető Törvénykönyv)

198. § (1) *Aki mást erőszakkal, avagy az élet vagy testi épség ellen irányuló közvetlen fenyegetéssel fajtalanságra vagy ennek eltűrésére kényszerít, vagy másnak védekezésére, illetőleg akaratnyilvánításra képtelen állapotát fajtalanságra használja fel, büntetést követ el, és két évtől nyolc évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.*

(2) A büntetés öt évtől tíz évig terjedő szabadságvesztés, ha

a) a sértett a tizenkettedik életévét nem töltötte be,

b) a sértett az elkövető nevelése, felügyelete, gondozása vagy gyógykezelése alatt áll,

c) a sértettel azonos alkalommal, egymás cselekményéről tudva, többen fajtalankodnak.

(3) A büntetés öt évtől tizenöt évig terjedő szabadságvesztés, ha a tizenkettedik életévét be nem töltött sértett sérelmére elkövetett szemérem elleni erőszak a (2) bekezdés b) vagy c) pontja szerint is minősül.

Nagyon fontos, hogy a jogszabály mellett felfogásbeli változás következzen be, azaz tudatosuljon, hogy a feleség megerőszakolása súlyos bűn, ami büntetést von maga után.

A nemi abuzusok csoportjába tartozik még a fogamzásgátlás megtiltásával kapcsolatos magatartások, illetve a gyermekvállalással összefüggő döntésre való kényszerítés. Ez jelentheti a szándékos és a nő akaratával ellenkező „teherbe ejtést”, a terhesség megszakításának megakadályozását, vagy annak ellenkezőjét, azaz a terhesség megszakítására való kényszert. Sok esetben a férj megtiltja a tablettaszedést vagy más fogamzásgátló eszköz használatát.

A pornográfia és a nemi erőszak

A legtöbb pornófilmet, szexújságot férfiak készítik férfiaknak, a szexualitást úgy ábrázolva, mintha abban az erőszak, a kényszer, a megalázás természetes és elfogadott lenne. A szexfilmek és szexújságok többségében a nők szinte tárgyként szerepelnek. Az a férfi, aki a tévécsatornákon, videófelvételeken és szexújságokban rendszeresen azt látja, hogy a nő lekötözése, megkorbácsolása a szex során természetes dolog, minden valószínűség szerint ennek megfelelően fog saját kapcsolatában is cselekedni.

Érvek és ellenérvek a családon belüli nemi erőszak büntetendőségével kapcsolatban Nem zárható ki teljesen, hogy valaki egy ártatlan embert bűncselekménnyel vádoljon, de a házasságon belüli nemi erőszak esetében a sértettek hajlandósága feljelentésre sokkal kisebb, mint bármely más bűncselekménynél. Inkább attól kell tartanunk, hogy nem derül fény a megtörtént és nap mint nap megtörténő esetekre.

A házasságon belüli elkövetett erőszakos bűncselekmények kapcsán általános az a megközelítés, hogy „ha nem tetszik a nőnek, ami történik, váljon el”. Az érv háttérében az a felfogás áll, hogy a házasságban szolgáltatások és ellenszolgáltatások cserélnek gazdát. Ezzel szemben a házastársak egyenlőség elvének felel meg, hogy a házaspár közösen hozza létre és tartja fenn az otthonát, a családot. Kapcsolatukért, otthonukért, gyermekeikért közösen felelnek.

Téves feltételezésen alapszik az az érv is, amely szerint a házasságon belüli nemi erőszakot azért nem szükséges büntetni, mert az „nem okoz olyan súlyos sérelmet, mint a nemi erőszak általában”. A feleség számára az, hogy a férje erőszakolja meg, ugyanolyan vagy még súlyosabb trauma, mint egy idegen személy erőszakos támadása. Ismeretlen személytől elszenvedett támadáskor a nő azt éli meg, hogy különös szerencsétlenség és véletlen eredményeként lett éppen ő a brutális áldozat. Ha a házastárs erőszakolja meg, hosszú távra szenved lelki és fizikai traumát, és a bizalomba vetett hitét is elveszti.

„Akit megerőszakoltak, egy szörnyű emlékekkel él együtt. Akit a férje erőszakolt meg, az a tettessel.”

A bántalmazási folyamat ciklikussága

Nehezíti a bántalmazás folyamatjelleget felismerését, hogy a lelki terrort, a tettlegességet időnként elviselhető, sőt kellemes vagy egyenesen szép napok, hetek váltják fel. Ilyenkor az áldozat úgy érzi, hogy van még remény, és mindent meg kell tenni, hogy ez a jó helyzet állandósuljon. A folyamatra a ciklikusság jellemző. A ciklusnak három jól elkülöníthető időszaka van:

- 1) *A feszültség növekedésének szakaszában a bántalmazó ingerlékeny, türelmetlen. Egyre több és jelentéktelenebb dolog hozza ki a sodrából. A partner igyekszik minden olyan helyzetet kerülni, amely kirobbanthatja a botrányt. Erre a szakaszra jellemző a szóbeli sértegetés, a kiabálás. Sok nő ezt a szakaszt tartja a legnehezebben elviselhetőnek, mert a „kitörés” ott van a levegőben, de a robbanás időpontja kiszámíthatatlan. Abban a kapcsolatban, ahol a nő több bántalmazási ciklust végigélt, egyre jobban ismeri a közeledő „vihár” jeleit. Gondolatai egyre inkább arra összpontosulnak, hogy minél kisebb sérüléssel, szenvedéssel ússza meg azt, ami előbb vagy utóbb úgyis bekövetkezik.*

- 2) Az akut bántalmazási epizód (nagyjelenet) szakaszában a súlyos tettelegességre, brutális, sérülést is okozó fizikai bántalmazásra, a lakás összetörésére, esetleg a nemi erőszakra is sor kerülhet. Ebben a szakban fordul elő a legtöbb ölési cselekmény is.
- 3) Nászút periódusra (mézeshetek időszaka) jellemző, hogy a durva nagyjelenetek utáni napokban a bántalmazó bocsánatot kér. Napokig, hetekig kifejezetten kedves, úgy viselkedik, mint udvarlás idején. Az áldozat ettől teljesen elbizonytalanodik. A bántalmazó azzal érvel, hogy ez az ő igazi énje, de a feleség viselkedése úgy kihozta a sodrából, hogy nem tudott magán uralkodni.

A folyamat nem áll meg, sőt egyre durvább lesz a bántalmazás, a félelem és rettegés érzése egyre inkább állandósul, a nászút periódusok egyre rövidebbek lesznek, illetve el is tűnnek.

A bántalmazó magatartás megváltoztatása

A bántalmazásról való leszokás sikerrel kecsegtető útja az, ha a férfinak valódi belső meggyőződésévé válik, hogy magatartása tarthatatlan. A büntetés önmagában nem vezet el ehhez a felismeréshez. Elmondható, a hazai börtönviszonyok ismeretében, hogy a szabadságvesztés jó eséllyel teszi még agresszívebbé az elítéltet. A hatékony fellépésnek két szakaszból kellene állnia. Először a társadalomnak, a hatóságoknak, a jognak éreztetnie kellene az elkövetővel, hogy a magatartását nem fogadja el, nem tűri el. A hatósági eljárásnak a felelősségtudat felkeltésére kellene irányulnia. Ezt követően a bántalmazót támogatni kellene a változásban.

A feleségbántalmazás és gyermekbántalmazás összefüggései

A gyermek szörnyű szenvedéseket él át azáltal, hogy szem- és fültanúja az anyja verésének, kínzásának, megerőszakolásának. Számos kutatás bizonyítja, hogy a gyermek rendszeres és súlyos tetteleges bántalmazása esetén valószínűsíthető, az anya is bántalmazott. Sajnos, a Gyermekvédelmi Törvény nem mondja ki egyértelműen, hogy a gyermek nem választható el attól a szülőtől, aki őt nem veszélyezteti, s nem fogalmazza meg egyértelműen, hogy amennyiben van „nem bántalmazó szülő” akkor a hatóságok kötelessége a nem bántalmazó szülő és a gyermek közötti kapcsolat támogatása, minden lehetséges eszközzel. Ahogy nem szabad a gyermeket kizárólag anyagi okokból elválasztani a családjától, nem lenne szabad olyan okból sem, hogy a szülők egyike bántalmazó. Ilyenkor nem a gyermeket, hanem a bántalmazót kellene kiemelni a családból, illetve őt kellene minden lehetséges eszközzel a magatartásának megváltoztatására kényszeríteni. Ritkán fordul elő, hogy a hatóságok ne

tennék felelőssé mindkét szülőt a gyermek veszélyeztetéséért, akkor is, ha az anya nem bántalmazza a gyermeket. Ez elrettenti a nem bántalmazó anyát, attól, hogy a gyermekvédelmi hatósághoz, illetve a gyermekjóléti szolgálatához forduljon gyermeke és maga védelmében.

Gyermeki jogok (Gyermekvédelmi Törvény)

6. § (1) *A gyermeknek joga van a testi, értelmi, érzelmi és erkölcsi fejlődését, jólétét biztosító saját családi környezetében történő nevelkedéshez.*

(2) *A gyermeknek joga van ahhoz, hogy segítséget kapjon a saját családjában történő nevelkedéséhez, személyiségének kibontakoztatásához, a fejlődését veszélyeztető helyzet elhárításához, a társadalomba való beilleszkedéséhez, valamint önálló életvitelének megteremtéséhez.*

(5) *A gyermeknek joga van emberi méltósága tiszteletben tartásához, a bántalmazással- fizikai, szexuális vagy lelki erőszakkal-, az elhanyagolással és az információs ártalommal szembeni védelemhez.*

7. § (1) *A gyermek szüleitől vagy más hozzátartozóitól csak saját érdekében, törvényben meghatározott esetekben és módon választható el. A gyermeket kizárólag anyagi okból fennálló veszélyeztetettség miatt nem szabad családjától elválasztani.*

8. § (1) *A gyermeknek joga van a szabad véleménynyilvánításhoz és ahhoz, hogy tájékoztatást kapjon jogairól, jogai érvényesítésének lehetőségeiről, továbbá ahhoz, hogy a személyét és vagyonát érintő minden kérdésben közvetlenül vagy más módon meghallgassák, és véleményét korára, egészségi állapotára és fejlettségi szintjére tekintettel figyelembe vegyék.*

Katrin Weber „Vége a hallgatásnak” című könyvében leírja, hogy gyermekként apja kínozta, 8 éves korától szexuálisan zaklatta, és hallgatásra kényszerítette. Sokat szenvedett, kereste a helyét az életben, és az öngyilkosságot találta az egyetlen megoldásnak. Szerencsére, a hit és a megértő, segítőkész férje támogatása mellett új életet kezdhetett.

A rendőrség dilemmái a családon belüli erőszakos bűncselekmények esetén

A határozott rendőri fellépést akadályozó tévhitek között szerepel az a jogi okfejtés, amely szerint a hozzátartozók egymás sérelmére elkövetett bűncselekményei kizárólag magánindítványra, azaz a sértettnek az elkövető megbüntetésére irányuló határozott, formális kérése esetén van lehetőség. Amikor családon belüli erőszakos cselekményről szóló bejelentés

érkezik a rendőrségre, az esetek többségében még nem lehet tudni, pontosan milyen cselekmény az, amely megvalósult, illetve amelynek megvalósulása fenyeget. Az eseménysornak ebben a szakaszában a sértett egyfelől nincs még abban a helyzetben, hogy magánindítványt tudott volna előterjeszteni, másfelől életének, testi épségének további veszélyeztetésétől tartva teljesen jogosan igényli a rendőrség védelmét, függetlenül attól, hogy a későbbiekben kíván-e majd magánindítványt előterjeszteni. A magánindítvány előterjesztése és elbírálása során figyelembe kell venni az állampolgár testi épségének megvédését, a további támadás megakadályozását és az elkövető büntetőjogi felelősségre vonását. Előfordulhat, hogy a bántalmazott asszony úgy dönt, az elkövetett könnyű testi sértés vagy tetteges becsületsértés miatt nem kíván magánindítványt előterjeszteni. Magához a döntéshozatalhoz azonban olyan helyzetbe kell kerülnie, hogy a további támadás közvetlen veszélye már ne álljon fenn, és élete, testi épsége biztonságban legyen. Számos rendőr tapasztalhatta, hogy a bántalmazott asszonyok nem terjesztenek elő magánindítványt. Ez a visszatérő jelenség nyilvánvalóan „kedvét szegi” még azoknak a rendőröknek is, akik úgy vélik, hogy szükség lenne a családon belüli erőszakos cselekményekkel szembeni határozott fellépésre. Ugyanakkor egy ördögi körnek lehetünk szemtanúi, ugyanis amíg a hatóságok nem biztosítják a nő számára, hogy a támadást követően biztonságos helyre, helyzetbe kerülhessen, lehetőségeit végiggondolhassa, azaz ha azt tapasztalja, hogy támadás estén senki nincs a segítségére, akkor joggal érezheti úgy, hogy a brutális férfi a későbbiekben is akadálytalanul ütheti, verheti. A rendőrség közömbösségének másik okaként azt szokták megjelölni, hogy a családon belüli erőszakos cselekményeket igen nehéz bizonyítani, főleg ha a sértett megtagadja a vallomástételt. Fontos tudni, hogy a cselekmények bizonyítására nem a sértett vallomása az egyetlen lehetséges eszköz. Bizonyítékok lehetnek a sértetten jól látható sérülések, amelyekről akár látlelet készíthető, illetve készíttethető a sértett elszagotott, gyakran vérrel szennyezett ruházatáról, amely tárgyi bizonyítékként lefoglalható, csakúgy, mint a lakásban összetört tárgyak, kitépott hajcsomók. A betört ablaküvegről, szétroncsolt ajtóról is készíthető fénykép, úgy, mint más, nem családon belüli bűncselekmény nyomozásánál.

A családon belüli erőszakos bűncselekményekről szóló külföldi szakirodalom „műhibának” tekinti, ha a rendőr a bizonyítékok összegyűjtésekor kizárólag a sértett nyilatkozataira és útmutatásaira hagyatkozik. Különösen, ha a bántalmazó is jelen van a helyszínen, és a rendőr azt várja a sértettől, hogy bántalmazója jelenlétében számoljon be a történetéről, majd mutasson rá a tárgyi bizonyítási eszközökre. Nem szabad elfelejteni: a sértett pontosan tudja, hogy letartóztatás hiányában a rendőrök távozása után újra kiszolgáltatott helyzetbe kerül. A

rendőr akkor jár el helyesen, ha a sértettet az elkövetőtől külön, egy másik helyiségben hallgatja ki, és a tárgyi bizonyítási eszközöket is úgy gyűjti össze, mintha már eleve tudná, hogy a sértett vallomása nem áll majd rendelkezésre a bizonyítási eljárásban.

A tetteles cselekmények közül a sérüléssel nem járó pofonütés vagy más hasonló cselekmény *tetteles becsületsértés*nek minősül és ezek esetén, a nyolc napon belül gyógyuló sérülésekkel járó könnyű testi sértéshez hasonlóan, magánindítványhoz kötött a büntető eljárás megindítása. Gyakran előfordul, hogy e tetteles magatartások során súlyosabb sérülés is bekövetkezik, és ilyenkor már *súlyos testi sértés*nek minősül a magatartás. A családon belüli tetteles cselekmények jellege olyan, hogy a bejelentéskor minderről gyakorlatilag lehetetlen ítélni, vagyis a rendőr nincs abban a helyzetben, hogy a cselekmény büntetőjogi minősítését kétséget kizáróan maga végezhetné el. A feleségbántalmazás gyakran jár olyan magatartásformákkal, amelyek nem testi épség elleni, azaz nem testi sérülést okozó cselekmények, hanem büntetőjogilag másként minősülő s többnyire hivatalból üldözendő. Ilyen a *kiskorú veszélyeztetés*ének büntette, amely akkor is megvalósul, amikor az elkövető a gyermeket nem, hanem a jelen lévő anyát bántalmazza.

Mit tehetünk a feleségbántalmazás ellen?

- Az állam és a jogrendszer feladata a feleségbántalmazás elleni küzdelemben elsődlegesen az érintett nők (és gyermekek, valamint más hozzátartozók) biztonsághoz való jogának következetes biztosítása. A jogrendszer átalakításával kapcsolatban a két legsürgetőbb feladatnak tartom egyfelől olyan jogi megoldás kidolgozását, amellyel a sértett testi épsége és élete a leghatékonyabban védelmezhető, mégpedig olyan bírói rendelkezéssel, amely azonnali hatállyal megtiltja a bántalmazónak a magatartás folytatását, szükség esetén úgy is, hogy a saját otthonából vagy akár egy adott településről kitiltja az illetőt. Ehhez viszont a távoltartó rendelkezés változtatására lenne szükség. Ugyanis a rendőrség csak 24 illetve 48 órán belül köteles a távoltartó rendelkezést meghozni, de még ezek a határidők is meghosszabbíthatók 72 órára. Ez sajnos oda vezet, hogy a postai úton kézbesített távoltartó határozat kézhezvételekor a bántalmazó még nagyobb erőszakot alkalmaz áldozatai ellen. A változás másik lényegi része a büntetőjogi és szabálysértési szankciórendszer átalakítása lenne úgy, hogy a feleségbántalmazással szemben hatékony büntetés, illetve intézkedés legyen foganatosítható.
- Emberi jogai a bántalmazott nőnek és gyermekeinek is vannak. Semmi nem indokolja, hogy nekik kelljen elhagyniuk a közös otthont, a munkahelyet, a gyerekeknek az

iskolát és a megszokott környezetet. Sajnos, mégis a bántalmazott asszonyok és gyerekek többsége teljesen jogfosztott, s részben azért sem képes jogainak érvényesítésére, mert nincs pénze ügyvédre. Számos országban szép hagyomány, hogy az ügyvédek erkölcsi és szakmai kötelezettségüknek érzik, hogy alkalmasszerűen (évente 1-2 ügyben) ingyenesen és minimális munkadíjért adnak segítséget az arra rászorulóknak. Ez a „pro bono” munka Magyarországon még nem megszokott, de szükség lenne rá.

- A családon belüli erőszakkal összefüggő területeken dolgozó szakemberek képzésének a biztosítását is rendkívül sürgetőnek tartom. Szintén elengedhetetlen a bírák, ügyészek és ügyvédek ismeretanyagának bővítése is.
- A média is sokat tehet a családon belüli erőszak ellen. A nyugati országokban sikeresnek bizonyultak a sajtó-, illetve televíziós kampányok. Egyes televíziós csatornák például „családon belüli erőszak elleni”, illetve „nők elleni erőszak elleni” napokat vagy hetet tartanak, s ennek során estéről estére a témával kapcsolatos játékfilmeket vetítenek, amelyeket stúdióbeszélgetések, dokumentumfilmek követnek, s folyamatosan hangzanak el a témakörrel kapcsolatos információk is, ideértve a legfontosabb segítő szervezeteket, segélyvonalak bemutatását.
- Nem hangsúlyozható eléggé az iskolai nevelés szerepe sem. Ennek részévé kellene tenni az erőszak elutasítását és ezzel összefüggésben a konfliktus békés eszközökkel történő feloldásának tanítását. Véleményem szerint, ehhez hozzá kellene járulnia még a nemek egyenjogúságát alapul vevő szemléletnek is.
- Nyugaton jól bevált az úgynevezett „biztonságos házak” rendszere, amelynek lényege, hogy magánszemélyek lakhatási lehetőségeket ajánlanak fel a bántalmazás elől menekülő nőknek és gyermekeiknek.
- További segítséget jelent az anyaoththonnak használt női vagy gyerekruhák, gyerekjátékok, esetleg pénz felajánlása.
- Korábban említettem már, hogy nagy segítséget nyújthatna az orvosi rendelőkben az információs füzet vagy szórólap, mely tartalmazná a rendelkezésre álló telefonos segélyvonalak címeit, telefonszámait.

MELLÉKLET

**Minden ötödik nőt
rendszeresen ver a
férje vagy élettársa**



**A családon belüli erőszak nem magánügy!
Cselekedjünk együtt, hogy áttörjük a közöny falát!**

NANE Segélyvonal kántalmazott nőknek és gyerekeknek

06-90-843-121

Minden este 18 00 és 22 00 óra között

Ingyenes első szám a Magyar Rádió támogatásával

NANE Egyesület 1447 Budapest, P. 905. Tel.: 1-967-4900 <http://www.nane.hu>



Kül a program az Amerikai
Egyesült Államok
Külgazdasági és
Külsőügyi Minisztériumánál
Elérhető

Telefonos segélyvonalak címei és telefonszámjai

a) Krízishelyzetben (például meneküléskor) hívható számok

- NANE (Nők a Nőkért Együtt az Erőszak Ellen Egyesület)

Telefon: 267-49-00 (minden nap 18-22 óráig, de üzenet máskor is hagyható)

A telefonos segélyvonal képzett önkéntesei lelki támogatást és gyakorlati információt adnak a hozzájuk fordulóknak.

- Menhely Alapítvány Diszpécser szolgálata

Telefon: 138-41-86

Éjjel-nappal felvilágosítást adnak átmeneti szálláslehetőségekről, anyaotthoni és egyéb férőhelyekről, nappali melegedőkről, átmeneti hajléktalansággal összefüggő más problémákról.

- Újpesti Családsegítő Központ (ÚJCSAKÓ)

Telefon: 169-06-02, 180-65-74, éjjel: 180-60-29

Elsősorban újpesti lakosoknak nyújtanak segítő szolgáltatásokat, krízishelyzetben másoktól is fogadnak hívásokat. Éjszakai ügyeletet is tartanak. Szálláslehetőségekről is tudnak felvilágosítást nyújtani.

- SOS Krízisalapítvány

Telefon: 242-15-99

Saját krízisotthont is fenntartanak, ahová csak szigorú feltételekkel lehet bekerülni, de felvilágosítást tudnak adni más átmeneti szálláslehetőségekről, szolgáltatásokról is.

- Magyar Vöröskereszt

A Budapesti Központi Ügyfélszolgálatnál (Bp. V., Arany János utca 31., tel.: 331-39-50) a vidéki Vöröskereszt irodák címét és telefonszámait is meg tudják adni. A

Szociális Információs szolgálat címe: Bp. VII., Damjanich utca 50. Telefon: 322-86-

67. Felvilágosítást tudnak adni a krízishelyzetben szükséges tudnivalókról. Átmeneti szállókat, anyaotthonokat tartanak fenn, a férőhelyekről naprakész felvilágosítást adnak.

- Települési önkormányzatok

Az 1993. évi III. törvény 7. § (1) bekezdése értelmében az ország bármely önkormányzata köteles átmeneti segílyt, szállást és étkezést biztosítani az arra rászorulóknak, amennyiben az illető élete és testi épsége veszélyben van. Az önkormányzat akkor is köteles segílyt nyújtani, ha a menekülő lakhelye nem az adott településen van.

- Mentők
Telefon: 104

- Rendőrség
Telefon: 107

- Tűzoltóság
Telefon: 105

b) Jogsegélyszolgálatok

- Női- és Gyermekjogi Jogvédő Program Irodája
Telefon: 320-90-44, 320-22-00/ 133 mellék

Az iroda felvilágosítást és tanácsot ad, azaz ügyvédi képviseletet nyújt. A vállalt ügyeket az eljáró ügyvédek választják ki a szakmai testület által meghatározott szempontrendszernek megfelelően. Az ügyvédi munkadíj összege a hozzájuk forduló nő anyagi helyzetéhez igazodik, szükség esetén a jogi tanácsadás, illetve a képviselet ingyenes.

- Nők Háza
Telefon: 209-23-27

Hetente egyszer ingyenes ügyvédi tanácsadást nyújtanak.

- Munkaügyi Minisztérium Egyenlő Esélyek Titkársága
Telefon: 312-20-08

Jogsegélyszolgálat működik telefonon heti egy alkalommal.

- Nővonal
Telefon: 266-90-07

A nők jogi problémáiban jártas szakembereket tudnak ajánlani.

- Hajszolt Egyesület
Telefon: 261-77-04

Ingyenes jogsegélyszolgálatot tart fenn a budapesti anyaotthonok és családok szállók lakói számára.

- Családsegítő szolgálatok
Ingyenes jogi tanácsadást biztosítanak a rászorulóknak a családi problémákkal, a bántalmazással összefüggő jogi kérdésekről.

c) A munkanélküliséggel kapcsolatos kérdések, munkakeresés, átképzés, vállalkozás indítása

- Fővárosi és megyei munkaügyi központ
Telefon: 303-07-20

Felvilágosítást nyújtanak a munkanélküliként történő nyilvántartás feltételeiről, a munkanélküliek támogatásának formáiról, a képzési és az átképzési lehetőségekről, a munkalehetőségekről, a vállalkozóvá válásról.

- SEED Kisvállalkozás-fejlesztési Alapítvány
Telefon: 212-21-79, 316-49-87, 315-01-95

Önálló vállalkozáshoz nyújtanak segítséget, információt, tanácsot.

d) Gyermekek lelki, jogi és egyéb problémáival foglalkozó intézmények

- **Gyermekvédelmi hatóságok**

A gyermek védelmét biztosító hatósági feladatköröket a helyi önkormányzat képviselőtestülete, a települési önkormányzat jegyzője, valamint a városi, a megyei vagy fővárosi gyámhivatalok látják el. A képviselőtestület hatáskörébe tartozik a rendszeres és a rendkívüli gyermekvédelmi támogatás folyósítása, és a természetben nyújtott ellátások (például: tankönyvtámogatás, iskolai étkezés térítésének díjkedvezménye) biztosítása, míg a gyámhivatal feladata a kötelezett által nem fizetett gyermektartási díj megelőlegezése, amennyiben ennek jogszabályi feltételei fennállnak.

- **Gyermekjóléti szolgálat, családsegítő szolgálat**

Feladatuk a gyermekek érdekében nyújtható támogatási formákról történő tájékoztatás és a támogatásokhoz való hozzájutás segítése, pszichológiai, nevelési, mentálhigiénés tanácsadás, hivatalos ügyek segítése. A feladataik közé nem csak a megelőzés tartozik, hanem a már kialakult veszélyeztetettség megszüntetése érdekében szükséges lépések megtétele is.

- **Kék vonal**

Telefon: 210-33-49 (munkanapokon: 8-21 óráig, hétvégén és ünnepnapokon: 15-19

óráig). A problémákkal küszködő, veszélyben lévő gyerekek és fiatalok ingyenes

telefonos segélyvonala. Otthoni bántalmazás esetén a gyermek mellett álló, őt

támogató szülő bevonásával igyekeznek felmérni, együtt végiggondolni a kiutat.

- **Országos gyermekvédő Liga**

Telefon: 351-70-84

Elsősorban mentálhigiénés, pszichológiai munkára szakosodtak a segítők. Személyes

találkozás során állapodnak meg az őket felkereső gyermekekkel és szülőkkel arról,

hogy melyik szakember, mely formában működhetne együtt velük.

e) Szexuális erőszakot elszenvedettek támogatása

- **ESZTER Ambulancia**

Telefon: 166-98-72

Pszichoterápiás segítséget nyújtanak a szexuális erőszakot elszenvedett felnőttek és

gyermekek számára.

f) Bántalmazott nők lelki és gyakorlati támogatása

- **NANE**

- **Nők Háza**

- **Telefonos Leleki Elsősegély szolgálat**

Telefon: 212-10-27 (éjjel és nappal hívható)

g) Szenvedélybetegségek (alkohol-, kábítószer-függőség)

- **Névtelen Alkoholisták**

Telefon: 352-19-47

Önsegítő, támogató csoportokkal segítenek a végleges kijózanodásra vágyó alkoholistáknak. Az alkoholbetegek hozzátartozóinak is vannak csoportjaik.

- Félúton Alapítvány
Telefon: 368-07-41

Az Alapítvány 1994-ben szerveződött alkoholbetegek bentlakásos és járóbeteg formában történő lelki gondozására, a józanság elérésének tanítására.

- Drog Stop
Telefon: 267-33-44

Telefonos segélyvonal: tájékoztatás és tanácsadás kérhető a kábítószer- vagy gyógyszerfüggőséggel kapcsolatos kérdésekről, drogambulanciákról.

h) Önvédelem

- Honvéd Küzdőcentrum, Budapest
Telefon: 06-20-415-622

Női önvédelmi tanfolyamokat indítanak.

- BRFK Vagyonvédelmi Tanácsadó szolgálat
Telefon: 302-79-39

Ha már nem lakik együtt a sértett a bántalmazóval, de nem érzi biztonságban magát, akkor a megfelelő biztonsági záruk, és a jelzőrendszerek kiválasztása miatt lehet ide fordulni.

- MATÁV- „Rosszakarátú Telefonszámok Azonosítása”

Ha a menekülést követően is történik zaklatás, akkor lehet kérni a telefonszámok figyelését.

IRODALOM

<http://www.im.hu/csaladonbelul/?ri=505&ei=1>
<http://www.nane.hu/eroszak/index.html>
<http://www.nane.hu/kiadvanyok/szorolapok/csaladonbeluleroszak.doc>

Katrin Weber: Vége a hallgatásnak, Bp., Ethos Kft., 1998

Lakner Zoltán, Tordainé Vida Katalin, Tordai Vilmos: Gyermekbántalmazás I. Tanulmánygyűjtemény, Bp., Kalendart Kiadó, 1997

Morvai Krisztina: Terror a családban, Bp., Kossuth Kiadó, 1998

AGRESSZIÓ AZ ISKOLÁBAN

Bevezetés

A dolgozat témája régóta foglalkoztat és azt hiszem alig van olyan ember akár szülő, pedagógus vagy tanuló aki ne találkozott volna valamilyen formában ezzel a problémával.

Mit tehet a pedagógus, ha leköpi a diák? Mit tehet, ha az erősebb gyerek rendszeresen veri a gyengébbet? Tehet-e valamit, ha elveszi tőle az értékeit, például a mobiltelefonját?

Beavatkozhat-e, ha egy agresszív csoport védelmi pénzt szed a rászoruló gyengébbektől?

Az oktatás-nevelés elméleti és gyakorlati szakemberei itthon és külföldön is egyre többet foglalkoznak azzal, mit lehetne tenni annak érdekében, hogy az ilyen jelenségeket elkerülhessük. A nemrég alakult Pedagógus Civil Fórum (PECIFO) /1/ tanácskozásának résztvevői szerint a tanárok rendkívüli módon ki vannak szolgáltatva. Egyre nő az iskolai agresszió, amely nem függetleníthető az iskolán kívüli társadalmi folyamatoktól. A média ontja a sokkoló háborús képeket, szembesít a terrorista merényletekkel. Az akciófilmekben tucatszám gyilkolják egymást a szereplők. A mai kultúra erőszakközpontú.

A családi konfliktusok jelentős része is valamiféle presszióval oldódik (vagy nem oldódik) meg, s nem hiányoznak az agresszió különféle formái a munkahelyeken sem./2/

Honnan erednek a problémák ?

Korábban az oktatás és a nevelés folyamán a kontroll belsővé vált, beépült az ember személyiségébe. Megtanultuk, hogy az érdekérvényesítés nem történhet gátlástalanul, mások rovására. Az iskola sokáig betöltötte a pozitív szocializációs minta funkcióját, ez volt a XIX-XX. század egyik legnagyobb vívmánya.

Ma mindez megtörni látszik. A túlzott individualizmus, a gátlástalan önérvényesítés ösztársadalmi jelenséggé vált, s ez az iskolát sem kíméli. A gyerekek között kialakul egy belső hierarchia, ami az erőn és a hozott előnyökön alapul.

A pedagógusok kezében ma sem eszköz, sem megfelelő módszertani tudás nincs ahhoz, hogy megoldják ezeket a problémákat. Yoelin Furnat a korlátozásokat és az ezekhez kapcsolódó feszültségeket hozza összefüggésbe. Ezek szerint az iskola ;

- megfosztja a gyermeket cselekvési szabadságától,
- új magatartási formák elsajátítására kényszeríti,
- speciális kulturális tartalmakkal látja el.

Tisztázza, hogy természetesen nem minden korlátozás tekinthető az erőszak megnyilvánulási formájának, mint ahogy nem feltétlenül sorolandók az erőszak témakörébe a konfliktusok sem. A konfliktusok nagy részét az olyan félreértések generálják, amelyek elsősorban a szereplők közötti kulturális különbségekből adódnak: iskolai viszonylatban egyrészt például abból, hogy a pedagógusok többsége középosztálybeli nő, akik saját szociális környezetük értékrendjét kívánják elfogadtatni az ettől eltérő társadalmi környezetből érkezett tanulókkal, másrészt a családokból és az iskolából egyre inkább hiányzó férfimodell is érezteti hatását.

A probléma középpontjában van a tanuló;

- a maga genetikai örökségével (beleértve a nemi hovatartozást)
- szociokulturális hátterével és értékrendjével (beleértve az etnikai különbségeket)
- így vagy úgy kialakult fizikai környezetével
- sokféle tulajdonságot megtestesítő családjával
- jól körülírható erőszak tolerancia szintjével

Valójában mit sorolnak az iskolai erőszak körébe? Az erőszak Lorrain szerint jól jellemezhető *Yves Montoya bordeaux-i egyetemi tanár definíciójával*, amely szerint „olyan szociális jelenség, amely meghatározott társadalmi-történeti körülmények függvénye”.

- Az erőszak elsősorban a középiskolákban van jelen, de folyamatosan áttérjed az egyre fiatalabb korosztályokra is.
- Elsősorban urbánus jelenség, és főként a szakképző intézményeket érinti.
- Kialakulásában a családi és a gazdasági helyzet ugyanúgy meghatározó jelentőségű, mint tanulók által elszenvedett iskolai kudarcok.

Az iskolai környezetben leggyakrabban előforduló agresszív deviáns viselkedésből eredő erőszakos cselekedetek a következők :

- különféle fenyegetőzések;
- gyűlöletre uszítások az életkor, az etnikai különbözőség és a fizikai vagy lélektani fogyatékoságok miatt;
- szakmai előrehaladást fenyegető manipulációk;
- a közösségbe bekerült újoncok durva beavatási szertartásai
- szexuális abúzusok, kényszerítések

Az agresszió térhódítása szempontjából lényegesnek látszik, hogy sok gyerek nem kap otthonról megfelelő magatartási mintákat. Különösen így van ez a munka nélküli szülők

esetében, akik gyermekük számára nem tudják felmutatni a tevékeny élet mintáját. A gyermek így nem kapja meg a követelmények teljesítéséhez szükséges példát, s ennek hiányában iskolai karrierje is könnyen zsákutcába futhat.

Mi az agresszió?

Agressziónak nevezünk minden olyan szándékos cselekvést, amelynek indítéka, hogy valakinek vagy valaminek nyílt vagy szimbolikus formában kárt, sérelmet vagy fájdalmat okozzon. Az agresszív aktus szándékos jellegében egyetértenek a szakértők, azonban a szándékosság nem mindig a cselekvés tudatos előidézésével egyenlő, inkább annak előzménye./4/

Az agresszív magatartásokat több szempont szerint is lehet csoportosítani.

Az egyik felosztása a viselkedés morális tartalma szerint történik ; eszerint beszélhetünk antiszociális (azaz romboló, közösségellenes) és proszociális (közösség és egyén érdekeit szolgáló) agresszióról.

A második felosztás az agressziót, mint eszközt, illetve mint célt különbözteti meg. Ha az egyén azért folyamosodik agresszióhoz, mert valamilyen tervét, célját csak így látja megvalósíthatónak, instrumentális agresszióról beszélünk, ha pedig azért, mert valami belső indulat készteti arra, hogy fájdalmat okozzon, akkor indulati agresszióról./4/

A harmadik csoportosítás aszerint történik, hogy az agresszió támadó, vagy védekező jellegű.

Konrad Lorenz megállapítása szerint az állatnál érvényesülő közvetlen inger-reakció kapcsolat az embernél nincs meg, ezért az embernél az agresszió a szociális tanulás, a múltbeli tapasztalatok, a külső ingerkonstellációk összetett eredménye lehet – vagyis nem ösztönös, mint az állatoknál. Ez az **agresszió szociális tanuláselméleti magyarázata**, mely az állati tanulás behaviorista vizsgálati eredményeire nyúlik vissza./5/ E szerint számos viselkedési mintát úgy tanulunk, hogy mások viselkedését megfigyeljük és megjegyezzük.

Ez az elmélet elveti az agresszió ösztönként vagy frusztráció eredményezte hajtóerőként (drive) való felfogását. A személy, akit célja elérésében akadályoznak vagy stresszhelyzetbe kerül, kellemetlen emocionális arousalt él át. Ez az arousal különböző válaszokat vált ki, amelyek attól függnek, hogy a személy milyen válaszokat tanult meg használni a stresszhelyzetekkel való megküzdéseiben. — A frusztrált személy

- segítséget kérhet másoktól,
- viselkedhet agresszíven,
- visszahúzódhat
- még nagyobb erőbedobással próbálkozhat újra az akadály leküzdésében
- kábítószerrel, alkohollal érzéstelenítheti magát (elkerülő magatartás)

A választott reakció az lesz, amelyik a múltban legsikeresebben csökkentette a frusztrációt. E nézet szerint az akadályok leginkább azokban az emberekben vált ki agressziót, akik az ellenséges helyzetekre agresszív viselkedéssel tanultak meg válaszolni. (Bandura 1977) /5/

Az agresszió kifejezésének tanuláselméletét támasztja alá az agresszió kifejezésének katarztikus jellegre vonatkozó vizsgálata.—A katarzis egy érzelmtől való megtisztulás az érzelm intenzív átélése útján.—A vizsgálatok és az interjúk azt mutatták, hogy a kifejezett agresszió, inkább továbbgerjeszti mint eloszlatja azt.(Ebbesen, Duncan és Konecni 1975) /5/

Léteznek azonban olyan helyzetek is amikor az agresszív viselkedés szorongást kelt az agresszorban és ez gátolja a további cselekményekben, különösen ha látja cselekedeteinek sérülésekkel járó következményeit.

Az agresszió biológiai háttere

Nagyszámú minta vizsgálatával amerikai kutatók kapcsolatot találtak a szervezet magas tesztoszteron szintje és az agresszív viselkedési elemek használata között. Háborús veteránok körében magas tesztoszteron szintű férfiakat kérdeztek ki és kiderült, hogy életük előző időszakában az átlagnál több volt az agresszív elem. A vizsgálat eredményei azonban nem bizonyítják egyértelműen az agressziót mint drive-ot. (Nagyon nagyszámú mintánál csak néhány százalékos eltérést tudtak kimutatni.)

Az idegsejtek közötti párbeszéd (neurotranszmitterek) szintjén az utóbbi időben (20-30 évben) nagyon jelentős előrelépést tett a tudomány és ebben a témában komoly nemzetközi tekintéllyel rendelkező magyar tudósok sora vonultatható fel.— Janka Zoltán, Freund Tamás, Gulyás Balázs, Pléh Csaba, Hámori József, Kovács Ilona, Vizi E. Szilveszter ...

A **dopamin**, **noradrenalin** és **serotonin** kémiai ingerületátvivő anyagok, átfedésekkel bár, de bizonyos agyi és pszichés működésekkel hozhatók kapcsolatba.

Ilyen a **dopamin** szerepe az örömrészletben, a jutalmazási működésekben, a célirányultságban, a kivitelező funkcióban (elülső homloklebény), de átfedéssel az energiaállapotban,

mozgásban, hajtóerőben, étvágyban és szexuális funkciókban is fontos.

A **szero-tonin** az agresszióban, ingerlékenységben, feszültségérzésben, szorongásban egyfajta visszafogó neurotranszmitter, míg a **noradrenalin** az éberségi szint fenntartásában, a figyelemben a memóriában és a szociális működésekben játszik inkább szerepet./6/

Ide tartozik még, hogy a modern pszichológia álláspontja szerint

kétféle intelligenciát különböztetünk meg:

értelmi intelligencia (amelyet az IQ segítségével mérhetünk) és **érzelmi intelligencia**.

A pszichológusok csak mostanában kezdik felfedezni az érzelmi intelligencia fontosságát.

Az érzelmi skálánk minden elemének megvan a maga sajátos élettani mechanizmusa.

Harag esetén a vér a kézfejbe tódul, mintegy a fegyver megragadását megkönnyítendő, a szívverés üteme felgyorsul, és hormonok áradata (pl. adrenalin) ad lökést a határozott erő kifejtéshez.

Félelem esetén ugyanakkor a vér a nagy vázizmokhoz (pl. lábszár) áramlik, a menekülés megkönnyítésére - ezért sápad el az arc - és ugyanakkor egy pillanatra sóbálvánnyá dermedünk, hogy legyen időnk felmérni, mit tegyünk.

Érzelmeink tehát erősen hatnak racionalitásunkra. A legújabb kutatási eredmények szerint az érzelmi agy legalább akkora részt vállal az érvelésben, mint a racionális. Sőt azt is állíthatjuk, hogy érzelmeink elengedhetetlenek a racionális döntési mechanizmusoknál: úgy terelnek minket, hogy száraz logikánk a legtöbb hasznot eredményezze.

A limbikus rendszer két igen nagy hatású eszközt fejlesztett ki: a tanulást és az emlékezetet.

Ennek a korai "primitív" agynak volt kulcsfontosságú része a hippocampus és az amygdala.

Míg a hippocampus a száraz tényekre, az amygdala a tényeket kísérő érzelmekre emlékszik

Az amygdala az a szerv, amely érzelmi "irracionalitásunk" központja és forrása. Az agy szerkezetében az amygdala afféle őrszoba, amely az érzékszerveinkből érkező információ alapján "a bajt keresi mindenben". Pontosabban egyetlen kérdést tesz fel minden szituációban: veszélyes vagy nem?

Mindez köszönhető három tudományterület kialakulásának és technikai lehetőségeinek :

1./ molekuláris biológia (genetika, genomika, proteomika)

2./az élő emberen végezhető agyi képalkotó eljárások (CT, MR, fMR, PET, SPECT)

3./megismerés - (kognitív) pszichológia és idegtudomány

Az agresszív viselkedés kialakulása

Több kísérlet bebizonyította, hogy az agresszív viselkedés jutalmazása, a felnőttek engedékeny vagy ösztönző magatartása a nyílt agresszióval szemben a későbbiekben nem csökkenti, hanem jelentős mértékben növeli a gyermek hasonló megnyilvánulásait.

Ugyanakkor meg kell jegyezni, hogy az agresszív katarzisz létező emocionális élmény, de ez nem azt jelenti, hogy hatására kiürül a gyermekből a felhalmozódott agresszió, sőt, mivel úgy emlékszik rá, hogy az élményhez megkönnyebbülés tapadt, frusztrációs helyzetben keresni fogja az agresszió lehetőségét.

Milyen viselkedési modellekhez alkalmazkodik a gyermek?

Két típust különböztetünk meg, a kiegészítő (komplementer) szerepűeket (akik a gyermek viselkedésmódjának egész térképét felállítják; természetesen a nevelők és a szülők tartoznak ide), és a szociális hatalmat jelképező személyeket (azok, akik rendelkeznek státusszimbólummal, például a doktor bácsi a táskával). Azt a modellt, amelynek elkötelezi magát, vonatkoztatási csoportnak nevezzük. Az, hogy a gyermek melyiket választja, függ múltbeli tapasztalataitól, szüleihez fűződő függőségi viszonyától. Ha a gyermek kiskorától kezdve szeretetteljes légkörben él, akkor kamaszként és felnőttként is olyan csoportot választ, amely viselkedése hasonló az otthon tapasztaltakhoz. Mint a rajztesztjéről ismert Goodenough írta : a szülő önuralma a legjobb garancia a gyermek önuralmára./9/

Agresszív viselkedés

Az agresszív gyermek jellemzője, hogy testi erejét fitogtatja akkor is, ha arra nincsen alapja. Verbálisan is agresszív, drasztikus, sokszor trágár, közönséges szavakat használ. Játékára jellemző, hogy nem csak a játék tartalma, hanem stílusa is agresszív. Nem csak eljátszza, hogy lelő valakit, hanem közben fájdalmat is okoz. Ezek a gyerekek általában nem egyedül játszanak, hanem egy csoportosulás (udvartarás) veszi őket körül, amelyet nagyon jól tudnak manipulálni, a többi gyermeket alárendelt szerepbe hozni. Ezek a gyerekek nem csak a társaikkal, hanem a felnőttekkel is durvák és erőszakosak, gyakran nem a megfelelő eszközzel akarják magukra felhívni a figyelmet és vezető szerepet betölteni.

Az agresszív viselkedést kiválthatja ;

- az agresszió látványa (szülői minta, családon belüli erőszak, média),
- az a tapasztalat, hogy az agressziót jutalmazzák,
- illetve nagyon gyakori, hogy a gyermekben lévő frusztráció okozza az agressziót.

- ha a gyermek éntörekvéseit elnyomják, ha a szülő megakadályozza annak fejlődését.

Az agresszió egyfajta önjutalmazó szerepet is betölthet, az önbizalom fenntartását is szolgálhatja. Ez olyan esetekben feltételezhető, amikor a gyermek helyzete egy közösségben kedvezőtlen, viszont magas ambícióval rendelkezik a gyermek, önértékelése magas.

Az agresszív magatartáshoz gyakran társulhat lopás, hazudozás vagy csavargás. Lopásról abban az esetben lehet beszélni, ha a gyermekben már szétválik az enyém – tiéd fogalom, és a lopásnak a célja az, hogy megfossza a társát valamitől, kellemetlen helyzetbe hozza esetleg féltékenységből, dühből vagy irigységből. Hazugság esetén is azokat az eseményeket kell nagyon alaposan ismernie a pedagógusnak, mely során a hazugság célja az, hogy a gyermek kibújjon a felelősség alól, vagy valamilyen negatív dolgot állít a másikról azért, hogy őt kellemetlen helyzetbe hozza.

A hazugságok között még nagyon fontos szerepe van a vágyhazugságoknak is./8/

Az agresszió nemcsak tetteleg, esetleg verbálisan zajlik, hanem képi formában is, aminek legkifejezettebb formája a karikatúra.

A rajzban is felfedezhető az agresszió. A (gyermek) rajzokat már hosszú ideje sikeresen alkalmazzák a személyiség analizálására, de terápiás eszközként is kiváló feszültség levezető foglalatosság.

Egy nemzetközi felmérés szerint a magyar szülő hétszer gyakrabban veri meg gyermekét, mint a külföldi. /9/

Mint az agresszió általában, a családon belüli bántalmazás is kultúrafüggő, s bizonyosan kapcsolatban van a demokratikus hagyományokkal. Ott, ahol jól működik a társadalom, ahol a megegyezésre, egymás elismerésére figyelemmel vannak a felek, kevésbé fordulnak elő az agresszió különböző formái. Kelet-Európának sajátos történeti vonulatából, sűrűn változó társadalmi berendezkedéséből, szociológiai és kulturális hagyományaiból következően megvan a maga sajátosan agresszív jellegzetessége, a szociális kapcsolatok egyéni formátuma./9/

A média szerepe

Az erőszakos viselkedés kialakulásához nagyban hozzájárulnak a reklámok, mozi- és tévéfilmek, amelyek a pozitív hőst úgy állítják be, hogy annak agresszív viselkedése megengedhető, és elfogadható, valamint a problémáit erőszak alkalmazásával oldja meg.

A fiatal elé példaképként állítják ezeket a személyeket, és a fiatal megpróbál hasonlóképpen

viselkedni, gondjait a példakép módszereivel megoldani. A látottakat, hallottakat megpróbálja a gyerek alkalmazni, és észre sem veszi, hogy a viselkedésének mennyire a részévé válik az agresszió. Durva viselkedését nem tudja megmagyarázni, és ő maga sem érti, miért viselkedik társaival erőszakosan, és a megbántottak iránt nem érez részvétet vagy felelősséget. Ezáltal lassan agresszívvá formálódik természete, úgy, hogy igazán maga sem tud róla.

Csonka család

A szülők, és a rokonok állandó vitáját, és veszekedését látva akaratlanul is formálódik a gyerek viselkedése. Hajlamossá válik a vitákra, a családban látottak alapján viszonyul embertársaikhoz. Öltözködésében, megszólalásaiban megváltozik, és mindenkire gorombán, erőszakosan viszonyul. A gyerek viselkedésére sok esetben nem lehet értelmes magyarázatot találni, hiszen olyan példák folyamán változik, amelyeket ő maga sem vesz észre, agresszív életmódjára nem tud magyarázatot adni./10/ Az Országos Közoktatási Intézet kutatásai szerint is a viselkedési problémák első sorban a családi héttérrel függnek össze.

Megállapítható volt, hogy a verekedés, rongálás és az órai rendbontások összefüggnek a diákok szociokulturális hátterével. Egyértelmű összefüggést találtak az egyszülős családban nevelkedők arányának növekedése és az órai magatartási problémák gyakoriságának emelkedése között is.

Vekerdy Tamás gyermekpszichológus szerint az agresszió hátterében az érzelmi nélkülözés áll. „A gyermekeknek folyamatosan teljesíteniük kell az iskolában, ám eközben szüleiktől nem kapnak szeretetet, mert ők is rohannak állandóan a pénz után.” – mondja Vekerdy.

A gyerek ezért a tárgyi világban próbálja kárpótolni magát, egyre drágább cipőket és mobiltelefonokat követel, és ha ezeket nem kapja meg, erőszakossá, durvává válhat. /11/ Ez az agresszió-felfogás mivel csak a negatívumot emeli ki, nem veszi figyelembe, hogy az agresszió növekedése motiváció-növekedéssel is jár, amely energia összpontosítására ad lehetőséget. Például amikor sikertelenség ér bennünket, első reakciónk lehet a düh és a bizonyítási vágy. Ilyenkor az agresszió növekedése a motivációt növeli./12/

"A nevelés feladata nem az, hogy a gyermek valamennyi agresszióját leállítsa, hanem az, hogy azokat antiszociális irányból proszociális irányba fordítsa..." állítja Ranschburg, J. (1995.) /12/

Pedagógusok problémamegoldó stratégiája

Az iskolai konfliktusok esetén fontos, hogy a konfliktust a pedagógiai folyamat szerves, részének tekintsük – konstruktív konfliktusszemlélet –, amelyben a felek autonóm lények, demokratikus játékszabályok alapján vesznek részt, a köztük levő kapcsolatok szimmetrikusak, a konfliktus megoldása pedig a felek egyenrangúságán alapuló interakció során alakul ki, tehát a végkifejlet nem előre meghatározott (Szekszárdi 1996).

Morton Deutch tizenkét pontban határozza meg a konstruktív konfliktuskezelés feltételeit, szabályrendszerét, amelyek betartása segíti a feleket az elfogadható megoldások megtalálásában.

1. A felek tudják meghatározni, milyen típusú konfliktusban vesznek részt.
2. Legyenek tudatában az erőszak okainak és következményeinek, ismerjenek alternatívákat az erőszakra.
3. Ne kerüljék el, hanem vállalják a konfliktust.
4. Tiszteljék önmagukat és partnerüket, tiszteljék önmaguk és partnerük szükségleteit.
5. Tudjanak különbséget tenni az érdekek és az általuk képviselt álláspontok között.
6. Tanulmányozzák kölcsönösen egymás érdekeit, hogy azonosítani tudják a közös és összeegyeztethető érdekeket.
7. Úgy közelítsék meg egymás konfliktusban álló érdekeit, mint az együttműködés által megoldható problémát.
8. Figyeljenek egymás kommunikációjára, próbálják meg minél érthetőbben közölni az információkat.
9. Kontrollálják egymás szubjektívitasát, sztereotípiáit, hamis ítéleteit, percepcióit, melyek az akut konfliktusok gyakori tartozékai.
10. Fejlesszék önmaguk konfliktuskezelő képességeit.
11. Legyen reális önismeretük, ismerjék saját reakcióikat konfliktushelyzetben.
12. A konfliktuskezelés folyamatában maradjanak mindvégig erkölcsös emberek.

A konstruktív konfliktuskezelés igénye az iskolai konfliktusok esetén is reális elvárásnak minősül./13/

A francia oktatásirányítás sikeres lépései

Az iskolai környezetben előforduló erőszakos cselekedetekkel az iskola veheti fel a legeredményesebben a harcot. A legtöbbet a tanulókkal közvetlen kapcsolatban lévő pedagógusok tehetik, ha erre személyükben alkalmasak, és szakmailag megfelelő felkészítést kaptak. E speciális képzés során ugyanis a pedagógusnak – egyebek között – meg kell tanulnia, hogyan kell csapatban dolgozni (csak ilyen módon kerülhető el ugyanis a pedagógus izoláltsága, ami ezen a terepen akár végzetes is lehet), hogyan kell adott helyzeteket elemezni és értékelni, illetve szert kell tennie a szükséges önismeretre, önkritikára is. Mindehhez természetesen el kell sajátítania a különböző partnerek megtalálásának, a velük való adekvát együttműködésnek a rutinját is. A pedagógusnak a legfontosabb partnereket a szülők, az iskolai nevelőtestület és (ahol van) a kiegészítő személyzet mellett az egészségügy, az igazságszolgáltatás és a rendőrség szervezeteiben kell a keresnie. Ez utóbbit a mai francia iskola már csak amiatt is megteheti, mert 1992 óta érvényben van egy együttműködési megállapodás a belügyminisztérium és az oktatási minisztérium között, amelynek kimondott célja az iskolán belüli biztonság visszaállítása volt – mindazokkal az eszközökkel, amelyek a közoktatás intézményeinek, a rendőrségnek és az igazságszolgáltatásnak a rendelkezésére állnak.

Az iskolai erőszakos cselekmények terjedését tapasztalva természetesen a francia oktatásirányítás mennyiségi és minőségi intézkedések meghozatalával válaszolt. **1992-ben például 300 adminisztratív státust adott az iskoláknak, és külön 2000 fővel erősítette meg a hivatásos nevelői létszámot.** 1995-ben – kifejezetten az erőszak elleni fellépést megkönnyítendő – az **iskolák létszámát 500 főben maximálták**, egy évvel később pedig további 19 konkrét intézkedést hoztak, például:

- a közoktatás szereplőinek védelmével
- külön támogatási rovat beállításával,
- a nehezebb körülmények között működő intézmények pedagógusainak adott külön juttatásokkal ,
- a veszélyeztetett serdülők számára kísérleti intézmények kialakításával,
- a külső személyek behatolását az iskolába törvénytelennek, vagyis kihágásnak való minősítésével,
- a bentlakásos intézmények létrehozásával kapcsolatosan (ez utóbbit elsősorban a legveszélyeztetettebb városi környezetekben javasolják).

1996-ban újabb intézkedéssorozatot léptettek életbe, többek között 125 iskolai védőnő és ugyanennyi szociális asszisztens munkába állításáról született döntés.

Közben az illetékesek mind tudatosabban kezdtek foglalkozni az iskolaépületek megfelelő kialakításával is: az 500 főben maximált tanulólétszámnak megfelelő optimális környezeti feltételekkel rendelkező épületekkel kapcsolatban például nemcsak azt írták elő, hogy ablakai „érdekes látványt nyújtó” környezetre nézzenek, hanem azt is, hogy az épület harmonikusan illeszkedjék az élő és élettelen környezetbe, vagy hogy – különösen vidéki intézmények tanulói számára – tegyék lehetővé azt, hogy az iskolába kerékpárral, illetve gyalog érkezők a fő közlekedési útvonalaktól elkülönített, biztonságos utakat vehessenek igénybe.

Minden intézményben előírták egy nagy, az összes tanulót befogadó, színházi előadás tartására is alkalmas aula és legalább egy klubszoba, valamint a társas együttlét színterül szolgáló büfé-teázó kialakítását is, hogy az intézmény tanulói valóban jól érezhessék magukat az épületen belül. Az iskolai közösségek kialakulásában különösen nagy jelentőséget kapott az együtt étkezés. *Ha a frusztráció mellett az evés is akadályokba ütközik, az agresszió felgyülemlik és más utakon nyilvánul meg.*

A véres-végzetes vallásháborúk és a nagy éhínségek a világtörténelem során mindig egybeestek (De Castro, 1965). Joggal fohászokodnak a görögök ekképpen: “Istenem, tekints utálattal a hasra és táplálékára, az erkölcs általuk vész el”. Hermann Imre Budapest ostroma idején figyelte meg, hogy az éhezés miatt az agresszív gondolatok, szavak és cselekedetek elszabadultak (Hermann, 1984). A hiányos táplálkozás tüneteként kialakuló gyilkos agresszió alighanem legdrámaibb formája a kelet-indiai és trópusi ámokfutás, mellyel Stefan Zweig Ámok című kisregényében ismerkedhetünk meg (Zweig, 1972). /14./

Az utóbbi évek során az iskolai életben előforduló agresszív cselekmények megfékezésére kidolgoztak egy programot, mely az iskolai közösségekben **kortársi közvetítők, mediátorok** felkészítésével próbálja megelőzni. Ez a fajta közvetítő (békítő?) szerep természetesen csak a 12 év feletti korosztályoknál, tehát serdülőkorú csoportok esetében vehető eredményesen igénybe, hiszen náluk a kortársi befolyás jelentősége minden korábbi szintet felülmúl.

A franciaországi tapasztalatok azt mutatják, hogy azokban az intézményekben, ahol a felkészített kortársi mediátorok már régebben működnek, egy év alatt 70%-kal csökkent a pedagógusok tudomására jutott, illetve az ő közreműködésüket igénylő erőszakos cselekmények, tanulói konfliktusok száma./3/

Megoldás

Szeretném, ha minden tanár és szülő a **harag, agresszió és lázongás tünetei mögé tekintene**

és megpróbálná megállapítani a kiváltó okot. Nem biztos, hogy meg tudjuk változtatni a gyerekek életét, de segíthetünk nekik abban, hogy megértsék saját indulataikat és kialakítsák saját megoldásaikat életszemléletük jobbítására.

Ha társadalmunk csökkenteni akarja a mindent elborító haragot, ki kell elégíteni az alapvető emberi szükségleteket. (Callwood és mások) Az élelmen és az otthonon kívül általában alapvetőnek tekintjük, hogy :

- ◆ Mindannyiunknak szükségünk van arra, hogy érezzük, erősek vagyunk, hatalmunk van.
- ◆ Mindannyiunknak szükségünk van arra, hogy közel érezzük magunkat más emberekhez. Ha ez a közelség nem adódik természetes módon, a harag módszereit fogjuk felhasználni az elérésére. Dühítő, ha semmibe veszik az embert. A feltűnősködő gyerekek megtanulták, hogy a negatív figyelem is jobb mint a semmilyen.
- ◆ Mindannyiunknak szükségünk van arra, hogy érezzük, biztonságban vagyunk a saját világunkban, törődnek velünk, gondoskodnak rólunk
- ◆ Mindannyiunknak szükségünk van arra, hogy egyedül lehessünk, önmagunkra koncentrálhassunk. Ha nincs időnk önmagunkra, apátiába süllyedhetünk, amely nem más, mint a befelé forduló harag./15/

Irodalom

- 1./ http://www.fisz.hu/ujfisz/index.php?lap=hirek/hir&new_id=887
- 2./ http://www.fisz.hu/ujfisz/index.php?lap=hirek/hir&new_id=887 Bonifert Mária
- 3./ Mihály Ildikó: Erőszak az iskolában
<http://www.oki.hu/oldal.php?tipus=cikk&kod=2000-04-vt-Mihaly-Eroszak>
- 4./ Dr. Ranschburg Jenő: *Félelem, harag, agresszió*. 6. kiadás Budapest, 1983
- 5./ R.L. Atkinson, R.C. Atkinson, E.E. Smith, D.J. Bem Pszichológia Osiris, Budapest, 1997
- 6./ Janka Zoltán : Agybaj biológia Mindentudás egyeteme IX. szemeszter, 11. előadás
2006. december 04.
<http://www.mindentudas.hu/jankazoltan/20061205jankahtml>
- 7./ Daniel Goleman: *Érzelmi intelligencia* Háttér kiadó, Budapest, 1997
- 8./ <http://memberr.chello.hu/hudnik/magprbl.htm>

- 9./ Horváth Szabó Katalin, Vigassyné Dezsényi Klára : Az agresszió kezelése,
Szociális és Családügyi Minisztérium, Budapest, 2001
- 10./ <http://www.kzs.hu/hnvhir/article.asp?date=2000.07.27&art=1545>
Farkastörvények gyermekkorban
- 11./ <http://www.online.rtlklub.hu/hirek/?id=0406152344>
- 12./ Zsolt Péter: Az agresszió A szociálpszichológia és a szociobiológia agresszió
felfogása 2003.február 16.
http://www.szochalo.hu/index.php?id=772&no_cache=1&tx_ttnews%5Btt_news%5D=100297
- 13./ Szőke-Milinte Enikő : Pedagógusok konfliktuskezelési kultúrája
Új Pedagógiai Szemle 2004/01 Vélemény. www.oki.hu
<file:///C:/Documents%20and%20Settings/Kl%20E1ri/Dokumentumok/Pedag%20F3gusok%20konfliktuskezel%20E9si%20kult%20FAr%20E1ja.htm>,
- 14./ Forgács Attila - Túry Ferenc – Németh Marietta: Dominanciaviszonyok és evészavarok
<http://www.c3.hu./scripta/thalassa/96/3/07for.htm>
- 15./ <http://sxc.hu> és <http://www.earlychildhoodbehavioralhealth.com>

Komsa Ildikó

A PLACEBÓ HATÁS SZEREPE A GYÓGYÍTÁSBAN

A placebo szó bibliai eredetű, s az "álgógyszer" orvosi szakkifejezésként a XVIII. században került a köztudatba (5,9). Egészen napjainkig hozzákapcsolódik egyfajta negatív felhang, vagyis az az elképzelés, mely szerint, ha az orvos nem talált semmilyen fizikai elváltozást a betegen, akkor a páciens megnyugtató és a gyógyszeres kezelés költségeinek csökkentése érdekében hatóanyagot nem tartalmazó pirulát írt fel. Talán éppen ebből az időből származik az a ma már megcáfolt elképzelés, hogy a placebo csak és kizárólag túlérzékeny betegek "nem valós" tüneteinek kezelésére alkalmazható. Jelenleg a legszélesebb körben elfogadott definíciót Shapiro és Shapiro (1997) fogalmazta meg: *"placebónak nevezünk bármely olyan terápiát (ill. bármely terápia összetevőjét), amit szándékosan vagy tudatosan használnak nem-specifikus, pszichológiai vagy pszichofiziológiai terápiás hatása miatt; vagy amit feltételezett specifikus terápiás hatása miatt alkalmaznak egy betegnél, tünetnél vagy betegségnél, de nem fejt ki specifikus aktivitást a kezelt állapotra (5)."*

A placebo olyan, kémiaileg semleges anyag, amely nem rendelkezik farmakológiai hatással, s csak külsőleges formáját tekintve hasonlít valódi gyógyszerhez (2, 8). A placebo farmakodinamikája sok szempontból emlékeztet a valódi gyógyszerekére, a placebo tablettánál megfigyeltek csúcshatást, több tablettánál additivitást (Lasagna, 1954, id. Császár, 1985) is, továbbá a szedés folyamán mellékhatásként a tablettától függőség és megvonásos tünetek is kialakulhatnak (5). Placebónak tekinthető a tablettán vagy poron kívül a műtéti beavatkozás, a fehér köpeny jelenség, vagy akár a pszichoterápia folyamata is. A pszichoterápiák hatásmechanizmusáról eltérő a szakemberek véleménye. Egyesek szerint a placebohatás nagy mértékben befolyásolja és abban az esetben, ha a beteg hisz a módszer hatásosságában bármely terápia pozitív eredményhez vezethet. Ebben az esetben különösen fontos-, hogy a terapeuta a módszer sikerébe vetett hitét képes legyen átadni a betegnek. „Egy gyógyítóval való találkozás nagy valószínűséggel akkor aktiváltja a placebo-mechanizmust, ha a beteg betegséggel kapcsolatos képét, értelmezését pozitív irányba tolja el (5).” A páciens első lépésként mintegy "visszaemlékszik" korábbi, egészséges állapotára (*"remembered wellness"*), amelyet az öngyógyító mechanizmusok beindulása követ. Brody szerint ebben a "visszaemlékezésnek" nevezett folyamatban fontos szerepe van annak, hogy a beteg úgy érezze figyelmesen meghallgatták, megértették a problémáját, s megfelelő magyarázatot kapott a panaszaira. A gyógyító és a gyógyító személyzet részéről törődést,

odafigyelést tapasztalt és úgy érzi, hogy a betegségét és a panaszait valamilyen szinten kontrollálni tudja (ez részben saját magának, részben a gyógyítónak köszönhető) (3).

A placébó hatás

A régi időkben a gyógyulás érdekében a betegek jóformán bármit beszedtek. Napjainkban már borzongva tekintünk vissza a hashajtás, az érvágás és a különféle állati- és növényi eredetű, gyakran mérgező anyagok sokszor túlzásba vitt alkalmazására. Az orvosok és a gyógyítók a régebbi korokban is nagy tekintélynek örvendtek, s a mai modern orvostudomány gyógyítási módszereik sikereit a placébóhatásnak tulajdonítja, éppen úgy, mint a hit gyógyító erejét és a különféle varázslatos kúrák sikereit is. A múlt század közepe táján megjelenő orvosi szakirodalomban gyakran szerepelt az az elképzelés, hogy „a gyógyszerek hatásaiban egy különleges pszichés – tudati tényező” is jelen van, amelyet a gyógyítás során figyelembe kell venni. A fent említett pszichés hatás mérésére kezdték alkalmazni a placébót. Császár (1985) megfogalmazása szerint: „*Minden gyógyszer, gyógyítási tevékenység egyben placébó is, és szinte minden gyógyítási folyamatnak számolnia kell a placébóhatással* (5).”

Placébó hatásról főként akkor beszélhetünk, ha egy gyógyszer, annak ellenére, hogy nem tartalmaz semmilyen hatóanyagot, mégis meggyógyítja a beteget. A *placébó-reszpondencia* a placébóra való érzékenységet jelenti. Számtalan kutatás kimutatta, hogy bármely populáció megközelítően 33 %-a *placébó érzékeny*, vagyis akiknél a placébó hatásosnak bizonyul (Beecher, 1960; Lasagna, 1958) (2,4,5).

Nocebo hatás

A *nocebo* kifejezés Picard (1989) nevéhez fűződik és olyan jelenségekre használják, ahol a placébó káros hatásúnak bizonyult. *Nocebo* alatt a különféle szerzők más és más jelenséget értenek. A *nocebo* kifejezés önálló eredettel rendelkezik és nem az angol "no" és a "placebo" összevonásából származik. Valójában a *hipokratészi eskü eredeti szövegében is olvasható latin "noceo" (én ártok) ige* a placébóval való rokonsága miatt csak később alakult "nocebo"-vá (5).

Egyes kutatók szerint a jelenség ellentétes irányú placébó: „ha a hit meggyógyíthat, akkor beteggé is tehet”. Butler és Steptoe kísérlete jól példázza ezt, amelyben annak ellenére, hogy minden esetben placébót kaptak az asztmás betegek, mégis különbözőképpen reagáltak az aeroszolos kezelésre annak megfelelően, hogy a gyógyszer a beteg tájékoztató szerint hörgőtágító vagy -szűkítő hatású anyagot tartalmazott. Mások inkább a placébó

használatát kísérő, nem-kívánt és káros mellékhatásokat értik alatta, pl. klinikai vizsgálatok során a placebo-csoport tagjainál is fellépnek különféle, sokszor a vizsgált gyógyszerre jellemző kísérő tünetek: fejfájás, émelygés, hányinger stb (4,5).

A különböző gyógyszerek és diagnosztikai eljárások placeboként való alkalmazása

A mai modern orvoslásban sokszor előfordul a placebo használata. Ide sorolható az antibiotikumok túlzott használata a felső légúti vírusfertőzések kezelésére és/vagy megelőzésére, melynek mellékhatásaként a rezisztens törzsek elszaporodásának kérdésköre egyre inkább előtérbe kerül. A *"csak hogy lássuk, minden rendben van-e"* elven (9,10) alkalmazott diagnosztikai eljárások (röntgen, CT) indokolatlan felhasználásából származó felesleges sugárdózis és a vele járó költségek is meghaladják a várt hasznot. És végezetül, de nem utolsósorban a vitaminok és enyhébb nyugtatók felírása az ideges, aggodalmaskodó beteg számára szintén károsnak bizonyulhatnak. Az utóbbi időben az Egyesült Államokban sokszor kerül a figyelem középpontjába és gyakori jelenségnek számít a nyugtatók túlzott használatából adódó függőség és egyéb egészségkárosító tényezők kialakulása is.

A placebo felhasználása a gyógyításban

A placebo-t főként gyógyszerhatékonysági vizsgálatokban alkalmazzák a vizsgálatok eredményeit torzító hatások kiszűrésére pl.:

- a beteg azon elvárása, hogy a gyógyszertől jobban érzi majd magát
- a kutatóknak a gyógyszer hatékonyságába vetett hite,
- a nővérek és az egyéb személyzet megkülönböztetett figyelméből adódó előnyök (11).

Általában kettős-vak kísérletet végeznek, vagyis a betegek egyik csoportja a gyógyszerből, a másik pedig a placeboból kap, ám sem a betegek, sem pedig a vizsgálatban résztvevő szakemberek nem tudják a vizsgálat végéig, hogy melyik csoport kapta a hatóanyagot tartalmazó szert és melyik a "cukorkát". Hatékonynak akkor nevezhető egy anyag, ha a javulási, gyógyulási arány a gyógyszerrel kezelt csoportban lesz nagyobb. Abban az esetben, ha a két betegcsoport állapota hasonló mértékben javult, akkor az állapotukban bekövetkező változást a placebohatásnak tulajdonítják, és a gyógyszert hatástalannak minősítik (1). Gotsche definíciója szerint: *"a placebo hatás nem más, mint egy torzítatlan vizsgálatban a placeboval kezelt csoport és a nem kezelt kontroll-csoport állapotának*

változása közötti különbség (5)."

A jó placébó tulajdonságai

A legtöbb ember szerint minél keserűbb, csípősebb vagy kellemetlenebb ízű egy orvosság, annál hatásosabb. Ennek megfelelően a szakemberek tapasztalatai alapján az a placébó vált ki jelentős hatást, amelyik az érzékszerveket nagy mértékben ingerli („aktív placébó”). A fentiekén kívül az orvosság fizikai tulajdonságaival, megjelenésével is képes szuggesztív hatást gyakorolni a betegre (5). Az orvosságok legfontosabb jellemzője a szín, a forma, az íz és a név.

Szín: a színes tabletták hatásosabbnak bizonyult a színtelennél, a piros és a sárga az esetek többségében hatásosabb a kék és zöld színű tablettánál, hiszen az utóbbi kettő kapcsán az emberek nagyrésze a mérgező anyagokra asszociál (Császár, 1985). A mai eredmények alapján ez oly mértékben változott, hogy a piros színű tabletták inkább élénkítő tulajdonságokkal bírnak, a kék és a zöld pedig nyugtató hatásúnak bizonyul.

Schapiro és Schapiro (1970) 48 pszichiátriai ambulancián kezelt betegnél azt vizsgálta, hogy milyen színű tablettákra reagálnak és azt találták, hogy a szorongásos és fóbiás tüneteket legjobban a zöld, a depressziós tüneteket pedig a sárga tabletták enyhítette jobban.

Forma: a leghatásosabb az injekció, majd a kapszula, a drázsé, a folyadék, a tabletták és végül a kúp. Altatónak inkább a színes tabletták váltak be, ezt követte a folyadék, és végül számos szerző szerint leggyengébb hatásúnak a fehér tabletták bizonyultak.

Íz: az íz is jelentős mértékben befolyásolta a hatást pl. koffeintablettáknak az íztelen orvossággal szemben jobban bevált a keserű.

Név: A közismert nevű tabletták hatásosabbnak hiszik az emberek. Branthwaite és Cooper (1981) megfigyelései szerint az általuk felírt fájdalomcsillapító gyógyszerek közül a fejfájás kezelésében a széles körben elterjedt (szabadalmazott, "márkás") termékek váltak be a legjobban. Jefferys és mtsai (1960) angol középosztálybeli munkások öngyógyszerezési szokásai vizsgálatkor arra az eredményre jutottak, hogy az emberek inkább választják és erősebbnek is tartják a szabadalmazott gyógyszereket (pl. álmatlanság, idegesség és szorongás kezelésére egyaránt az aszpirint szedték). Helman (1981) hosszú ideje pszichotróp szereket kapó betegeknek feltett kérdésére, mely szerint mit szednének, ha a megszokott pszichotróp szer nem lenne elérhető, a válaszadó páciensek 36 %-a szabadalmazott fájdalomcsillapítók szedését választotta volna (5).

A szedési javallatok és a placébó kezelés hatásosságának kapcsolata

Az eltérő napi szedési javallat (reggel 3, délben 1, este 2) jobban beválik a szokványos (3x1) alkalmazásnál (Császár, 1985). Abban az esetben ha a gyógyszer szedésének időtartamát nem határozták meg pontosan (pl. 1 hónapon át kell szedni), akkor a szedés kezdeti időszakában hatásosabb, majd ez a kedvezőbb hatás fokozatosan csökken és beáll egy standard szintre. Ez a jelenség az akut toleranciafokozódás (tachyphylaxia), a celluláris szinten kialakuló tűrőképesség fokozódása, vagyis egy adott gyógyszer azonos adagja rövid időn belüli ismételt adása egyre kisebb hatást produkál. (Császár, 1985; Ádám, 1999) (5,7).

A placébó orvosi és pszichológiai alkalmazásai

A mai modern orvostudomány a placébót elsősorban a kettős-vak próbáknál használja. Évtizedeken keresztül az orvosi társadalom ellenérzéssel viseltetett a placébó iránt, s a nem hatóanyag tartalmú gyógyszer okozta gyógyulásokat nem fogadta el. A fentiek ellenére számos betegségknél találkozhatunk a placébó hatékony alkalmazásáról szóló

beszámolókkal, nevezetesen a fájdalomcsillapításban, a pszichiátriai zavarok kezelésében, az emésztőrendszeri, a szív- és érrendszeri, a légúti, valamint az autoimmun megbetegedések kezelésében is. Elgondolkodtatóak azok a kettős-vak kísérletekből származó eredmények, amelyekben a placébó az aktív gyógyszerrel azonos eredményeket produkál (pl. Bitter, 1994).

Fájdalomcsillapítás. Egy vizsgálat során krónikus fájdalom (rák utáni műtéti seb) elmulasztására 15 mg morfin vagy placébóinjekciót kaptak a betegek. A morfin az esetek 60 %-ában, a placébóinjekció az esetek 43 %-ában csökkentette a fájdalmat (Fürst, 1997) (5).

Pszichiátriai zavarok. Lowinger és Dobie (1969) tapasztalatai szerint a nyugtató helyett adott placébó egyes esetekben a gyógyszernél is hatásosabbnak bizonyul. Császár (1985) szerint a placébó szorongás oldására is jól alkalmazható (5).

Táplálékaverziós megbetegedések: A táplálékallergiás osztályokra gyakran kerülnek táplálékaverziós betegek, akiknél nem állapítható meg konkrét élelmiszer vagy élelmi anyag okozta megbetegedés. Esetükben a sokszor költséges vizsgálati és kezelési módok, a gyógyszerek és a diéták nem hozzák el a teljes gyógyulást. Tüneteik nem múlnak el tartósan, pszichés eredetű betegségük nehezen kezelhető gyógyszerekkel. A vizsgálat során táplálékallergiás és táplálékaverziós betegek egy hónapon keresztül placébótablettát kaptak. A tablettát olyan szerként szedték, amely végérvényesen megszünteti az allergiás reakciókat. Az eddigi eredmények alapján elmondható, hogy a táplálékaverziós betegek esetén jelentős javulás következett be, ugyanakkor a táplálékallergiásokra nem hatott jelentős mértékben a

placébó kezelés (4,6). Korábban laktózallergia (tüneteit klinikai vizsgálatokkal nem lehetett alátámasztani) gyanújával kórházban fekvő 51 éves nő szigorú étrendet tartott. A kórházból való távozásakor Dietint (placébó) kapott. Tünete enyhültek, közérzete jelentős mértékben javult. Az ígéretes javulás hatására étrendjét is bővíteni kezdte, étvágya visszatért és rövid időn belül 2 kilót hízott. A terápia végén nem akart lemondani a Dietinről. A beteg a cikk leadásának időpontjában egy éve tünetmentes volt (4).

Emésztőrendszeri megbetegedések. Egy vizsgálatban gyomorfekélyes betegeknek desztillált víz injekciót adtak. Azoknál a betegeknél, akik úgy tudták, hogy a kapott szer azonnali gyógyulást eredményez 75 %-ban következett be javulás. Azoknál a betegeknél, akikkel azt közölték, hogy a szer hatásai még tisztázatlanok, az esetek 25 % -nál figyeltek meg javulást (5).

Szív- és érrendszeri megbetegedések. Benson és McCallie (1979) megközelítően tíz olyan gyógykezelést vizsgált, amely a kezelések kezdetén az angina pectorisban szenvedő betegek 70-90 %-ánál bizonyult hatékonynak, de a vizsgálatok során kiderült, hogy az érintett betegek placébó kezelésben részesültek. Egy másik esetben angina pectorisban szenvedő páciensek 40 %-a számolt be nagymértékű állapotjavulásról olyan diagnosztikai beavatkozást követően, amelyet gyógyító műtétnak gondoltak (Beecher, 1961) (5).

Légúti megbetegedések. Butler és Steptoe (1986) 12 asztmás betegnél egy új "hörgőtágító" hatását vizsgálta. A betegek desztillált vízpárát lélegeztek be, előtte azonban az új anyagot tartalmazó aerosolból kellett szippantaniuk. A kísérleti személyeket három csoportba osztották be és mindegyik csoportot más instrukcióval látták el:

1. az aerosol hörgőtágító szer, a pára viszont hörgőszűkítő anyagot tartalmaz, ami mellkasi szorításhoz és ziháláshoz vezethet (asztmás tünetek)
2. az aerosol hatástalan anyag, a pára hörgőszűkítő anyagot tartalmaz (első kontroll)
3. az aerosol hatástalan anyag, a pára vízpára (második kontroll) (5)

Az asztmás betegek kezelésre adott reakciói eltérőek voltak aszerint, hogy a tájékoztatóban leírtak alapján a kapott szer hörgőtágító vagy -szűkítő hatású anyagot tartalmazott (valójában minden beteg placébót kapott) (9). Az első és a második csoportban asztmás reakciókat tapasztaltak (nocebo hatás!), amelyet viszont kioltott az első csoportnál a placébó (5).

Autoimmun betegségek. Az immunműködés számos vonatkozására hatással van a placébó (5).

Joggal tehető fel a kérdés, hogy a placébó vajon minden betegséget gyógyító szernek (panacea) tekinthető-e? A válasz természetesen nem, a placébó minden olyan testi működésre *hathat*, amely valamilyen szinten az idegrendszer befolyása alatt áll, vagyis elsősorban a

pszichoszomatikus betegségekre lehet hatással. A központi- és a vegetatív idegrendszer (pl. skizofrénia, stressz, fájdalomcsillapító, nyugtató, altató, hangulatjavító, szorongásoldó hatás, depresszió, fejfájás, migrén), a szív- és érrendszer (pl. angina pectoris, kardiomiopátia, ritmuszavar, vérnyomás, pulzus, vérkép), az emésztőrendszer (pl. bélmotilitás, gyomornedv elválasztás, peptikus fekély, valamint az immunrendszer (pl. lázcsillapítás, reumatoid- és degeneratív artritisz, szénanátha, köhögés) területén jelentkező betegségek esetén találták hatásosnak a placebo kezelést. Különböző mértékben a légző-, a reprodukív-, a kiválasztó- és az endokrin rendszer működését is befolyásolhatja. A nehezebben megválaszolható és a szakirodalomban ritkán szereplő kérdés az, hogy mire *nincs* hatással a placebo. Cziboly és Bárdos szerint elsősorban a genetikai és prenatális etiológiájú betegségek (pl. Down-kór, fenilketonúria, sarlósejtes vérszegénység, stb.), a test szöveteinek külső hatásra történő károsodása (pl. baleset, kémiai anyagok, sugárzás, stb.), roncsolódása (pl. amputált végtag, mérgező anyag bevétele, stb.), valamint a vírusos, a bakteriális, a gombás fertőzés sorolható a placeboval nem kezelhető betegségek közé. Ugyanakkor a fenti esetekben is közvetve hatásos lehet pl. immunerősítőként (fertőzésekre való fogékonyság mérséklése), fájdalomcsillapítóként, vagy depresszió ellenes „szerként”. Elképzelhető, hogy pszichotikus betegségek esetén sem hat a placebo, hiszen a placebohatás alapját képező mentális funkciók sérülnek pl. a kondicionálás, az expektancia és a szuggesztibilitás (5).

A placebo hatásos lehet a szorongás oldására és az álmatlanság kezelésére is. Dienstbier és Muster (1971) egy vizsga előtt hallgatók két csoportjának adott placebo-t. Az egyik csoportot arról tájékoztatták, hogy a gyógyszer izgalmat okoz, a másik csoport nem kapott a szer szedésével kapcsolatosan semmilyen információt. A tabletta bevétele után a hallgatóknak lehetőségük volt arra, hogy a vizsgán puskázzanak. Az a csoport követett el inkább csalást a vizsgán, amelyik a gyógyszertől izgalmat várt (5). Storms és Nisbett (1970) egy álmatlanságban szenvedő emberekkel folytatott vizsgálatában a betegek egyik csoportja úgy tudta, hogy a tabletta izgatottságot okoz, a másik csoportot pedig arról tájékoztatták, hogy a tabletta segíti őket az ellazulásban. Az első csoport tagjai könnyebben aludtak el, mert a szokásos izgalmi szintet a tablettának tulajdonították.

A placebo-jelenség mögött álló élettani és pszichés folyamatokról keveset tud még a mai orvostudomány, de az elmúlt évtizedek eredményei alapján, bizonyos betegségek gyógyításában etikusán és biztonságosan felhasználható, hatékony módszer lehetne.

Irodalom

12. Atkinson R. L.: *Pszichológia*. Osiris Kiadó, Budapest, 2001, 486-487.
13. Bárdos Gy. - Cziboly Á.: *Placebohatás: az elvárások gyógyító ereje*. Magyar tudomány, 2003. 47. évf. 7. sz., 814-823.
14. Brody H.: *The placebo response*, Harper Collins, New York, 2000.
15. Cziboly Á. - Bárdos Gy.: *A lélek szerepe a táplálékallergiás reakciókban: táplálékaverzió, placébó és nocebo*. Új Diéta, 2004/4. sz., 12-15.
16. Cziboly Á. - Bárdos Gy.: *A placebo fogalma, története, alkalmazása, valamint számos magyarázó elméletének áttekintése*. Magyar Pszichológiai Szemle, 2003. 58. évf. 3. sz., 381-416.
17. Cziboly Á. - Bárdos Gy.: *A placebohatás vizsgálata táplálékallergiás és táplálékaverziós betegeknél*. Magyar pszichológiai szemle, 2003. 58. évf. 4. sz., 495-516.
18. Hollós S. - Kiss G.: *Alkalmazott gyógyszerteran*. HIETE, Budapest, 1998, 38.
19. Kempler K.: *A gyógyszerek története*. Gondolat Kiadó, Budapest, 1984, 359-365.
20. Köteles F., Cziboly Á.: *placébó hatás: ellenség vagy szövetség. I. placébó a klinikai vizsgálatokban*. Komplementer Medicina, 10(1), 27-33.
21. Köteles F., Cziboly Á. (2006) *Placebo hatás: ellenség vagy szövetség. II. rész: A placebo-jelenség és a komplementer gyógy módok*. Komplementer Medicina, 10(2), 11-16.
22. <http://www.vital.hu/themes/psyc/placebo1.htm>

AZ EUTANÁZIA TÖRTÉNETE

Bevezetés:

Az eutanázia kérdése az egyik legnehezebb etikai, filozófiai és jogi probléma. Az eutanáziával kapcsolatban felmerülő alapkérdés a következő:

A terminális állapotú beteg, aki úgy érzi, hogy életét már nem érdemes folytatni az elviselhetetlen fájdalom, a méltósága elvesztése vagy a beszámíthatósága elvesztése miatt, és aki ismételt és aktívan kér segítséget az öngyilkosság elvégzéséhez, aki beszámítható állapotban van, és nem szenved depresszióban, kaphat-e segítséget a meghaláshoz.

A modern orvostudomány fejlődése hozta magával, hogy a haldoklók többsége ma kórházban, embertelen, személytelen légkörben, magányosan hal meg. Az orvostudomány meghosszabbította az emberek életkorát, a végső betegség ideje is tovább nyúlik, és ezt a haldoklási folyamatot sokszor fájdalmas beavatkozások teszik még elviselhetlenebbé.

Különböző berendezésekkel évekig, évtizedekig képes az orvostudomány „életben tartani” a tudatukat vesztett emberi roncsokat. Ebben a „dühödt” gyógyítási akarás korában bontakoztak ki az eutanázia-mozgalmak.

Az eutanázia jelentése, formái:

Az eutanázia görög eredetű szó, a jó halál megjelölésére használják. A görög mitológiában Tanatosz, Nox- nak az éjszaka istennőjének a fia, Hüpszóznak az álom istenének az ikertestvére, a halál megtestesítője volt. Denevér képében éjszaka röpködött, és akinek a hajába kapaszkodott az meghalt. Ez volt a rossz halál.

Az „eu” jelentése jó, könnyű, ennek megfelelően az eu-tanatosz a jó, könnyű halált jelentette.

Az eutanázia szót először 1646-ban használták „a világból való halk, könnyű és kínlás nélküli letávozás” jelölésére.

Két alapvető formája van:

Az aktív eutanázia:

Az aktív eutanázia, vagy kegyelemölés, során halálba segítik a gyógyíthatatlan beteget, vagy életének irgalomból történő kiirtásával, vagy öngyilkosságában való

közreműködéssel. Ebben az esetben az elkövető részéről egy tevőleges, aktív magatartás jelenik meg, amelynek célja, hogy mesterségesen felgyorsítja a halálos eredményt kiváltó folyamatokat, azaz lerövidíti a sértett számára jelentős fájdalommal járó időszakot.

A passzív eutanázia:

A passzív eutanázia, vagy halni hagyás, az élethosszabbító ténykedések irgalomból való nem alkalmazása, elhagyása illetve a gyógyíthatatlan beteg meghalni hagyása a szenvedés megrövidítése érdekében.

Az elkövető passzív magatartást tanúsít, nem teszi meg azokat az intézkedéseket, beavatkozásokat, amelyekkel a sértett életet mesterségesen meghosszabbítható lenne, hanem hagyja, hogy annak betegsége, fejlődési rendellenessége a beteg halálát okozza.

Az eutanázia története

Hippokratész korában az eutanázia eredeti értelemben könnyű elmúlást, halált, vagy a halál megkönnyítését jelentette, valamilyen szer nyújtása révén. Hippokratész és kortársai megtagadták a gyógyíthatatlan betegek kezelését. Ugyanis a mesterségek könyve szerint az orvos köteles: „a beteg bajait teljesen megszüntetni, vagy legalább is tompítani a betegség erejét, de viszont nem nyúlni azokhoz, akiket a betegség már teljesen a hatalmába kerített, felismerve, hogy az orvostudomány mindenre nem képes.” A gyógyíthatatlan beteg kezelését a haldoklás meghosszabbításának tartották, ami összeegyeztethetetlen a „nil nocere”- az orvos, ha nem tud használni, ne ártson elvvel.

A rómaiak is hasonlóan vélekedtek. Ebben a korban a római orvosnak kötelessége volt kifogások nélkül átadni a kívánt mérget.

Római elv szerint: „Férfinak legjobb sors, ha tud meghalni, legközelebb van hozzá, ha kényszerítik rá” / Lucenus: Pharsalia/

Az eutanázia ellenzői gyakran idézik a hippokratészi eskü gondolatát:

„És halált hozó szert nem fogok senkinek sem kiszolgáltatni, még kérésre sem, sőt, ilyenféle tanácsot sem fogok adni” A mai Hippokratész-kutatók, megállapították, hogy ez a betoldás a keresztény korból való, hiszen Hippokratész korában általános volt az öngyilkosságban való segítségnyújtás. A sztoikusok az élet befejezése legracionálisabb és legkívánatosabb módjának az öngyilkosságot tartották.

Seneca érvelése ebben a témában így hangzik: „Ha az egyik halált szenvedés és fájdalom kíséri, a másik pedig egyszerű és könnyű, miért ne válasszam az utóbbit? Ugyanúgy, ahogy

kiválasztom a hajót, amelyen utazni fogok, ugyanúgy választom meg a halálnak azt a módját, amellyel eltávozom az életből.”

A jó halál kérdése a keresztény korban is több gondolkodónál pl: Backon-nál és Morus Tamásnál is felmerül.

Az igazi eutanázia mozgalmak azonban a XX. Században bontakoznak ki. 1931-ben C. Millard doktor javasolta Leicesterben az eutanázia törvénybe iktatását, legalizálását. 1935-ben megalakult az Önkéntes Eutanázia Legalizálásáért Küzdő Társaság, amely azonban 1936-ban sikertelenül próbálkozott keresztül vinni törvényjavaslatát a Lordok Házában. A mozgalomról az Orvosi Hetilap is beszámolt Önkéntes könnyű halál című cikkében, az 1936. évi 1. számában. A javaslat azt írja elő, hogy minden 21 éven felüli végzetes és fájdalmas betegségben szenvedő egyénnek jogában álljon az önkéntes könnyű halált kérni. 1969-ben újra előterjesztették a törvényjavaslatot, amelyet 61: 40 arányban leszavaztak.

1938-ban hasonló társaságot hozott létre Amerikában Charls Francis Potter lelkész.

A II. világháborúban a náci „eutanázia” tettek visszavetették a mozgalmat. Eutanáziának nevezték ugyanis a társadalom számára „értéktelen” személyek elpusztítását. A fasizmus ezzel „indokolta” a legkülönbözőbb betegségben szenvedők, majd egész embercsoportok megölését.

Ezzel az eredetileg humánus tartalmú gondolat a legbarbárabb fogalmak egyikeként kapott pejoratív értelmezést.

1950-ben 2513 angliai és amerikai közismert személy aláírásával az ENSZ-hez érkezett egy megkeresés: Módosítsák az Alapvető Emberi Jogok Nyilatkozatát úgy hogy az foglalja magába a gyógyíthatatlan beteg jogát az önkéntes, aktív eutanáziára. Az ENSZ a javaslatot visszautasította.

Living Will mozgalom

A Living Will olyan írásban tett nyilatkozat, amely rögzíti, hogy az egyén milyen orvosi kezelést kíván, illetve nem kíván bizonyos állapotban (pl: végstádiumban) amikor már döntéshozatalra képtelen. E mozgalmak állásfoglalása, hogy a döntés joga szigorúan a betegé.

1974-ben három Nobel-díjas tudós - George Thompson, Linus Pauling, Jacques Monod - nyilatkozott a „humánus eutanázia” érdekében, amely „gyors, fájdalommentes halál az érdekelt kívánságát figyelembe véve”. Egy speciális végrendeletet javasoltak, amelyben kifejezhető a méltóságban való meghalás igénye. Az első „élő testamentumot” (Living Will) Kalifornia állam alkotta meg 1976-ban, amelyben a felnőtt személy kifejezheti ilyen irányú

igényét. Ezután több mint negyven állam elfogadta a Living Will-t.

Luis Kutner újságíró már 1930-ban foglalkozott ezzel a témával, amikor egy orvos barátja a kórházban haldokolva kérte, hogy ne hosszabbítsák meg szenvedéseit. 1934-35-ben alkotta meg a szöveget, amelyet először Fulton Sheen katolikus püspök, majd Errol Flynn filmszínész írt alá.

Az első végrendelet elfogadása sok amerikai államban Karen Ann Quinlan esetéhez kapcsolódik. A 21 éves lány 1975-ben gyógyszer túladagolás következtében mélyeszmeletlenségbe zuhant. 1976-ban püspöki, majd bírósági támogatással elérték, hogy a gépet kikapcsolták. A lány még hosszú évekig „élt” bár soha nem tért magához.

Az azóta keletkezett Living Will-ek közös vonásai:

Kifejezik a páciens akaratát arra vonatkozóan, hogy visszautasítja az olyan beavatkozást, amelynek egyetlen eredménye a halál folyamatának elnyújtása.

Elsősorban tehát a végstádiumban illetve reménytelen állapotban alkalmazható heroikus beavatkozások (újraélesztés, mesterséges táplálás, agyhalál utáni gépi lélegeztetés stb.) visszautasítását jelent.

Általában a következő pontokat tartalmazza:

- egy nyilatkozatot, amelyet a kompetens beteg két tanú jelenlétében ír alá
- a visszavonás lehetőségét, akármikor, minden formalitás nélkül
- az orvosok, gondozók, minden olyan személy polgári és büntetőjogi védelmét, akik a nyilatkozat szellemében járnak el
- a kezelőorvos kötelezettségét, hogy a nyilatkozatot a páciens dossziéjában helyezi el
- egy kötelezettséget, hogy ha az orvos nem ért egyet a beteg óhajával, átadja a beteget más orvosnak, vagy intézménynek

Az Amerikai Egyesült Államokban 1991 decembere óta a Betegek Önrendelkezéséről szóló törvény alapján kötelező a beteget felvilágosítani a kezelés visszautasításának jogáról illetve meghatalmazhatnak valakit, aki majd dönt ebben a kérdésben, ha ők ezt személyesen nem tudják megtenni. A törvény alapján figyelembe veszik a megfogalmazott végakaratot is.

Dániában 1992-ben született meg a törvény az élő végrendelet bevezetéséről. Ezentúl Ausztrália három államában (Dél-Ausztrália, Victória, Észak-Ausztrália) valamint Kanada négy tartományában legális. Svájcban, Nagy-Britániában és Japánban az orvos társaságok és kamarák állásfoglalásokat illetve dokumentumokat fogalmaztak meg, ezzel kapcsolatban.

A katolikus egyház állásfoglalása

A katolikus egyház ellenzi az eutanáziát, mert „az életnek sem az elindításáról, sem a befejezéséről nem dönthet, aki kapja. Ahogyan senki nem rendelheti meg saját születését, ugyanúgy a halála fölött sem rendelkezhet senki egyedül a Teremtő.” Az élet kioltása gyilkosságnak, vagy öngyilkosságnak minősül.

A katolikus teológusok szerint eutanázia csak egyféle létezik, az aktív eutanázia, amikor az orvos megöli a beteget és ez erkölcsileg teljességgel elfogadhatatlan. Passzív eutanázia nincs, hiszen akkor nem az orvos, hanem a betegség öli meg a beteget, ezért ezt a kifejezést nem tartják helyénvalónak

1957-es Olasz Aneszteziológiai Társaság szimpóziumán XII. Pius pápa olyan kijelentést tett, hogy a rendkívüli eszközök alkalmazása a beteg életben tartására nem feltétlenül követelhető meg. Ilyen rendkívüli eszköz például az, amely nagy fájdalommal, a beteg megcsönkítésével, megcsúfításával, pszichológiai megzavarásával jár, és mindez nem jelent a beteg számára előnyt, nem egyeztethető össze a beteg emberi méltóságával

A Hittani kongregáció 1980-ban nyilatkozott a kérdéstről. Ebben elismerték a technicizálódástól mentes természetes halál jogát.

„Ha a halál elközelebb és már semmiféle terápiával meg nem akadályozható, szabad lelkiismeretben eldönteni, hogy a további gyógyítási kísérletekről lemond-e valaki, amelyek életének csak gyenge vagy fájdalmas meghosszabbítását jelentenék. Ezt anélkül teheti, hogy lemondana arról a rendes segítségről, amely ilyen esetekben a betegnek jár.” Tehát az orvosi technika elutasítása nem tekinthető öngyilkosságnak, hanem az emberi adottságok elfogadásának.

A katolikus bioetikában régóta használatos alapelv az ún. kettős hatás elve, amely szerint a betegnek meg kell adni a szükséges fájdalomcsillapítást akkor is, ha az, közelebb hozza a halált. Erkölcsileg az orvos nem marasztalható el, hiszen célja a fájdalom csillapítása és nem a beteg halála, másodlagos hatás, az hogy a beteg esetleg meghal.

A Spanyol püspöki konferencián résztvevők az eutanázia-vitában a katolikus erkölcs ismert normáihoz híven a következő javaslattal éltek.

„Létvégrendeletet” intézhetünk családunkhoz, kezelőorvosunkhoz, lelki vezetőnkhez és egy közjegyzőhöz melynek ilyesféle szövege lehet:

„Ha eljön az a pillanat, amikor már nem tudnám kifejezni az alkalmazandó orvosi kezelésre

vonatkozó akaratomat, kívánom, és kérem, tekintsék ezt a nyilatkozatot akaratom formális, felelős és szabad kifejezésének, s azt tartsák tiszteletben, mintha végrendelet volna.”

Majd a végrendelező kifejezi hitét, hogy „az evilági élet Isten adománya és áldása, de nem a legfőbb jó a halál pedig elkerülhetetlen”, kéri, hogy gyógyíthatatlan halálos betegség esetén „ne tartsák életben, túlzott, rendkívüli eszközökkel, ne hosszabbítsák meg szükségtelenül haldoklását, de enyhítsék szenvedését aktív eutanázia nélkül.”

Az aktív eutanáziáért küzdő mozgalmak kulcsfogalmaiként is az életminőség és az emberi méltóság szerepelnek. Képviselőik az egyházi állásfoglalással szemben azt hangoztatják, hogy ha a haldokló az emberi méltósággal összeegyeztethetetlennek tartja további életét, lehetőséget kell kapnia arra, hogy kérésére az orvos esetleg ő véget vethessen szenvedéseinek.

Az aktív eutanázia megítélése Európában:

Az aktív eutanáziát az emberölésnél enyhébben ítélik meg többek között Németországban, Lengyelországban, Olaszországban, Dániában és Svájcban, ahol a törvény ismeri a „kívánságra ölést”. Az egyetlen ország azonban *Hollandia* ahol az aktív eutanáziát széleskörűen gyakorolják, és hivatalosan elfogadják.

Az ottani bíróság 1984-ben kimondta, hogy az orvos szükséghelyzetben cselekszik és ezért nem vonható felelősségre, ha a „ne ölj” és a „csökkentsd a fájdalmat” konfliktusában kérésre, halálba segíti betegét. Bizonyos feltételek között végzett aktív eutanázia elkövetőit nem büntették meg.

A feltételek a következők voltak:

- a végstádiumban lévő beteg ismételt, következetes kérése
- elviselhetetlen testi, vagy lelki szenvedés
- legalább két orvos egybehangzó beleegyezése

Az önkéntes aktív eutanázia kilencvenes évekre elfogadott gyakorlattá vált. 1990-ben bejelentési kötelezettséget vezettek be az orvosok számára az eutanázia esetekre vonatkozóan, azért, hogy az eljárás ellenőrizhető legyen. Kérdőívet alkottak, amelyet az orvosnak a beteg halála után kell kitölteni és átadni az önkormányzati halottkémnek. A kérdőív kiterjed a kórtörténetre, a beteg kérelmére (amit írásban mellékelni kell) a konzultáns orvos véleményére és magára az eutanázia tényére. A halottkém átadja a kerületi ügyésznek, aki megvizsgálja, hogy minden szabályosan történt-e?

1993. februárjában az Alsóház, majd a Felsőház jóváhagyta az eutanázia törvényt. A hollandok döntése fontos üzenet, ahogy Els Borst holland egészségügyi miniszter kommentálta az eutanázia engedélyezését kimondó törvény megszületését:

„Az élet befejezése van annyira komoly dolog, hogy megérdemelje a nyíltságot.”

Azonban a parlament nem akarta nyíltan legalizálni az eutanáziát, nem a Holland Btk-t módosították. A Btk 293§ szerint az eutanázia továbbra is bűncselekménynek számít és 12 évi börtönnel büntethető. A jogászok szerint, ha nem így lenne az emberi élet értékét kérdőjeleznék meg. A törvényi változás annyi, hogy a bejelentési rendet beépítették a Halottakról történő gondoskodásról szóló törvény rendelkezéseibe és ennek eredményeként az formálisan törvényes lett. Hollandia összes kórházában engedélyezett az aktív eutanázia. Az onkológiai osztályokon broszúrákból tájékozódhatnak a betegek

Főleg altatókból az orvosnak olyan szert kell használnia, amely békés fájdalom nélküli halálhoz vezet. A Királyi Farmakológiai Társaság kiadja azon gyógyszerek névsorát, amelyeket használni javasol eutanázia elkövetésére.

A szer beadása infúzióval történik. Az infúzió elindításakor előfordul, hogy a betegől újra engedélyt kérnek és a családtagok mindig jelen vannak. A szer 30 perc múlva kezd hatni, így van idő a családtagoktól való elbúcsúzásra.

Hollandiában a gyermekek eutanáziáját is elfogadják. 12. életévét betöltött gyermeknek joga van az eutanáziát kérni. Pl egy leukémiás gyermek is kérheti az eutanáziáját szülei beleegyezése nélkül is. Felmerül a kérdés akceptálhat-e egy ilyen kérést az orvos, holott a szülő és a kiskorú álláspontja nem egyezik meg.

Svájcban 1982 óta működik az Exit nevű szervezet, amely az önkéntes eutanáziát vállalta fel. A szervezetbe súlyos állapotú, gyógyíthatatlan betegek léphetnek be. A tagok számára exit igazolványt állítanak ki. Az igazolványban szerepel az eutanáziára vonatkozó szándék, valamint, hogy betegségük kezelése során milyen orvosi beavatkozásokat utasítanak vissza. Természetesen a beteg kérését az orvosi kezelés során tiszteletbe kell tartani.

Az orvos szerepe a halált hozó mérreg felírásáig terjed, a betegnek képesnek kell lenni a szer bevitelére. A por felírásával kapcsolatos kritérium, kizárólag csak gyógyíthatatlan betegek számára írható fel.

Az önkéntes eutanáziában elhunytak esetében aprólékos vizsgálatot folytatnak, hogy kizárják

a gyilkosság lehetőségét. A folyamatot részletesen leírják, jegyzőkönyvezik egészen a halál pillanatáig.

Az Exit Svájcban működő testvérszervezete a Dignitasz, amely az eutanáziára készülőket segítése érdekében alakult. A szervezet támazadókát foglalkoztat, akik rendszeresen látogatják a betegeket és a látogatások alkalmával, felkészítik őket a halálra.

Az önkéntes eutanáziában való segítségnyújtás azonban nemcsak a svájci állampolgárokra terjed ki, hanem külföldről is elsősorban az eutanáziát tiltó államokból, Németországból és Franciaországból érkező gyógyíthatatlan betegeknek. A külföldi állampolgárok számára lakást tartanak fenn, ahol emberhez méltó körülmények között mondhatnak búcsút a szenvedésekkel teli életüknek.

Belgiumban 2002-ben tették lehetővé, hogy az orvosok szigorú feltételek mellett a beteg saját kérésére véget vessenek a szenvedők életének. Az eutanáziát az esetek mintegy 41%-ban nem a kórházban, hanem a beteg otthonában hajtják végre.

A törvény értelmében akkor lehet eutanáziát alkalmazni büntetlenül, ha a beteg gyógyíthatatlan betegségben szenved, döntését tiszta tudattal, megfontoltan egyértelműen és ismételten közli az orvossal. Az orvosnak előre be kell jelenteni a beavatkozást az ügyészségen és egy külső orvosi bizottsággal is konzultálni kell. Szükséges továbbá, egy a beteg halálában nem érdekelt hozzátartozó beleegyezése is és a törvény értelmében legalább két hét gondolkodási időt kell biztosítani a betegnek, aki ez idő alatt bármikor meggondolhatja magát.

A belga orvosok, akik haldokló paciensek kérésére eutanáziával kívánják enyhíteni a beteg szenvedéseit, gyógyszertárakban speciális eutanázia-egységcsomagot vehetnek, benne az eutanázia végrehajtásához szükséges összes anyaggal.

A vásárlás szigorú feltételekhez kötött: a készletet meg kell rendelni és csak másnap vehető át, amikor hitelt érdemlően beigazolódott, hogy a vásárló valóban eutanáziára jogosult orvos.

Franciaországban az ADMD (Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité – Egyesület a Méltóságban Meghalás Jogáért) nevű szervezet működik, megalapítója Michael Landa. Az ADMD célkitűzése szerint az emberek maguk szeretnék dönteni magukról: folytassák-e a velük kapcsolatos kezelést, vagy szüntessék be.

Ehhez a prognózis precíz ismerete szükséges, illetve megfelelő információk a diagnózisról, a kilátásokról, a kezelés jellegéről. Nem arról van szó, hogy bárki bármikor véget vethessen az életének.

Angliában a mesterséges táplálás és folyadékpótlás visszavonása minden esetben egy olyan klinikai döntés, amely szigorú szakmai felelősségen, törvényi szabályozáson alapszik.

A szigetországban egy új rendelkezést szándékoznak bevezetni, amelynek neve: CPA-Continuing power of Attorney- folyamatos meghatalmazási képesség.

Ez általános jogi és orvosi alapelveket fogalmaz meg azzal kapcsolatban, hogy a nagykorú állampolgároknak joguk van a kezelések beleegyezésére és visszautasítására.

A CPA egy módszer, amely segítségével a polgárok folyamatosan biztosítva vannak afelől, hogy kívánságaikat tiszteletben tartják akkor is, ha már nem áll módjukban ezt kifejezni.

A CPA tehát egy meghatalmazás, amely rendelkezik az illető helyett, ha az cselekvőképtelenné válna a mesterséges táplálás és a folyadékpótlás kérdésében, de csak akkor, ha az egyén megadta a felhatalmazást a CPA keretében. Vagyis az egészségügyi személyzetnek és a jogászoknak ennek a felhatalmazásnak a nevében kell a „beteg érdekeit” figyelembe venni.

A fentiekben megjelenített Európai helyzetkép jól illusztrálja, hogy a létrejövő szervezetek az extrém szituációk, a haldoklás elnyújtása ellen emelnek szót. Fel akarják hívni a közvélemény figyelmét, hogy változzon meg az eddigi mentalitás, amely az önkéntes eutanáziát gyilkosságnak tekinti.

Magyarországi helyzetkép:

Magyarországon a betegek törvény adta joga, hogy életük végéhez érve lemondjanak a leggyakrabban hiábavaló életmeghosszabbító orvosi ellátásról, de hazánkban igen kevesen élnek ezzel a lehetőségükkel. A méltó halál „elnyerése” meglehetősen sok procedúrával jár, de az orvosok is ódzkodnak a passzív eutanázia felelősségteljes gyakorlásától. Sokak véleménye szerint az emberek azért nem készítenek leendő halálukról ún. élő végakaratot, mert nem ismerik a jogszabályokat és az alul kezeléstől félve, utolsó óráikban is kérik a gyógykezelést, a fejlettebb országoktól eltérően, ahol inkább a haldokló a túlkezeléssel szemben védekezik.

A hazai törvények az eutanázia minden fajtáját elutasítják. A kérdésben már több Alkotmánybírósági határozat is született. Az elmúlt évek során a jogi kérdés az emberi méltósághoz való jog és az emberi élethez való jog ütköztetése, mert ebben a kérdésben ezek nem férnek össze.

Az eddigi legfontosabb ilyen tárgyú ügy B Györgyi esete, aki 1993 szeptemberében halálba segítette a 11 éves gyógyíthatatlan beteg kislányát, Andreát. A gyermek elviselhetetlen fájdalommal küszködött, halála két-három hónapon belül bekövetkezett volna. Maga kérte édesanyját, segítsen véget vetni szenvedéseinek. Az anya a kislány fürdővizébe dobta a hajszárítót, ám az áramütés nem volt elegendő a halál beálltához, ezért a gyermeket a

víz alá nyomta. A bíróság első fokon két év felfüggesztett börtönbüntetésre ítélte az asszonyt. Az indoklás szerint az anya aktív eutanáziát gyakorolt, szeretetből ölt.

A Legfelsőbb Bíróság azonban emberölésnek minősítette az anya tettét. Az indoklásban az is szerepelt, hogy eutanázia kizárólag orvos-beteg viszonyban értelmezhető. Az anya végül köztársasági elnöki kegyelmet kapott.

Ez az eset nagy vitát kavart az országban és e büntetőügy kapcsán vetődött fel az a kérdés, hogy az emberi élet kioltása minden esetben a büntetőjog emberölési tényállásával szankcionálható cselekmény – e?

A jogi háttér áttekintése

A jogi háttért tekintve az 1972-es Egészségügyi Törvény idevonatkozó bekezdése szerint: „az orvos az általa gyógyíthatatlannak vélt beteget is a legnagyobb gondossággal köteles gyógykezeltetni.”

A Btk kimondja, hogy aki mást megöl, az büntetést követ el és 5-15 évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.

A Ptk szerint minden ember jogképes születésétől a haláláig, a jogképességről nem lehet lemondani, nem dönthetünk a saját halálunkról.

Az 1962 előtt érvényben levő régi Btk-ban szerepelt az úgynevezett „kívánságra való ölésről” szóló paragrafus, amely jóval enyhébb büntetést rótt ki arra, aki ezt végre hajtotta, sokan vannak, akik e paragrafus visszaállítását szükségesnek tartják.

1993-ban a fentiekben említett büntetőügy kapcsán indítványt terjesztettek a parlament elé, amely hatására 1997-ben új egészségügyi törvényt fogadtak el.

A törvény tartalmazza a beteg önrendelkezési jogát az ellátás, visszautasításának lehetőségével kapcsolatos paragrafusokat, de a rendelkezések nem jelentik egyértelműen a passzív eutanázia legalizálását, az aktív beavatkozást pedig sehol sem említi.

A törvény azt az embert tartja szem előtt, aki tudatosan, bátran szembe néz, többé-kevésbé tiszta tudatállapottal, a jövőjével és van ideje arra, hogy elrendezze a sorsát.

Takács Albert alkotmányjogász szerint látszólag van önrendelkezési jog és a kezelés visszautasításának joga, valójában ennek gyakorlati érvényesítése vagy lehetetlen, vagy semmi biztosíték sincs arra, hogy a beteg szándéka valóban érvényesülni fog, valamint nagy hiányossága a törvénynek, hogy nincs tisztázva a cselekvőképtelenség fogalma.

Dr. Kovács József a Semmelweis Egyetem bioetikusa – aki maga is részt vett a törvény kidolgozásában- azon a véleményen van, hogy a törvényalkotók azon szándéka, hogy a betegek kezébe visszaadja a döntést nem teljesült. A törvény megalkotásával nem történt

változás, ma is az orvosok többnyire egyedül döntenek el az eutanázia kérdéséről, amit a szakirodalom kényszer eutanáziának nevez.

Összegzés

Ahhoz, hogy az eutanázia véghezvihető legyen nagyon pontos törvényi szabályozásra és a törvények szigorú betartására van szükség. Felmerül a kérdés, ha megszületik a kívánt törvényi háttér Magyarország lakossága és orvostársadalma elég felkészült-e a „kegyes halál” alkalmazására? Napjainkban ugyanis túl nagy a halál misztériuma, talán, azért mert ritkán szembesülünk vele. A beteg hozzátartozói sincsenek felkészülve a haldokló ellátására, de arra sem, hogy mellette legyenek a haláltusánál. Egykor a haldokló otthonában búcsúzott el szeretteitől és a család úgy szervezte az életét, hogy ne maradjon egyedül. De ha az injekció és a halált siettető szer csupán egy lesz az orvosi beavatkozások közül, akkor a magánszféra intimitásának rovására a halál további medikalizálása következhet be.

Amikor a haldokló ágya mellett állunk szeretteink szenvedését látva gyakran felvetődik bennünk a kérdés, nem lehetne-e véget vetni a kínoknak? Ha saját halálunkra gondolunk, akkor azt kívánjuk magunknak, hogy ne kelljen hosszasan szenvednünk, szép csendben fájdalom nélkül aludjunk el. Az élet csak addig jelent értéket számunkra, amíg hasznot, boldogságot, örömet tud szerezni. A szenvedést elviselhetetlen kudarcként éljük meg, amitől minél előbb szeretnénk szabadulni. De nem lehet, hogy a haldoklás során a szenvedésünk az, ami értelmet ad a hátra levő életünknek és a kínok és a fájdalmak az utolsó formálói a személyiségünknek?

Az elmúlás, a végesség a biológia természetünk szerves része. A haldoklás összefügg a méltó halál igényével. Az élet lezárásának mikéntje függ a környezettől és az utolsó fejezetek cselekményeitől. Az emberi méltóság és az emberi önrendelkezés is sok szálon kapcsolódik egymáshoz. A méltóság megőrzése nem csak dacos elutasításra ragadtathat, hanem éppen arra is, hogy saját sorsunkat kezünkbe vegyük, és ha akarjuk végig küzdve, vagy csak a természetes halált elfogadva, de életünket mindenképpen számunkra méltó módon fejezzük be.

Tisztáznunk kell, mit is értünk emberi méltóságon. Bitó László megfogalmazásában: „azaz egész életünkben gyűjtött, teremtett tőke, amely túlélhet minket, ha a jó halál kegyében részesülve nem pocskékoljuk el utolsó heteinket.”

„Emberi méltóságunk a kollektív emberi méltóság része, hogy megelégedéssel, nem elkeseredett tiltakozással adjuk át helyünket az utánunk következőknek.”

Vélemény

Nagyon nehéz ebben a kérdésben véleményt formálni. Az én állásfoglalásom az egyház által kinyilatkoztatott véleményhez közeledik.

Mint ahogy nem dönthetünk születésünk pillanatáról, úgy a halálunk napját sem választhatjuk meg szabadon. Szenvedésünk okozta végső elkeseredésünkben, sem kényszeríthetünk másokat arra, hogy a „ne ölj!” parancs ellenében hozzásegítsen a halálhoz, még akkor sem, ha a halál a fájdalomtól való megszabadítást is jelenti. Azonban a végső stádiumban levő, gyógyíthatatlan betegek, amikor már elvesztette, a gyógyulás reményét meg kell adni azt a lehetőséget, hogy maga dönthessen arról, kívánja-e a további élethosszabbító, szenvedéssel terhelt fájdalmas beavatkozásokat, vagy a családi és emberi kapcsolatainak méltó lezárása után átadja magát egy nála magasabb erő akaratának.

Visszautasítja a gyógykezeléseket, amelyek csak a haldoklás fájdalmas idejét hosszabbítja meg, de nem eredményez gyógyulást és jobb életminőséget, sem biztosít a szenvedő számára.

A döntés a sorsunk elfogadását jelenti és az azt követő felszabadult lelkiállapotot, jól tükrözi Babits Mihály *Sírvers* (Levelek Írisz koszorújából 1902-1908) című költeményének első

versszaka: *„Itt nyugszom. Végre megnyugodtam
a hosszú szenvedés után.
Keserű lelkemet kiadtam,
s mint dőlt fatörzs, fekszem sután.
Keserű lelkemet kiadtam,
mint fájó gennyet a beteg:
magamtól is védve maradtam:
akarva sem szenvedhetek.”*

Irodalom:

Ádám György (1993.) Orvosetikai dilemmák. I-II. Budapest,

Babits Mihály (1974) Babits Mihály összegyűjtött versei. Szépirodalmi Könyvkiadó, Budapest, 17-18.

Benjamin – Curtis (1991): Etika az ápolásban. Budapest,

Bitó László (2005) Boldog élet, jó halál – eutélia, eutanázia Athenaeum 2000 kiadó

Blasszauer Béla (1999) Orvosi etika, Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest

Blasszauer Béla (szerk.1984.): A jó halál, Gondolat, Budapest

Blasszauer Róbert (1993) Egészségügyi etika; Ápolásetika. Batthyány-Strattmann László Egészségügyi Szakközépiskola és Gimnázium, Budapest,

Hegedűs Katalin (szerk. 1994.) Halálközelben. Magyar Hospice Alapítvány, Budapest

Légrádiné Tamás Margit: Ápolás és eutanázia a katolikus egyház álláspontjának tükrében.

Polcz Alaine (1989): A halál iskolája. Magvető Kiadó, Budapest

Polcz Alaine (1998): Ideje a halálnak. Pont Kiadó, Budapest

Popper Péter (1999): Fáj-e meghalni?, Saxum Kiadó Bt., Budapest

Varga Andor (1983.) Élet és erkölcs. Bioetikai kérdések (Teológiai vázlatok II.). Szent István Társulat; Budapest

A LIZERGSAV-DIETILAMID

Történeti áttekintés

A középkor kezdetén volt egy szörnyű betegség, a betegnél elhaltak az ujjai, a kezén is, a lábán is. Ezt a betegséget nevezték a Szent Antal tüzésnek. A betegnél egyetlen reménye, egy zarándokút volt Egyiptomba, Szent Antal sírjához. Ma már tudjuk, hogy a rozs kalászáin élősködő gomba, az anyarozs, és az anyarozssal fertőzött gabona lisztje okozta a betegséget.

Az anyarozsból a modern kémiai és gyógyszeres kutatások igen fontos és értékes gyógyszeranyagát állították elő (pl. méhvézést csillapító, migrénelles szer). Egészen természetes törekvés volt hát, hogy megkísérelték (abban a reményben, hogy újabb, hatásosabb készítményekhez jutnak) mind újabb és újabb, tisztán kémiai úton előállított vegyületek vizsgálatát.

A kémiai kutatások alapjául az a felismerés szolgált, hogy a természetes anyarozs-alkaloidok alap-építőköve, a lizergsav, könnyen volt más molekulákhoz kapcsolható. Így készítette el az egyik nagy gyógyszergyár, laboratóriumában, 1938-ban a már említett Hoffmann a lizergsav egyik származékát, a lizergsav-dietilamidot (amelyet azóta a szer kezdőbetűiből rövidítve csupán LSD-nek jelölnek). A szokásos állatkísérletekben az új vegyület nem mutatott olyan hatást, ami miatt érdemesnek látszott volna vele behatóbban foglalkozni, így hát félretették. Ekkor még senki sem tudta, hogy egy olyan vegyület született meg, amelyiknek az emberi tudatra szinte fantasztikus hatása lesz.

Ez csak teljesen véletlenül, 1943-ban derült ki. Ebben az évben Hoffmann a lizergsav-dietilamid-tartarát előállításával foglalkozott. Eközben egy sajátságos, az átmeneti elmezavarhoz hasonló, rövid ideig tartó kábulatszerű állapotba került, amit valamiféle mérgezésnek tartott. Akkor még nem tudta pontosan, hogy melyik anyag váltotta ki ezt. Naplójában azonban pontosan leírta az átélteket:

"1943. április 16-án délután, amikor ezen a témán dolgoztam, idegesnek éreztem magam. A fejemet nem tudtam forgatni, ezért korábban mentem haza a laboratóriumból. Lefeküdtem, és csakhamar delíriumos állapotba jutottam, amelyben különös ingerekkel teli víziókat láttam. Mivel bántott a fény, lehunyt szemmel feküdtem, és így fantasztikus arcokat

láttam. Ezek élénk színekben kaleidoszkópszerűen váltakoztak előttem. Két óra múlva a delírium elmúlt."

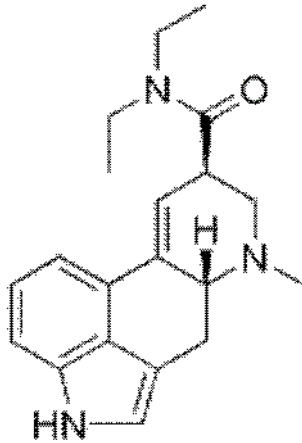
"Megpróbáltam rájönni, hogy mi történt a laboratóriumban. Amikor visszamentem, megvizsgáltam a berendezést, s azt találtam, hogy azon valami kis repedés volt. Feltételeztem, hogy lizergsav-dietilamid-tartarát gőzöket lélegeztem be. Elhatároztam, hogy önkísérletet fogok végezni, annak tisztázására, hogy felfedezésem igaz-e. Nagyon keveset vettem be belőle."

A bevétel után ezt jegyezte le: "Enyhe szédülési érzés, izgatottság, a koncentráció képességének hiánya, látási zavarok és leküzdhetetlen nevetési inger. Írása ezután már olvashatatlan lett. Megkérte egyik kollégáját, hogy kísérje őt haza. Mivel háborús idők voltak, kerékpárral ment. Csakhamar úgy tűnt előtte az egész világ, mint egy elvarázsolt kastély tükörterme. Azt hitte, hogy nem halad előre, holott (mint kollégája utóbb elmesélte) rendkívül gyorsan hajtott. Otthon lefeküdt, írásra képtelen volt, s csak utólag rekonstruálta emlékezetből benyomásait. Erősen szédült, torz képeket látott maga előtt, az őt körülvevő kollégák arca groteszkül kifestett maszknak tűnt számára. Izgatottság és aluszékonyság váltogatta egymást, hidegérzés és egyes testrészeinek váltakozó bénulása jelentkezett. Szájában fém íz érzett, torka kiszáradt, úgy érezte, megfullad. Néha úgy tetszett, hogy kívülről szemléli saját magát, érthetetlen szavakat mormolva éppen kiabál. Jóllehet hat óra múlva lényegesen jobban érezte magát, de körülötte még sok minden hullámozott. A tárgyak arányai is állandóan változtak. A színek kellemetlenné váltak, bennük furcsa kék és zöld színek domináltak. Ha viszont lehunyta szemét, újra megjelentek az állandóan változó fantasztikus képek. Különös volt, hogy a hangok hatására megváltozott a képek színe. Minden hang, minden zöreje egy olyan színes képet váltott ki, amelyik a hangnak megfelelt. Az éjszakát alvással töltötte, teljesen magához tért, de nagyon fáradtan ébredt.

Így született meg az LSD:

Tulajdonságai

Az LSD érzékeny az **oxigénre**, az ultraibolya sugárzásra és a **klórra**. Száraz és sötét helyen évekig eltartható. A tiszta LSD színtelen, szagtalan és kicsit kesernyész. Általában szájon át veszik be; mivel egy adag szabad szemmel szinte láthatatlan, ezért vékony papírra impregnálják, kockacukorra vagy zselatinra kenik.



Az LSD molekula

Néhány általános tudnivaló

A pszichedelikus drogok között leggyakrabban négyet emlegetnek: az LSD-t (ami egy szintetikus szer, savnak is nevezik, angolul acid), a meszkalint (amit a *Lophophora williamsii* vagy pejot kaktuszból vonnak ki), a psilocybint (amit a *Psilocybe* család gombáiból nyernek), valamint a PCP-t (amely egy szintetikus drog). Az LSD színtelen, szagtalan, íztelen anyag, oldatként vagy porként használatos. Mivel viszonylag könnyen hozzáadható más anyagokhoz, kockacukorban vagy itatóspapírban forgalmazzák, de néha cigarettába sodorva elszívják, ritkábban beinjektálják. A meszkalint elrágják vagy teában, cigarettában fogyasztják, a psilocybint leginkább megeszik. A PCP egy rendkívül sokoldalú drog, pontosabban nem is egy, hanem sok fajtája ismeretes, legelőször orvosi célokra fejlesztették ki. Tablettákban és kapszulákban forgalmazzák; okozhat hallucinációt, de a használó jellemző módon azt érzi, hogy testétől elválik, vagy kilép környezetéből.

Az idők folyamán számos címkét ragasztottak a pszichedelikus drogokra, mivel hatásaik valóban változatosak. Nevezik őket hallucinogéneknek, mivel hallucinációkat indukálnak, pszichotomimetikus szereknek, mivel pszichózishoz hasonló állapotokat idézhetnek elő, pszichodiszleptikus drogoknak, mivel megbomlasztják az elme működését, illetve pszicholítikus szereknek, mivel fellazítják az elmét. A továbbiakban az LSD-re összpontosítok.

Itt fűzném hozzá, hogy mivel saját tapasztalatokkal nem rendelkezem a témában, kénytelen voltam mások véleményét a saját meglátásom szerint megsűrve itt leírni. Sokat segített a téma feldolgozásában Feldmár András *Tudatalattiállapotok szivárványa* című írása.

Az LSD hatásai

Kitágítja a tudatot, az észlelés lelassul, az elme képes lesz befogadni olyan dolgokat is, amelyeket azelőtt nem vett észre. Feldmár András úgy fogalmaz, hogy az ember úgy tekint a világra, mintha először látná. Gyakran az érzékek keveredéséről beszélnek, szinesztéziáról, például valaki hallhat egy színt vagy láthat egy hangot. Két ülés nagyon különböző lehet, a nagyon kellemestől a terrorral határosig bármi.

Az, hogy mit is él át az ember a drog használata alatt, nagyban függ az elfogyasztott mennyiségtől, az illető személyiségétől, előző tapasztalataitól, a pillanatnyi helyzettől, hangulattól, jelenlevő személyektől. A pillanatnyi körülményeket a szakirodalom erősen kihangsúlyozza.

Dependenciát illetve elvonási tüneteket nem okoz, viszont léteznek adatok arra nézve, hogy túlzott használata agykárosodást okoz. A tolerancia hamar kialakul, ugyanaz a dózis második alkalommal nem produkál ugyanolyan erős tudatmódosulást. Ezen kívül beszélnek erős pszichológiai dependenciáról, tudniillik a droghasználat után nehéz beilleszkedni a mindennapi realitásba.

Az LSD majd mindegyik érzékszerv működésében súlyos zavarokat okoz, akár csak a pszichés funkciókban is. Pupillatágulat, szapora pulzus és a vércukorszint emelkedése tapasztalható. Egy óra múlva színes, látási hallucinációk, félelmetes víziók jelentkeznek, a személyiség elvesztése vagy széthasadása, az időben és a térben való tájékozatlanság, majd erős izgatottság támadt. Igen gyakori, hogy LSD hatására az ember önmagát kívülről szemléli. Ez utóbbi jelenséget, vizsgálatai alapján egy pszichiáter így jellemezte: "A vizsgált egészséges önkéntesek úgy érezték, hogy önmaguk mellett állnak és saját magukat szemlélik."

Ezek a hatások nagyon hasonlatosak azokhoz, amelyet pl. a hasis, a meszkalin vagy általában a pszichotrop drogok csoportjába tartozó legtöbb anyag kivált. Csak éppen az LSD hatásai mindnél súlyosabbak, hosszabban tartanak... Ezen kívül, míg meszkalinból elég tetemes mennyiségre van szükség a hallucinációk kiváltásához, addig az LSD-ből a gramm ezredrészének egyötöde, elég hasonló lelkiállapot kiváltásához. Különösen veszélyes a méhen belüli magzatra, ha terhes nő szedi, a magzat csaknem mindig, súlyos agyi fejlődési zavarral születik meg (vízfejűséggel vagy teljesen fejletlen agyvelővel). Gyógyszertani hatásának a

lényege, hogy az agykéregben megbontja a mozgató (ideg, izom) és az érzékelő funkciók közötti egyensúlyt.

Az első időkben, miután megállapították, hogy számottevő terápiás javallata nemigen van, s inkább kutatási, semmint gyógyítási célra lesz használható, nem sokat törődtek vele. Annál is kevésbé, mert a kísérletek során kiderült, hogy a klasszikus értelemben véve nem mérgező, s házszokást sem okoz. Azután, a század 60-as éveiben bekövetkezett a robbanás. Megkönnyítette ezt az is, hogy éppen a már elmondottak miatt semmi nem indokolta a szigorú ellenőrzést, hiszen úgy gondolták, szedése nem jár különösebb veszéllyel.

Néhány további megjegyzés

Az LSD kiváltotta élmények tudatállapot-specifikusak lehetnek. Ez azt jelenti, hogy amikor valaki beveszi, átélhet bizonyos élményeket, amelyekre nem feltétlenül fog emlékezni a droghatás elmúltával. Ha viszont újra beveszi a szert, emlékezni fog arra, amire tiszta tudattal nem, és ott folytatja élményét, ahol a szer fogyasztása alatt abbahagyta. A drog 24 óra alatt teljesen kiürül a szervezetből, mégis, hetekkel vagy hónapokkal a szer használata után úgynevezett visszacsapást vagy „flashback”-et szoktak néha átélni, amelyek során érzékszalódások vagy hallucinációk lépnek fel (szer nélkül). Annak ellenére, hogy kábítószerként tartják számon, Feldmár András kihangsúlyozza, hogy az LSD nem ködösít-kábítja az elmét, hanem valójában kitágítja a tudatot.

Pszichológiai hatások

A hatások élménykategóriákba sorolhatóak Pahnke és Richards kutatásai alapján. Az élmények kialakulása a környezettől, a tapasztalattól és a szellemi fejlettségtől függenek.

a) Pszichotikus reakciók (rettegés): Az első élménycsoport a legrettenetesebb. A trip során az utazót iszonyatos rettegés keríti a hatalmába. A tudatalatti gondolatok teljes erővel törnek a felszínre. Az elfojtott negatív élmények szinte az örületbe kergetik a drogot. Jellemző, hogy démonok, vagy szellemek üldözik az utazót. Volt olyan, akit apró fekete manók üldöztek, ott voltak körülötte, a fülébe súgtak dolgokat, és úgy érezte meg is érintik, közben a srác iszonyatosan rettegett és a szíve 160-on pörgött. Olyan hallucinációk látomások és víziók alakulnak ki, amelyek elől gyakran csak az öngyilkosságba menekülés az egyetlen megoldás, mivel az élményt valóságúnak éli meg a drogos. Mindenki álmodott már úgy, mintha valóságosan megtörtént volna vele minden. Míg alvás közben biztonságban vagyunk,

addig a trip közben a drogos fizikailag aktív, csak a gondolatai bolondultak meg. Ezért fordulhat elő, hogy valaki a tizedik emeletről zárt ablakon keresztül próbál meg repülni, vagy fél kézzel megpróbál megfékezni egy kamiont az út közepén.

b) Bad trip: A bad trip egy rosszul előkészített utazás. Az utas ideges, feszült, fél a drog hatásától ezért a szer erős negatív ingereket vált ki. Nem alakul ki a rettegés, viszont úgynevezett "félelemmérgezés" jelentkezik, mivel a bad trip jellemzője a mindentől való félelem. Főleg akkor alakul ki, ha az utazni vágyó nem bíz a szerben, illetve önmagában. Gyakori oka a bad tripnek a félelem illetve a belső konfliktusok. Gyakran félnek a haláltól illetve a megőrüléstől. Mindkét esetben el kell fogadni azt, hogy benne van a pakliban ez is, ekkor esély van a trip ellenőrzésére. Ha a drogos kezéből kicsúszik az irányítás és nincs a közelben vezető, akkor akár balesettel vagy öngyilkossággal is végződhet a trip. Semmiképpen sem szabad a tripet a halál irányába kormányozni, mivel elképzelhető, hogy a drogos meghal. A bad tripből csak erős önkontrollal lehet kijönni. Előfordulhat olyan negatív gondolatörvény, amelybe belekerülve egymást követik a negatív gondolatok.

c) Pszichodinamikus élmények: A tudatalatti gondolatok bújnak elő ebben a típusú tripben. Az utazó átéli azokat az élményeit újra, amelyek mély benyomásokat tettek rá, valamint előkerülnek olyan emlékek, amelyekre már csak nyomokban emlékszik. Erős érzelmi hullámvás jellemezheti az utazót attól függően, hogy éppen milyen emlékkép vetül ki a tudatában.

d) Kognitív élmények: Egy olyan "megvilágosult" tudatállapot, amelyben a gondolatok szinte borotvaélesek, főként képi gondolatok jellemzik ezt a fajta utazást, mivel a gondolkodás rendkívül felgyorsul. Gyakran kísérik érzelmi reakciók a tudat felpörgését.

e) Esztétikai élmények: Az érzékszervek működése változik meg. A látás, hallás, szaglás, tapintás annyira felerősödik, hogy olyan apró részletek is feltűnnek, amelyeket addig észre sem vett az ember. Ilyenkor a hangoknak rendkívüli jelentőségük van, hiszen rögtön megtalálják az utazó tudatát.

f) Vallásos és transzcendens élmények: A legritkább trip, mivel nagyon mély és elvont gondolkodást igényel az utazótól. A trip során mérhetetlen béke és nyugalom árasztja el a drogot, úgy érzi egyé válik az univerzummal, egész lényét átjárja a szeretet és a megértés. Leginkább a buddhista mély meditációhoz lehetne hasonlítani ezt az állapotot. A tudat

lecsendesül, a szellem megnyugszik, a test eggyé válik a világegyetemmel. Rendkívül kevesen jutnak el erre a szintre, de akiknek sikerül, azok általában gyökeresen változtatnak életmódjukon, abbahagyják a drogozást, elmennek tanítani vagy beállnak szerzetesnek. Ma már számos helyen lehet tanulni meditatív technikákat, sok könyv is jelent meg a témában. LSD nélkül is elérhető ez az állapot, csak kitartó gyakorlás szükséges hozzá. Bár Feldmár szerint ha el tudunk jutni Miskolcra vonattal miért mennénk gyalog.

Veszélyei

Pszichikai függőséget alakíthat ki, azonban mivel rövid távon a tolerancia nagyon nagy, erre kevés a reális esély. Fiziológiás függőséget (**addikciót**) nem okoz; máig semmilyen fizikai káros hatását nem sikerült kimutatni. Használótól függően hozzájárulhat a lappangó pszichés betegségek felszínre töréséhez (**skizofrénia, paranoia, pánikbetegség, halálfélelem, ön- és közveszélyes magatartás**). Timothy Leary szerint a legkevésbé veszélyes kikapcsolódás, ugyanis a **set-re** és **setting-re** való odafigyeléssel a legtöbb mentális veszély jelentősen csökkenthető.

Előnyei

Az LSD-nek az a "kedvező" tulajdonsága van, hogy lelki függőség (a szó klasszikus értelmében, ahogyan azt a többi kábítószerrel láttuk) nem alakul ki, csak a tolerancia, de az viszont rendkívül gyorsan. Ez pedig valamiféle önszabályozásra kényszeríti az LSD hívét. Néhány "utazás" után már rendkívül nagy adagok sem váltják ki a hallucinációkat, így a rendszeres LSD-élvezők is kénytelenek hosszabb-rövidebb szüneteket tartani. Ez a kényszerszünet pedig (amely ahhoz szükséges, hogy a tolerancia javuljon, az LSD-hatást ismét élvezni tudják, az erősebb egyéniségeket hozzásegítheti, hogy aránylag könnyen felhagyhassanak káros, önpusztító szenvedélyükkel. Ezzel szemben az LSD-t naponta nagy adagban szedő toxikomán, aki már nem is az élvezetet keresi, hanem csak konokul mérgezi magát, már súlyos pszichopata.

LSD és a vallás

A lavina nem is magával az LSD-vel indult meg, hanem a meszkalin-nal. 1960-ban egy Timothy Leary nevű amerikai pszichológus mexikói utazása során megismerkedett a pszilocibin hallucinogén, elsősorban vallási hallucinációkat okozó hatásával. Majd hazatérve megismerkedett az LSD-vel is. Attól kezdve annak prófétája lett, a szó szoros értelmében.

Nemcsak lelki újratámaszt ígért követőinek, hanem arról is biztosította őket, hogy az LSD segítségével újból megtalálhatják Istent, s jobban, békességben és békésebben fognak élni.

Ez még a pszilocibin vonatkozásában sem áll, pedig az (nem tudni, miért) elsősorban valóban vallásos hallucinációkat okoz, de semmiképpen nem igaz LSD esetében. Leary mindenesetre létrehozott egy vallási közösséget, amelyet IF-IF-nek nevezett (International Foundation for Internal Freedom, vagyis Nemzetközi Szervezet a Belső Békességért). A szervezet hamarosan feloszlott ugyan, de addigra már (elsősorban az Egyesült Államokban) elszabadult a pokol. Az LSD leginkább a fiatalok körében terjedt vihar gyorsasággal. Egyes pszichiáterek szerint azért, mert fiatalok között igen sokan érezték magukat, magukra hagyottak, sokan pedig hajlamosak a misztikumra a befelé fordulásra. Ha ezekben a problémás időszakokban nincs mellettük a család vagy másvalaki, aki tud és akar is szilárd támaszt, segítséget nyújtani, akkor nyúlnak a kábítószerhez. Ehhez járul még természetesen a lélektani adottságaik miatti, kíváncsi és kísérletezésre hajlamosak tábora.

LSD és a művészet

Az LSD és a művészet kapcsolata a '60-as években, a **hippi** korszakban kezdődött, nagy hatással volt az **acid-rock** kialakulására, de a **pop-art** fejlődésére, a filmművészetre és a képzőművészetre is nagy hatással volt. Napjainkban a goa-kultúrán érezhető leginkább az LSD hatása.

LSD és pszichiátriai problémák: Timothy Leary és Stanislav Grof

Rendkívül érdekes kísérletek fűződnek a két kutató nevéhez. Azért is fontos megemlítenünk a nevüket, mert kardoskodnak az LSD potenciálisan gyógyító hatása mellett (egyébként manapság Leonardo Di Caprio ugyanezt teszi). Eredményeik minimum elgondolkodtatóak, maximum igazolják állításaikat. Három csoportnak adtak LSD-t, pszichotikusoknak, neurotikusoknak és elfogadott művészeknek. Hagyományosan azokat tekintik pszichotikusoknak, akiknek realitásérzékük károsodott, vagyis paranoiások, hallucinálnak, mint például egyes skizofrének (a legsúlyosabb pszichiátriai betegek tartoznak ide). A neurotikusok azok, akinek realitásérzésük nem károsodott, viszont más, például emocionális jellegű nehézségekkel küszködnek; egy hisztériás személy ide sorolható (bár ma már a hisztériát ilyenformán nem diagnosztizálják).

A kitágult tudatállapot

Az üléseken 100 mikrogramm LSD-t adtak a pácienseknek, majd a megszokott módon beszélgettek velük. Az LSD hatása alatt az emberek általában hamarabb megnyílnak, és azokról a dolgokról is könnyebben beszélnek, amelyekről máskor nem nagyon tudnak beszélni. A 20-ik ülésnél az elfogadott művészek elérték a meghalás-újjászületés élményét: érezték, hogy nyomás alatt van testük, és kérték az orvost, hogy segítsen. Ugyanezt az élményt a neurotikusok a 70-ik, a pszichotikusok a 120-ik óra után érték el. Ez az élmény rendkívül katarikus: ezután az emberek lazábbak, fesztelenebbek, békésebbek lesznek, könnyebben viszonyulnak másokhoz, és nagy adag frusztrációt, szorongást hagynak maguk mögött.

Valóban hathat gyógyszerként?

Feldmár András szerint az, hogy az események sorozata és milyensége mindhárom csoport esetében ugyanaz volt (csak egyik csoport hamarabb elérte a katarizist, mint a másik) arra enged következtetni, hogy végső soron egyformán működünk, csak egyesek gyorsabban érnek el ugyanoda, ahova mások, egyeseknek több „szeméten” kell átrágniuk magukat mint másnak, mielőtt eljutnak a „nirvánába.” Ami rendkívül fontos viszont az, hogy a meghalás-újjászületés élmény után már nem voltak többé pszichotikusok, és ez az egészséges állapot az LSD terápia után tíz évvel változatlan volt (csak eddig követték őket). A pszichotikusokkal végzett kísérletek során más érdekességekre is bukkantak. Az LSD bevétele utáni első 20-30 órában a pszichotikusok teljesen olyanok voltak, mint az átlagos emberek, vagyis nem hallucináltak és nem voltak paranoiások. Amikor megszűnt a drog hatása, visszatértek hallucinogén állapotukba. A művészek esetében épp fordítva volt, LSD hatása alatt hallucináltak, drog nélkül pedig, ahogyan legtöbbször, nem...

LSD és alkoholizmus

Ha alkoholizmusról kérdezzük a segítő szakmákban dolgozókat, többnyire egyöntetű választ kapunk: „igen, ez az a betegség amivel nagyjából semmit sem tudunk kezdeni... segítünk, amit tudunk, de fel kell készülni, hogy a gyógyulás nem következik be...” Grof és csoportja kísérletezni kezdett. Az LSD-t néha egyetlen, óriási dózisban alkalmazzák: az 1000-1200 mikrogrammos adagot viszont az életben csak egyszer adhatják be egy személynek. Amikor alkoholistáknak adták be ezt a mega-dózist, nyolc-tíz óra alatt bekövetkezett a már említett meghalás-újjászületés élmény, és legnagyobb meglepetésükre, az alkoholisták utána többet soha nem ittak.

Szavak jelentése

- **trip:** Az úgynevezett utazás, amit a fogyasztó átél az átlagos adag túllépése után.
- **set & setting:** Az LSD fogyasztásának módja, helye, előkészülete, zene kiválasztása, egy ismerős, vagy jóbarát kiválasztása a fogyasztó felügyeléséhez.
- **bad trip:** Negatív, vagy kellemetlen utazás

Szleng

- lecsó
- papír
- bélyeg
- sav
- trip (ez egyébként téves szleng, a trip magát az utazást is jelentheti, ami lehet LSD-től, gombától, kaktusztól, stb.)
- trinyó
- hofi (egy kifejező képpel nyomott, igazán erős,)

Irodalom

Römpp Vegyészeti lexikon

Issekutz B.: Gyógyszerrendelés

Bayer I.: A kábítószer

Drogvilág: LSD

Magyar nyelvű LSD FAQ

LSD - Uzonyi Zsolt honlapjáról

A FÉLELEM BÉRE

Avagy a veszély szakmunkásai és a bátorság pszichológiája

1995 nyarát írtuk. Rekkenő hőség volt, és én a védőfelszereléseimet vettem fel, szépen lassan, egymás után. A második rész következett, a csata, addigi kaszkadőréletem legkomolyabb akciójával, és a gyomrom kezdett egész picire összeszűkülni. Bár szívem szerint valahol máshol lettem volna, mégis, mint egy gép, sorban felhúztam a könyök- és térdvédőt, a gerincvédőt és a védőfelszerelésekre a jelmez különféle ruhadarabjait. A szám kiszáradt, és vizelnem is kellett, de a sok ruha miatt már nem akartam elmenni a WC - re, a gyomromban pedig mintha egy hangyaboly zsibongott volna.

Felültem a ló hátára, és a feszültség egy kicsit oldódott, a ló elterelte a figyelmemet. Ám ez csupán egy kis ideig tartott: néhány perc, és a tudatomat újra az akció kötötte le. Belül újra és újra végigpörgettem, hogy mi fog történni, és nem csupán láttam lelki szemeim előtt magam akció közben, hanem érzetem is a testemben a történéseket. Lassan leértünk a lóval a kezdőhelyre, kintről behallatszott a nézőtér zsivajgása, én hátul a takarásban újra és újra lepörgettem az akciót, és mondogattam magamban a legfontosabb vezérszavakat: hátradőlni, megforgatni, nem elengedni... hátradőlni, megforgatni, nem elengedni... hátradőlni, megforgatni, nem elengedni...

Majd megszólalt a zene, elkezdődött a második rész. A gyomrom, ha ez lehetséges, még kisebbre ugrott össze. A szám addigra már teljesen kiszáradt. Aztán jött az első vágta, és minden olyan gyorsan történt, hogy szinte eszmélni sem volt időm. Vágta a másik oldalra, lövések, onnan vissza, tüzes nyílvevő a bányába, robbanás, égve ki az egyik kollega - de ekkor már kint voltam újra takarásban, ahol a ló a rohanástól és a lövésektől, a többi ló izgalmától teljesen begőzölten pörgött - forgott, ágaskodott, miközben az egyik társam igyekezett megtartani. Beakasztom a lábam a kengyeles vontatáshoz, és a kezembe veszem a gondosan felgumizott, és feltekert szíjat, közben már zihálva mellettem a másik kollegám, aki velem párban esik a lóról. És ekkor megjelenik újra az indián - lovascsapat, és elvágatnak előre, hogy ne zavarják az akciónkat - mi pedig jócskán lemaradva utánuk. A lovaink iszonyatos sebességgel vetik magukat a többi ló után, talán ötven - hatvan km/h-val is vágthatunk. A tudatom teljesen beszűkül, szinte semmit sem látok és hallok, csupán a kollegámat látom előrohanni a házból, látom, ahogy felemeli a coltját, és látom a pisztolyból

kicsapó lángot és a füstkarikát a revolver csöve körül. A dörrenést nem hallom, csupán egy kimerevedett kép az egész, körülötte megszűnik a világ, és a testem a füst látványára önállóan cselekszik: leveti magát az örült vágóban száguldó lóról, megpörgeti magát a levegőben, majd a hátamra érkezem. Egy pillanatra kimerevedett ferde képként megjelennek előttem a nézők, elmosódott színes tömeg, majd egy hatalmas zökkenést érzek, és egy óriási rántást: a testem szinte felrepül újra a levegőbe, majd a lendület beránt a ló mögé, a túloldalra, majd vissza, végül egyenesbe, a markom görcsösen szorítja a bőrszíjat, és a ló örült sebességgel vonszol maga után, végig a szabadtéri színpadon. Végül kint, a túloldali takarásban elengedem a szíjat, a továbbvágató lovat megfogják, én pedig nekidőlök a domboldalnak, és ott pihegek. Újra látok és hallok, érzem, az izzadságot, és a szomjúságot, és valami eufórikus érzés kerít hatalmába, hogy megcsináltam. Szembenéztem valami olyasmivel, amitől féltem, és legyőztem azt.

Nem vagyok pszichológus - így talán elnézhető, ha saját élményvilágomból mértek, és kissé személyesre sikeredett a bevezető. Ám így talán plasztikusabb és hitelesebb az illusztrációnak szánt kép, a félelem, és működésének szomatikus és a tudatban lezajló hatásmechanizmusai.

Kaszkadőr vagyok, tizennégy éve a veszély szakmunkásaként keresem kis családom kenyerét. Így a félelem, annak legyőzése mindennapos élettapasztalatommá vált, az évek során megtanultam kezelni a veszélyhelyzeteket, és a saját félelmeimet. Az elmúlt több mint egy évtized arra a tapasztalatra is megtanított, hogy a félelemnek sok arca van, az ember változik, s a félelmet másként és másként éli meg. Volt időszak, amikor a félelem majdnem maga alá gyűrt, és csak nehezen voltam képes legyőzni, s volt, amikor szinte nem éreztem semmit: szinte mesterségesen kellett „felpörgetnem” magam, hogy egy egészséges feszültség keletkezzen bennem, amelyből a kaszkadőr ki tud robbanni az akció végrehajtás közben.

Mert egy egészséges belső feszültség nélkül a kaszkadőr nem tudja végrehajtani jól az akciót. Elvész a mozgás dinamikája, a látvány, a test helyett a tudat működik, megnő a sérülésveszély. Ahhoz viszont, hogy egy kaszkadőr önmagát képes legyen ebbe az állapotban hozni, ahhoz rutin kell, s ki kell alakítani mindenkinek a maga technikáit, amellyel akcióképes állapotba képes hozni magát - ez a technika egyéenként eltérő. Ezt nevezhetjük egyfajta sajátos önhipnózisnak, önszuggesztiónak, egy fordított autogén - tréningnek is: egy jó kaszkadőrnek el kell sajátítania ezt a gyakorlatot.

A bevezetőben leírt szituáció kaszkadőrpályafutásom elején történt, Ausztriában, egy westernszínházban - ezek a szabadtéri színházak a legjobb iskolák egy kezdő kaszkadőr

sámára. Ekkoriban a veszély sokkal jobban megviselt, hiszen tapasztalatlan voltam, és még nem tanultam meg a félelmemet kezelni - és jóval több volt az ismeretlen szituáció, mint manapság. Ma már a rutin és az átélt helyzetek sokasága felvértez annyi tapasztalattal, hogy tudjam, mi fog történni, és az ismerttől nem fél annyira az ember, mint az ismeretlentől. Természetesen ma is van, hogy átélem a félelmet, de ma már csak ritkán olyan intenzitással, és olyan szomatikus és lelki tünetegyüttessel, mint akkor, régen, pályám elején.

Mindenki fél - vagy legalábbis az emberek túlnyomó többsége érzett már félelmet életében. A félelem alapérzelmeink egyike, amely - legalábbis egyes pszichológusok szerint - növeli az egyed és a faj túlélésének esélyét. E szerint az evolúciós szemlélet szerint, amelynek egyik legkiválóbb képviselője a nemrégiben elhunyt Robert Plutchik professzor, az érzelmek adaptív válaszokat hívnak elő, fontos szerepet játszanak a fajtársak közötti kommunikációban, illetve szabályozzák a társas kapcsolatokat.

stimulus event	cognition	feeling state	overt behavior	effect
threat	"danger"	fear	escape	safety
obstacle	"enemy"	anger	attack	destroy obstacle
gain of valued object	"possess"	joy	retain or repeat	gain resources
loss of valued object	"abandonment"	sadness	cry	reattach to lost object
member of one's group	"friend"	acceptance	groom	mutual support
unpalatable object	"poison"	disgust	vomit	eject poison
new territory	"examine"	expectation	map	knowledge of territory
unexpected event	"what is it?"	surprise	stop	gain time to orient

Plutchik (1994) szerint nyolc alapérzelmeket tudunk megkülönböztetni, amelyek különböző helyzetekre adott válaszok az egyén részéről, s ezek a válaszok különféle viselkedéseket indukálnak, különféle funkciókkal: Plutchik ezeket az adaptív válaszokat a Walter Cannon által 1929 - ben leírt „fight or flight” - „küzdj, vagy menekülj” elvének mentén differenciálja. A félelem, mint érzelmek egy fenyegető helyzet eredménye, amely menekülésre készítet, s funkciója a védelem: az evolúciós pszichológia e példán keresztül

szemlélteti előszeretettel elméletének helyességét.

Ebből viszont az következik, hogy a kaszkadőrök vagy kihalásra vannak ítélve, vagy éppenséggel maga az emberiség lenne rövid úton kihalásra ítélve, ha csupa kaszkadőrből állna. Ám a félelem nem feltétlenül indukál menekülést - számos, az állatvilágból, de éppen az emberi világból vett példa bizonyítja, hogy a félelem, különösen, ha nincs más lehetőség egy másik túlélési stratégiát választva támadásba csap át. A félelem közömbösítésének így nem egyedüli módja a menekülés a félelmetes szituációtól, vagy szituációból, hanem a félelem legyőzése, a bátorság is, amikor átlépek a tagadhatatlanul bennem élő evolúciós készleten, és valami olyasmit művelek, amely homlokegyenest ellentétes azzal a viselkedéssel, amely az adott szituációban elvárható lenne.

Plutchik teóriája természetesen választ adhat a sarokba szorított állat, vagy ember félelmének agresszióvá transzformálódására, hiszen a menekülés lehetetlensége, az akadály agressziót vált ki, amely támadásra, az akadály lerombolására sarkall. Ám mi vesz rá valakit arra, hogy leugorjon egy húsz méteres ház tetejéről, vagy hogy levesse magát egy száguldó lóról? Vagy hogy ne maradjunk a kaszkadőrszakmánál: mi vesz rá valakit, hogy kimentsen egy embert az égő házból, hogy vadászpilótaként harci bevetésen vegyen részt, hogy tágabb értelemben véve: hősi cselekedetet hajtson végre?

Ha mindannyian mindenkor az evolúciós parancsnak engedelmessé válnánk, alighanem igencsak vékonykák lennének a történelemkönyveink. Vagy éppen ellenkezőleg? A rohamozó katona, aki tudja, hogy agyonlövik, ha megtagadja a parancsot, nem ugyanolyan csapdába esett állat, akinek a félelme agresszióba csap át, mert nincs más lehetősége a túlélésre? A kaszkadőr pedig nem azért ugrik le a háttetőről, mert önmagának, az általa tett és vállalt kötelezettségeinek foglya? Hiszen a kaszkadőr önmaga létét teszi kockára, ha nem vállal el egy feladatot, ha megfutamodik: az önmagáról konstruált énképének összeomlását kockáztatja, s ez éppen elégséges indok ahhoz, hogy a félelem által benne felhalmozódott feszültséget a félelem legyőzésére, s ne a félelmet keltő szituációtól való menekülésre használja.

Kemény dió, különösen, ha egyéb evolúciós szempontokat is bevonunk a tárgyalásba: hiszen a férfi, ha képes legyőzni a félelmét, s nem utolsósorban képes legyőzni, uralma alá hajtani ezáltal a környezetét, nagy valószínűséggel sikeresebb lesz a nőnemű egyedek körében, s így a párválasztásban és a reprodukcióban. Az állandóan menekülő férfi lehetséges, hogy sikeres evolúciós stratégiát választ a pszichológusok szerint, de garantáltan csak a pszichológusok szemében lesz sikeres, a nőkében nem. A nőstények erős hímre vágnak, a menekülés pedig a gyengeség jele: így a hímek, már akik szaporodni akarnak, kénytelenek

szembenézni a félelmeikkel és legyőzni azokat.

A képet tovább árnyalja, hogy a kutatások szerint az egyénnek szüksége van a szenzoros ingerlésre. J.P. Zubek 1969 - ben szerkesztett és publikált kísérletsorozatában („Sensory deprivation: fifteen years of research”) a kísérlet alanyát egy teljesen lesötétített és hangszigetelt szobában egy kényelmes ágyra fektetik, víz és élelem csöveken érkezik számára, miközben a kontrollszemélyek nem részesülnek semmiféle külső - inger megvonásban. Huszonnégy óra elteltével a kísérlet alanyai az észlelés drasztikus romlásáról számolnak be, torz színélményekről, és a térérzékelés zavarairól, lassabban reagálnak a vizuális ingerekre, mint a kontrollszemélyek. Ezek a szenzoros - ingermegvonással járó kísérletek (Zubek, Suedfeld) megkérdőjelezték egy korábbi pszichológusgeneráció álláspontját, amely szerint a szervezet nyugalomra vágyik, miután motívumait kielégítette. Ez a hipotézis, amely az objektív behaviorista Clark Hull professzor nevéhez köthető, a harmincas - negyvenes években alakult ki, és a drive - redukciós teória (Drive Reduction Theory) néven vált ismertté. A „drive”, a személy által feszültségként megélt pszichikai állapot: ilyen például, amikor éhséget érzünk, vagy szomjasak vagyunk. A feszültség csökkenése - a drive - redukció, vagyis ha ebben az esetben eszünk, vagy iszunk, örömet okoz, ez alapvető motívuma cselekedeteinknek. Ám a drive - redukciós teória csupán önfenntartási motívumainkra tűnik alkalmazhatónak, hiszen a kutatások bebizonyították, hogy a drive bizonyos esetekben már önmagában is jutalmazó értékű, ezekben az esetekben a drive fenntartása éppen olyan cél, mint más esetekben annak megszüntetése. A szexuális feszültség már önmagában is örömforrás, de ide sorolhatnánk az érzékek ingerlését is: a csípős íz élvezetét, illetve azokat, akiknél a fizikai fájdalom okoz örömet. Geen, Beatty és Arkin közös munkájukban (R.G. Geen, W.W. Beatty, R.M. Arkin: Human motivation:Physiological, Behavioral and Social Approaches, 1984 Boston) cáfolják a drive - redukciós elméletet, azzal érvelve, hogy ha az elmélet helyes volna, akkor mindenkinek kerülnie kellene a veszélyes tevékenységeket, a feszültségkeltő helyzeteket, holott vannak, nem is kevesen, akik kifejezetten az ilyen tevékenységeket (hullámvasutazás, ejtőernyőzés, stb.) keresik: jól esik ugyanis borzongani, átélni a feszültséget, magas izgalmi szintre kerülni. Ennek nyomán egy új elmélet körvonalai bontakoztak ki, amely szerint az emberek az optimális arousal - szint elérésére törekednek, amely egyénenként eltérő. A megnövekedett arousal - szint így motiváció annak lecsökkentésére, míg a lecsökkent arousal - szint olyan cselekedeteket vált ki, amely megnöveli azt.

Megfigyelések, kísérletek bizonyítják (Piaget csecsemő, illetve Harlow

majomkísérletei), hogy az exploráció és a manipuláció velünk született tulajdonságunk, születésünktől fogva motiváltak vagyunk az ingerkeresésre. Ám az optimális arousal szint, illetve a motiváltság az új ingerek keresésére egyénekenként nagy eltéréseket mutat - ezeknek a különbségeknek a mérésére dolgozta ki M. Zuckerman a Szenzoros Élménykeresési Skálát (Sensation Seeking Scale - rövidítve SSS), amelyet 1971 - ben, majd 1978 - ban publikált. Zuckermann a hatvanas években maga is olyan szenzoros deprivációs kísérleteken dolgozott, amelyben a kísérletek alanyai egy órától két hétig voltak teljesen elzárva a külső ingerektől, s azt találta, hogy egyénekenként nagyon nagy különbségek voltak kimutathatóak a szenzoros ingermegvonás reagálásában. Végül megfogalmazta a stimuláció optimális szintjének elméletét, amely szerint ez a szint egyénekenként eltérő, s ez magyarázza a különbségeket az ingermegvonásra adott reakciókban. Mivel nem volt személyiségteszt, amely ezt a különbséget mérhetővé tette, létrehozott egyet, amely négy alszámban 40 a - b kérdés megválaszolásának kiértékelésével kategorizálta az embereket a szerint, hogy mennyire vágnak új élményekre, mennyire ingerkeresők. A kutatások szerint az élménykeresés személyiségvonás, aki az élet egyik területén élvezi és keresi az új élményeket, az az élet más területein is kalandkereső: a magas SSS pontszám az extrém sportok kedvelésére, a veszélyes szakmák választására determinál. (Csak itt jegyzem meg, zárójelben, hogy jómagam, aki tizennégy éve keresem a kenyerem kaszkadőrként, azon a teszten, amely az Atkinson - féle Pszichológia (Osiris, Budapest, 1995) 304. oldalán példaként szerepel, hat (6) pontot értem el, amely az átlagos kategória legalja - ebből vagy az következik, hogy a kaszkadőrök sem feltétlenül azok a veszélymániás félőrültek, mint akinek hiszik őket, vagy pedig, hogy a teszt, és a végkövetkeztetés nem feltétlenül tökéletes.)

Van tehát egy tagadhatatlanul velünk született evolúciós készlet, és egy tagadhatatlanul velünk született szenzoros készlet, amelyek sajátos ellentmondásba kerülnek egymással. Az evolúciós készlet menekülésre sarkall, míg a szenzoros készlet felültet a hullámvasútra, hogy egy jót visítsunk, vagy beültet a moziba egy thrillerre borzongani. Ám az ellentmondás csupán látszólagos, legalábbis Zuckermann és követői szerint - a kockázatvállaló magatartás, különösen a fiatal (15 - 35 éves) férfiaknál a vetélkedés eszköze, és a szexuális vonzerő része, így végső soron az evolúció szolgálatában áll.

Ám ha a tárgyalásba újabb szempontokat is bevonunk, s nem csupán a velünk született készleteket tekintjük, a kép még tovább árnyalódik. Bár az érzelm kifejezés bizonyos értelemben kultúráktól független, ugyancsak velünk született tulajdonságunk (Ekman és Friesen összehasonlító kísérlete új - guienai bennszülöttek és amerikai diákok között, 1971),

az érzelmek kezelése erőteljesen kultúrafüggő. A személyiség ugyanis nem csupán az ingerekre adott adaptív válaszokból, hanem azok kognitív kontrolljából is konstituálódik sőt, megkockáztatom, hogy az én - képem konstitútuma elsődleges az adaptív válaszokhoz képest, az én - képemet pedig nagy részben az a kultúra konstituálja amelybe beleszülettem. Egyes síksági indián törzseknél fájdalmas beavatási szertartásokkal válik felnőtté a gyermek: felnőtt az, aki képes az ön - kontrollra, az intenzív érzelmek, a fájdalom, a félelem, a harag, stb. kontrolljára. De ugyanígy utalhatnánk a japán samurájok érzelemkifejezés - kontrolljára, vagy a rituális öngyilkosságra, amely a legfőbb félelem, a megsemmisülés felett érzett félelem kontrollja. A kulturális minták, az azokhoz való igazodás meghatározza az érzelmeinkhez való viszonyulást is, de valószínűleg az érzelmeket, azok átélésének szomatikus és kognitív folyamatait is. Epiktétosz, a sztoikus bölcs például kézikönyvecskéjében olyan életvezetési tanácsokat ad számunkra, amely érzelmeink helyes kezelését teszi lehetővé: azt tanácsolja, hogy mivel egyes dolgok a hatalmunkban vannak (érzelmeink, a világról alkotott képzetek), mások pedig nincsenek (külső javak), foglalkozzunk azokkal, amelyek illetékességi körünkön belül vannak, s győzzük le magunkat azáltal, hogy megtanuljuk a testünk, érzelmeink és képzetekünk tökéletes kontrollját.

Az érzelmekről alkotott legkorábbi elméletek legfőbb problémája a szekvencia - probléma volt: azaz az érzelem összetevői milyen sorrendben követik egymást. Egy amerikai és egy dán kutató egymástól függetlenül a XIX. század végén arra a következtetésre jutott, hogy a külső ingerre adott vegetatív válasz megelőzi a kogníciót: ha megrémülünk, a test válaszreakcióját (heves szívdobogás, megdermedés, stb.) érezve konstatáljuk, hogy megijedtünk - az elméletet kidolgozóikról James - Lange teóriának, más néven az érzelmek perifériás elméletének hívjuk.

Ezt az elméletet a már említett Walter B. Cannon cáfolta, egyben felállítva az érzelmek centrális elméletét: azaz az érzelmi élményt nem a kéreg, hanem a talamusz aktivitása határozza meg, s feltételezése szerint az érzelmi élmény és a testi változás közel azonos időben jelenik meg: az érzelmi változás a testi változás velejárója, ám evolúciós, vagy hasznossági szempontból teljességgel közömbös.

E két behaviorista elméletet követik a kognitív pszichológia teóriái, amelyek elutasítják a merev inger - válasz folyamatra alapozott pszichológiát, és a kognitív folyamatokat helyezik előtérbe. Schachter és Singer (1962) kísérletében a vegetatív arousal kísérő kognitív kiértékelés manipulálható volt - így ők arra a következtetésre jutottak, hogy a vegetatív arousal megváltozásával járó érzelmek kognitív kiértékelése a körülmények, és a

tapasztalatok alapján történik. Mások - például Smith és Lazarus (1990) egészen odaáig mentek, hogy elsősorban kognitív kiértékelési folyamatokkal értelmezték az érzelmek kialakulását: az elsődleges kiértékelési folyamatban azt vizsgáljuk meg, hogy a szituáció mennyiben kongruens a céljainkkal, gátolja - e vagy segíti vágyaink elérését, a másodlagos kiértékelési folyamatban pedig azt mérlegeljük, hogy mennyiben van lehetőségünk a helyzet javítására, vagy éppen fenntartására. Ezen elméletek szerint az érzelmek megkülönböztetése a kognitív folyamatoktól, s nem a vegetatív arousaltól függ (Schachter és Singer például úgy gondolta, hogy a vegetatív fiziológiai aktivitás nem érzelemspecifikus, a félelemmel és a meglepődéssel járó vegetatív arousal ugyanaz.)

Ám a vizsgálatok ennek éppen ellenkezőjét igazolták: egyrészt az arousalt nem tekinthetjük egységesnek (a vegetatív, a kéregi és a viselkedési arousal megkülönböztetése), másrészt pedig a különféle érzelmekhez különféle aktivitásmintázatok társulnak. Ám ezzel együtt is a kognitív kiértékelésnek fontos szerepe van: ha csak a magam példájánál maradok, egy kaszkadőr számára a veszélyhelyzet fogalma átalakul, más, mint a hétköznapi emberé. Egy kaszkadőr ott is képes meglátni a veszélyt, ahol más ember nem látja azt, s a kognitív ítélet az adott - egyébként ártalmatlan - szituációt veszélyhelyzetté avatja, s ezzel együtt előhívja a félelemre jellemző vegetatív arousalt. Vagy ami talán még érdekesebb példa: vannak bizonyos szituációk, amelyek egyáltalán nem veszélyesek, teljesen hétköznapiak, ám a filmben bizonyos okok miatt (mert a filmesek mindent szeretnek egy kicsit túlbiztosítani, és hajlamosak a fontoskodásra) a feladatot egy kaszkadőrnek kell végrehajtania. Csak attól a tényről, hogy a szituációt sokan túlértékelik, s akcióként kezelik, s körülötte, nagy mértékben a saját fontosságukat bizonyítandó olyan helyzetet teremtenek, amely a veszélyhelyzetekre, azok kezelésére jellemző, a kognitív kiértékelés megváltozik, és a kaszkadőr érezhet félelmet olyan helyzetben, amelyben egyébként semmi félelmetes nincs.

Hogy mit érez a kaszkadőr, hogy milyen testi változásokat tapasztal, abban természetesen nagy egyéni különbségek vannak. Sajnos ilyen jellegű statisztikával nem rendelkezem, ám ebben segítségünkre lehet Shaffer 1947 - es felmérése, amely a félelem tüneteit rangsorolta a II. világháborús pilóták beszámolóinak alapján (idézi: Atkinson: Pszichológia, Osiris, Budapest, 1995, 310. old.). Így a leggyakoribb tünetek, a kalapáló szívverés, az izmok megfeszülése, az ingerlékenység, a kiszáradt torok, izzadás, hideg verejték, a gyomor összeszűkülése, a képtelenség érzése, gyakori vizelési inger, remegés, zavarodottság, szórakozottság, s ritkábban a gyengeség, erőtlenség, amnézia, hányinger, dekoncentrálttság, legritkábban pedig a széklet és vizelet visszatartásának a képtelensége. Kaszkadőrkollegákkal beszélgetve, s a magam tapasztalataiból a leggyakoribb tüneteknek én

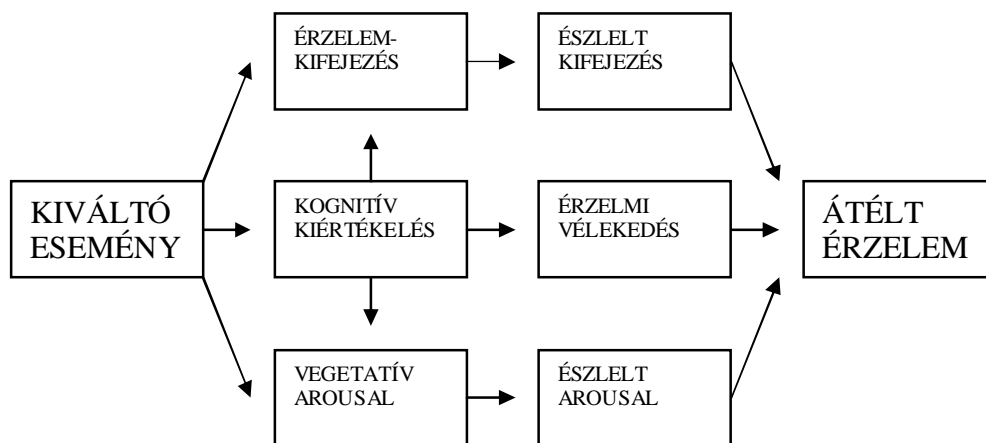
a pulzus felgyorsulását, a kalapáló szívet, a kiszáradó száját, az összeszűkülő gyomrot, az ásítózást, vizelési, székelési ingert tartom. Ezekért a változásokért mind a szimpatikus idegrendszer a felelős, amelyet a hipotalamusz és a limbikus rendszer egyes részeinek aktivitása vált ki, s ezek a változások akkor is megjelenhetnek, ha egyébként magának a veszélyhelyzetnek se híre se hamva, ám olyan percepciókat kapunk érzékszerveinktől, amelyek korábbi veszélyhelyzetekre utalnak. A tudat ugyanis emléknymokat tárol, s ezen emléknymok előhívása önmagában is alkalmas arra, hogy szomatikus tüneteket, megnövekedett vegetatív arousalt váltson ki. Ez valószínűleg ugyancsak egy hatékony evolúciós technika: a szervezet a korábbi tapasztalatok alapján már jó előre felkészíti saját magát a menekülésre, vagy a harcra, alapelve az, hogy egy téves riasztás még mindig jobb, mint egy elmaradt riasztás. (Jó példa erre a zene: egyszer a rádióban hallottam egy zenét, aminek a hallatára a gyomrom pingponglabda méretűre zsugorodott, a szívem hevesebben kezdett verni, a szervezetem komoly stresszreakcióval válaszolt. Egy darabig nem tudtam hova tenni a zenét, majd rádöbentem, hogy ez volt a zenéje annak a csatának, amelyről a dolgozat elején már írtam. Később beszéltem azzal a kollegámmal, akivel együtt dolgoztunk abban a western - színházban- ő sima lóról esést, én kengyeles vontatást csináltam - és ő is ugyanerről a tapasztalatról számolt be.) Úgy látszik tehát, hogy az érzelmek és az azokat kiváltó helyzetek a legapróbb részletekig jól kondicionálódnak, a tudat elraktározza azokat, s a kognitív és vegetatív folyamatokban ezekből is építkeznek.

A testi változások a szervezetet felkészítik a menekülésre, vagy a harcra. A fiziológiai változások a szimpatikus idegrendszer, és az adrenokortikális rendszer aktivációjából fakadnak, és ők felelősek a felgyorsult anyagcseréért, a növekvő szívritmusért, vérnyomásért, légzésszámért. A vegetatív idegrendszer szimpatikus ága közvetlenül gyakorol hatást a simaizmokra és a belső szervekre, míg a mellékvesék velőállománya adrenalint és noredrenalint választ ki. A kutatások bebizonyították, hogy az elnyújtott stresszhelyzet a tartós fiziológiai arousal káros hatású, míg az időnként megjelenő stressz éppen ellenkezőleg jótékony hatással van a szervezetre. Legújabban pedig az adrenalinfüggőséget mint egy természetes eredetű, gyógykezelésre szoruló drogfüggőséget vizsgálják a szakemberek, és összefüggésbe hozzák a munkamániával, illetve az SSS skálán magas pontszámot elért emberek extrém sportok és a veszélyes helyzetek iránti vonzódásával.

Mivel a legtöbb kollegámmal már több, mint egy évtizede dolgozom együtt, pontosan tudom, ki hogyan izgul (fél?) akció előtt. Van, aki látszólag figyelmetlenné, szétszórttá válik, de ez csupán a nagyfokú belső koncentráció jele, mások érzelmi aktivitása megnő, viccelődnek, megint mások pókerarc mögé rejtik az érzéseiket, ám éppen a „pókerarc” árulja

el, megváltozott érzelmi állapotukat. Vannak, akik kipirulnak, kimelegednek, elkapja őket valami sajátos „harci láz”, a testük felkészül az akcióra, több vér áramlik a végtagok felé. A félelem megítélése azonban változó. Vannak, akik elismerik, hogy félnek („csak a hülye nem fél”), ám azt is hozzáteszik, hogy a kaszkadőrt éppen az különbözteti meg a normális földi halandóktól, hogy képes kezelni a félelmét, és a félelem keltette feszültséget képes átranzformálni, a keletkező energiákat a vészhelyzetből való menekülésre hasznosítani. Mások éppen ezért azt állítják, hogy a kaszkadőr akció előtt egy egészségesen feszült állapotban van, amelyből képes kirobbanni, s ez az állapot nem egyenlő a félelemmel, mert a félelem ezzel szemben leblokkol. Jómagam igazságot tenni nem igazán tudok - magamról csupán azt mondhatom el, hogy az ember dinamikus változó valóság, és volt, hogy féltem, s volt, hogy csupán feszültséget éreztem, sőt, mint általában minden hosszabb ideje a pályán létező kaszkadőrnek, nekem is kialakultak azok az önszugesztiós technikáim, amellyel önmagamot akcióképes állapotba tudom hozni, s ebben a tudat kognitív - konstituáló tevékenységének oroszlánrésze van.

Összefoglalva azt mondhatjuk, hogy az érzelmi élmény összetett fogalom, s hogy maga az érzélem több funkciót is ellát egyszerre, kezelésük pedig személy és kultúrafüggő.



Az érzelmi élmény összetevői, az érzelmkifejezés, az érzelmi vélekedések és az észlelt arousal egyaránt hozzájárul az érzelmi élményhez.

(forrás: Atkinson et al.: Pszichológia (Osiris, Budapest, 1994) 322. old.)

A félelem esetében a kiváltó esemény veszélyezteti a testi épségünket, fájdalmat, halált okozhat. Amennyiben a kiváltó esemény váratlanul ér bennünket - mondjuk egy kerítés mögül

ránkugat egy kutya, az úttestre lelépéskor ránk dudál egy autó - akkor megijedünk, a vegetatív arousal - szint váratlanul az egekbe szökken, szélsőséges esetben a szervezet le is blokkolhat („megdermed a rémülettől”), lefagy, mint egy túlterhelt számítógép. Ekkor a kognitív kiértékelés utólagos, gyakran az önkéntelen válaszreakciót követve. Van viszont, amikor - és ez a gyakoribb eset a kaszkadőrszakmában - a félelmet keltő szituáció kikerülhetetlenül ott tornyosul előttünk a jövőben, ekkor viszont a kognitív kiértékelés szerepe megnő, és elsődlegessé válik a vegetatív arousallal szemben. A félelem mindig konkrét helyzethez, jelenséghez köthető (félteni az orvostól, betegségtől, kutyától, stb.) s ha ez a félelem indokolatlanul elnagyolt, akkor beszélhetünk fóbiáról, amely orvosi kezelésre szorul. A szorongás olyan félelem, amely megfoghatatlan, nem köthető konkrét helyzetekhez, és míg a félelem időben behatárolt, addig a szorongás időben elnyúlik, és oly mértékben elhatalmasodhat felettünk, hogy ugyancsak orvosi kezelésre szorul.

A félelem kezelésében a kognitív kiértékelés szerepe ismét megnő. Ha például váratlanul hangosan ránk ugat egy kutya, akkor először megijedünk: a szervezet vegetatív arousal - szintje megnő, egy pillanat alatt készen állunk a menekülésre, vagy a védekezésre, még akár egy nagyot is ugorhatunk az ellenkező oldalra, anélkül, hogy ezt a cselekvést megterveztük volna. Ám a pillanat múltával a kognitív kiértékelés lesz a főszerep: megállapítom, hogy mivel a kerítés elég erős és magas, a kutya veszélytelen számomra, s így az arousal - szint lassan visszaáll a személyenkénti optimálisra. Ugyanígy a kognitív kiértékelés a főszerep, amikor egy kaszkadőr a munkáját végzi: a kognitív kiértékelés során értékeli a helyzetet, eldönti, hogy az számára veszélyhelyzet - e vagy sem, és magában összehasonlítja a már átélt veszélyhelyzetek tapasztalataival, miközben a kiértékeléstől függően nő a vegetatív arousal - szint, amely felkészíti a szervezetet a válaszreakcióra és a cselekvésre.

A félelem arra figyelmeztet, hogy az adott helyzetben pórul járhatok, s különös módon gyakran éppen a félelem az, aki mintegy önbeteljesítő jóslatként annyira blokkolja a szervezetet, hogy a test cselekvésképtelenné, vagy csupán korlátozottan cselekvőképessé válik. Ez a pánik - jelenség, amelyben a szervezet vagy teljes önkontroll nélkül működve cselekszik, vagy nem képes semmiféle cselekedetre, mintegy megadja magát a sorsnak. Ám maga az erős félelem is veszélyforrás lehet, mert korlátozott cselekvőképességhez, így sérüléshez vezethet, ezért a félelem kezelésének képessége, amely nyilván személyfüggő, elsőrendű jelentőségű egy kaszkadőr számára.

Ahogy már írtam, minden kaszkadőr kialakít a maga számára egy rituálét, és egy technikát, amellyel akció előtt képes magát olyan mentális és fizikai állapotba hozni, amely a

veszélyhelyzet sérülésmentes túlélését lehetővé teszi. A félelmet feszültséggé kell transzformálnia, meg kell emelnie a vegetatív és mentális arousal - szintjét, amelyből képes kirobbanni az akció végrehajtása közben. E nélkül a kaszkadőr nem képes „átadni” magát az akciónak, és ennek vagy sérülés, vagy pedig a kollégák rosszállása a vége, mert látni, hogy a kaszkadőr pszeudo - akciót hajt végre (szaknyelven szólva „kamuzik”).

Személyes tapasztalatom, és a kollegák elmondása alapján tudom, hogy akció közben sajátos módosult tudatállapotba kerül a kaszkadőr. A tudat beszűkül, a „test” működik, gyakran van olyan érzése az embernek, hogy kívülről látja saját magát, illetve később csupán csak nehezen, vagy lassan képes rekonstruálni, hogy mi is történt vele. A tudatos cselekvés helyébe a történés lép, a cselekvés mintha átfolyna rajtunk, és néha még magunk is meglepődünk azon, ahogy a testünk mi mindenre képes. Ez analóg azzal a módosult tudatállapottal, amelyről harcművészek számolnak be, akik ugyanezt élik át a küzdelem során. A tudat kiürítése, a test átadása a cselekvés - történésnek - a kínai filozófiában a wei wu wei, a nem cselekvés, a világtörvénnyel való együttmozgás transzcendentális elve, egyfajta mozgásban végzett meditáció. De ha távolabbra tekintünk, akkor azt kell mondanunk, hogy az alkotás is egy ilyen folyamat: az írás, a rajzolás során a tollat mintha valaki más mozgatná, a szubjektum zárójelbe kerül, és egy sajátos eksztatikus állapotban a személyiség kívül kerül önmagán, hagyva a nem - tudatos ént megtörténni. És ilyen jelenség a színészek játéka a színpadon vagy a zenészeké a koncertteremben: nem véletlen, hogy ha ezt a „kegyelmi állapotot”, amelyben a csoda megtörténik, nem képesek előidézni, akkor gyakran nyúlnak tudatmódosító szerekhez. Ha valami személy szerint elvarázsolta a kaszkadőrszakmában, akkor ez az élmény az: megtapasztalni a történés erejét, nem cselekedve cselekedni, olyan eksztatikus, meditatív állapotba kerülni, amelyben mintha egygé válnánk a világtörvénnyel.

A félelem - és a veszélyhelyzetek kezelése tehát személyfüggő s mindenki másként viselkedik, akár kontrollált, akár kontrollálatlan veszélyhelyzetbe keveredik. A köznyelv szerint vannak bátor, vakmerő és gyáva emberek, aszerint, hogy ki hogy reagál a veszélyhelyzetben. A gyáva menekül, megfutamodik, a bátor pedig legyőzve a félelmét úrrá lesz a veszélyhelyzeten. A vakmerő pedig magas SSS - számmal rendelkezve előbb - vagy utóbb rajtaveszt, mert ész nélkül veti bele magát a veszélyhelyzetekbe, élvezve az adrenalin és az endorfin okozta mámort, és az extrém szenzoros stimulációt. A vakmerő emberek nem jó kaszkadőrök: indokolatlanul veszélyeztetik a maguk és kollegáik testi épségét.

De a bátorság tényleg csak annyi lenne, hogy az ember leugrik egy magas ház tetejéről, vagy leveti magát a száguldó lóról? Aligha. A bátorság sokkal inkább morális, mint

pszichológiai kategória: a bátorság egy döntés következményeink maradéktalan felvállalása. A gyáva ember még döntéseinek felvállalásától is menekül, nem csupán a helyzettől magától. Az egyén természetesen viselkedhet bizonyos szituációkban gyáván, míg másokban bátran: a személyiség a gyávaság miatt érzett büntudatból, és a bátorság miatt érzett büszkeségből konstituálódik és vagy deficites, vagy szufficites: vannak általában bátran, és általában gyáván viselkedő emberek.

A tűzoltó, aki élete minden pillanatában készen áll az égő házba berohanni egy megmentendő életért, egzisztenciális döntést hozott, amikor elhatározta, hogy önmagát tűzoltóként konstituálja meg, és ennek az egzisztenciális döntésnek minden következményét vállalja: ha ugyanis nem rohan be az égő házba, nem tűzoltó többé. A tűzoltó hivatalosan, szakmája szerint bátor ember, mert egzisztenciális döntése globális választás, nem teheti meg, hogy a tűz közelében gyáván viselkedjen, mert ezt a személyiségről kialakított énkép összeomlása követné, amely súlyos következménnyel járhat. Ugyanez vonatkozik a katonákra, vagy akár a kaszkadőrökre is: a döntés globális döntés, a választás a minden lehetőség választása, és a minden következmény felvállalása is egyben. Ebből viszont még nem következik szigorúan az, hogy egy kaszkadőr, vagy egy tűzoltó vagy bárki más hivatalból bátor ember az élet más aspektusaiban nem viselkedhet gyáván, bár aki általában bátran viselkedik, az nagy valószínűséggel az élet más területein is bátor - azaz a döntések felelősségét és következményeit felvállaló személyiség lesz.

Ha viszont önmagam „hősként” konstituálok, s mások is hősként konstituálnak, akkor meg kell felelnem ennek a képnek, a hős fogalmának. Ez önmagam folyamatos legyőzését, folyamatos érzelmkontrollt követel meg - egy régi kínai bölcs Lao - Ce szerint ugyanis „Aki másokat legyőz, erős, aki önmagát legyőzi, hős”.

A bátorság pszichológiai szempontból tehát a félelem legyőzését, míg morális szempontból egy döntés felvállalását jelent, annak minden felelősségével és lehetséges következményével. Ha mindezt az érzelmek struktúrájának szempontjából vizsgáljuk, azt kell mondjuk, hogy mindkettő a kognitív szakasz, a kognitív kiértékelés eredménye. A kognitív folyamatok, az én - kép konstitútuma tehát elsődleges jelentőségű az érzelmek struktúrájában, és az érzelmek kezelésének során, szemben az S - R pszichológia feltételezte adaptív válaszokkal, és evolúciós késztetésekkel. A hős ugyanis inkább feláldozza magát a döntésének oltárán, vállalva akár a fizikai megsemmisülést is (amely a legkevésbé sem nevezhető sikeres evolúciós stratégiának...), de személyiségének integrált énképét nem adja fel, bátran felvállalja azt a globális egzisztenciális döntést, amely őt azzá tette, ami.

„A világon élni csak hősként érdemes” - szól a bevezető szöveg a P. Mobil klasszikussá

vált lemezén, a Honfoglalás elején. De jó lenne - e az a világ, amelyben hatmilliárd hős tülekedne? Nehezen hihető. A hős éppen azért unikum, mert kevés olyan személyiség van aki képes hőssé válni és példát adni nekünk, gyarló földi halandóknak. Törekedni viszont arra, hogy hősként éljünk, hőssé válni minden gyerek álma, és minden felnőtt férfi titkolt vágya. Senki nem akar tudatosan rongy, gyáva ember lenni, és mindenki szívesebben képzei el magát Bornemissza Gergelyként az Egri csillagok olvastán, mint az áruló Hegedűs hadnagyként. A hős követendő mintát ad, amely globális és egyedi döntéseimben segítségemre van. A mártír, aki meghal az elveiért, a katona, aki meghal a hazájáért, a tűzoltó, aki berohan az égő házba a kimentendő életért mind - mind kognitív képzetek, amelyek a saját döntésem meghozatalánál segítenek - és ebben a folyamatban teljesen másodlagos, hogy a valóságban a hős félt - e, vagy nem, izzadt - e a tenyere vagy nem, szaporábban vert - e a szíve, vagy éppen kiszáradt a szája: sőt, még az is mellékes, hogy valós, vagy irodalmi alakról van - e szó. Winettou és Zsákos Frodó éppen úgy mintaadó hős, mint az aradi tizenhárom vitéz, vagy éppen Szent Pál, aki mártírhalált halt keresztény hitelvéért.

Természetesen a hős - kultusz komoly frusztrációhoz, végső soron agresszióhoz is vezethet, hiszen a hős - képnek való megfelelés sikertelensége büntudatot, a büntudat és frusztráció a személyes integritás és én - kép védelmében agresszióba csaphat át. Úgy tűnhet, a kultúrába kódolva van a szorongás: ha a nem ad kapaszkodót, akkor azért, ha ad, akkor az azoknak való megfelelés miatt szorongunk. E szorongást éppen az oldhatja fel, hogy kevés a hős, és sok a némi bátorság - deficittel, vagy éppen szufficittel élő ember, a „normális” személyiség, aki dinamikus, folyamatosan, bizonyos határokon belül változó valóság, akinek ugyanúgy meg kell küzdenie életproblémáival, mint nekünk.

Kaszkadőr vagyok, szakmám a veszély megszelídítése, és a félelmet keltő szituációk, a félelem kezelése. Nem érzem magam különleges embernek, és biztosan tudom, hogy sem adrenalin - függőségben, sem pedig túlzott szenzoros ingerkeresésben nem szenvedek, holott a pszichológusok szerint mindkettő jellemző kellene, hogy legyen rám. És ráadásul különösebben bátor embernek sem tartom magam: sokkal többre értékelem édesapám bátorságát, aki egy adott történelmi szituációban, egy kommunista diktatúrában vállalta a hatalommal szemben a meggyőződését, kockára téve saját létét. Az ő egzisztenciális választása összehasonlíthatatlanul komolyabb és bátrabb, mint az enyém, aki néha leugrik egy tetőről, felgyújtja magát lángszórával, vagy éppen leveti magát egy vágató ló hátáról. Vagy

lehet, hogy csak neki szeretnék megfelelni...? Lehet, hogy csak egy idealizált apa - hőskép foglya vagyok, és kényszerít rá örültebbnél örültebb mutatványokra...? Na ezt azonnal hagyjuk abba, mert sohasem voltam elég bátor szembenézni saját komplexusaimmal...

IRODALOM:

Rita L. Atkinson, Richard C. Atkinson, Edward E. Smith, Daryl J. Bem: Pszichológia (Osiris könyvkiadó, Budapest, 1995)

Fejezetek a pszichológia alapterületeiből. szerk: Oláh Attila és Bugán Antal (ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2001)

Érzelmek és érzelemelméletek I - II. szerk.: Barkóczy I. és Séra L. (Tankönyvkiadó, Budapest)

J. P. Zubek: Sensory deprivation: Fifteen years of research (Appleton - Century Crofts, New York, 1969)

Ácsi Gizella

*Pszichológiai utáncépzési program az „Enyhén ittas vezetők”
számára*

TARTALOMJEGYZÉK

A PROGRAM BEMUTATÁSA.....	158 58
A PROGRAM CÉLJA.....	158 58
A PROGRAM FELADATA.....	158
A PROGRAM ISMERTETÉSE.....	159 59
IDŐTERV.....	159 59
RÉSZLETES PROGRAM.....	160 60
I. SZAKASZ.....	160
a) <i>Bemutakozás</i>	160
b) <i>Bemelegítés</i>	160
A foglalkozásvezető magatartása.....	160
A csoport ellenállás és annak kezelése.....	161
II. SZAKASZ.....	162
a) <i>Tematikus csoportülés</i>	163
b) <i>Önálló munka</i>	163
c) <i>Magatartáskorrekció szerepjátékokkal</i>	164
Szerepjáték repertoár.....	166
III. SZAKASZ.....	167
a) <i>Önálló munka a munkafüzet felhasználásával</i>	
b) <i>Tematikus csoportülés</i>	
c) <i>Búcsúzás</i>	

PROGRAM BEMUTATÁSA

A program célja

Az utáncépzés a hagyományos gépjárművezető – képzési rendszerhez kapcsolódó, azonban tartalmában és módszerében lényegesen eltérő eljárás. Célja: az enyhe fokban ittasnak minősült gépjárművezetők részére olyan ismereteket, tanácsokat és magatartásmintákat adni, amelyek fokozzák az autonómiaérzésüket, felelősségtudatukat, továbbá segítik az alkoholfogyasztás és a járművezetés szétválasztását.

A program feladata

Az utánképzés során a résztvevők korszerű pedagógiai – pszichológiai alapokon nyugvó képzésben részesülnek.

Az utánképzés módszere „tréning módszer”, amely a rendszer kialakításában és működésében több ponton is alkalmazható. A tréning módszer az emberi erőforrás – fejlesztés (feltárás) olyan eljárás, amely módszeres lehetőséget nyújt az emberi viselkedés kívánt irányú módosítására.

A program ismertetése

Rövidtávú, problémaorientált tematikus csoportülések, ismeretadó blokkok és érzelmeket mobilizáló szerepjátékok integrált együttese.

A program jól körülírt, konkrét viselkedés kollekcióját célozza: az alkoholfogyasztás és a járművezetés szétválasztását. A magatartáskorrekció a viselkedésterápia keretében történik. Így az alkoholfogyasztás nem szakad el azoktól a környezeti feltételektől, amelyekben a problémaviselkedés és azokkal a következményektől, amelyeket a problémaviselkedés előidéz. A program lényeges eleme az önkontroll-viselkedések elemzése, azok pozitív megerősítése, ezen keresztül a programban résztvevők autonómia-érzésének és önértékelésének javítása.

A program az enyhefokban ittas vezetésen első alkalommal tetten ért személyeknek nyújt segítséget (a véralkohol-koncentráció nem haladta meg az 1.2 ezreléket).

A programban résztvevők összetétele életkor, nem iskolázottság, járművezetési gyakorlat és az alkoholfogyasztás motivációja szempontjából heterogén. Amennyiben egy időben több csoport indítása lehetséges, akkor ezeket a szempontokat célszerű figyelembe venni a csoportok kialakításánál.

A programban résztvevők száma 8 – 15 fő (rendelet határozza meg).

Időterv

A rendelet szerint a program időtartama 7 óra, időbeli elosztása nincs szabályozva. Optimális megoldásnak a 2x3,5 óra tekinthető. A két foglalkozás között maximum egy hét telhet el. Megengedhető megoldás 1x7 óra. Ebben az esetben azonban a foglalkozás kezdetekor célszerű megállapodni a résztvevőkkel az ebédszünet időtartamában, mivel a 7 órás programba ez nem tartozik bele.

A foglalkozás során a program menetétől és a résztvevők igényétől függően maximum 10 perces szünetek tarthatók. Fontos a szünetek utáni kezdés pontos betartása, mivel a program egyik célja a szabályok betartásának elfogadtatása. A laza időkezelés a program

célját veszélyezteti.

RÉSZLETES PROGRAM

A foglalkozásvezető egy vagy két pszichológus. A program hatékonyságát elősegíti, ha a vezetőképes állapot (alkoholszonda használata) ellenőrzését, a késés indokoltságának igazolását nem a foglalkozásvezető végzi. A segítő szerep és a hatósági szerep összekeverése kedvezőtlen hatású, ezért törekedni kell a szétválasztásra.

Foglalkozás menete

I. szakasz:

Tervezett idő 50 perc

a) Bemutatkozás

A foglalkozást célszerű a bemutatkozással kezdeni. A vezető javasolja a keresztnévvel való szólítást, illetve jellemzik magukat vagy körülményeket pár szóban. Mintát a foglalkozásvezető saját bemutatásával ad (családi helyzet, foglalkozás, hobbi stb.).

Itt kerül tisztázásra a diszkréció kérdése is. A foglalkozásokon elhangzottak nem a nyilvánosságra tartozó közlések, a résztvevők kilétét bizalmasan kell kezelni.

Célszerű elmondani a részvétel igazolásának feltételét is.

A „vezetőképes állapot” fogalmába beletartozik a kiegyensúlyozott pszichés állapot. Így minden olyan magatartás, amely a program levezetését akadályozza, egyben a résztvevők kizárását is jelenti.

b) Bemelegítés

Cél: A foglalkozásokon résztvevők ellenállásának csökkentése, illetve az információk befogadásához és a viselkedéskorrekcióhoz szükséges csoportlégkör megteremtése.

A foglalkozásvezető magatartása

Minden verbális és metakommunikatív megnyilvánulása azt jelezze a résztvevők felé, hogy átérzi nehéz helyzetüket, megérti indulataikat. Magatartásával fejezze ki, hogy nem büntetés-végrehajtnak tekinti magát, hanem segítő szakembernek, aki éppen abban kíván segíteni, hogy a résztvevők ne kerüljenek ismételt hasonló helyzetbe.

Megnyilvánulásaival adjon mintát arra, hogyan érdemes a program során megnyilvánulni. Bemutatkozáskor bepillantást engedhet saját személyes szférájába, mivel a célzott nevelő hatás csak bizalomkeltő, de nem bizalmaskodó légkörben valósulhat meg.

Ügyelni kell arra, hogy ne vállaljon cinkosságot a csoporttal semmilyen téren. Sem az

időtartam hallgatólagos csökkentésével, sem a pontatlansággal, sem az önálló feladatok elutasításának elnézésével, sem az alkoholfogyasztás utáni vezetés bagatellizálásával.

Fontos az elfogadó és a nem megítélendő csoportvezetői magatartás. A cselekvés megítélése, minősítése már megtörtént – azért vannak itt a résztvevők. A csoportvezető feladata a megítélést elszenvedő ember elfogadása az ítéletet fogadó reakcióival együtt. Éppen ezért kerülni kell a negatív értékelést, a humorizálást, a szidást. Még akkor is, ha egy vagy több olyan csoporttag van, aki a foglalkozást megzavarni igyekszik.

A csoport ellenállás és annak kezelése

A programban résztvevők egymást általában nem ismerik, a foglalkozáson való részvételi kötelezettséget büntetésnek élik meg. Senkinek nincs támpontja arról, hogy ebben a helyzetben tőle mit várnak el. Ilyen szituációban hogyan kell, illik viselkedni. Bizonytalanná válik és a bizonytalanságból adódó feszültség, fokozhatja a résztvevők negatív érzéseit, indulatait azokkal szemben, akik őt erre kényszerítették. Negatív érzelmek támadhatnak a csoportvezetővel szemben is, hiszen a résztvevők szemében ő a „büntetés” végrehajtója. A csoporttagok viselkedése ebben a szituációban igen sok információt hordoz. A foglalkozásvezető ne vállalja a viselkedés direkt értelmezését, de a viselkedés pozitív elemeit emelje ki, utaljon rá, amikor a tematikus ülésen a tettenérés körülményeiről vagy a tettenérést megelőző alkoholfogyasztás motivációjáról van szó. Például: „Péter, maga olyan sok határozottságot árult el a foglalkozás kezdetekor, érdemes lenne beszélni arról, hogy miért nem volt elég határozott az alkohol visszautasításánál.”

Az egész csoport ellenállását fejezi ki a közhelyszerű beszélgetés kialakulása (időjárás, előző esti tv-műsor, sportesemény tárgyalása, stb.) A csoportvezető kedvesen, de határozottan állítsa le az ilyen típusú társalgást. „Nagyon kellemes, szórakoztató lenne Önökkel a tegnapi filmről (.....) beszélgetni, de nem azért vagyunk itt. Egyébként is azt gondolom, hogy legalább ilyen érdekes annak megbeszélése, hogy ki, miért, hogyan került bele ebbe a programba.”

A csoport ellenállását fejezi ki az is, ha a csoport hallgat. Tematikus csoportüléstről lévén szó, a vezető ne várjon hosszan arra, hogy valaki számára elviselhetetlen lesz a csend és megszólal. Rövid hallgatás után kezdjen el beszélni: „Tudom, nagyon nehéz ezekről a dolgokról beszélni. El tudom képzelni, hogy milyen dühösek voltak, amikor rendőr megállapította, hogy vezetés előtt ittak. Piroska elmondaná, hogyan zajlott le?”

Az ellenállás megnyilvánulhat szellemeskedésben, jópofáskodásban, humorizálásban. A tettenérés körülményeinek elmondásakor a poszterre kerülő lényeges elemek mellett a csoportvezető jelezze a tagok ilyen jellegű megnyilvánulásait, természetesen a csoport egyetértését kérve hozzá. A szerepjátékoknál esetleg mód lesz arra, hogy felhasználja azt is.

Nehezebb feladat a csoportvezető számára, az olyan magatartás kezelése, amely inkább differenciálatlan személyiségű embereknél fordul elő, amikor egy-egy csoporttag látványosan és/vagy agresszíven utasítja el a programban való részvételt. Pl.: tüntetően újságot olvas, vagy indulatosan kifakad a program és a foglalkozásvezető ellen. Ilyenkor is a megértő attitűd segíthet az ellenállás feloldásában. „Önnek, Imre, biztosan nagyon sok kellemetlen élménye van a hatóságokkal kapcsolatban. Megpróbálná összefoglalni nekünk?” Ha ezután sem vesz részt a csoport munkájában, a foglalkozásvezető egy ideig ne reagáljon az ellenálló viselkedésre. Néhány csoporttag meghallgatása után forduljon ismét hozzá. „Imre, mit szól az eddig elhangzottakhoz? Hasonlít az Ön története Péter (...) esetéhez?” Ha ezután sem szólal meg, akkor a csoportvezető írja fel Imre poszterére pl.: „nagyon dühös”, majd a foglalkozás ezen szakaszában többet ne foglalkozzon vele.

II. szakasz

Cél: A járművezetés és az alkoholfogyasztás szétválasztásának elősegítése, magatartásminták megváltoztatása, illetve meg nem lévő viselkedésminták kialakítása.

A viselkedésterápiás elemek programba emelését az teszi szükségessé, hogy a szemléletmód, tév ismeret megváltoztatása, és a szükséges helyes ismeretek megléte nem jelent automatikus viselkedésváltozást is. A viselkedés-korrekcióra, újfajta viselkedésformák kipróbálása, elfogadására és begyakorlására a bemelegítő szakasz során kialakult csoportkohézió lehetőséget ad. A csoport érzelmi támogatása – amely jelen esetben a hasonló helyzet megéléséből táplálkozik – nemcsak terápiás, ill. az idő rövidege miatt nem elsősorban terápiás, hanem nevelési célok megvalósítására teremt lehetőséget.

A program jól körülírt, konkrét viselkedés korrekciója a cél. A probléma-viselkedés (alkoholfogyasztás után járművezetés) meghatározott környezetben, meghatározható motivációk hatására következik be, éppen ezért fontos, hogy résztvevőkben tudatosuljon a környezet megerősítő, ill. gyengítő hatása a probléma viselkedés megjelentésére az önkontroll-viselkedés elemzése az önértékelés javítása. Az autonómia erősítése a környezet függőséggel szemben lehetőséget ad újfajta magatartásminták elfogadására, ill. meglévő, de nem elég hatékony önkontroll viselkedés erősítésére.

A tematikus csoportülést előzi meg egy pár perces személyes beszélgetés az elmúlt max. 1 hét eseményeiről, ill. a résztvevők aktuális érzelmi állapotáról a programon való

részvételt illetően.

a) Tematikus csoportülés

Tervezett idő: 50 perc

Téma: A tettenérést megelőző alkoholfogyasztás körülményeinek motivációinak feltárása

E csoportülés célja a magatartáskorrekció előkészítése. Éppen ezért rendkívül fontos, hogy minden egyes résztvevő pontosan és konkrétságra törekedve mondja el a tettenérést megelőző alkoholfogyasztás körülményeit, a szituációban jelenlevő személyeket, az említett személyekhez fűződő érzelmi viszonyát a környezet reakcióit és elvárásait a résztvevővel szemben. A foglalkozásvezető a csoporttagok, bevonásával derítse ki résztvevő esetleges próbálkozásait a probléma-viselkedés elhárítására annak okait, a résztvevő ezzel kapcsolatos érzelmeit. Fontos, hogy a vezető a beszámolóknál a pozitív elemeket emelje ki. Ez azért sem nehéz feladat, mivel a beszámolóknál az önigazolás feltehetően erős hangsúlyt kap. Fontos még az önmegfigyelés bátorítása, mivel ez, mint az önkontroll-viselkedés egyik eleme jelentős terápiás és nevelő hatást hordoz.

A vezető szerepe ebben a szakaszban a diffúz érzelmek, motivációk, környezeti hatások kognitív strukturálása és visszajelzése a résztvevők számára. Továbbá az itt nyert információkból, helyzetelemekből kell kialakítani a szerepjátékokra megfogalmazott szituációkat. Célszerű a poszterre is felírni az alkoholfogyasztás helyét (pl.: diszkó, munkahely, otthon) és a szerepjátékokban a legtöbbször előforduló helyszíneket és helyzeteket kell felhasználni.

A tematikus csoport indítása

A foglalkozásvezető röviden elmondja a beszélgetés témáját, jelzi a poszter használatát. A bevezető szöveget minden vezető a csoporttal kialakult kapcsolat, saját személyisége és a pillanatnyi szituációhoz igazodva természetesen maga választja meg.

Javasolt bevezetés lehet például a következő: „A továbbiakban szeretném, ha arról beszélgetnénk, hogy milyen körülmények között történt a vezetést megelőző alkoholfogyasztás.” A magatartása, aktivitása a bemelegítő szakaszban leírtakhoz hasonló legyen. Elfogadó, figyelmes hallgató. Egy-egy rövid kérdéssel irányítsa az elbeszélőket, hogy a lényeges konkrét körülmények, motivációk kiderüljenek. (Miért? A felesége/barátja/barátnője jelen volt? Mit mondott? Mit vett észre a magatartásán? Milyen gondolatok forogtak a fejében? Kinek akart imponálni? Stb.) A lényeges elemeket jelzésszerűen rögzíti a résztvevők poszterein.

b) Önálló munka

Tervezett idő: 15 perc

A tematikus csoportülés zárása után felkérés a tagokhoz, hogy válaszolják meg önállóan a munkafüzet 3. feladatlapján lévő kérdéseket. Ezzel lehetőségük van arra, hogy végiggondolják és tudatosítsák a járművezetést megelőző alkoholfogyasztás pszichés, morális és anyagi veszteségeit és esetleges nyereségeit.

Ez idő alatt a foglalkozásvezető felkészül a szerepjátéokra. Kiválaszt néhány tipikus szituációt, viselkedéselemet, kiválasztja a szereplőket.

Az önálló feladat befejezése után néhány perces szünet indokolt.

c) Magatartáskorrekció szerepjátékokkal.

Tervezett idő: 60 perc

A szerepjátékoknál a résztvevők tematikus csoporton elmondott élményeiből, számukra ismerős élethelyzetekből kell kiindulni és a kívánt cél eléréséhez, kell igazodni. Arra kell törekedni, hogy az elmondott élmények közös vonásait emeljük ki, és az eljátszott szituáció az adott csoportra jellemző, tipikus helyzeteket jelenítse meg.

A csoportvezető diagnosztaként a pozitív viselkedéselemek, megismerését kapja, terapeutaként és nevelőként a pozitív viselkedéselemekre építve azok megerősítését, tudatosítását kell elvégeznie. Ebben a helyzetben legfőképpen szociális megerősítőként kell megjelennie. Tevékenységének a jövőre kell irányulnia, új, adaptívabb viselkedésmódok, kialakulását kell segítenie. Annak a képességnek a megvalósulására kell törekednie, hogy a résztvevők távolabbi célokért, ill. hátrányok elkerülése érdekében képesek legyenek lemondani pillanatnyi örömeikről, ill. vállalni pillanatnyi nehézségeket.

A vezető feladata a dramatizálásra alkalmas szituáció jelenetes megfogalmazása, a szerepek megalkotása, kiadása. Ha a résztvevők spontán nem vállalják a szerepet, akkor a vezető jelölje ki a főszereplőt – akinek története leginkább hasonlít a kiválasztott jelenethez –, a főszereplő feladata legyen a többi szereplő felkérése.

A szerepjátékokban a foglalkozásvezető instruálja a szereplőket, vázolja fel a szituációt, tegyen javaslatot a helyzet továbbfejlesztésére, különféle megoldások kipróbálására a szereplők cseréjére. De engedje át e feladatokat egy-egy csoporttagnak, ha erre lehetőség kínálkozik a szerepjátékok során. A szerepjáték során számos váratlan mozzanat adódhat, ezért fontos, hogy a vezető felkészüljön arra, hogy a cél figyelemmel kíséréssel ezeket megoldja és rugalmasan alkalmazza a viselkedésmódosítás különféle technikáit.

A szemléletmód és a csoportvezetői viselkedés koherenciáját megtartva változatos, a szituációhoz és a résztvevőkhöz igazodó technikai megoldások rugalmas alkalmazása a célszerű:

- Ha a játék nem a kívánt irányba megy el, akkor állítsa le a jelenetet és kérje meg a szereplőket, játsszák el más megoldás szerint.
- Kérjen fel más-más főszereplőt ugyanannak a szituációnak az eljátszására.
- Fordítsa meg a szerepeket, hogy egyes szereplőknek alkalma legyen a partnerszerepek magatartásmintáinak tudatosítására, esetleg az azzal való azonosulásra.
- A csoportban akár régi ismeretség, akár pillanatnyi érzelmek, benyomások hatására rokonszenvi és ellenszenvi választások adódhatnak. Nem célszerű ezen kapcsolatok tudatosítása, értelmezése, de a szerepek kiosztásánál a megoldások kimunkálásánál támaszkodjon ezekre a foglalkozásvezető.

A szerepjátéknál újra megjelenhet a csoportban az ellenállás, mint minden olyan tevékenységnél ahol fontos az aktív részvétel. Szellemeskedés, zavart nevetés, humorizálás de a felkínált szerep visszautasítása is. Ha egy résztvevő tiltakozik a szereplés ellen, zavarban van, annak lehet statisztaszerepet adni és megkérni arra, hogy elemezze a neki szánt szerep eljátszójának viselkedését a jelenet megvalósítása után. Szerepjátéknál elakadhat egy-egy szereplő, félhet a felsüléstől, a nevetségessé válástól, Tapintatos biztatással, más csoporttagok segítségének igénybevételével át lehet segíteni a nehézségeken.

Minden egyes dramatikus szituáció eljátszása után a foglalkozásvezető irányításával a csoport beszélje meg a látottakat. Ki, miért cselekedett úgy, ahogy tette? Összefüggött-e a játékban való viselkedése valamilyen tapasztalatával, élményével? Ki, hogyan érezte magát a játékban, miért? A csoport néző tagjai mondják el, hitelesnek érezték-e a szereplők játékát, ők is így játszották volna el vagy másként? Azonos módon érveltek volna vagy másként? A kritizálók újra játszhatják a jelenetet, ha az a program célját erősíti. Fontos, hogy a nézők ne a szereplők színészi teljesítményét kritizálják, hanem a szituáció megoldását, az érvelést. Erre mintát is adhat a foglalkozásvezető egyes szereplők érvelésének dicséretével a jó megoldások kiemelésével.

A szituációt lezáró beszélgetés során törekedjen a vezető arra, hogy a döntő mozzanatokot, a döntési helyzeteket részletesen a szituációból kiemelve beszéljék meg. Ilyenkor a tagok hozhatnak egy-egy felhasználható viselkedéselemet (alkohol-visszautasítási technikákat), amelyeket a többiek elfogadva be is gyakorolhatnak. A zárbeszélgetésnél minden esetben elemezzék a környezet szerepét, az egyes résztvevők reakcióit, és ezt használja fel a csoportvezető arra, hogy motiválja a résztvevőket: vegyék igénybe a környezetükben élő erre alkalmas személy segítségét az alkoholfogyasztás és a járművezetés szétválasztásánál. A környezet szerepének elemzése és tudatosítása segítheti a résztvevőket

abban, hogy képesek legyenek kontrollálni környezetüket, és ezáltal viselkedésüket függetleníthetik a környezet probléma-viselkedést előidéző igényeitől. Az összegzésnek nem kell teljesen lezárni az egyes jelenetek elemzését, hanem nyitva hagyva a megoldásokat, lehetőségeket, a résztvevőket a szituációk, megoldások utángondolására motiváljuk.

A szerepjátékoknak a résztvevők élményeiből kell kiindulniuk, így a foglalkozásvezetőnek a tematikus csoportüléseken elmondott eseményekből, helyzetekből célszerű dramatikus jeleneteket készíteni. Munkája megkönnyítésére ismertetünk néhány tipikusnak mondható helyzetet, amelyek felhasználása, átalakítása egy-egy elemének kiemelése a csoportvezető kompetenciájába tartozik.

Szerepjáték repertoár

1. játék: „Én is kocsival vagyok!”

Helyszín a munkahely. A főnök névnapot tart, előre nem közölte. A főszereplő kocsival jött munkahelyére, további szereplők a munkatársak, esetleg titkárnő, akinek a főszereplő imponálni akar. A főnök megkínálja a főszereplőt konyakkal, tétova tiltakozását azzal torkolja le, hogy ő is kocsival van.

Feladat: konfliktusmentesen megoldani a szituációt. A megoldásokat a szereplők hozzák, de ha nem elég ötletesek, akkor a foglalkozásvezető javasoljon néhány megoldási lehetőséget, amelyeket a szereplők eljátszhatnak. Pl.: taxival vagy tömegközlekedési eszközzel megy haza. Kifogást keres: „Köszönöm, de ha megengeded, holnap én hozok egy üveg pezsgőt, és akkor iszom az egészségedre.”

2. játék: „Ismerem a rendőrt.”

Baráti család otthonában házszenelő. A főszereplő messze lakik, feleségével együtt autóval érkezett. Belépéskor rögtön közli, hogy kocsival jött, de a házigazda erőszakosan rábeszéli az ivásra. Fő érve: „Ismerem a rendőrt, nem lehet bajod.”

Megoldási lehetőségek: taxi hívása, a vendéglátóknál alvás, a házigazda nem iszik, a kocsit otthagya, rábeszélésre sem iszik alkoholt.

Érvelés az alkoholfogyasztás ellen: „Ilyen kockázatot nem vállalok.” Mit szólnának a gyerekeim, ha ittas vezetésen kapnának rajta?” „Ivás után romlanak a reflexeim, nem akarok balesetet.”

3. játék: „Nekem kell megoldanom.”

Az előzőhöz hasonlóan baráti társaság házszenelőn. Az egyik meghívott kocsival érkezett, a házigazda ezt nem tudja, többször kínálta alkohollal. Búcsúzáskor észreveszi, hogy a barátja kocsival akar hazamenni. A feladat a házigazda lehetséges magatartásának

eljátszása.

Megoldási lehetőségek: taxi hívása, felajánlja a náluk alvást, megkér egy alkoholt nem fogyasztott vendéget a hazafuvarozásra.

Érvelés az ittas vezetés ellen: felhívni a figyelmét a kockázatra, veszélyekre. A házigazda nyilvánítsa ki a saját felelősségét is.

4. játék: „Ettől nyugodtabb leszek.”

Helyszín a munkahely. A főszereplő főnöke a munkatársak jelenlétében leszidja, megszegyeníti. A főnök távozása után kivesz a szekrényből egy üveg konyakot.

Megoldási lehetőségek: A munkatársak megnyugtatók, nem engedik inni, elküldik sétálni, stb. Az érvelésnek a lényege, hogy a főnök és a beosztott közötti konfliktust, a kiváltó okot kell megoldani, enyhíteni.

5. játék: „És ha más iszik!”

A főszereplő 10-12 éves fiát a zebrán elüti egy autó. A vezető kismértékben ittas volt, amit ott a helyszínen az intézkedő rendőr észlel. Ekkor érkezik futva a kétségbeesett apa/anya. A feladat eljátszani, kifejezni a szülők érzéseit, elképzelt magatartását.

Megoldási lehetőségek: a főszereplő fejezze ki a közvélemény ítéletét az ittasan vezetővel szemben, ébresszen lelkiismeret furdalást az ittas vezetőben.

6. játék: „Most mi lesz?”

Helyszín egy kórházi vizsgáló helyiség. A főszereplő a vizsgálóasztalon fekszik, várja a sebészt, akit telefonon kellett behívni, mivel súlyos tömegközlekedési baleset történt, és nincs elég orvos szolgálatban. A megérkező orvosról megállapítja a vizsgálat során a lehelete alapján a beteg, hogy alkoholt ivott, ő fogja most operálni. Játsszák el a beteg reakcióit, érzéseit és az orvos érvelését. A szituáció eljátszásának célja a decentralálás, az ittasság által veszélyeztetett „másik” érzéseinek átélése.

III. szakasz

Cél: A program lezárása, a program nyereségének, hatásainak tudatosítása.

a) Önálló munka a munkafüzet felhasználásával.

A szerződés kitöltése (munkafüzet 15. oldal). Olyan konkrét magatartáselemek megtervezése, amelyek segítenek az ittas vezetés elkerülésében.

Tervezett idő: 10 perc

b) Tematikus csoportülés.

Téma: A csoporttagok önmagukkal kötött „szerződésének” csoport előtti megbeszélése.

Tervezett idő: 40 perc

Cél: Személyre szóló visszajelzéssel, a pozitív tulajdonságok erősítésével fokozni a résztvevők autonómia érzését, önértékelését.

A foglalkozásvezető feladata ebben a szakaszban az, hogy magatartásával, verbális és metakommunikatív megnyilvánulásaival jelezze, bízik a résztvevőkben, bízik abban, hogy a résztvevőkben van annyi pozitív érték, mely képessé teszi őket arra, hogy elkerüljék az újabb alkoholos állapotban történő járművezetést. Ez a bizalom mozgósíttatja a csoporttagokban meglévő kapcsolatokat, az új ismereteket, a cselekvési motivációkat.

Ebben a szakaszban a foglalkozásvezetőnek aktívabb szerepet kell vállalnia, arra kell motiválni a csoportot, hogy az ő irányításával minden csoporttag – miközben ismerteti saját szerződését – kapjon pozitív visszajelzést csoportbeli viselkedéséről, magatartásváltozás lehetőségéről. Az elhangzott információk, a szerepjátékbeli viselkedés, érvelési technikák, megfigyelt emocionális reakciók kognitív strukturálásával (de nem a magatartás elemzésével) adjon segítséget minden résztvevő számára annak tudatosításához, hogy képes a szerződésben megfogalmazott magatartásváltozásra, a környezeti hatások ellenőrzésére és a saját magatartásának kontrollálására. Abban az esetben, ha a szerződés kitöltése azt tükrözi, hogy a csoporttag elbagatellizálja a problémát, szükséges a 3. feladatlapon megfogalmazott előnyök és hátrányok közös megbeszélése. Ezzel elősegíthetjük a magatartásváltozás szükségességének elfogadását. A szerződés megbeszélése során kapja meg minden résztvevő a maga poszterét, amelyet tetszés szerint elvihet vagy eltéphet.

c) Búcsúzás

A foglalkozásvezető mindenkinek köszönje meg a részvételt, az aktív közreműködést a csoport munkájában. Fejezze ki, hogy bízik abban, hogy egymásnak segítségére voltak.

AZ EGÉSZSÉG TÜKRÉBEN

Ha belenézünk az egészség tükrebe: - elkezdjük azt vizsgálni, az alábbi szempontok szerint. A következőket figyelhetjük meg. Mindenekelőtt az egészség fogalmát kell meghatároznunk.

Az egészségfogalmának meghatározásai, megközelítései

*„Azt hiszem az egészség fogalmát előbb-utóbb tisztázni kell, nem orvosoknak, hanem költőknek és gondolkodóknak... Ami a klinikákon egészségnek tartanak, annak fertőtlenítő szaga van...
Az egészség nem steril.
Az egészségnek gyümölcsillata van.”
Hamvas Béla: Gyümölcsőra*

Az egészség fogalom történeti gyökerei

Kétféle elméletet tárgyalunk az egészségről kialakított elméletek tárgyalásakor. Az egyik a megőrzött egészség a másik a betegség gyógyításával visszaállított egészség. A Görögök említik Hügeia és Aszklépiosz mítoszában a két különböző nézetet. Miszerint Hügeia természetes rendje az egészség megőrzése. Míg Aszklépiosz mítoszához azonban fő feladat az orvoslás a betegségből visszaállítani az egészséget. A 17. században a filozófusok, Galilei gondolatai szerint a tudományos módszerek képesek a fizikai világot értelmezni mechanizmusuk szerint. Descartes ezeket az elveket kiterjesztette az élőlényekre is. A test egy gépként felfogható, s ha ismernénk minden működé részét, szét és összetehető lenne. Az tény, hogy egyre többet tudunk meg a test felépítéséről, működéséről. Egyre többet a betegségfolyamatokról, a betegség okairól.

Az egészségtudomány érték megközelítésének változásai

Az egészség fogalmának meghatározására nincs általános meghatározás.

Kiemelt megközelítések:

- Az egészség az emberi test biológiai funkcióinak tökéletes működésével azonosítható.
- Az egészség az a képességünk, amikor szeretni és dolgozni tudunk
- Az egészség azt jelenti, hogy az ember jól érzi magát, szabadon mozog, jó étvágya van, feladatait normálisan ellátja, és nem kell orvoshoz fordulnia.
- Az egészség az egyén optimális teljesítőkétségének állapota, ami azoknak a szerepeknek és feladatoknak a betöltésére teszi képessé, melyekre szocializálódott. (Parsons)

Itt csak néhány értelmezésre tértem ki. Az egészség komplexitását több paradigma mentén értelmezhetjük.

- Biomedicinális paradigma (természettudományos-, individuumba orientált)
- Egzsztenciális- antropológia paradigma (individumba orientált-, társadalomtudományi)
- Rendszer paradigma (természettudományos-, nagyobb összefüggésben)
- Kultúraorientált (társadalomra irányuló- társadalomtudomány)

Az Orvostudomány, Pszichológia tudomány és a Szociológia tudomány diszciplínákat rakják egymás mellé, amit manapság kiegészítenek az Ökológiatudományával. Azonban az *integrált elmélet és egészség- modell még nem körvonalazódott*. Európa szerte szakmai teamek ezen dolgoznak, hogy teljesen felállítsák az *egészség- modellt*.

Az egészségértelmezéssel foglalkozók, konszenzust kínáló egészség-meghatározását- a WHO dolgozta ki. Egy új szemléletet hozott be: *megelégedést!* (testi- lelki- szociális jólét). Mind ez a betegség szemléleten túl mutató, meghatározása az egészségnek.

OTTAWA WHO 1989 TESTI- LELKI- EGYENSÚLY!

„Az egészség promóció olyan folyamat, ami képessé teszi az embereket, hogy fokozzák kontroljukat egészségük felett, illetve javítsák azokat. A testi- lelki- szociális jólét állapotának elérése érdekében, az egyén vagy csoport, képes legyen azonosítani, illetve megvalósítani célkitűzéseit, kielégíteni szükségleteit, megváltoztatni környezetét vagy megküzdeni azzal.”

Fontos, hogy interpretáljuk a mondanivalónkat!

A WHO meghatározást is érte támadás, túlzott utópisztikus színezete miatt. Elismerést nyert a meghatározás azonban, hogy az egészséggel foglalkozó tudományok között egységet, teremtett. (un. Kompromisszumot).

A mai egészségértelmezések többsége integratív modelleket vázol fel. A természeti, társadalmi környezet, a rendelkezésre álló források mértéke, a problémák leküzdése, a sikerélmény, az elégedettség mind- mind az egészségi állapot meghatározói

Az egészséget a problémamegoldásra és az érzelmek irányítására való képességként értelmezik, ami lehetővé teszi a pozitív énkép, a testi- lelki elégedettség megőrzését

Az egészséget folyamatként értelmezik!

- *Paradigmaváltás*: bajok elkerülése, a cél!
- Az érzelmi élmény összetevői, az érzelemkifejezés, az érzelmi vélekedések és az észlelt arousal egyaránt hozzájárul az érzelmi élményhez.
- z érzelmi élmény összetevői, az érzelemkifejezés, az érzelmi vélekedések és az észlelt arousal egyaránt hozzájárul az érzelmi élményhez.
- Prevenációs paradigma*: betegség elkerülése, a cél! (*Mit tegyünk, hogy elkerüljük a betegséget?*)
- Promóció paradigma*: egészségesnek maradni, a cél! (*Mit tegyünk, hogy egészségesek maradjunk?*)

Több elemző paradigmaváltásról ír: Múlt században aszkétikus egészségértelmezés.

A 20. század nyolcvanas éveinek végén *hedonista*
megközelítés.

Aszkétikus: önmegtartóztatáson, a takarékoszágon, az önkontrollon keresztül jutott kifejezésre. A nevelés meghatározói a kényszer, tiltás és a szigorú viselkedési szabályok voltak. Az egészséget veszélyeztető magatartás felett ellenőrzést próbálnak tartani, illetve tökéletesíteni.

Hedonista: az egészséget a jókedv, pozitív gondolkodás, az élvezet, a jó közérzet, az önmegvalósítás jelenti. Az egészség az önmegvalósítás értelmében előállíthatóvá, megteremthetővé vált.

Ez a nézet a sikerember típus, aki az állandó kihívásokban él s ezt el is fogadja. A veszteseknek jut az egészség körüli probléma, egy mondás azt tartja az áldozat maga felelős szenvedéseieért.

Az egészségértelmezések konszenzusa

Az egészség egy dinamikus folyamat és az életre koncentráll. Az egyén a természet és a társadalmi környezetével folytatott átfogó és aktív összeütközésének eredményeként talál rá a gátló és segítő- életfeltételekre. A lelki, testi, és társadalmi szempontok nem elválaszthatók, még akkor, sem ha súlypont különböző. Az egészség társadalmilag „jónak” mondható, hiszen tükrözi a társadalmi viszonyokat.

Az egészség egy olyan összetett fogalom, mely az emberi lét különböző szintjei közti kapcsolatokat fejezi ki, legalábbis az egyén kapcsolatát önmagával, saját testével, környezetével és embertársaival, kortársaival. A különböző életszakaszokban az egészség

változó. Ez pedig függ a mindenkori életkörülményektől és a környezeti kultúráktól. Ez a gyakorlati jelentőségét határozza meg az egészségnek.

Az egészségfejlesztés értelmezése

Az egészségfejlesztés szűk meghatározása- az egyéni autonómia követelményének megfogalmazása, valamint az életkörülmények – munka, lakás, művelődés, béke- javításának sürgetése.

Az egészségfejlesztés tág meghatározása- az összes nem terápiás egészségjavító módszer gyűjtőfogalma.

Mindig egy adott életkörülményt, élethelyzetet próbálja fejleszteni. Az élethelyzet elemzéséből indul ki, és arra törekszik, hogy az egyén és a társadalmi felelősséget összehangolja.

Az egészség tehát pozitív feladat, amelynek megvalósításához társadalmi, személyes, szociális és intézményi források szükségesek.

Az egészségfejlesztés ismérvei

- az egész lakosságot célozza meg, nem csak a veszélyeztetett csoportot
- a feltételeket és az okokat egyaránt befolyásolja, ezért az együttműködés elkerülhetetlen
- egymást kiegészítő nézetek kapcsolódnak egymásba
- a lakosság együttműködésére törekszik

Az egészségfejlesztés társadalmi feladat, és nem egészségügyi, orvosi szolgáltatás. Igaz sokban játszanak szerepet. Az egészségfejlesztés leszögezhetjük, hogy cselekvésre ösztönöz.

Az egészségfejlesztés elhatárolódásai

Az egészségnevelés, egészségképzés, prevenció, egészségápolás a múltban többnyire elhatárolódtak egymástól. Mára már együttesen emlegetik a fogalmakat. Az egészségfejlesztést mégis csak ezekből az elhatárolódó fogalmakból lehet megérteni.

Az egészségfejlesztés bírálja a rizikófaktor-elméletet, amelyek az egészségnevelés és a prevenció irányzatainak a kiindulópontjai. Ez az elmélet a betegségek valószínűségéből indul ki. Különböző viselkedések, genetikai és szociális állapotok közti statikus összefüggést kutatja. A későbbiekben bekerültek ebbe a modellbe, pszichikai, szociális és ökológiai komponensek is. Megkülönböztetik az egészségfejlesztést, mint az életmódra, a

körülményekre és a magatartás megváltoztatására – vonatkozó intézkedéseket az egész lakosság számára.

-Elsődleges prevenció- az életstílusra vonatkozó intézkedésekkel a betegség elkezdődése előtt a rizikó csökkentésére koncentrálnak.

-Másodlagos prevenció- egyes személyek, betegek gyógyítására használják

-Harmadlagos prevenció- rehabilitációs ellátás az idült betegek kezelésére kompenzációs szándékkal.

Egészségképzés és egészségfejlesztés

Az egészségképzés tanulási lehetőséget nyújt a gondolkodás, a cselekvés és az érzelmek terén. Az egészségképzésnek az egészségfejlesztéshez vezető útmutatásai vannak. A tanulást összekapcsolja a külvilággal. Az egészségképzés az összes érzéket igénybe veszi, a természeti, társadalmi életkörülményekre is kiterjed. Az egészségképzés mindig az egyén cselekvése saját egészségi állapotára. A képzés az egészség része, és a képzetlenség a betegség egy formája. A képzés elősegíti a lehetőségek kibontakozását, a látókör szélesítését, és így hozzájárul az egészséghez. Mindig alakítóan kell hatni magára a szervezetre, egyszóval fontos a cselekvőképesség.

Az egészségfejlesztés új álláspontjai

- Az egészség integrációjának megvalósítása az egyes dimenziók egymás mellé rendelése helyett.
- Minden strukturális döntés az egészségre irányultság hason át.
- A potenciálok és kompetenciák figyelembe vétele. A kompetencianövelés támogatása és a cselekvési mező tágítása.
- Az önmeghatározás és a participáció igénylése, párhuzamosan a cselekvési lehetőségek sokrétűségének tudatosításával.
- A kooperatív és integratív cselekvés iránti vágy, az egyéni és kollektív cselekvés összekapcsolása.

Egészség- Érték- Egészségnevelés (Nyíri, 1999.) írásából mutatok be egy-két gondolatsort.

Az egészség fogalmának egészségnevelési megközelítése

Kihangsúlyozza a testi jólétén kívül a szellemi épség, az egészséges lelkvilág, és a társadalomba, a közösségekbe való beilleszkedés, elhelyezkedés jelentőségét, mint a harmonikus személyiség fejlődés lényeges alapját. Az egészség tehát az emberi szervezet olyan állapotát feltételezi, amely potenciális lehetőséget teremt az egyén számára ahhoz, hogy

a társadalom anyagi és szellemi folyamatában optimális aktivitással vegyen részt. Az egészség nem egy statikus állapot, hanem állandó mozgásban, változásban lévő kiegyenlítődési folyamat, amely a szervezet és a környezet közötti dinamikus egyensúlyban nyilvánul meg.

Az egészségnevelés tárgya és feladatai

Az egészségnevelés tárgya a gyermekek és ifjúság pszichoszomatikus egészségét befolyásoló tényezők tanulmányozása. Célja, hogy a tartalmi és metodikai ismeret-és tevékenységrendszer elsajátítása kapcsán alkalmassá tegye a tanítójelölteket az egészségmegőrző társadalmi program egészségnevelői munkáinak a primer prevenció iskolai feladatainak eredményes elvégzésére.

A pedagógusok aktivitása döntően befolyásolja a nemzet jövőjét meghatározó egészségmegőrző társadalmi program célkitűzéseinek a megvalósítását. Az iskola fontos egészségnevelési szintér, de az életmód alakítását az egyéb környezeti hatások pozitív értékeinek együttesével képes eredményesen végezni (család, szociális és gazdasági támogatás, egészségügyi hálózat).

Egészségnevelői tevékenység alapelvei

Egészségnevelést nem lehet kötelességből végezni. Saját értékeinkkel kell tanítványaink előtt élni. A meglévő értékeinkkel próbáljunk valamit tenni. Ennek szellemében vegyünk sorra néhány olyan tényezőt, amely segítségével hatékonyabbá tehetjük egészségnevelői tevékenységünket:

1. Teljes identitással tudjunk azonosulni az egészséges életmód, életvitel tevékenységrendszerével.
2. Megfelelő realitással tudjuk saját életvezetésünk értékeit önmagunk előtt körvonalazni a célból, hogy mit tudunk ebből tanítványainknak közvetíteni. Életmódot csak megfelelő életmódi mintákkal lehet.
3. Törekedni kell alkotói közösségek megteremtésére. Minden egyes személy találjon magának aktív cselekvési teret, amelyben saját személyiségének megfelelő egészséges magatartást, értékes tevékenységet végezhet.
4. A nevelés a gyermek egész személyiségét át kell, hogy hassa. Nagy gondot kell fordítani a testi-értelmi, a közösségi-szociális fejlesztő hatások mellett az érzelmi-emocionális megközelítési módokra is.

5. Az egészségre káros csoportképződéseket, illetve csoportviselkedéseket csakis aktív cselekvő alkotóközösségek alakulásával, lehet ellensúlyozni. Ez lehet rendszeres sport, zene, színháztársas képzőművészi tevékenység, alkotó csoportforma.

Egészségmagatartás–egészségkultúra

Az egészségmagatartás nagyon összetett, mély indítékkal táplált tevékenységét, viselkedésformát takar. Figyelembe kell venni az öröklési koncepciót, amely szigorúan genetikai meghatározottságú. Az életmódi jellemzők nagy része már így öröklődik. Fontos szerepe van a mikrokörnyezetnek. (Apám ivott- én is iszom, a családom sokat kirándul én is, viszem majd a gyerekeket kirándulni). Továbbá az egészségmagatartást befolyásolja egy ország, egy közösség kulturáltsága. Az egészségkultúra pedig része az általános kultúrának, és az egészség megőrzésével, illetve a betegség elkerülésével kapcsolatos ismeretek, szokásokat foglalja magában.

Egészségmegőrzés-egészségnevelés

Az egészségnevelés célja, a higiénés kulturáltság szintjének emelésével egyidejűleg, olyan tevékenység kialakulása, ami az ismeretet aktív magatartássá formálja, vagyis lényegében személyiségformálás. Az egészségügyi felvilágosításnál a látszólag pozitív befogadó is aktívvá válhat, ha a felvilágosító tevékenysége a meggyőzés erejével hat. Az egészségmegőrzés az információszolgáltatáson, az egészségnevelésen és az élethez szükséges gyakorlati készségek erősítésén keresztül segíti elő az egyén és a társadalom fejlődését.

Már a 80-as években is foglalkoztak egészségneveléssel (Dr. Kormos, 1980.) sok hasonlóságot találhatunk a következőkben a fentiekhez képest.

Az egészségnevelés fogalma, célja

Az egészségnevelés olyan tudományos alapokon nyugvó ismeretterjesztő és magatartásformáló tevékenység, amely képessé teszi a szervezet ellenállását a betegségekkel szemben, esetleg a helyreállítása érdekében tudatos döntést, cselekvésre készít fel és ösztönöz. Nemcsak az egészségre s annak megtartására irányul, hanem a személyiség formálását is elősegíti.

Az egészségnevelés célja az, hogy rábírja az embereket az egészséges élet szokásainak elfogadására és alkalmazására, a rendszeres álló egészségügyi szolgáltatások megfontolt és okos igénybevételére, és arra, hogy maguk hozzanak egyénileg vagy a közösség keretén belül döntéseket. Az egészségnevelés célját Elekes, 1985-ben így összegezte.

Egészségnevelés célja

Az egészségnevelés célja az egészségkultúráltság kialakítása, ezzel az egyén alkalmassá tétele arra, hogy az egészségével kapcsolatos szükségleteket önmaga kielégíthesse. Az egészségnevelés tartama egészségtudományi, de jelentősen eltér az egészségügyi szakellátástól.

Az egészségkultúráltság

Az interiorizációra az egyén csak mások segítségével képes, tehát a szocializáció, a szociális módon létrehozott kultúra, szociális közvetítés által történő elsajátítása. Az interiorizált kultúrát nevezzük kultúráltságnak, műveltségnek. Az egészségkultúráltság maga az életmód. Az egyén életmódja révén szabályozhatja, optimalizálhatja egészségügyi állapotát, életmódjával elégítheti ki egészségével kapcsolatos szükségleteit. Ugyanakkor az egészségi állapot visszahat az életmódra, azzal elszakíthatatlanul összefügg, így szintén része az egészségkultúráltságnak.

Egészség és életmód

Szocializáló-nevelő hatásokkal fejleszthető az egészségi állapot s ez szorosan összecseng az életmóddal. Az életmód a megvalósításból és annak meghatározottságából szerveződik. Ennek megfelelnek: - feltételek, lehetőségek, szükségletek, indítékok, életvitel. Külön is foglalkozik könyvében (Ékes, 2002.) az életszínvonallal, úgy hogy maga is összeollózta az erről alkotott elképzeléseket.

Életmód, életszínvonal, életstílus

„Életmód alatt a társadalmi gazdaságban a fogyasztás jellegét értik, amint az bizonyos osztályokban, bizonyos foglalkozások mellett alakul. Az életmód jellege a szükséglet-kielégítés mennyiségétől és minőségétől függ: különösen a magasabb szellemi szükségletek, a szabad élvezetek, a fényűzés mérve gyakorol az életmódra befolyást.” (Dirc- Etele, 1994. 15. o.).

„Az életmód... a társadalmi feltételek között létrejött viszonyok, kialakult lehetőségek cselekvései rendszerré válása, a cselekvések megformálása és stilizálása.” (Losonczi, 1977. 15. o.). Heller Ágnes lektorálta könyvben az életmód fogalmáról-e képen vall (Szántó, 1967).

Az életmód fogalma

„Mit értünk életmódon? A *filozófiai Enciklopédia* így határozza meg: Az életmód- a társadalomtudomány terminusa- az emberi lét nem- termelő szféráját tükrözi, amely szféra

közvetlenül összefügg az anyagi és kulturális szükségletek kielégítésével: az étkezésben, a ruházatban, a lakás terén, a kommunális szolgáltatások, a gyógykezelés, az egészségvédelem terén, a pihenésben, a szórakozásban stb. jelentkező szükségletek kielégítésével. Az életmód terén kialakulnak a magatartás- szabályok, vagy például az ízlés, amelyek- elsősorban a történelmi fejlődéssel, a termelőmód változásával- folyton változnak. A termelőmód mellett a társadalmi helyzet, az osztályhelyzet, a kultúra, a vallás nyomja rá sajátos jegyét az életmódra.”(Szántó, 1967. 17. o.)

Feltétlenül beszélni kell, ha az egészség fogalmát boncolgatjuk, magáról a Földről. Minden ember közös jövője az egészséges környezet. Felteszem a kérdést, - Érték-e az élet?

-Érték-e az egészség?

Idézet egy indián törzsfőnöktől: (Száráz, Német és Kohl, 2001. 256. o.)

**„ Ha az utolsó fát is kidöntöttétek,
az utolsó folyót megmérgeztétek,
Az utolsó halat kifogtátok.
Csak akkor fogjátok felfogni,
Hogy pénzt enni nem lehet.”**

Az ember és a környezet

Az ember a környezetével szerves egységet alkot melyben az egészséges szervezet a környezettel egyensúlyban, van. Az emberi szervezet a külső feltételekhez alkalmazkodni képes. Ez az alkalmazkodóképesség magasrendű. Az ember alkalmazkodóképességének beszűkülése, betegségekhez vezet. Az ember és környezet kapcsolata kétoldalú. Nemcsak a szervezet alkalmazkodik a környezet változásaihoz, hanem az emberi tevékenység is hat a környezetre. Az ember tudatosan változtatja, befolyásolja a környezetét, hogy minél optimálisabb életfeltételeket teremtsen magának. *Természetes környezetben* az emberi tevékenység által nem befolyásolt természetet értjük. Az ember azonban településeivel, munkájával befolyásolja a természetet, és *mesterséges környezetté* alakítja át. (falvak, városok, üdülők,- és ipartelepek stb.) Az utolsó évtizedekben a környezet az emberiség hátrányára változott meg. Ezért volt sürgető, hogy kialakuljon a *környezetvédelem*. A fejlődés folyamán először a víz, majd a levegő és a szárazföld vált az élő szervezetek számára fontossá. Így a természetes környezet (bioszféra) alkotóelemei, a levegő (atmoszféra), a víz (hidroszféra), a talaj (geoszféra). (Száráz, Német és Kohl, 2001)

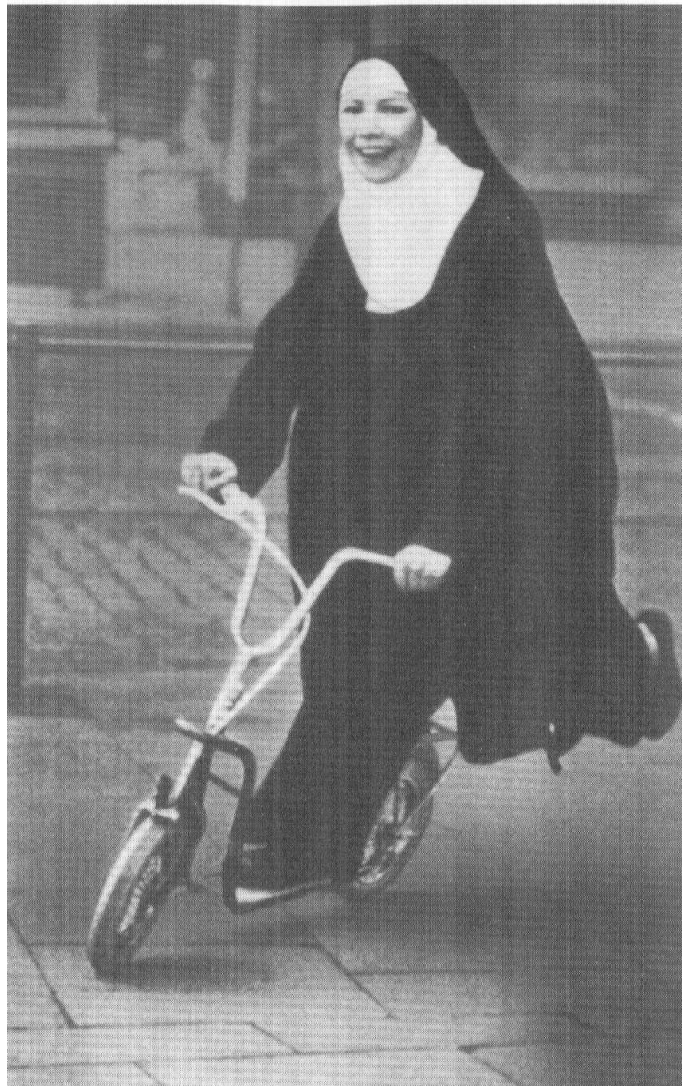
Környezet és egészség

Helsinki Nyilatkozat környezet és egészségért teendő európai intézkedésekről (A résztvevők megfogalmazása a következő:) – „a mostani generáció egészségügyi- és életkörülményeinek javítása, továbbá annak biztosítása, hogy a természet teherbíró képességét ne lépjük túl, és megóvjuk a jövő generációk kielégítő és produktív élethez való jogát. A fenntartható fejlődést csak a termelés és fogyasztás jelenlegi modelljeinek gyökeres változásaival lehet biztosítani. Az ember és a természet együttélése az emberiség jövőjének előfeltétele. A társadalom prosperitását és folyamatos fejlődését a természet biológiai sokfélelegének teljes elismerésére és kitartó védelmére kell alapozni.”(Ilosvay, 1999. 77. o.)

„Környezet egészségügy alatt az emberi egészséget, beleértve az élet minőségét érintő azon tényezőket értjük, amelyeket a fizikai, biológiai, szociális és pszichoszociális környezet határoz meg.

AZ ÉN MOSTANI VÁGYAM!

EGÉSZSÉG! EGÉSZSÉG!



**„Kérem én még nem játszottam,
Nem játszottam,
Nem játszottam,
Játszani szeretnék mostan.”**

**(Gyermekjáték)
Szép Ernő**

Dr. Mogánné Tölgyesy Szilvia

A FOGYATÉKOSSÁG, AKADÁLYOZOTTSÁG MEGÍTÉLÉSÉNEK SAJÁTOSSÁGAI

A témaválasztás indoklása:

Többször tapasztaltam, hogy az utca embere zavart mutat, ha egy fogyatékos személlyel kerül szemben. Ilyenkor gyakran látni sajnálkozó, vagy éppen az arcukat elfordító embereket.

Tébláboló kerekesszékekkel közlekedő ember, aki nem tud a járdára felhajtani a magas járdaperem miatt, egészséges embertársai nem mernek kérdezni a segítség módjáról, -tovább mennek-, vagy túlzott felesleges buzgólkodással az érintett személy beleszólása nélkül iparkodnak átvenni az irányítást, és miközben feltuszkolják a járdára a kerekesszéket a benne ülő ember majdnem kiesik belőle.

Feltételezésem szerint az ilyen eseteknek a hátterében nem a segítségnyújtás megtagadása áll, hanem a nem megfelelő reakció, a fogyatékos ember megítélésének rosszul értelmezett volta, a segítségnyújtás módjáról, pedig elfelejtkezünk kérdezni. A kliensekkel való foglalkozás és oktatói tevékenységem során is sokszor találkoztam a fogyatékos, akadályozottság megítélésének elavult szemléletével, és ez tetten érhető nemcsak a tanítványaim, hanem olykor a szakemberek magatartásában is.

Hosszú évek óta dolgozom fogyatékos emberekkel a hazai rehabilitáció területén, így velük együtt tapasztalhattam meg, hogy nemcsak a sérült egyén „kezelésére” van szükség, hanem arra is, hogy a szűkebb és tágabb környezetet is befolyásoljuk, annak érdekében, hogy az akadályozott emberek minél gördülékenyebben beilleszkedjenek.

A fogyatékos, akadályozottság társadalmi megítélésének változásai

A különböző társadalmak nem azonos mértékben toleránsak fogyatékos tagjaikkal szemben, bár általánosságban nem beszélhetünk fogyatékos, vagy sérült emberről, csak emberről, aki hallás-sérült vagy mozgássérült. Minden eset, ahogy minden ember, egyedi és megismételhetetlen.

Az ember kora gyermekkorától fogva különböző sztereotípiákat raktároz el magában olyan emberekkel kapcsolatban, akikre a „másság” jellemző. A súlyosan hátrányos megkülönböztetés, a megbélyegzés a modern társadalmak mindennapi életének is szerves része. Mivel hajlamosak vagyunk a mindennapi tevékenységünk, előéletünk, tanulmányaink alapján megtanult sémákban gondolkodni, így alakultak ki a különböző gondolkozási

modellek.

A középkori gondolkozásra volt jellemző az ún. *Jótekonysági vagy tragikus modell*: ennek alapján a fogyatékos ember sajnálatra méltó, elesett áldozat, örök gyermek, unisex gyógyíthatatlan beteg. A jótekonysági modellben való gondolkodás nemcsak sajnálatra apellál, hanem félelemre, bűnösségre, szégyenre is. A fogyatékossgot valamiféle Isteni büntetésként tekinti.

Az újkor gondolkodói elvetették a középkori gondolkodást és helyébe lépett az úgynevezett vulgáris materialista szemlélet, amely a testet egy gépnek tekinti, amit meghibásodás esetén meg kell javítani. Így alakult ki, és sajnos a mai napig nagyon sok ember gondolkodásában tartja magát az *Orvosi, vagy egészségügyi modell*: e gondolkodásmód szerint a fogyatékos ember beteg, nem képes dönteni az életéről. Orvosok, akár laikusok is úgy gondolják, hogy többet tudnak az illető fogyatékossgáról, mint ő maga, illetve még magánál a fogyatékos embernél is jobban tudják, hogy mire van szüksége, mi jó neki. Ennek a modellnek a képviselői a sérült embert a sérülése alapján ítélik meg, diagnosztizálják, úgy kezelik őket, mint betegeket és elsődleges céljuk, hogy meggyógyítsák, illetve megoldják az általuk felállított problémát, függetlenül attól, hogy azt az érintett személy igényli vagy sem. Eszerint a társadalmi megítélés szerint ritkán kezelik a fogyatékos embert partnerként, általában róla döntenek az ő megkérdezése nélkül.

Mindkét előzőleg felvázolt modellben gondolkodók a fogyatékos embert nem az élet sokszínűségének egyik megnyilvánulásaként, hanem abnormális, a társadalom elvárásainak nem megfelelő egyénnek tekintik. Az igazi akadály, a valódi hátrány nem az érintett emberben van elsősorban, hanem rajta kívül, a társadalomban. A társadalom szemléletében, a közösség szemléletében, az egyén szemléletében. Egy adott társadalom humanizmusának egyik fokmérője az, hogy hogyan viszonyul fogyatékos tagjaihoz. Ezek a kulturális alapokon nyugvó előítéletek nemcsak tudományos feltételezések, hanem olyan szociális tények, amelyekkel a fogyatékos embereknek és családtagjuknak nap, mint nap szembe kell nézni. Hiába garantálja például a törvény, hogy a fogyatékos gyermeknek is joga van iskolába járni egy olyan közösségben, ahol a gyermeket csúfolják, molesztálják. Ott, ahol a fogyatékos embert nem tekintik megfelelő munkaerőnek, ott nem is létesítenek olyan munkalehetőségeket, amelyekben alkalmazni tudnák őket. A közösség előítélete nemcsak a fogyatékos embert, hanem a családját is negatívan érinti.

A fogyatékos emberek és a társadalom kapcsolata a történelem során jelentősen változott. Ez a változás a társadalom gazdasági fejlődésével párhuzamosan ment végbe.

Peter Lamming a Disabled Person's International egykori svéd titkára szerint négy időszak

különíthető el. Az első időszakban a társadalom fogyatékosná vált tagjaival nem tudott mit kezdeni, magára hagyta őket a biztos pusztulásra ítélve. A második szakasz a korai integráció. Ekkor vagy a hagyományos nagy család, vagy a közösség biztosította a fogyatékos emberek további életfeltételeit. A közösség pl. „a falu koldusa”-ként tette ezt. A harmadik időszak az intézmények időszaka volt. Ekkor az intézményekben már nem kizárólag a létfenntartást biztosították, rehabilitációs tevékenységek is megkezdődtek. Az intézmények akkor jöttek létre, amikor az iparosodás és az urbanizáció a nagy családokat felbomlasztotta, amikor az integráció döntően családi formája megszűnt, mert a létrejött két generációs kis családoknak nem volt ereje (és erőforrása) a fogyatékosná vált családtag befogadására. Végül a negyedik korszak a társadalmi integráció szakasza. Ennek kifejlődésében jelentős szerepet játszottak a *független élet mozgalmak*.

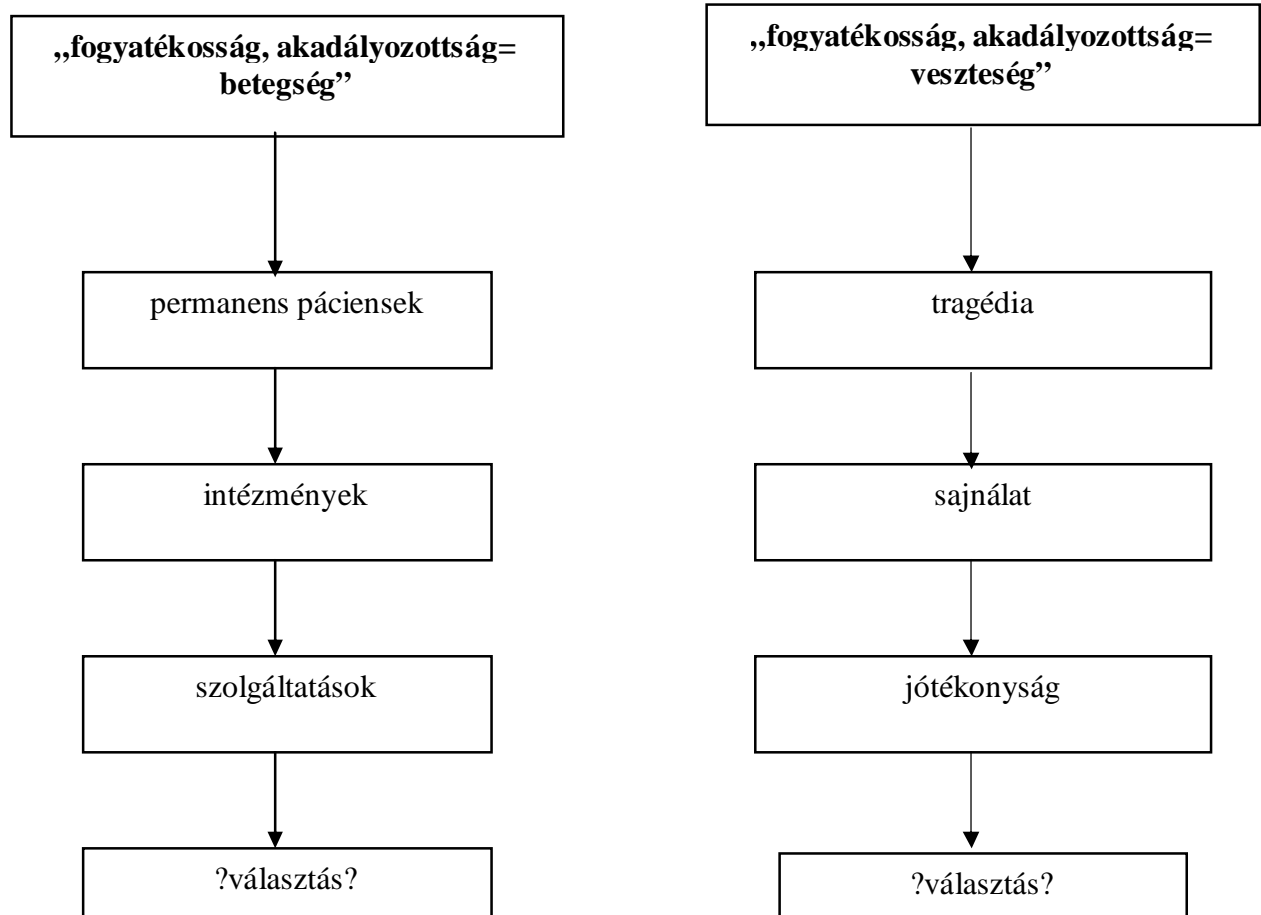
A rehabilitáció történetében kialakult individuális -orvosi és jótékonyági- modellektől a szociális modellig

A rehabilitáció történetében is csakúgy, mint a fogyatékoság, akadályozottság társadalmi megítélése szerint, hagyományosan két fő szemléleti modell alakult ki és játszott évtizedekig vezető szerepet a gyakorlati munka során: a jótékonyági (karitatív) és az orvosi (medicinális) modell. A *jótékonyági modell*, ami inkább az angolszász területen terjedt el a rehabilitációban. A veszteség okozta tragédiát hangsúlyozza, ami sajnálatot, félelmet szégyent vált ki és karitatív cselekedetekre, jótékonyásra ösztönöz. Nem a fejlesztés, a terápia, a nevelés-oktatás játszik döntő szerepet, hanem karitatív módon, főként anyagi javakkal próbálják meg pótolni, amit a természet elvett vagy megtagadott a fogyatékos embertől. Ebben az esetben is csökken a megsegített személy, választási, döntési lehetősége és autonómiája, legfeljebb hálás lehet a kapott gondoskodásért, ellátásért, támogatásért.

A tradicionális *orvosi modell*, ami elsősorban a német nyelvterületen terjedt el széles körben a rehabilitációban, az érintett személyt a „permanens páciens” szerepébe bújtatja, akinek intézmények, szolgáltatások által biztosított terápiára, kezelésre van szüksége, a terápia meghatározását a „páciens”-nél szakmailag jobban felkészült szakemberek végzik, és neki, mint „páciensnek csak csekély beleszólási, választási, döntési lehetősége van. Aki állt már kórházi kezelés alatt, az pontosan tudja, milyen érzés kiszolgáltatott „páciensnek” lenni. Ugyanakkor a fogyatékos ember, mint permanens páciens rendszerint kudarcot jelent az orvos számára, hiszen nem gyógyul meg, az esetek többségében a tünetei javulnak, ám a fogyatékoság oka nem szűnik meg. Így a kezelés folyamatosan történik, előrehaladás nem tapasztalható. Ha ezekben az esetekben a fogyatékos ember más területeken mutatott

fejlődését tekinti az egészségügyi szakember – pl. egyre ügyesebben mozog, jól tanul az iskolában vagy mozgáskorlátozottsága ellenére sportsikerei vannak stb. -, ő is hamarosan másképp fogja értékelni saját egészségügyi feladatait és azok elért eredményei.

A fogyatékoság, akadályozottság
orvosi és jótékonyági modellje



Forrás: Márkus E.: Pedagógiai és szociális rehabilitáció In: A rehabilitáció gyakorlata, Szerk.: Huszár I. Kullmann L. Tringer L. Medicina, Budapest 2000. 22.p.

A fenti két modellt *individuális* modellnek is nevezhetjük, mivel az akadályozottságot az egyénre lokalizálja, a probléma okait abból a funkcionális korlátozottságból vagy pszichológiai veszteségből származtatja, ami feltételezetten magából a sérülésből, károsodásból ered. Mindkét individuális modellből hiányzik egy igen lényeges tényező: *hogyan vélekedik a sérült személy saját szituációjáról, hogyan próbál(hat)ja meg saját sorsát*

aktívan befolyásolni, milyen mozgástere marad az önálló döntésekre, van-e beleszólása a vele és érte történő eseményekbe.

Ezek után nem meglepő, hogy az akadályozott emberek és a jogaikért küzdő érdekvédelmi szervezetek, különösen a „független életvitel mozgalom” (independent living movement) különböző szervezetei visszautasítják ezeket a tradicionális modelleket, mert azok individualizálják és medikalizálják az akadályozottságból eredő problémákat. Az ilyen megközelítési modell szerint működő intézményrendszerek tevékenysége csak a sérült emberre és hiányosságaira szabott, nem veszi figyelembe a sérült embert körülvevő környezetet.

Az akadályozott emberek szervezetei felállították a saját *szociális modell*jüket, ami meghatározza, hogy mi jelenti az igazán korlátozó, akadályozó tényezőt az életükben.

- a fogyatékosághoz, akadályozottsághoz kapcsolódó társadalmi attitűd,
- az őket körülvevő fizikai és személyi környezet elérhetetlensége, valamint,
- a nagy intézmények (pl. törvényhozás, nevelés-oktatásügy, egyház, egészségügy stb.) hagyományos politikája és gyakorlata

A *szociális modell* kialakulását a tudomány területéről az úgynevezett címkézési elmélet segítette, mely azt mondja ki, hogy nem léteznek abszolút kategóriák a fogyatékoságok megítélésében, és az akadályozottságok, korlátozottság kialakulásának háttérében az individuális okok mellett komoly társadalmi, szociális és kulturális összefüggések rejlenek. Ha ezt nem vesszük figyelembe, akkor a sérült, akadályozott ember minősítése (labeling), diagnosztikai címkézése stigmatizációhoz, majd a társadalmi kirekesztés különböző formáihoz vezethet.

A *szociális modell* tehát hangsúlyozza, hogy nem a fogyatékoság vagy rokkantság az -legyen akár fizikai, szenzoros, pszichés, intellektuális vagy rejtett-, ami megakadályozza az embereket, hogy elérhessék az elérni kívánt életvitelt és életminőséget, hanem a beszűkítő környezeti tényezők és az akadályozó korlátok. Vagyis a mindenkori társadalom szerkezetéből eredeztethető diszkrimináció, ami kirekesztéshez vezet. A negatív diszkrimináció rossz hatással van a fogyatékos emberek pszichológiai állapotára, és károsan befolyásolja a rehabilitációs folyamatot is.

Összegzés: Mire van tehát szükség?

Pozitív cselekvésre van szükség a diszkrimináció leküzdése érdekében, így minden érintett csoport számára elérhetővé válik az általános emberi jogok érvényesülése. A szociális modell érvelése szerint, az akadályozottságok nagy része eltűnne, ha a környezet és annak minden információja mindenki számára megközelíthető, hozzáférhető és elérhető lenne, és ha megszűnne az egyéb, szemmel nem látható fogyatékosokkal szembeni ellenséges attitűd. A szociális modell tehát egyre szélesedő tevékenységet jelöl ki a rehabilitáció számára, aminek célja a sérült, akadályozott, fogyatékos ember aktív és alkotó részvétele a társadalom életében a lehető legnagyobb önállóság és függetlenség elérése vagy megtartása mellett, s ezzel párhuzamosan a társadalom felkészítése az akadályozott emberek befogadására.

A magyarországi 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról a következőképpen fogalmazza meg a rehabilitáció folyamatát:

A rehabilitáció: "az egészségügyi, mentálhigiénés, oktatási, képzési, átképzési, foglalkoztatási, szociális rendszerekben megvalósuló *folyamat*, amelynek célja a fogyatékos személy képességeinek fejlesztése, a társadalmi életben való részvételének szinten tartása, valamint önálló életvitelének elősegítése". Ebből a meghatározásból kitűnik, hogy a rehabilitáció megvalósítása, irányítása nem köthető egyetlen szakterülethez, szakemberhez sem. Komplex szemléletet jelent, ami csak a különböző szakterületek, és szakemberek együttműködésének megvalósítása esetén nyer gyakorlati értelmet, hozza létre a komplex gyakorlatot, ahol minden tevékenység a rehabilitációs célra, vagyis a sérült, akadályozott, *fogyatékos ember megsegítésére és a társadalomra irányul* a minél teljesebb beilleszkedés érdekében.

Megítélésem szerint a társadalom szemléletének megváltoztatása kulcsfontosságú. A kiterjedt irodalom ellenére nem jut el széles tömegekhez az üzenet, amelyet közvetítenek. Több népszerűsítő irodalomra, média szereplésre lenne szükség.

Vannak jó kezdeményezések, de több kellene.

Michelin Mason és Richard Rieser „Medical and Social model of Disability” című cikkében elgondolkodtató sorokat olvashatunk:

„A vak ember számára nem az a legnagyobb probléma, hogy nem lát, ha ezzel már megtanult élni, hanem a látó emberek ügyetlensége, amikor segíteni akarnak neki. A vak embernek nem adhatjuk vissza a látását, de a látó embert igenis megtaníthatjuk, hogy megfelelően segítse a

vak embert.”

Ez az idézet azt hangsúlyozza, hogy ne a fogyatékos embert próbáljuk közelíteni a társadalmi normákhoz, hanem a társadalmi normákat, az elvárásokat is igyekezzünk megváltoztatni.

Irodalom:

1. 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról Magyar Közlöny 1998/28. pp. 2393-2397.
2. A fogyatékossgal élő emberek esélyegyenlőségének alapvető szabályai. United Nations 1994. (magyar változat MEOSZ, Budapest 1995.).
3. Kálmán Zs. Könczei Gy.: A Taigetosztól az esélyegyenlőségig Osiris, Budapest 2002.
4. Kullmann L. A rehabilitáció korszerű szemlélete Ideggyógyászati Szemle 2002., 55 (-):30-37.
5. Kullmann L.: A fogyatékos emberek és rehabilitációjuk. In: Orvosi rehabilitáció, Szerk.: Katona F., Sieglér J. Medicina, Budapest 1999. 13-27.
6. Kullmann L.: Az orvosi rehabilitáció sajátosságai. In: A rehabilitáció gyakorlata, Szerk.: Huszár I., Kullmann L., Tringer L. Medicina, Budapest 2000. 13-21.
7. Lányiné Engelmayer Á.: Gyógypedagógia és rehabilitáció. In.: Orvosi rehabilitáció Szerk.: Katona F., Sieglér J. Medicina, Budapest 1999. 319-328.
8. Márkus E.: Pedagógiai és szociális rehabilitáció. In: A rehabilitáció gyakorlata, Szerk.: Huszár I., Kullmann L., Tringer L. Medicina, Budapest, 2000. 22-34.
9. Mogánné Tölgyesy Sz.: A foglalkoztató terápia szerepe a rehabilitációban. In: Orvosi rehabilitáció Szerk.: Katona F., Sieglér J. Medicina, Budapest 1999. 351-359.

A SPORT ÉS A FLOW

Mottó : „Olyan sportélményekhez kell hozzásegíteni a gyermekeket, melyek egész életükre szóló elkötelezettséget eredményeznek a fizikai aktivitás iránt”

(Európai Sport Charta)

1. Bevezetés

Napjainkban – főleg néhány betegség kapcsán - egyre gyakrabban kerül a figyelem középpontjába a test és lélek kapcsolatának harmóniája, valamint ennek fontossága. Eme cél megvalósulását – más egyéb tényezők mellett - jelentősen befolyásolja, hogy ki milyen értékesnek érzi az életét, milyen érzésekkel viseltetik azokkal a hatásokkal szemben, amelyek élete során érték vagy érik. Sajnos sokan elmulasztják azt a lehetőséget, hogy annak éljék meg az életet, ami lehetne: egy élvezetes, izgalmas, örömteli állapotnak. Ehelyett az állandó stressz vagy az unalom réme kísért napról napra, évről évre. Pedig az élet gazdag lehetőségeket kínál fényes pillanatokra, amelyek kiragyoghatnak a mindennapok szürkeségéből. Az emberiség nem véletlenül próbálkozik már nagyon régóta azzal, hogy megpróbálja megragadni és az élete részévé tenni ezeket az időtöredékeket. Erre az egyik ilyen lehetőségünk már a legkorábbi időktől fogva a sport. A versenyek és a sportteljesítmény számos kultúrában annyira intenzív élménynek számított, hogy a résztvevőket szinte ugyanúgy ünnepelték és dicsőítették, mint vallásaik fő alakjait.

Témaválasztásomban nagy súllyal esett a latba, hogy gyermekkoromtól kezdődően saját példámon keresztül tapasztalom a rendszeres és aktív sporttevékenység jótékony hatását fizikai és mentális vonatkozásban egyaránt. Nagyon sok esetben éltem meg a sporthoz kapcsolódóan olyan intenzív élményeket és érzelmeket, amelyekkel ma már testnevelőként is naponta szembesülök a gyermekek által. Nevezetesen arról van szó, hogy a diákjaim játék közben gyakorlatilag teljesen mértékben kizárják magukból a külvilágot, és teljes lényükkel átadják magukat a sport örömének.

Ezzel szorosan összefügg az is, hogy ha a sportolási lehetőségek széles skáláján sikerül megtalálni azt a formát, amelynek rendszerbe iktatása legjobban megfelel az egyén igényeinek és lehetőségeinek, akkor a sport élettani hatásai sem tekinthetők mellékesnek.

2. Az optimális élmény – a flow

A flow egy univerzális minőségekkel jellemezhető állapot, az emberi helyzetek és tevékenységek széles körében tapasztalható meg. Egy olyan állapot, mely során az ember

teljesen elmélyül egy tevékenységben. A koncentráció és a kontroll érzése rendkívül magas, úgy érezzük, mintha egy energiahullámon ülnénk, a gondok és mindennapi problémák háttérbe szorulnak, és az időérzékelés is megváltozik.

Teljesen különböző tevékenységek válhatnak ki flowt. Csíkszentmihályi Mihály – aki az 1970-es évek közepe óta a flow jelenségét vizsgálja - kutatásai során kiderítette, hogy a teniszezés, a festés vagy éppen a rózsák önmagunkról megfélelkezett gondozása ugyanúgy kiválthat flow-élményt, mint gyerekekkel való foglalkozás, vagy egy motorkerékpár-verseny során tapasztalt érzés. Nem a tartalomtól függ, hanem a tevékenység minőségétől. Ennek legfontosabb feltételei, hogy legyen előttünk konkrét cél, hogy a visszajelzés azonnal bekövetkezzen, és hogy a kihívás megfelelő mértékű legyen (tehát ne túl magas, de ne is túl alacsony, mert az előbbi szorongást, az utóbbi pedig unalmat eredményezhet). A flow-élmények vitaminbombaként hatnak a szervezetre és befolyásolják a szubjektív jóllétünket is.



A tevékenység közben közvetlen nem tapasztalunk boldogságot, ahhoz túl koncentráltak vagyunk, de utólag beáll az önmegerősítés, a kiteljesedés és a mély boldogság érzése – erről számolnak be Csíkszentmihályi kísérleti alanyai. Akinek gyakran van flow-élménye, annak életminősége jobb – legalábbis azokhoz képest, akik önmaguk számára kevesebb

kihívást jelentő tevékenységeket tűznek ki célul.

Későbbi munkája során a tudós a flow fogalmát evolúciós szempontból is kiegészítette. A „*The evolving self*” (1994) című könyvében arra a kérdésre keres választ, hogy a flow élménye vajon miért kapcsolódik kellemes érzéshez, és miért következhet be ennyire különböző tevékenységek során. Tézise szerint egy tevékenységben való teljes feloldódás képessége az evolúció következtében alakulhatott ki, mert az emberi faj túlélését szolgálta. „A flow és a boldogság közötti összefüggés eleinte valószínűleg csak egy genetikai egybeesésnek volt köszönhető, de a túlélést biztosította azoknak, akik gyakran átélték.” Mivel a tevékenységbe történő bevonódás ennyire kellemesnek bizonyult, őseink igyekeztek ezt az állapotot újra és újra megélni, aminek eléréséhez egyre nagyobb kihívásra volt szükség, különben unalom állt volna be. Így játszott közre a flow iránti törekvés abban, hogy az emberi képességek egyre sokrétűbbek és komplexebbek lettek. A tudós szerint még ma is továbbviheti az emberiséget, feltéve, ha az emberek megtanulják energiájukat értelmes cselekvésre áldozni.

3. A sportban rejlő flow

Életünk során számtalan dolgot végzünk. Ezek közül a sport az egyike a flow élményének a megélésére. Ha megvizsgáljuk, hogy manapság az emberek miért sportolnak, mozognak, akkor a mögöttes motivációk széles skálája tárul elénk. Van aki azért, hogy ne hízzon el és egészséges legyen, van aki jó állóképességet szeretne, megint mások arról álmodnak, hogy sikerül egy remek eredményt elérniük valamelyik sportágban. Valójában azonban bármi legyen is az, ami az egyént a mozgásra, mint tevékenységre készíti, a sportnak az általa nyújtott élmény minősége a lényege. A legtöbb esetben a sportolás annyira örömteli, hogy ez önmagában is elég ok arra, hogy részese legyen az ember. Általa olyan mértékű érzelmeket és élményeket élhetünk át, amelyekre életünk végéig tudunk emlékezni. Amikor pl. egy versenyző a csúcsteljesítményével a tőle telhető legmagasabb szintet éri el, általában átéli a flow élményét is (fordított esetben ez nem feltétlenül következik be). Ha pedig egyszer valaki részese ennek az élménynek, az véglegesen bevésődik és örökre kincsként marad a sportoló emlékezetében. Persze a flow élménye nem csak a profi sportolók sajátja, gyakorisága pedig végképp nem attól függ, hogy a sporttal keresi az ember a kenyerét vagy sem. Megfelelő kompetencia szintre jutva azok is megkaphatják ezt a „szellemi jutalmat”, akik a fizikai állapotuk javítása céljából vagy a kikapcsolódás kedvéért sportolnak. A sport és sportoló ezért értelemszerűen nem esik feltétlenül egybe a versennyel és a versenyzővel. A sport remek szórakozás – lehet. Már akkor is tudtuk, amikor elhatároztuk, hogy sportolni fogunk. Bizonyára a legtöbbünknek vannak arról emlékei, hogy milyen érzéseink voltak, amikor igazán élveztük a sportot. Valószínűleg olyan szavakkal tudnánk definiálni, mint jó szórakozás, élvezet vagy izgalom. Talán olyan esetekre is emlékezhetünk, amikor jókat nevtünk közben és igazán jól éreztük magunkat a bőrünkben. Öröm volt annak és ott lennünk, akik és ahol voltunk.

Egy gyermek első aktív tevékenysége sem más, mint a játék. Ekkor tanulja meg, hogy mi az, hogy a játék öröme. A későbbiekben ez segíti majd ahhoz, hogy megszabaduljon majd a



mindennapokban átélt stressztől, aggodalmaitól és feszültségektől és valóban bele tudjon olvadni egy számára örömet jelentő tevékenységbe.

4. A mentális állapot összetevői

A flow létrejöttéhez a sportban természetesen nagyon jelentős szerepe van a fizikai, technikai és egyéb tényezőknek is, mindamellett azonban a mentális beállítódás jelentősége is legalább ilyen

fontos. Nézzük meg azokat a mentális összetevőket, amelyek meghatározzák a flow élményét! Az első számú feltétel kihívás-készség egyensúlya. Lényeges, hogy a kihívások pozitív egyensúlyban álljanak az egyén képességeivel. Itt persze nem az objektív, hanem az illető által érzékelt kihívásokról van szó, valamint arról, hogy a képességeit, készségeit ő maga milyennek tartja. A kihívás-készség egyensúly nem statikus, hanem állandóan változik, mégpedig felfelé. Ugyanis a flow élvezet, az ember pedig igyekszik olyan helyzetekbe jutni, ahol ezt átélheti. Ezért fejleszti készségeit és képességeit, ezáltal pedig nagyobb kihívások elé állhat.

A mozdulatainkkal eggyé válva a flow második összetevőjét ismerhetjük meg. Amikor elménk már nem kívülállóként szemléli testünket, hanem egyesül vele. Pl. evezősök írták le azt az érzést, amikor úgy élik meg, mintha az evezőlapát már-már szinte a karjuk meghosszabbítása lenne, vagy a kosarasok, amikor arról számolnak be, hogy az eldobott labdának a kosár gyűrűjéig leírt íve a saját elméjük és akaratuk meghosszabbításnak tűnne számukra. Az egységnek ez az élménye a mentális és a fizikai szféra összeolvadásából fakad.

A következő a világos célok megfogalmazása. Az ember cselekedeteinek a céljai szabnak irányt, és azok adják meg a koncentráció célpontját is. Ha sikerül előre világosan meghatározni a céljainkat, ha pontosan tudjuk, hogy mit kell tennünk, sokkal nagyobb valószínűséggel tapasztalhatjuk meg a flow élményét. A világos szándék segít összpontosítani a figyelmet, és segíteni, nehogy elkalandozzon.

Nagyon lehangoló lenne úgy sportolni, ha az ember nem tudná, hogy mennek a dolgok, mi a helyzet a pályán, vagy ő hogy áll. Ezért nagyon lényegesek az egyértelmű visszajelzések. Képzeljük el, hogy mi történne, ha pl. egy síelő nem látná, hogy a kijelölt pályán halad-e vagy már régen letért róla. Utóbbi esetben minden bizonnyal alacsonyabb szinten vetné magát a küzdelembe. A legfontosabb visszajelzések mindig a saját testéből érkeznek, elsősorban a mozgás érzékeléséből fakadóak. Ebből megtudhatják, hogy amit és ahogy csinálják azt kell-e megtartani, vagy esetleg kell-e korrigálniuk. Ugyanakkor a visszajelzés származhat kívülről is, amelyek szintén nagyon értékes információk hordozói. Ezek lehetnek pl. az edző, a versenyzőtárs vagy akár a nézők is.

A koncentráció az egyik legfontosabb a flow összetevői közül. Ha pl. az előbb említett síelő figyelme csak egy pillanatra is elkalandozik, könnyen súlyos baleset érheti, vagy ha egy birkózónak valami eltereli a figyelmét, könnyen két vállon találhatja magát. A legfontosabb, hogy a sportoló a mozdulataira teljesen ráhangolódjon és összpontosítson, valamint ezt a kellő

ideig fenntartsa. A flowban a többi versenyző vagy a stadion és a nézők is egybeolvadnak az egész eseménnyel, hiszen az adott pillanatban minden az „itt és most”-ről szól.

A következő a megingathatatlan önbizalom, a kontroll érzése. Amikor egy sportoló úgy érzi, hogy semmit nem tud elrontani, erőforrásait kimeríthetetlennek találja. Legyőzhetetlennek és az adott helyzet abszolút urának érzi magát (természetesen ez itt nem a versenyzőtársak lebecsülését jelenti). Ezáltal teljesen felszabadul a kudarctól való félelem alól. Annak a tudata ez, hogy ha keményen dolgozik, megbízhat képességeiben, és az előtte álló feladat elvégezhető. Ennek eredménye az önbizalom és a nyugalom.

Az önmagunkkal kapcsolatos tudatosság elhalványulása szorosan kapcsolódik a cselekvés és a tudat összeolvadásához. Amikor egy versenyző megszűnik aggódni önmagával kapcsolatban, ez felszabadítja énjét, és lehetővé teszi, hogy teljesen belevonódjék abba, amit éppen csinál. Ez pedig megakadályozza abban, hogy saját magával kapcsolatos gondolatok megzavarják. Tehát amikor eggyé válik tevékenységével, sikerül felszabadulnia az önmagával való foglalkozás alól.

Az időélmény átalakulása akkor következhet be, amikor az egyén teljes mértékben a feladatára összpontosít. Ilyenkor nem tudja nyomon követni az idő múlását, és ez az eseményre való visszagondoláskor egy megváltozott időélményhez vezethet. Ennek a jelenségnek mindkét fajtája bekövetkezhet. Lehet, hogy úgy múlnak el órák, mintha csak percek lettek volna, de az is előfordulhat, hogy a világ minden ideje rendelkezésre állónak tűnik az adott feladat elvégzéséhez. Hogy miként alakul át az időélmény, ez sportolótól és eseménytől is függ.

Kilencedikként pedig szólni kell az autotelikus élményről, amely tulajdonképpen a flow többi nyolc összetevőjének a végeredménye. Az autotelikus élmények megtapasztalása már önmagában is jutalomértékű. Olyan tevékenységeket végezve juthatunk hozzá, amelyeket magáért a tevékenység örömeért választunk magunknak. A flow egy autotelikus élmény. Ez hajtja a sportolókat (nemcsak a versenyzőket), és teszi olyan izgalmassá a flow állapotát. Ha egyszer megtapasztaljuk, törekedni fogunk arra, hogy újra és újra részesei lehessünk.

5. Összegzés

A flowhoz vezető utat csak a saját belső hangunkra figyelve találhatjuk meg. Ez a hang mondja meg, hogy mi érdekel bennünket igazán és segít abban, hogy kialakíthassuk a megfelelő készségeket magunkban ahhoz, hogy felolvadhassunk egy kihívást jelentő

tevékenységben. Ezzel teljesen összecseng, amiről középiskolás diákok számoltak be. Szerintük a sport nagyon pozitívan hat rájuk, de a versenyszerű sportolást mind többen hagyják abba, mert vagy az egykor a szülők és ismerősök által számukra „választott” sportágat nem élvezték, vagy pedig az edző személyét illetve a versenyhelyzeteket nem találták motiválónak. Nagyon nehéznek vélték úgy betartani egy edzéstervet, a korán kelést minden nap, stb. ha az ezzel járó tevékenységben nem lelték örömeiket. Helyette kerestek olyan, a sporthoz köthető kikapcsolódási lehetőséget, amelyben a fizikai élmények mellett élvezték, hogy együtt lehetnek a barátaikkal, új készségek, képességek birtokába juthattak.

Az irányvonalak nyilván segítenek a sportban is, de a helyes lépések minden sportág és sportoló esetében mások. Nagyszerű érzés átélni a testünk közvetlen használatából fakadó, természetes feldobott állapotot. Ehhez kell legyőzni a fizikai kihívásokat, növelni izmaink, inaink, tüdőnk kapacitását, vagy vállalni az esetleges fájdalmat. Ezek mind a sport alkotó elemei és ezeknek a segítségével tapasztalhatjuk meg a flowt is. Az optimális élmény az evolúció során vált azzá ami, és a fejlődés előre haladtával még magasabb szintekre vezethet el bennünket és ehhez valóban az egyik legkiválóbb eszköz a kezünkben a sport. Részt kell vennünk benne az akaraterőnkkel, képzeletünkkel, a bátorságunkkal és szimfóniát zengő zenekarrá kell szerveznünk a szervezetünkben zümmögő számtalan érzést.

IRODALOM



Susan A. Jackson – Csíkszentmihályi Mihály (1999) *Sport és flow* Vince Kiadó Bp.

Csíkszentmihályi Mihály (1997) *Flow – Az áramlat* Akadémiai Kiadó Bp.

Nicholas Kounovsky (1978) *Testedzés és életöröm*, Gondolat kiadó Bp.

Ihász-Szabó-Király (1994). *Személyiségfejlesztés, játék, testnevelés*. Text-Print Győr

A DOHÁNYZÁS, MINT NÉPEGÉSZSÉGÜGYI PROBLÉMA

A téma időszerűsége.

Az Egészségügyi Világszervezet megállapítása szerint: „Világszerte a dohányzás az egyik legjelentősebb oka a megelőzhető, elkerülhető megbetegedéseknek, az idő előtti rokkantságnak, az idő előtti elhalálozásnak”. (World No-Tobacco. WHO Day. 31. May 1990).

A dohányzás évente mintegy 3,5 millió ember idő előtti halálát okozza a Földön. Minden 10. másodpercben meghal egy ember e káros szenvedély következtében - ebből minden 20. percben egy honfitársunk. Az előrejelzések szerint 2025-re kb. 10 millió ember hal meg a dohányzás hatásai miatt. Tehát a dohányzás az egyik legsúlyosabb közegészségügyi probléma világszerte, így hazánkban is.

Rohanó világunkban a stresszhelyzet feloldására egyre többen nyúlnak a cigaretta után – a felnőtt magyar lakosság 1/3-a dohányzik – a nikotin lassan öl, és a fiatalok nem gondolnak a 15-20 évvel később bekövetkező, életet veszélyeztető – dohányzásból adódó – megbetegedésekre.

A dohányzás rossz szokásához sokszor társulnak az ún. civilizációs betegségek is – helytelen táplálkozás, mozgásszegény életmód -, amik tovább csökkentik a várható élettartamot! A veszélyre minden pedagógusnak kötelessége felhívni a figyelmet!

Dohányzás a számok tükrében

A dohány az egyetlen legálisan árult mérgező, a világkereskedelemben fontos árucikke. 1994-ben világviszonylatban 6 millió tonna dohány fogyott, a WHO becsült adatai szerint ezidőtájt a Föld dohányosainak száma 1,1 milliárd. (Ebből 300 millió a fejlett, 800 millió a fejlődő országok lakója.) Nemenkénti eloszlás a fejlett országokban: férfi:nő: 2:1, míg a fejlődő országokban 7:1.

1999-ben a világon már 1,25 milliárd ember dohányzott, a 15 évnél idősebb lakosság 1/3-a . Magyarországon 1994-ben 1,6 kg/fő dohány fogyott, 1999-ben már ez 1,7 kg/fő értékre emelkedett (1999-ben az egész világ éves dohányfogyasztása 7 millió tonna).

Egy XX. sz. végén készült Központi Statisztikai Hivatal-i felmérés szerint a 15-64 évesek

35%-a dohányzik, ezen belül a 30 év alattiak 41%-a dohányos. Területi eloszlásban Budapest volt a „legfertőzöttebb”. Sajnos ezek a százalékok folyamatosan emelkednek. Statisztikai adatok bizonyítják, hogy a tüdőbetegségben elhalálozottak között a dohányzók aránya 70%-os, és a veszélyeztetettség annál nagyobb, minél több cigarettát szív el a dohányzó.

Világviszonylatban azt mutatják a statisztikák, hogy minden hetedik rákban meghalt ember dohányzott. A 35 éves dohányosok várható élettartama 7 évvel kevesebb a nemdohányzókéénál. A dohányzás során kialakult pszichofizikális függőségért a nikotin a felelős. Dohány dependenciáról akkor beszélünk, ha az illető legalább egy hónapig folyamatosan dohányzik, tett már sikertelen kísérletet a leszokásra és akkor sem képes abbahagyni a dohányzást, ha szenvedélyéből adódóan súlyos fizikai elváltozások léptek fel. A dohányzás okozta halálok főleg a 35-69 év közötti aktív férfi-lakosságot érinti!

Dohányzás és a társadalom

Bár az egyén dohányzik, ezt emberi környezetben teszi, és mivel nem tudja úgy tenni, hogy másokkal ne kerüljön ezáltal kapcsolatba, mindenképpen hatással van tevékenysége a társadalomra.

A cigarettázás alakulásában napjainkban 3 tendencia körvonalazódik.

- a) A fejlett ipari társadalmakban – a felvilágosító kampányok következtében – csökkent a cigarettázók száma (férfiak körében kifejezettebben).
- b) A harmadik világ országaiban kifejezetten nő a dohányosok száma, jelenleg kb. 1 milliárd cigarettázó a fejlődő országokban él (1994-ben 800 millió volt a becsült számuk).
- c) A káros szenvedélynek hódolóknak döntő többsége 18 éves kora előtt kezdi el a cigarettázást. A megfelelő dohányzás-ellenes kampányokat, felvilágosító munkát gyermekkorban kell elkezdni.

Figyelem! Elég, ha csak egy szál cigarettát nem szív el: az elsőt!

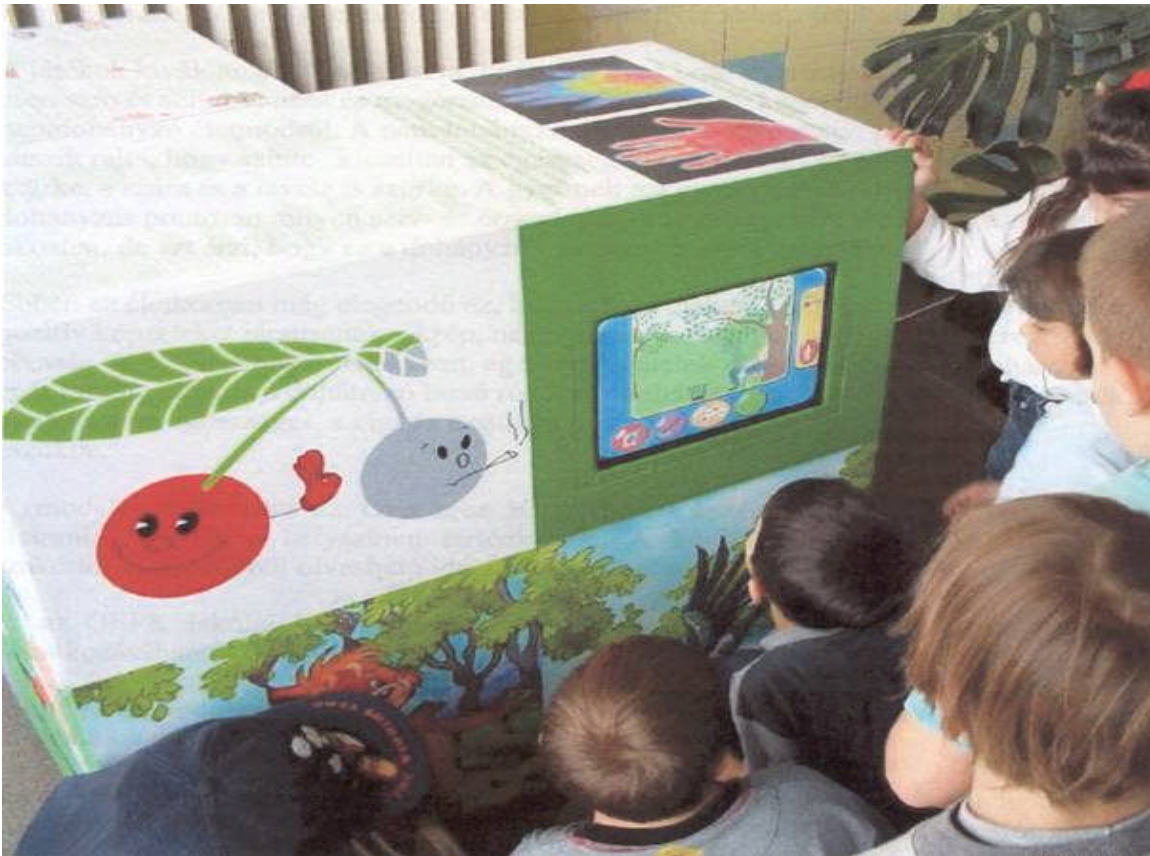
A kivezető út keresése

Az orvosi és a civil irodalomban eddig több, mint 50 000 olyan közlemény jelent meg, amely a dohányzás egészségkárosító hatását egyértelműen bizonyítja. Ezen cikkek tartalmát a dohányzók is ismerik, de a káros szenvedélyükről így sem mondanak le.

Óvodai Dohányzás Megelőzési Program

A dohányzással összefüggő megbetegedési és halálzási mutatók csökkenéséhez szükséges programok között fontos szerepet tölt be az 1990-es évek elején indult „dohányzás megelőzési óvodai modellkísérlet”, melynek alapelképzelése, hogy minél korábbi életkorban ismerjék meg a gyermekek – játékos mese formájában – az egészséges életmód szabályait, a dohányzás káros hatásait. A modellkísérletet követte a program, melynek célja a gyermekek egészségének védelme, feladatai pedig a következők:

- a cseresznye szimbólum jelentésének megismertetése, elfogadtatása,
- az életkori sajátosságoknak megfelelő szintű információk átadása,
- az egészséges életmód választását megkönnyítő, dohányzással kapcsolatos attitűd formálása,
- a passzív dohányzás kényszere elleni tudatos, aktív fellépés kialakítása.



A cseresznye szimbólum. A nemdohányzó cseresznye szép nagy, piros, mosolygós. Látszik rajta az egészség. A dohányzó gyümölcs kicsi, szürkés, szára és levele lehajlik, alig él. Nem egészséges. Ebben az életkorban még elegendő az, hogy a gyermekek a nemdohányzó életmódhoz pozitív képet társítsanak, a dohányzó cseresznyéről pedig a betegség, cigi, csúnya fogak, köhögés jusson eszükbe.

Az Óvodai Dohányzás Megelőzési Program már országosan elterjedt, a bázisóvodai hálózat

kiépítése és bővítése folyamatos. Nemzetközi érdeklődés is kíséri ezt a munkát. Helsinkiben 2003. nyarán megrendezett Dohányzás vagy Egészség Világkonferencián az Egészségügyi Világszervezet főigazgatója, Lee Jong Wook megnyitó beszédében hangsúlyozta, hogy a dohányzás megelőzését már az óvodában meg kell kezdeni, utalva ezzel a magyar programra. A program kidolgozása és szakmai irányítása az Országos Egészségfejlesztési Központban történt és történik Dr. Demjén Tibor vezetésével. A programról szóló legfrissebb információk megtalálhatók az Interneten is.

Iskolai Dohányzás Megelőzési Program

Lényege és feladatai megegyeznek az óvodai programmal. Az információkat a különböző korcsoportokra kell interpretálni. Szüneteket, délutáni foglalkozásokat szükséges felhasználni a minél közelebbi élethelyzetek megtapasztalására, hiszen a kötelező óraszámkeretben az ilyen irányú felvilágosító munkára már nincs lehetőség. Mindehhez a figyelemfelkeltő, témaorientáló eszköz a kioszk, amely egy érintőképernyős számítógépből és egy többfunkciós kioszkházból áll. A diákok az érintőképernyő segítségével ismerkedhetnek meg a dohányzás által kiváltott megbetegedésekkel, a passzív dohányzás káros hatásaival.

Figyelem! Soha se feledkezzünk meg a személyes példamutatásról!

„Lélegezz szabadon!” program

Az 1950-es években, Amerikában indult program hazai bevezetésére 1988-ban került sor – csoportterápiás módszerrel dolgozik; a foglalkozásokon egymást segítő párokat alakítanak ki, egymásért felelősséget érző baráti társaságokat hoznak létre. A program igazi célja egy új életszemlélet kialakítása, az egészség – mint érték – előtérbe helyezése.

Kortársoktatás program

Alapvető azt tudnunk, hogy a dohányzás kialakulása abban az életkorban kezdődik (13-19 éves korosztály), amikor a saját egyéniség, önállóság kialakítása, a felnőtté válás tanulása a fiatalok legfőbb problémája. Ebben az életszakaszban a család, szülői ház, pedagógusok motivációs hatása gyengül; igen erős viszont a barátok, kortársak, partnerek befolyásoló szerepe.

A dohányzást az esetek magas százalékában „negatív kortárs nyomás” hatására kezdik el a fiatalok – logikus volt az a felismerés, hogy ezen negatív hatás kompenzálására, kiegyensúlyozására olyan kortársakat kell kiképezni, akik a dohányzás elleni pozitív fellépésükkel meg tudják akadályozni a káros szenvedély kialakulását.

1993 óta a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen Dr. Simon Tamás egyetemi tanár vezetésével zajlik a dohányzás elleni aktivisták képzése az orvostanhallgatók körében – a diákok nagyon sok iskolában adták át ismereteiket, tartottak egészségnevelési előadásokat, szituációs játékokat.

Európai Rákellenes Hét. Kerüld! Hagyd ki! Add fel! (Akción a 20-35 éves nők dohányzása ellen.)

Az Európai Rákellenes Szervezetek Szövetsége minden évben október 2. hetét, mint Európai Rákellenes Hetet jelöli ki. Magyarországon 2001-ben ezen a héten a dinamikus szlogen: „Kerüld! Hagyd ki! Add fel!”, aminek célja volt a fent említett korosztály dohányzásának mérséklése, az egészségesebb attitűd kialakítása. Mindehhez figyelemfelhívó plakátok készültek; néhány plakát kicsinyített változata a mellékletben látható.

„Hagyd abba, és nyersz!”

Ezt a kampányt az Egészségügyi Világszervezet Európai Regionális Irodájának CINDI programja keretében szervezik két évente. A CINDI Program célja a halálozásban vezető szerepet játszó betegségek – kiemelten a szív-, érrendszeri és daganatos betegségek – kockázati tényezőinek visszaszorítása. A Program magyarországi igazgatója Prof. Dr. Morava Endre.

A kampány fő motiváló ereje a játékosság, nyerési lehetőség és a közösség ereje. A világon egyszerre 100 országban több százezer ember kísérli meg a dohányzásról való leszokást. A résztvevőknek (14 év felettiek) jelentkezési lapot kell kitölteni, megnevezni egy segítő tanút, és 4 hétig nem szabad rágyújtani. A jelentős pénzjutalom kisorsolás útján jut el a szerencsés nyerteshez - akinél a tényleges dohánymentességet orvosi laborvizsgálattal előzőleg megerősítik -. Néhány hazai dohányzásellenes programot tervező intézet névsora a mellékletben megtalálható.

Leszoktatási lehetőségek

„A dohányzást gyerekjáték abbahagyni, én már százszor megtettem” – mondta Mark Twain. Valószínűleg nemcsak a nagy amerikai író volt ezzel így. Megfogadni könnyű, betartani azonban... Leszokni nehéz, de nem lehetetlen. Nincs „csodaszer”, ami biztosan segít. Mindenkinek meg kell találnia a saját módszerét! Csak a teljes leszokás lehet a kitűzött cél! A nikotin elvonási szindróma csúcsa 24-48 óra, időtartama 10 nap, a nikotínéhség azonban még évekig fennállhat.

Tíz lépés a sikerhez:

- a) Írja fel, milyen okok szólnak a leszokás mellett (pl. füstszagú ruhák, nikotinfoltos ujj, köhögés, pénzkidobás...).
- b) Változtasson szokásain! Gondolja végig, hol és mikor szokott dohányozni (TV-nézés, kávézás, villamosmegálló). A felsorolt veszély alkalmakat le kell küzdeni vagy el kell kerülni.
- c) Jelölje ki az első cigarettamentes napot! Ez lehet egy pozitív magánéleti esemény, pl. új munkahely, nyaralás kezdete. Mindenképp nyugodtabb napot válasszon, amikor előreláthatólag nincs nagyobb terhelésnek kitéve.
- d) Vegyen igénybe segítséget! Ez lehet családtag, munkatárs, de lehet a gyógyszertárakban kapható leszokást könnyítő termék is.
- e) Száműzze a lakásból a dohányfüstöt! Mossa ki a függönyöket, tegye el a hamutartókat, más se dohányozzon a lakásban!
- f) A leszokás kezdetén kerülje a dohányzásához szorosan kapcsolódó helyeket (kiskocsmá, kártyaparti stb.)!
- g) Sportoljon!
- h) Legyen állhatatos, ne adja fel! Tudatosan gondoljon a nemdohányzás előnyeire (tisztá lehet, több pénz, egészség stb.). Tanuljon meg relaxálni!
- i) Ha mégis „megbotlik” egyszer, ne tekintse kudarcnak! De csak egyszer!
- j) Minden „tisztá” hét után a megspórolt pénzből vegyen magának valami apróságot! Rászolgált a jutalomra!

A dohányzás kétségtelenül a legnehezebben levethető és a legmakacsabban visszatérő szokások egyike, pedig léteznek „leszoktatást segítő programok”, sőt gyógyszeres kezelési lehetőségek is rendelkezésére állnak a próbálkozóknak.

- a) Nikotinos rágógumi 1966 óta kapható a gyógyszertárakban vény nélkül. A rágógumi lassú rágása során szabadul fel a nikotin (egy rágó elrágása kb. 0,5 óráig kell tartson) és a nyálkahártyán át szívódik fel. Kétféle – 2 és 4 mg-os – dózisban kaphatók a rágók. Erős dohányosoknak az erősebbet javasolják (ebből is 10-15 db-ra van szükség kezdetben).
- b) Nikotinos tapasz. A bőrön keresztül jut be a hatóanyag (egy tapaszban 21-22 mg). Aki naponta 15-20 szál cigarettát szívott el, annak naponta 1 tapasz szükséges.

- c) Nikotinos orrspray. A hatóanyag az orr nyálkahártyájáról szívódik fel, erős dohányosnak napi 15 adaggal lehet a megfelelő hatást elérni (1 adag = orrlyukanként 0,5-0,5 mg permet). Sajnos sokszor jelentkezik a használóknál mellékhatásként orrnyálkahártya-gyulladás.
- d) Nikotinos inhalátor. az anyag „pöfékeléssel” kerül be a szervezetbe, a nikotinpára a száj nyálkahártyájáról és a garat hátsó részéről szívódik fel.
- e) Bupropion tableta. Nikotinmentes készítmény (napi 300 mg a hatásos adag. Hatásmechanizmusa még nem ismert). A gyógyszer tulajdonképpen antidepresszáns. Előfordul e szer kombinálása nikotintapasszal vagy rágógumival is a leszoktatás érdekében.
- f) Angliában kifejlesztettek egy dohányzás elleni, leszoktató injekciót. Az, hogy sikeres-e ezután fog elválni.

A rászokás megakadályozása

Az egészségmegőrzés 4. nemzetközi konferenciáján, 1997-ben Dzsakartában született meg az a nemzetközi program, amely a XXI. században irányt mutat a különböző társadalmaknak egészségügyi programjaikhoz, célkitűzéseikhez (Dzsakartai Nyilatkozat) .

Ennek alapján készült el „Az egészségmegőrzés stratégiája 2010-ig” c. hazai program, melynek néhány feladata (a teljesség igénye nélkül):

- járványmentes Magyarország
- korszerűbben táplálkozó, sportosabb ország
- füstmentes és józan Magyarország
- kevesebb baleseti halál
- szexuálisan is kulturáltabb nemzet

„Tudatosítani kell az emberekben, hogy a dohányzás veszélyezteti az egészséget. A fiatalok és a nők az új célcsoportjai a dohánytermékek piacának. A rászokástól való védelmük a jövő generációja egészségének egyik alapja” (Egészségünk jövője. Népjóléti Minisztérium).

Egészségnevelés

Cél: aki még nem dohányzik, az ne is dohányozzon, aki pedig dohányzik, az hagyjon fel e káros szenvedéllyel.

Az egészségnevelés történhet személyesen (előadások, kortársoktatás), tömegkommunikációs eszközökkel (TV, rádió), írott szóval, plakátokkal.

A gyermekek egy része azért gyűjt rá, hogy bizonyítsa, ő is felnőtt. El kell oszlatni ezt a tévhitet! Nem az a felnőtt, aki dohányzik! Ne így akarjon imponálni társainak!

Összefoglalás

A dohányzás számlájára írhatók a dohányzás okozta megbetegedések, azok gazdasági következményei (táppénzköltség, gyógykezelés költségei, kiesett munkateljesítmény), vagy a korai halál hatásai családra, közösségre, társadalomra. A dohányzás árát nemcsak a dohányzó egyén, hanem az egész társadalom viseli.

Mindenkinek tiszteletben kell tartani embertársainak az egészséges élethez való jogát legyen az gyermek vagy felnőtt!

Aki felnőttként a dohányzás mellett dönt és az összes észszerű érv, tények ismeretében sem téríthető „jobb belátásra”, az maga vállalja a veszélyeket is; de csak saját személyét veszélyeztesse! Ne kelljen a nemdohányzóknak – akaratuk ellenére – osztozni a káros mellékhatásokban!

Tiszteljük egymást, legyünk tekintettel környezetünkre, vigyázzunk gyermekeinkre!

„A világ helyzete sohasem reménytelen, mert sohasem azokon múlik, akik nem hisznek az életben, hanem azokon, akik hisznek benne”

(Valéry)

Hazai dohányzásellenes programokat tervező és végrehajtó szervezetek, intézmények listája (a teljesség igénye nélkül)

Egészségünkért a XXI. században Alapítvány.

Szövetség a dohányzás visszaszorításáért

Pápai Páriz Egészségnevelési Országos Egyesület.

Magyar Rákellenes Liga

Országos Dohányfüstmentes Egyesület

Dohányzás vagy Egészség Program. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Magyar Védőnők Egyesülete

Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat

Semmelweis Egyetem Közegészségtani Intézet

Magyar Tüdőgyógyász Társaság

Irodalom:

1. Dr. Demjén Ferenc: Óvodai megelőzési Projekt. (1992-2001). *Egészségnevelés* 1998.
2. Dr. Morava Endre: „Hagyd abba, és nyersz!” *Védőnő X. évf.* 2000/4
3. Dr. Simon Tamás, Petővári Csaba: Kerüldd! Hagyd ki! Add fel! *Egészségnevelés* 42. 2001
4. L. c. Dale, R. d. Hurt at all: Gyógyszeres kezelési lehetőségek a dohányzásról való leszokás elősegítésére. *Orvostovábbképző Szemle* VI. évf. 4. sz. 1999
5. *Egészségmegőrzés stratégiája 2010-ig. Egészségünk jövője.* (Dzsakartai nyilatkozat 1997).
6. Dr. Tompa Anna, Dr. Jakab Mátyás: „Környezettudatos egészségnevelés”. c. előadás a Nemzeti Iskolaegészségügyi Konszenzus Konferencián. 2003.
7. <http://www.sulinet.hu>

Zalka Angelika

A dohányzás és pszichológiai okai

„A dohányzásról pofonegyszerű leszokni. Én magam is legalább százszor megtettem.”

Mark Twain

A nikotin a legelterjedtebb pszichoaktív drog és súlyos mérgező: már 20-60 mg-ja is halálos lehet. A dohányipar sokáig titkolni próbálta, de ma már tudományosan igazolt tény, hogy a páciensek 15-20 %-a a dohányzás miatt kerül betegállományba.

Ha valaki naponta 20 szál cigarettát szív el, hatszorosára nő a szívinfarktus bekövetkezésének kockázata. Évente 5 millió olyan ember hal meg világon, akinek halála pusztán a dohányzással hozható összefüggésbe. Másképpen szemléltetve: minden 10. másodpercben következik be egy olyan haláleset, amiért a dohányzás okolható.

A tüdőrák okozta halálozás 90-95% -a. az egyéb szervek rákos megbetegedésének közel egyharmada, a szív- és érrendszeri betegségek közel egynegyede elkerülhető lenne, ha az emberiség "elfelejtené" egyik legkárosabb szokását - a dohányzást.

Az ismert adatok birtokában hihetetlen, hogy mégis évente embertömegek szoknak rá a dohányzásra. Mi motiválhat arra valakit, hogy elkezdjen egy hosszú távon súlyosan egészségkárosító, rövidtávon viszont kifejezetten költséges életformát?

A megelőzés és a gyógyítás szempontjából hasznos lenne megértenünk azokat a törvényszerűségeket, amelyek a nikotinfüggőség kialakítását irányítják.

A dohányzás története

Története az amerikai kontinensen kezdődött. A kontinens felfedezése előtt több száz évvel már nagy kultusza volt a pipázásnak. A maják és az aztékok nádszálból szívták a dohányfüstöt. A papok a nikotintól megrészegültek, és a hatást az istenek közelségének tartották. Ám olyan mértéktelen dohányzás, amilyenek napjainkban tanúi lehetünk, az indiánoknál nem volt. Náluk a pipázás meghitt, ünnepélyes dolognak számított, amely alkalmat adott a megbékélésre. A vezér rágyújtott a békepipára, ezt aztán körbeadva szívták, hogy elűzzék a haragot.

Amikor Kolumbusz 1492-ben először vette kezébe az indiánok ajándékát, a dohánylevelet, még nem tudott vele mit kezdeni, és a tengerbe hajította. Második amerikai útjára magával vitt egy Ramon Pane nevű szerzetest, aki közelebb került a bennszülöttekhez, s az ő tudósításain keresztül szerzett először ismeret Európa a nádszálon át szívott dohányfüsttől kábulatba eső indiánokról. A hódítók, Cortez és Pizarro katonái azért kezdtek el dohányozni, mert az a hiedelem terjedt el, hogy az indiánok a füsttől olyan erősek és egészségesek. Amikor aztán hazaértek a spanyol kikötőkhöz, az otthoniak megdöbbenve látták a tengerészeket, akiknek az orrából és a szájából füst dőlt. A tengerészek közvetítésével így indult a dohány világhódító útjára. A portugálok, amerre csak jártak, mindenütt ültettek a növényből, hogy sehol se legyenek szükében a drognak

Európában először egy francia orvos, Jean Nicot használta a dohányt a gyógyászatban: a növény zöld levelét a sebre helyezte, a porrá tört dohányt, pedig a beteg orrába tette vagy

lenyelette. Nicot, aki II. Ferenc francia király követe volt a lisszaboni udvarnál, 1560-ban egy flandriai kereskedőtől kapta a Floridából származó növényt. Magjait Párizsba, Medici Katalin királynőnek is elküldte, aki ezután nagy híve lett a burnótozásnak, mert fejfájása ellen kiválóan használt. A dohány a neki tulajdonított gyógyhatás következtében igen divatos gyógyszer lett Franciaországban. Úgy hírlik, még a királyt is meggyógyította, ezért cserébe az uralkodó a Herba Nicotianum nevet adta a növénynek. Később Linné, az élőlények nagy rendszerezője is Nicot-ról nevezte el a dohányt *Nicotiana tabacum*-nak.

Erdélybe *Bornemissza Pál* erdélyi püspök még 1568-ban vitte be az első nyers dohányt, a török követ 1576-ban az első száraz dohányt. Hazánkban is, akárcsak Európában hamar meghonosodott a növény.

A XVII. századra a dohányzás meghódította a világot, eljutott távoli kultúrákhoz; a teaszertartások mellett szerves részévé vált a japán kultúrának is. Ugyanebben az időszakban már széles körben elterjedt egész Európában, de ekkor még elsősorban mint gyógynövényt alkalmazták (köszvény, reuma és fogfájás csillapítására ajánlották).

A dohányzás további terjedésének a pestisjárványok és a háborúk is lökést adtak. A XVII. században sok európai országban pusztított a döghalál, és felfigyeltek arra, hogy a túlélők között sok volt a dohányos. Ez a hír gyorsan terjedt, és az orvosok is propagálták a füstölést a pestis ellen.

Ekkor már a hadvezetés is mindenütt felismerte, hogy a dohány legalább annyira lényeges a katonák számára, mint a muníció (a harmincéves háborúban, például, a katonák majdnem ugyanannyi dohányt fogyasztottak, mint lőport). A háború kényszerének köszönhetjük(?) a cigaretta feltalálását is. A harctéri szünetekben sokkal egyszerűbbnek tűnt vékony papírba csavarni a dohányt és gyorsabb elégetésével a leghamarabb hozzájutni a szükséges élvezethez, mint pipázni.

A XIX. századra a megjelent cigaretta (amely végül is nem más, mint a dohányzás alkalmazkodása a rohanó életmódhoz) meghódította a polgárosodó társadalmakat is. A cigaretta világsiker és óriási üzlet lett. A szokást sokszor próbálták meg korlátozni vagy betiltani, rendszerint sikertelenül.

A nikotin szerepe

Az égő cigarettafüst közel 4000 alkotóelemet tartalmaz és a szervezetbeni változásokért a teljes dohányfüsthatás a mérvadó, mégis általában elfogadott, hogy leginkább a nikotin a felelős az addikcióért. A nikotin stimuláns drog, de paradox módon izgató és lazító hatása is van.

(Persze ez nem azt jelenti, hogy a szénmonoxidnak, az ingeranyagoknak és más füstalkotóknak nem lenne szerepe a dohányzási-magatartásforma kialakulásában. Az egyéni szokások: a szívási technika, az ajkak szerepe, a látott jelenségek (a cigarettásdoboz kinyitása, a parázsló cigarettavég, a füstölgés), a kéz az ujjak mozgása is hozzájárul a dohányzási viselkedési mód kialakulásához, annak állandósulásához.)

A nikotin a dohánynövényben lévő anyag, amely a növényt megvédi attól, hogy megegyék a rovarok. Az anyag szerkezete hasonlít az agy egyik természetes vegyi hírvivőjéhez, az acetilkolinhoz.

A nikotin már egyszeri szippantás után is könnyedén átjut a vér-agy gáton: az idegdúcokban, az idegizom szinapszisokban és a központi idegrendszerben kinyitja az ioncsatornákat és dopamin termelődést vált ki.

A nikotin legfontosabb hatása, hogy csökkenti az étvágyat, a perifériás hatása pedig az idegrendszerre úgy hat, hogy növeli az adrenalin kiválasztását. Ennek hatására összeszűkülnek a kapilláris erek, ezért nő a szív frekvenciája: nagyobb erővel kell pumpálnia. Oxigénhiányos állapot alakul ki, amit tovább ront a belélegzett szénmonoxid. Megváltoztatja az idegrendszer aktivitását, fokozza a szív működést, lazítja a vázizomzatot, növeli az idegrendszer vérellátását, a szellemi teljesítő képességet, tompítja a reakcióidőre gyakorolt, alkohol okozta káros hatást.

A nikotin azonban egy gyorsan bomló anyag, a szervezetben kialakított változások átmenetiek, az előnyös helyzet csak múló jelenség.

Az előbbi ún. kedvező állapot fenntartásához, annak megerősítéséhez a szervezet részéről igény alakul ki egy újabb és újabb rágyújtásra. Ez a körülmény a dohányzási magatartás rögzülésével jár.

A dohányzás okozta betegségek

A dohányzás ártalmasságát bizonyítja az általa okozott egészségkárosodás (szívbetegségek, ajak-, gége-, tüdőrák, agyi érbetegségek), amely minden más ártalmas élvezeti szer jelentőségét meghaladja.

A nikotin emeli a vérnyomást és a pulzusszámot, növeli a szív munkáját. A dohányzás közben belélegzett szénmonoxid és kátrány közvetlenül károsítja az erek falát.

A dohányfüst toxikus összetevői közé tartozó szénmonoxid, nikotin és kátrány gőz formájában jut a tüdőbe. Itt a légutakat bélelő szőrszerű csillók millióit pusztítja el, ami a nyálka, a belélegzett fertőző csírák és szennyezőanyagok felhalmozódásához vezet. A dohányosok köhögéssel próbálják a nyálkát eltávolítani és a légutakat megtisztítani.

A cigarettafüst hosszan tartó belégzése (és nemcsak a saját cigarettánké) a nyálkaképződés fokozódásához, a fertőzések iránti nagyobb fogékonysághoz, a hörgők eldugulásához és kóros nyálkaválasztásához, ezáltal súlyos gázcsereszavarhoz vezethet. Legtöbb esetben a krónikus bronchitis és tüdőtágulás is a dohányzásra vezethető vissza.

Terheseknél az erekre ható nikotin érszűkítő hatása következtében a lepényi keringés, ezáltal a magzat oxigénellátása szenved károsodást. A terhes méhen görcsös összehúzódást, vetélést okozhat, ilyenkor nagyobb a szüléskörüli halálozás aránya.

A leszokás nehézségei

A fejlett egészségüggyel bíró országokban nemcsak az állam költ többet az orvosi ellátásra, hanem az állampolgárok is igyekeznek tenni saját egészségük érdekében. Az Egyesült Államokban például évente 1 %-kal csökken a dohányzó lakosok aránya.

Az adatok jelenleg azt mutatják, hogy Magyarországon a lakosság 40%-a dohányos, az Egyesült Államokban ez az arány mindössze 26%. A magyarországi dohányzási szokások

azért is elszomorítóak, mivel az egy dohányzóra jutó átlagos cigarettaszám 18 darab volt naponta. Ez nemcsak azt jelenti, hogy sokan dohányoznak Magyarországon, hanem azt is, hogy az átlag erős dohányos. Így nem csodálkozhatunk azon, ha hazánk a cigarettafogyasztásban a világon az első helyen áll (az Euromonitor adatai szerint).

A szervezet a dohányzás abbahagyása után csak bizonyos idővel tud megszabadulni a dohányzás káros hatásaitól, így néhány évig a "volt dohányosok" rizikója - a szívinfarktus kialakulása szempontjából - nagyobb, mint azoké, akik sohasem dohányoztak. De a "volt dohányosok" kockázata minden esetben kisebb, mint az aktívan dohányzóké.

A dohányzást legjobb nem elkezdni, de leszokni róla sohasem késő.

A dohányzás elleni küzdelem két területen lehet eredményes:

- Egyrészt: a társadalom, az egészségügyi felvilágosítás feladata olyan módon irányítani a társadalmat, hogy mindenütt a nemdohányzók érdekeit védje, tiltsa és korlátozza a dohányzás lehetőségét nyilvános helyeken (közintézmények, kórházak, iskolák stb.).
- Másrészt: a döntő feladat - a káros életvitel megváltoztatása - az egyénre hárul. Ebben az orvos (pszichoterapeuta) csak segíteni tud. Nincs olyan gyógyszer, amivel akaraterőt vehetnénk magunkhoz. Újabban forgalomba került olyan - nikotintartalmú - tapasz (Nicotinel TTS), amely a bőrön keresztül juttat a szervezetbe nikotint, amivel a nikotinelvonás tüneteit csökkenteni lehet. Ezen tapasz használata erős nikotinfüggés esetén, hasznos lehet.

A dohányzás pszichológiája

Ma már egyre inkább előtérbe kerültek a cigarettahasználat pszichológiai hátterét feltáró kutatások. Ennek oka, hogy a patomechanizmus igazolása nem vitt közelebb bennünket a megelőzéshez: az ismereteket közlő egészségnevelési kampányok sorra csődöt mondtak, mert nem vették figyelembe, hogy valójában az addiktív viselkedés egy fajtájáról van szó.

A dohányzás, más drogfogyasztáshoz hasonlóan, addikció, káros szenvedély, hiszen rendelkezik annak gyógyszeres és pszichológiai ismérveivel. A pszichoaktív szerekre jellemző ugyanis, hogy megváltoztatják a gondolkodást, a hangulatot, az érzelmeket. A cigaretta részben biokémiai úton, részben tanult magatartási reakció révén idéz elő függőséget. A cigarettában lévő egyes anyagoknak ugyanis számos, pszichikailag „kedvező” hatása is van, mint például a nikotin szorongásoldó, izomlazító, agyi stimulációt okozó hatása. Ennek következtében a pszichikai hatásmechanizmus az ellazulást, a stresszoldást összekapcsolja a cigaretta biokémiai hatásaival, és később a dohányzó feltételes reflexként fogja használni ezt a jelenséget bármikor, ha szorongásoldásra, feszültségcsökkentésre lesz szüksége. Az egymást erősítő kettős hatásmechanizmus miatt a dohányzásról való leszokás rendkívül nehéz. A rendszeres dohányzás hirtelen abbahagyásakor elsősorban *pszichikai megvonási tünetek* jelentkeznek, mint például a koncentrációs képesség csökkenése, ingerültség, idegesség. E tünetek különösen stresszhelyzetben erősödhetnek fel, hiszen a cigarettát sokan elsősorban konfliktushelyzetekben veszik elő, éppen pszichikai hatásai miatt.

Mindezek ellenére legális szerről van szó, hiszen sem a jogi szabályozás, sem pedig a társadalmi tradíció által nem tiltott a dohányzás, legfeljebb a nemdohányzók védelmében írnak elő bizonyos rendelkezéseket. Ez azonban kizárólag a szociokulturális normarendszertől függ, és egyáltalán nem jelenti azt, hogy kevésbé veszélyes szerről van szó, mint más pszichoaktív drog. Valódi áttörés a prevenciós programok hatékonyságában azonban csak

akkor érhető el, ha a dohányzást valóban pszichoaktív szerként kezeljük, és figyelembe vesszük a pszichikai háttérjelenségeket is.

A megelőző programoknak különösen a serdülőkorú fiatalokat kell érinteniük, hiszen ők a legveszélyeztetettebbek.

A dohányzással való ismerkedés a legtöbb esetben serdülő- vagy ifjúkorban történik. Ennek hátterében részben társadalmi-kulturális, részben társas hatások állnak.

A kultúra, amelyben élünk, sajátos normatív rendszert közvetít a fiatalok felé. A cigaretta ebben az értelemben szimbólum, az alkoholhoz vagy a korai szexuális aktivitáshoz hasonlóan a felnőttek szabad világát szimbolizálja, amelyek a gyermekek számára még nem megengedettek. Ugyanakkor e tevékenységekkel a serdülők átmenetileg átélhetik a felnőtt státust, emiatt rendkívüli mértékben csábító számukra a megszerzésük. A média, a felnőttek viselkedése ezt a szimbólumrendszert folyamatosan fenntartja, sokszor tudomást sem véve a szerek ilyen értelmezési keretének létezéséről. A dohányzás, az alkohol- és az illegális drogfogyasztás egyben beavatási rítusok is, a modern társadalom szimbólumrendszerének elsajátítása, amely – a hagyományos közösségképző erők és rituálék hiányában – elősegíti a társas kapcsolatok építését.

A társas szintű hatások mind a serdülőkori, mind pedig a felnőttkori dohányzásban kiemelt szerepet játszanak, éppen a modern rítusszerepből kifolyólag. A serdülőkori dohányzás legfontosabb meghatározó tényezője a kortárshatás, a kortársnyomás és ennek különböző formái. A dohányzás elkezdése is legtöbbször baráti társaságban történik, egyfajta modern beavatási rítus formájában. A kortársak szerepe ezt követően a magatartás megerősítésében tovább folytatódik. Minél több dohányzó barátja van a fiatalnak, annál erősebb a kortárshatás is, különösen erős az ún. legjobb barát hatása (best friend effect). Megfigyelték, hogy a dohányzó baráttal rendelkező fiatalok a legtöbb esetben maguk is dohányoznak, ha pedig egy újonnan választott legjobb barát dohányzik, ők maguk is nagyobb eséllyel szoknak rá. Mind a kortárshatásban, mind pedig a legjobb barát effektusban többnyire érzelmi hatások játszanak szerepet, az elfogadottság ugyanis nagyon fontos a fiatalok identitáskeresésében, ehhez pedig az együtt elszívott cigaretta mediátorként funkcionálhat.

Az epidemiológiai kutatások azt igazolták, hogy a serdülők a felnőtt lakossághoz képest nagyobb számban dohányoznak, és jelentős részük a későbbiekben is folytatni fogja azt. Ugyanakkor ma már nem ritka a 9-10 éves gyermekek dohányzása sem, bár leggyakrabban 12-13 éves korban történik a dohányzás megkezdése. A dohányzó serdülők cigarettahasználati spektrumában két jól elkülöníthető csoport azonosítható. Vannak, akik csak társaságban, „buliban”, a szórakozás kellékeként, tehát alkalmasszerűen dohányoznak. Míg a másik csoportba a napi rendszerességgel dohányzó fiatalok tartoznak, akik körében nemritkán napi egy doboz, vagy még ennél is több cigaretta fogy el. Ebben a csoportban már szép számmal akadnak valódi függők is, akik nagy valószínűséggel felnőttként is erős dohányosok maradnak.

A dohányzás fenntartása: Weinstein irreális optimizmus jelensége

A dohányzó magatartás pusztán racionális alapon nem érhető meg, amint arra Weinstein felhívta a figyelmet. A dohányzás káros hatásaival már a kisgyermekek is tisztában vannak, ennek ellenére az ez irányú tudást a dohányzók sokszor nem kamatoztatják saját egészségük védelme érdekében. Ebben szerepet játszik a Weinstein által irreális optimizmusnak nevezett jelenség, amely lényegében egy kóros kockázatészlelés. Tudattalanul olyankor alkalmazzák az egyéneket, amikor olyan magatartáshoz folyamodnak, amelynek célracionálitása nem felel meg ismereteiknek. Ez a kognitív disszonancia éppen a magatartás (dohányzás) és az

ismeretek (a dohányzás kóros volta) közötti ellentmondásból adódik, ami egyébként szorongást keltene az egyénben, ha nem alkalmazna egy meglehetősen egocentrikus, torzított kockázatészlelési mechanizmust. Nézzünk néhány sajátos tudati elemet, amely a kockázatészlelés torzításához járulhat hozzá:

- „Bármikor abba tudom hagyni, ha akarom”
- „Nem is olyan káros a dohányzás”
- „Eddig sem történt baj, ezután sem fog”
- „Más is dohányzik, még sincs semmi baja”
- „X egész életében dohányzott, és mégis hosszú életet élt meg”.

A dohányzás kezdete, kockázatának kóros észlelése és így a magatartás fennmaradása tehát nagyrészt pszichikai úton értelmezhető. Számos pszichológiai elmélet alátámasztja a jelenséget. *Tomkins érzelmi kontroll elmélete* az érzelmi motivációk oldaláról értelmezi a dohányzás hosszú évtizedes fenntartását. Az elmélet szerint az emberek abban érdekeltek, hogy maximalizálják a pozitív érzéseiket, és minimalizálják a negatívakat. Az a magatartás, amely rendszeresen pozitív affektusokat generál vagy csökkenti a negatív affektusokat, időről időre megerősítésre kerül. A dohányzás stimuláló és szorongásoldó hatása abban teszi érdekeltté az egyéneket, hogy viselkedésüket hosszú távon fenntartsák. E hatások kétségtelenül rövid időn belül megjelennek, míg a kockázatok csak hosszú távon jelentkezhetnek, akkor sem matematikai pontosságú ok-okozati formában, hiszen a kockázati esélyhányados csak statisztikai valószínűséget jelent. Mindez segít fenntartani a kóros kockázatészlelést és – végső soron – magát a viselkedést.

A dohányzást leggyakrabban a stresszkezelés és a konfliktusmegoldás kóros módjaként említjük, kevésbé ismert összefüggése már kóros pszichikai reakcióval. A komorbiditás pedig különösen figyelmet érdemel a szorongással és a depresszióval kapcsolatban.

(Komorbiditás: személyiségzavarok és a szövődményeként fellépő függőségi zavarok) Közös gyökerű problémákkal állunk ugyanis szemben, mindegyik esetében adaptációs zavarról van szó. A jelenség kétoldalú kapcsolatot feltételez: a depresszió és a szorongás nemegyszer együtt járnak a káros szenvedélyek magasabb előfordulásával, így alkohol- és drogfogyasztással, sőt, dohányzással is. Ugyanakkor ez a folyamat kétirányú, hiszen ezek a szerek maguk is hajlamosítanak mentális zavarok kialakulására, illetve súlyosbítják azokat. Mindez nemcsak a diagnosztika szempontjából érdemel figyelmet, hanem gyakran a terápia hatékonyságát is veszélyezteti. A háttérben biológiai és pszichés hatások egyaránt igazolhatók. A rendszeres használók körében lényegesen gyakoribb a depresszió, a szorongás, az öngyilkossági késztetés, ami jelzi, hogy függőségre hajlamosít a háttérben megbújó, olykor látens pszichés zavar. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy sokkal inkább rászokik a függőségeket okozó szerek használatára, így a dohányzásra is az a fiatal, aki hajlamos szorongásra, depresszióra. Hosszú távon azonban maga a szerfogyasztás is súlyosbíthatja a mentális zavarokat.

Az illegális drogokhoz képest kevésbé ismertek a dohányzás mentális zavarokkal való összefüggései. A dohányosok körében, pedig igen gyakori, hogy a nikotin pszichoaktív hatásait használják fel hangulatjavításra és a depresszió tüneteinek enyhítésére. A depressziós kórképek kétszer gyakrabban fordulnak elő dohányosok körében, és a hatásmechanizmusban a nikotinfüggőség fontos szerepet játszik. A dohányzás, a depresszió és a szorongás összefüggését tinédzserek körében végzett vizsgálatok is igazolták, így például az erős dohányzás esetében öt és félszer nagyobb rizikóval kell számolni generalizált szorongás szindróma előfordulásával. A dohányzást igen erős előrejelzőnek találták a depresszió és egyéb emocionális zavar esetében is, ami annyit jelent, hogy a dohányzást a jövőbeni pszichopatológiai jelenségek erős markerének (jelzésének) tekinthetjük.

Tehát a pszichológiai háttér megerősíti a dohányzás veszélyességét, amelynek azonban többnyire csak a szomatikus betegségkeltő hatását szoktuk hangsúlyozni. Pszichikai háttértényezői és komorbiditása kevésbé ismert. Pedig éppen az ez irányú összefüggések vezethetnek el a probléma mélyebb megértéséhez, ami nélkül nem léphetünk tovább a dohányzás visszaszorítása terén

**Az Országos Dohányfüstmentes Egyesület
és a Magyar Gallup Intézet monitoring vizsgálata:
Dohányzás a magyar lakosság körében
(1955 - 2000 - 2004)**

Az ODE 2004-ben is megbízta a Gallup Intézetet, hogy végezzen felmérést a dohányzás helyzetéről Magyarországon. Ebben az évben a vizsgálat a WHO ajánlásának megfelelően külön figyelmet szentelt a dohányzás és a szegénység kapcsolatának.

Az ODE - Gallup Dohánymonitor legfontosabb megállapításai:

1. A felnőtt lakosság körében tovább folytatódott a dohányosok arányának enyhe csökkenése.
 - a. Ez elsősorban annak köszönhető, hogy az előző mérésekhez képest a leginkább jövedelemérzékeny középkorú nők között jelentősen csökkent a dohányosok aránya.
 - b. A férfiak között nem változott a dohányosok aránya.
 - c. Az alacsony iskolázottságúak és a legmagasabb iskolai végzettségűek között is megfigyelhető a csökkenés.
 - d. A csökkenés legnagyobb része Budapestre koncentrálódik - a falusi népesség körében gyakorlatilag változatlan a dohányosok aránya.
2. A dohányosok körében az elmúlt évtizedben jelentősen csökkent az erős dohányosok aránya.
 - a. A férfi dohányosok között 18 százalékról 40 százalékra, a nőknél pedig 41-ről 63 százalékra növekedett a napi 20 szálnál kevesebbet füstölők aránya, és mindkét csoportnál felére csökkent az egy csomagnál többet dohányzók részaránya.
 - b. A dohányzás intenzitása Budapesten csökkent a legnagyobb mértékben.
3. Az elmúlt 5 évben ugyanakkor drámaian megnőtt a dohányosokon belül a dohányzást a gyerekkorban elkezdők aránya - a 2000-ben mért 25 - 20 százalékkal szemben, ma már a férfiak 35 és a nők 27 százaléka tizenhat éves kora előtt elkezdett dohányozni.
4. A dohányosok 64 százaléka, a legszegényebb egyharmadba tartozó dohányosoknak is 61 százaléka tervezi a leszokást.
5. A társadalom legszegényebb egyharmadába tartozókat érinti a leginkább a dohányadó - a megemelt cigarettaár mellett e családok dohányosai a ráeső jövedelmük közel felét kénytelenek cigarettára költeni.

Forrás: Dr Pikó Bettina: A dohányzáspszichológiai háttértényezői

WWW.medlist.com, www.sulinet.hu

Függelék

Gergely Gyula

KULCSKOMPETENCIÁK PEDIG NINCSENEK*

Az ezredfordulót követő években jelent meg a kulcskompetencia fogalma, azoknak a legfontosabb képességeknek a „gyűjteménye”, amelyek fejlesztését a társadalom, a gazdaság az életben való boldogulás érdekében várja az iskolától. A tanulmány szerzője úgy látja, hiba lenne a kulcskompetenciákról mint önmagukban létező, elkülöníthető képességekről gondolkodni, mivel álláspontja szerint az ismeretek a készségekkel és képességekkel hierarchikusan szerveződő rendszert alkotnak. A szerző nem tagadja, hogy logikailag szét lehet választani az egyébként rendszert alkotó kompetenciákat, de ajánlja, hogy ezeket sose tekintsük materiálisan létező objektivációknak.

Az ember olvasgat, és lásd, mire bukkan: „Az aerob teljesítőképességnek az egyénre jellemző stabilitását a szerzők közvetlenül a gyorsaság mögé helyezik, és a tapasztalható különbségek okaként a szelekciót jelölik meg, amellyel a minősített fiatal sportolók értékelhetően nagyobb aerob teljesítménye magyarázható.” A laboratóriumi körülmények között végzett műszeres vizsgálatokból levonható következtetés: „Amennyiben csak egy tulajdonság alapján szűrünk, 100 egészséges gyerek közül valószínűleg 13 alkalmasat találunk. Két tulajdonság alapján az arány már csak 100/2, háromnál 1000/2, és ha négy minőség együttes fennállását fogadjuk el minimumnak, akkor az arány 10 000/2!” A következtetések közül a leginkább idevágó: „A fizikai és fiziológiai teljesítmények poligénes (többféle eredetű – G. Gy.) determinációjú jellegek, ezért az exogén (külső hatások – G. Gy.) befolyások módosító hatásai jellegenként eltérő mértékűek.”¹ Fordítsuk le ezt a köznyelvre! Genetikailag kódolt és önmagukban nem fejleszthető adottságokkal születünk, olyan stabil jellemzőkkel, mint például az ujjlenyomat. A vitálkapacitás nem fejleszthető. A felmérési adatok szerint több olyan adottságunk van, amely genetikailag kódolt, és ha arra vagyunk kíváncsiak, ki milyen tehetséges, akkor több szempontot kell figyelembe venni, azaz rendszerben kell gondolkodni. Adódik a kérdés: ha egyes belső adottságok ennyire determináltak, hogyan beszélhetünk fejlesztésről, hiszen tapasztalhatjuk, hogy a testgyakorlás hatására fejlődik a tanuló futó-, ugró- stb. teljesítménye,

* Új Pedagógiai Szemle 2004 november: 50-58. > Kulcskompetenciák pedig nincsenek

szemmel láthatóan javul a mozgása. Akkor hogy is van ez? Az eddigi kutatások azt igazolják, hogy az aerob kapacitás ugyan nem növelhető, viszont növekszik a tanuló izomereje, gazdagodik az izom hajszálerhálózata, javul a keringési rendszer, és ezáltal több oxigénhez jut a szervezet. Tehát a környező rendszerek működése, tervszerű működtetése eredményezi a teljesítményjavulást. A hétköznapi nyelvre lefordított jelenséghez tudni kell azt is, hogy a fejleszthetőség is jellegek szerint, genetikailag kódolt, és a fejlesztés rendszerbe szerveződően valósul meg. A fiziológia arra int bennünket, hogy diagnózisaink rendszerszerűek legyenek, és az erre épülő fejlesztések is tükrözzék a rendszerszerűséget.

A mérőszalagot és stopperórát használó emberek azt is tudják, hogy nemcsak a teljesítményt kell mérni, hanem azt is, aki a teljesítményt produkálja. Ezt most nem részletezzük, annyit azonban érdemes megjegyezni, hogy a laboratóriumi mérések eredményeként ma már nem csak azt tudják megmondani a szakemberek, ki milyen típusú teljesítményre predesztinált, hanem azt is, hogy egy adott típusú, például erő vagy állóképességi mozgásformában milyen teljesítményre, milyen sportkarrierre lesz képes, vagyis milyen eredmény van a tizenévesben, a rendszeres edzés hatására mi várható el tőle.

Elemzésünkben eddig csak a kompetencia egyik eleméig, az adottságokig jutottunk el.

A kompetencia fogalmába soroljuk még a motiváltságot, a képességeket-készségeket és az

ismereteket. A kompetencia tehát személyiségfüggő rendszer. A személyiség pedig: „cselekvésszabályozó rendszer...”,² a tartós cselekvést nevezzük tevékenységnek. „Tevékenység: az embernek az a tudatos aktivitása, amellyel a környezettel való kölcsönhatását megvalósítja.”³ Azt is tudjuk, hogy a kompetencia a tevékenység egyik komponense. A tevékenységben nagy jelentőségű a cselekvés, mert „Az ember legjobban a cselekvéseiből ismerhető meg, és a cselekvésben fejlődik, fejleszthető”.⁴ Ez a megállapítás a pedagógia mint „gyakorlati tudomány” központi tétele a tanulók megismerésekor, a tehetség jellegének a felismerésekor és a fejlesztés szempontjából egyaránt. Következésképpen a pedagógiai gyakorlatban elsődleges a cselekvés, a tevékenység szerepe, így a vizsgálata is kitüntetett figyelmet érdemel. Elemzésünket ez esetben a kompetenciarendszer alapján végezzük el.

A címben jeleztem, hogy kulcskompetenciák nincsenek, ehhez most hozzáteszem, hogy kompetenciák materiálisan önmagukban sincsenek, s nem csak önmagukban szerveződő

rendszerek. Nagy József kifejti, hogy a személyiség mint komponensrendszer az öröklött és a tanult komponensrendszerek folyamatosan szerveződő rendszere, amely a szociális környezettel közvetlen kontaktusban való alkalmazkodásban ismeretekkel és tapasztalatokkal gazdagodik.⁵ Az ismeretek is hierarchikusan egymásra épülő rendszert alkotnak, így a készségekkel-képességekkel a megfelelő motivációs bázison szerveződő rendszerként működő kompetenciarendszerek. Ez azt jelenti egyrészt, hogy a kompetenciarendszer személyhez kötött, s megjelenési formája a cselekvésben vagy a tevékenységben válik érzékelhetővé, értékelhetővé és teljesítményszinten mérhetővé, másrészt, hogy a tevékenységben megnyilvánuló kompetenciák, bár rendszerszerű szerveződésben jelennek meg, megnevezhetők és rendszerbe illeszthetők, modellezhetők. S miután személyhez kötöttek, a személyiségfejlesztéssel egyidejűen a perszonális kompetenciák fejleszthetők.

E gazdagodó rendszer egymással összefüggő, ugyanakkor horizontális és hierarchikus rendszert alkot. Ebből az következik, hogy a kompetenciák a szociális helyzet függvényében és a tevékenység alapján megnevezhetők, függetleníthetők a személyiségtől, így tanulói szerepkörben, a tanulás jellegének megfelelően megjelölhetjük a tanulói kompetenciákat (megfogalmazhatjuk például a kívánatos tantervi kompetenciákat), a tanítás viszonylatában pedig a tanári kompetenciákat. Ennek alapján beszélhetünk kutatói kompetenciáról is, és a kutatói tevékenységgel összefüggésben pedig megegyezésre lehet jutni, például a tanulói tevékenységgel, a tanulással összefüggő s fontosnak ítélt, azaz kutatói kompetenciákban is.

Nem feledkezhetünk meg ugyanakkor arról sem, hogy a humán tevékenységnek csak egyik alkotóeleme, komponense a kompetencia, amely a tevékenységrendszeren belül, önmagában is szerveződő rendszer.⁶ Ennek értelmezéséhez ismét át kell gondolnunk a pedagógiai tevékenység komponensrendszerét. Megállapítottuk azt, hogy a pedagógiai tevékenységet öt komponens (személyiségfejlődés és -fejlesztés, stratégiai, rendszerszerűség, kooperativitás, kompetencia) szerveződő egysége alkotja. A tevékenység komponensei értelmezhető, önálló egységek, de valójában egymásra ható, egymást kölcsönösen feltételező rendszert alkotnak, azaz a tevékenységrendszer komponensei, és mint ilyenek, önmagukban is komponensrendszerek. Vagyis a stratégiai tevékenységben tetten érhető rendszerszemlélet például a személyiségfejlesztés, a képességfejlesztés, a kompetencia vagy éppen a kompetenciafejlesztés komponensrendszere. Ha a rendszerszemlélet komponensrendszerét emelem ki, akkor abban ugyanúgy megtalálhatók a felsorolt rendszerek. A rendszerszemlélet komponensrendszere két fogalomkört takar: egyrészt a közoktatási rendszer, benne az iskola

strukturált rendszere és a kapcsolódó szervezeti rendszerek hierarchikus és koherens voltát, azaz szervezetét, másrészt az iskolai (csoportok) közösségek és a személyiség (tanító és tanított), valamint az ismeretek szerveződését. Miközben hangsúlyozom, hogy a tanári tevékenység komponensei kölcsönösen feltételezik egymást, hangsúlyoznom kell azt is, hogy a komponensrendszer alkotóelemei a pedagógiai tevékenység szerint domináns tényezők. A tanóra megtervezésekor (a tervezésben) a stratégiai tevékenység komponensrendszere dominál, a tanórai tevékenységben már a személyiségfejlesztés jegyében az interaktív partneri kapcsolat, amelyből nem hiányzik a stratégiai jellegű cselekvés sem.

Szűkítsük a problémát tovább a pedagógiai tevékenység egyik komponensére, nevezetesen a kompetenciarendszerre. Miután nevelőről és neveltről, tanítóról és tanítottról, tanítás-tanulásról beszélünk, a komponensrendszert is célszerű két részre, a tanári és a tanulói kompetenciára bontani. Nem kell külön leírni, milyen jelentős különbség van a tanári és a tanulói kompetencia között. Főleg pedagógusoknak nem, így e helyütt, a terjedelmi korlátokat figyelembe véve, csak a tanári kompetenciára szorítkozom, de azért nem árt megjegyezni, hogy a tanítás-tanulás gyakorlatában nem független a tanulói kompetenciától sem, főleg a kooperativitás viszonylatában. Ez utóbbit még a későbbiekben röviden érintem, most visszatérek az állításom elejére, miszerint materiálisan nincsenek kompetenciák. Azokat ugyanis a tudatunk hozza létre azáltal, hogy megnevezzük vagy modelláljuk. Ha pedig a tudatunk alkotja meg a kompetenciákat, akkor egyértelmű, hogy a szerveződő rendszer része a kompetencia. Valójában tőlünk függ, hogy magunkból milyen kompetenciákat vetítünk ki, s ilyen értelemben a kompetenciamegjelölés függ a személyes képességeinktől-készségeinktől, ismereteinktől (műveleti tudásunktól), motiváltságunktól és nem utolsósorban szociális helyzetunktől, amelyben a tevékenységet végezzük, amelyben kompetenciával bírunk.⁷ A létrehozott, megfogalmazott kompetenciákat mások is elfogadhatják, vagyis a lélektani alapú (genetikailag kódolt adottságokat) kompetenciákat kutatással lehet bizonyítani, a tevékenységben megjelenő kompetenciákban konszenzusra lehet jutni. A pedagógiában a kompetenciák megegyezés kérdése, ugyanis a tevékenység része és függvénye legfőképpen a domináns kompetencia. Ez annál is inkább igaz, mert a pedagógia a „gyakorlat tudománya”. A pedagógiában a szaktudomány is a gyakorlatnak van alárendelve. Tehát ha a pedagógia felől közelítve akarunk kompetenciakutatást végezni, akkor azt a tevékenységhez kötötten célszerű tenni, a társtudományok (pszichológia, szociálpszichológia, fiziológia stb.) ehhez igen fontos támpontot adnak. A kutatási kompetencia részei: a tevékenységgel összefüggő kutatói kompetencia és a kutató, ez esetben a tanári kompetencia. Átlépve a kutató

személyi és szociális kompetenciájának kérdéskörét, szenteljük figyelmünket a kutatandó tevékenységterület kompetenciarendszerére, nevezetesen a tanári kompetenciára. Ehhez meg kell találni azokat a csomópontokat, amelyek a pedagógiai tevékenységet leginkább jellemzik, például a kompetenciák vonatkozásában. Ha a legfőbb jellemzőkben konszenzusra jutottak a kutatók, akkor meg kell határozniuk, hogy ezek közül melyeket és hogyan fogják vizsgálni. E vonatkozásban a legfőbb kérdés: ki válaszol (figyelembe véve például a személyiséget, az intellektuális képességeket, a pszichofiziológiai állapotot). Sajnálatos, de ez az igen fontos kérdés – a sportkutatásokat kivéve – rendre elmarad. Ezen a problémán túllépve a következő fontos kérdés: a pedagógiai tevékenység részét képező tanári kompetenciarendszerekből melyek azok a főbb komponensek, amelyek köré csoportosíthatók azok alrendszerei, vagyis azok, amelyekre választ várunk. Ilyenek lehetnek: a tanítói, tanári kompetencia stratégiai jellege, személyiségformáló ereje, kooperációs készsége, rendszerszerűsége és ezek alrendszerei mint komponensek. Tekintsük át röviden, mennyire összetettek ezek, hogy a tanári kompetencia vizsgálatához tisztán lássuk a feladatot, és ennek tudatában fogalmazhassuk meg a kutatás célját, feladatait, módszereit és magát a kérdéseket, amelyekre értékelhető válaszokat várunk (ez majd az OKI-ban működő munkabizottságra vár).

A kompetencia stratégiai jellege

A tanári kompetenciában meghatározó komponens a tevékenység stratégiai jellege, amely elsősorban célorientáltságot jelent. Emellett szemléletmódot, viselkedési formát, egységbe foglaló tevékenységet, problémamegoldó stílust és vezetési funkciót is takar.⁸ Hogyan jelennek meg ezek a pedagógiai tevékenységben? Vegyük például a stratégiai viselkedési formát. Volt kollégám az augusztusi nevelőtestületi értekezleten elhangzottakat végighallgatva, a csendet megszakítva megszólalt: „Itt vagyunk most ezekkel a szép elképzelésekkel, tele vagyunk tervekkel, azután szeptemberben bejön az a sok gyerek, és a legszebb elképzeléseink is kútba esnek.” Vagyis céljaink elérésében gyakran ütközünk akadályokba, amikor is a siker elérése érdekében korrigálni kell elképzeléseinket, az együttműködéshez más utat kell választani, az új akciók megválasztásakor a stratégiai cél szem előtt tartásával szükséges ésszerű döntést hozni. Ez a döntés az eredmények és a következmények mérlegelésén alapul, útmutatásul szolgál ahhoz, hogy mit tegyünk, s nem egyszerűen reagálunk a problémára, hanem meg is előzzük azt (mielőtt az változást idézne elő). A pedagógiai gyakorlat tele van olyan helyzettel, amelyre a távolabbi cél és a problémamegelőzés érdekében azonnal reagálni kell. És máris a stratégia újabb összetevőjéhez értünk, amelyet a szakirodalom sajátos problémakezelési stílusnak nevez. Ez

esetben az a kérdés, hogy a probléma jellege sürgős vagy nem sürgős intézkedést kíván-e. Ha a problémakezelés sürgős és krízisjellegű, akkor a feladatmegoldás gyors, azaz taktikai, ha nem sürgős, akkor stratégiai jellegű az intézkedés, amelyet operatív feladatok megoldásával kezelhetünk. Például ha a tanuló lármázva rohan a folyosón, s ezzel saját és társai testi épségét veszélyezteti, akkor az ügyeletes tanár azonnal közbelép, és felhívja a figyelmét a veszélyhelyzetre s az abból fakadó esetleges következményekre.

Nem sürgős, de egymásra épülő feladatmegoldást kíván az osztályfőnöktől például a tanulmányi kirándulások megtervezése. A stratégiai cél: olyan osztálylégkör kialakítása, hogy többnapos tanulmányi kirándulást lehessen szervezni. Az e célnak alárendelt, operatív célok elérésén keresztül vezet az út az iskola pedagógiai programjában foglalt célfilozófiával összehangolt stratégiai célok eléréséig. A középiskola első évében csak egynapos az osztálykirándulás, s az iskola székhelye szerinti település és/vagy közvetlen környezete nevezetességeivel ismerkednek meg a tanulók, no meg egymással. Az osztályfőnök más, nem iskolai szituációkban is tanulmányozhatja a tanulók magaviseletét. A második tanévben még mindig egynapos kirándulásokat és túrákat szerveztünk, és csak a harmadik és a negyedik évfolyamokon, az osztály közösségi légkörének, a tanulók magatartásának ismeretében vállaltuk a két- vagy a háromnapos tanulmányi kirándulásokat. Természetesen mindegyik közös programnak megvolt a célja, ennek megfelelően készült el a kirándulás útiterve, és ennek alapján alakítottuk ki a személyre szabott feladatokat is.

Ennek kapcsán szólni kell a stratégiáról mint sajátos szemléleti módról és mint összhangteremtő tevékenységről. A szemléleti mód kapcsán a múlt és a jövő kérdései a meghatározók, amelyek az alábbi fogalomkapcsolatokkal értelmezhetők: állandóság és változékonyság, kiszámíthatóság és bizonytalanság, nemzeti méret és globális jelleg, tekintélyelvű és részvételen alapuló, hierarchiakon nyugvó és hálózatokra épülő (ezeket terjedelmi korlátok miatt e helyütt nem részletezem). A tervezés szempontjából a fogalompárok második tagja érdemel különös figyelmet, nevezetesen a jövő bizonytalansága, melyre még visszatérek.

A stratégia összhangteremtő tevékenység, amely a környezeti kihívásokat, az iskola erőforrásait és a szándékot mint komponenseket foglalja magában. Nézzünk erre egy gyakorlatból vett példát! Közismert, hogy az előző évtized közepe táján, főleg a nagyvárosokban tömegesen váltottak szerkezetet, vállaltak új feladatot az iskolák. Ennek

egyik oka egzisztenciális félelemből adódott, és a többletfeladat vállalásával „előremenekültek” a nevelőtestületek, s ezzel ellensúlyozni tudták a tanulólétszám csökkenését. Másokat a szabad iskolaválasztásból adódó és fokozódó versenyhelyzet, a szülők szolgáltatások iránti igénye készítetett új feladatvállalásra. Akadtak nem kevesen, akik szakmai lehetőséget láttak az iskola megújításában, és éltek a törvény adta lehetőséggel. Ezen túl persze más okok és a megemlített okok ötvözete is szerkezetváltásra készítethetett. Az a tény azonban, hogy az így létrejött intézmények, az „ÉS” iskolák nem is kis hányada már az évtized végétől fokozatosan megszűnik, azt bizonyítja, hogy a környezeti tényezőket (az iskolaköteles gyerekek számának a csökkenését, a szomszéd iskola elszívó hatását s az ezzel összefüggő szolgáltatási rendszer megválasztását stb.) rosszul ítélték meg az intézmények. Több olyan intézményről tudunk, ahol az iskolabővítés anyagi feltételeinek hiányában rosszul ítélték meg az erőforrásokat. Volt, ahol (sem a személyi, sem a dologi) erőforrások nem álltak rendelkezésre, s a környezeti kihívásokat is alábecsülték, így nem csoda, hogy pár évi próbálkozás után az önkormányzatok visszafejlesztették, például az általános iskola és gimnáziumot 8 évfolyamos általános iskolává. A stratégiai tervezésnek van még egy fontos tényezője, s ez a legkritikusabb, a jövő megítélése. Az, hogy milyen irányba érdemes fejleszteni például egy iskolát. Ez intuíciós képességet igényel a tervezőktől, s ezzel a képességgel csak nagyon kevesen rendelkeznek. A helyzet felmérése és egzakt adatok birtokában a helyzetértékelés nem nehéz feladat, az igazán nehéz ráérezni arra, hogy mit érdemes kutatni, vagy milyen irányban célszerű iskolát fejleszteni; ez már beleérző képesség kérdése. Nehéz a jövőbe látni, s ettől nehéz feladat a stratégiai tervezés, például új pedagógiai program készítése is.

A kompetencia rendszerszerűsége a tevékenységben

Az előzőekben már volt arról szó, hogy a kompetencia a személyiség mint szerveződő rendszer sajátja,⁹ hogy a személyiség a cselekvés, a tevékenység által fejleszthető és ismerhető meg. A modern lélektan fizikai, intellektuális és érzelmi tevékenységet ismer. Eszerint megkülönböztethető a fizikai tevékenység, az intellektuális tevékenység és az érzelmi tevékenység kompetenciarendszere, amely szerveződő, csak mesterségesen szétválasztható rendszert alkot. Éppen ezért a továbbiakban együtt tárgyalom, ugyanakkor megjegyzem, hogy a kutatási program, valamint a kérdések összeállításakor ezeket kiemelten kell figyelembe venni.

A személyi kompetencia a szociális helyzetben nyer visszaigazolást, megerősítést, vagyis a

szociális rendszer része és eredménye. Ugyanakkor része a szociális struktúrának is, vagyis a szaktanár tagja a nevelőtestületnek, a tantárgyi munkaközösségnek, s ezen túl még tagja lehet az iskola színjátszó körének stb. Tevékenységét, a szociális szerepnek megfelelően látja el. A nevelőtestület tagjaként részt vehet például az iskola pedagógiai programjának korrekciójában. Véleményét szóban és/vagy írásban kifejezheti, javaslatainak érvényt szerezhet. A tantárgyi munkaközösség tagjaként tervezetet készíthet például az egységes nevelési ráhatás, az „együtthatások” rendszerének hatékonyabb működtetésére, vagy a törvény adta keretek között megszerkesztheti a tantárgy vagy műveltségi terület tantervi vitaanyagát. Az előbbi szerepben a pedagógus vitakészsége, az utóbbiban tervezési kompetenciája érvényesül.

A tanórán a tanári szerep kerül előtérbe, amely köztudottan igen sokszínű, a pedagógiai helyzetnek megfelelő vagy arra törekvő. Ha a tanórai tanulásszervezésben a csoportok szerinti differenciált foglalkozás szerepel az óravázlatban, akkor a pedagógus szervezői és óravezetési kompetenciája az elsődleges. Kérdés, hogy minként tudja ebben a helyzetben irányítani a tanulási folyamatot, miként tudja megteremteni a tanuláshoz szükséges munkaléggkört, hogyan tudja segíteni a feladatmegoldást, például a gyengébbek munkáját. Itt, ebben a szituációban érvényesül a tanár nyitottsága (tevékenységének stratégiai jellege), vagyis hogy mennyire tud eltérni az eredeti formális tervétől (az óravázlatától), ha azt a körülmények (például fegyelmezési ok) indokoltá teszik. A fegyelmezésben a követő magatartásra készítésben mutatkozik meg a tanári személyiség ereje, emberi nagysága. Mindebből az következik, hogy a tanári kompetencia a tevékenységrendszer részeként, a szociális viszonylatrendszer szerint változik, vagyis a pedagógus alkalmazkodik a mindig változó körülményekhez, s miközben alkalmazkodásra készítet, a várt vagy váratlanul jelentkező kihívásokra – a stratégiai cél szem előtt tartásával – mindig a megfelelő választ igyekszik megadni.

A kompetencia a kooperativitásban

Elődeink több mint százötven évvel ezelőtt felismerték az együttműködés, a kooperativitás jelentőségét, sőt megkockáztatom, hogy a szót gazdagabb értelemben használták, mint ma. Ma az együttműködés magasabb szintjén interaktivitásról beszélünk, amely személyek közötti kölcsönös és aktív intellektuális és érzelmi kapcsolatot jelent, eszköze pedig a kommunikáció. A régiek ennél többet tartottak fontosnak a pedagógiában, s erre meg is találták a megfelelő fogalmat, az elemek együtthatását. Ezen mindenekelőtt a pedagógusoknak a tanulók érdekében tett együttműködését értették, amely a neveléstől (a fegyelmezéstől) a tantervi

anyag, a tananyag összeegyeztetéséig és megtanításától a követelményekig terjedt, s mindennek a szervezeti kereteit is kidolgozták (tanári értekezlet, osztályfőnöki rendszer, vizsgarendszer, együttműködés a szülőkkel, a szülők feladatainak meghatározása).¹⁰

Tény, hogy az Entwurfban a tanulótól „jó fegyelmet” és követő magatartást vártak el, s a tanár irányító szerepe, tudása s törekvése az ismeretek megtanítására megkérdőjelezhetetlen volt. Kétségtelen, hogy az idők során a tanári tekintély s a személyközi együttműködés az együttműködések rendszerének tartalmában gazdagodott. Az iskolaválasztás szabadsága s az iskolai légkör demokratizálódása lehetővé teszi a tanuló és a szülő kritikus magatartását (a tanulói szervezetek létrehozását), s ez a tanártól – előzőekben vázolt – stratégiai szemléleti módot, viselkedési formát és problémakezelési stílust kíván – a tanulócsoporthoz és a tanulóhoz, valamint a szülő viszonylatban. A demokratikus légkör, a véleménynyilvánítás szabadsága gazdagítja a nevelőtestületi kommunikációs kultúrát, alkotói energiát szabadít föl. A jogi feltételek tehát adottak ahhoz, hogy a pedagógusok együttműködési készsége „együttműködések” rendszerként működjön az iskolában.

A személyiségfejlesztés kompetenciája

A személyiség fejlődő, önmagát fejleszteni és reprodukálni képes, szerveződő rendszer. Pedagógiai szempontból köztudott, hogy a személyiség az őt ért külső hatásokra alkalmazkodással válaszol, s adottságainak függvényében fejlődik és fejleszthető. A bevezető gondolatokban is hangsúlyozott az öröklött tényezőknek a tevékenységet és a teljesítményt befolyásoló, olykor meghatározó jelentősége. Fiziológiai kutatások bizonyítják, hogy a képességek fejlesztése csak rendszerszerűen lehetséges, s a teljesítményben az öröklött és a tanult elemek szerveződése érhető tetten. Ennek feltétele, hogy a célok jól megfogalmazott rendszert alkossanak, mert ez teszi lehetővé például a kutatási célok elérésének mérését. Ilyen cél lehet a pedagógus személyiségének, pszichofizikai állapotának megismerése, kreativitása (eredetiség, könnyedség, fogékonyság, a probléma iránti érzékenység, rugalmasság, átfogalmazás képessége), empátia- és együttműködési készsége, fegyelmező s tekintélyt parancsoló ereje, jelleme stb.

Törekvések a kompetencia, a kulcskompetenciák értelmezésére

Ranschburg Ágnes már idézett tanulmányában megfogalmazza azt a nemzetközi szintű bizonytalanságot, amely a kompetencia fogalmát körülveszi, és a felosztására vagy inkább a csoportosítására tett erőfeszítéseket is taglalja. A kompetenciák eszerint autonóm cselekvést

tesznek lehetővé, eszközjellegűek és szociális környezetben működnek, függetlenül attól, hogy kulcskompetenciáknak vagy csak egyszerűen kompetenciáknak nevezzük őket. Azt hiszem, senki sem vitatja, hogy az idegen nyelvi tudás, az idegen nyelvi kompetencia milyen fontos, de csak akkor, ha használni tudjuk, ha kommunikációs eszköz. Sokan az idegen nyelvi tudást a kulcskompetenciák közé sorolják, mint ahogy az olvasni és a számolni tudást is. Vitathatatlan, hogy van olvasási, szövegértési, grafikai, akusztikai stb. kompetencia, egyesek szerint ezek kulcskompetenciák. Igen, de csak akkor, ha olvasunk. Éppen a szövegértés miatt nagyon is fontos a folyamatos és értő olvasás. Ha rajzórán a hasábot és a kockát próbáljuk lerajzolni, akkor az olvasási kompetenciának nincs jelentősége. Annál inkább az intellektusnak, a térérzékelésnek, a térlátásnak, a viszonyítási képességnek, a mikrokinesztézisnek és még ki tudja, hányféle képességnek ahhoz, hogy grafikai kompetenciáról vagy tárgyi kommunikációról beszélhessünk. Ez utóbbit azért jegyzem meg, mert egészen más lesz a helyzet, ha a tájat rajztáblával az ölben, ecsettel a kézben próbálom papírra másolni, rögzíteni. Az eszközhasználati kompetencia (tárgyi kommunikáció) kiegészül a színhasználati kompetenciával és mindazzal a képességgel, amelyet térlátásnak, viszonyítási képességnek nevezünk. A tájban, a megmintázott arcban meg kell találni a jellemző, a leglényegesebb vonásokat, amelyek feltételezik a lényeg kiemelésének képességét (az egyediséget, amely a különös kategóriája felé vezet), amely az alkotói fantázia, az alkotás egyik igen fontos összetevője. Az alkotói kompetencia a környezeti hatás, a környezetre való ráhatás és a környezetalakítás szempontjából fontos, azonban ezt is felesleges kulcskompetenciának nevezni, mert csak akkor működik, ha alkotómunkát végez az ember. Például a barkácsolás tervezési időszakában az alkotói fantázia és a tervezői kompetencia dominál, majd a manuális, a kivitelezői kompetencia, melynek eredményeként a tárgy elkészül. Melyik tehát a kulcskompetencia? A fentiekből talán egyértelművé vált, hogy a kulcskompetencia fogalmának a használata csak zavart okoz.

Valójában arról a dilemmáról van szó, amelyet a munkaerő-piaci verseny erősített fel. A köz- és a szakoktatás sokoldalúan képezze, fejlessze ki a tanuló képességeit és így váljon alkalmassá a felnőttkori munkára, vagy a munkaerőpiac jelezze, milyen képességekkel, kompetenciával rendelkezzen az iskolából kikerülő fiatal, és ennek feleljen meg az iskola. Az igazság bizonyára a kettő között található, vagyis az iskola sokoldalúan készítsen fel, ugyanakkor vegye figyelembe a munkaerő-piaci verseny igényeit is. Ez a dilemma ma még nem dőlt el, ugyanakkor a munkaerőpiac diktál és kulcskompetenciákat követel. Nekünk azonban, akik felelősek vagyunk a közoktatásért, mindezt a maga teljes bonyolultságában

tisztán kell látnunk.

Nézzünk erre egy példát. A méhészek egy része maga készíti a kaptárokat. Ez nem szórakozás, nem barkácsolás, hanem pontosságot, precizitást igénylő munka. Az első döntés, amit meg kell hozni, hogy álló és rakodós vagy fekvő kaptár legyen. Méhészünk az egymásra rakható Hunor-kaptár mellett dönt (döntési kompetencia).¹¹ Ezzel azt is eldöntötte, hogy a Hunor keretlécek méretéhez kell szabnia a kaptárt. Méretet vesz, s miután tudja, hány keretsort akar elhelyezni a kaptárban, megindulhat a tervezés, a méretarányos tervrajz készítése (intellektuális kompetencia, alkotói fantázia, mérési és tervezési kompetencia). Ha készen van a terv, akkor be kell szereznie a hozzá való, megfelelően kiszáradt faanyagot (anyagismereti, döntési kompetencia, kommunikációs és szociális kompetencia) és a hiányzó eszközöket. Ha ez mind együtt van, kezdődhet a deszkák simára gyalulása és méretre szabása (anyagismereti, mérési, eszközhasználati és manuális kompetencia). Ezt követi a méretre vágott anyagok hézagmentes, precíz összeillesztése (eszközhasználati és manuális kompetencia). A kaptárt óvni kell az esőtől, ezért megfelelő anyagból készült tetővel kell ellátni, és le kell festeni (anyagismereti, színválasztási-színkeverési, eszközhasználati kompetencia). Kérdés tehát, melyik is a kulcskompetencia?

Kérdés az is, hogy az iskola a sokszínű munkaerő-piaci igényeknek megfelelően meg tudja-e találni és megfelelő színvonalon fejleszteni tudja-e azokat a „kulcskompetenciákat”, amelyek a felnőttkori munkavégzéshez szükségesek, vagy a tanulók személyes kompetenciáit fejleszti az önmagához viszonyított optimális szintre abban a reményben, hogy ezek birtokában továbbképzéssel, átképzéssel alkalmazkodni tud majd a munkaerő-piaci igényekhez. Ez a dolgot azonban nem hivatott ennek a kérdésnek az eldöntésére, mert valószínűleg a két szélsőséges nézet között van az igazság. Az ipari versenytől hátszelet kapó kulcskompetenciákról viszont azt kell kimondanunk, hogy ilyenek nincsenek. Mesterségesen persze létrehozhatók, csoportosíthatók, ugyanakkor ezek a csoportosítások, néhány kivételtől eltekintve, nem állják ki a rendszertani elemzés próbáját (például a munkaadók kompetenciafelosztása, melyet itt nem kívánok rendszertanilag elemezni).¹²

Tény, hogy a munka világa a munkaerőtől elvár olyan jellemtulajdonságokat, olyan kommunikációs (problémamegoldó és alkotóképesség, idegen nyelvi kommunikáció, önálló tanulási képesség stb.) és szociális kompetencia-alrendszerekként (együttműködési, vezetési, kapcsolattartási, döntési, kritikai stb.) megjelenő kompetenciákat, amelyekkel az iskola

(részben vagy teljes egészében) adós marad éppen a tantárgyi zárt rendszere miatt. Iskolai vonatkozásban a zavar okát abban látom, hogy a kompetenciákról való gondolkodásunk a hagyományos értelemben vett tantárgyi rendszerben mozog. A tantárgyi tartalmi rendszerekben nem vagy csak közvetett formában lehet elhelyezni azokat az igen fontos tartalmakat, amelyeket közös követelményeknek nevezünk. A tantárgyi rendszerekbe nem vagy csak nehezen lehet formálisan is beilleszteni a nevelési követelményeket (nevelési kompetenciákat), s ezeket próbáljuk elhelyezni, valójában a rendszerre erőltetni mint közös, keresztntantervi követelményeket vagy kompetenciákat. A megoldás: új tantervi rendszerben kell és lehet gondolkodni.¹³

Összegzés

A kompetenciák objektíve nem léteznek, szerveződő (változó) rendszerek komponensei, öröklött és tanult rendszerek szerveződésai, fejlődnek és fejleszthetők, cselekvéshez, tevékenységhez kötöttek, tevékenységtől és szociális helyzettől függően valamelyik (típus) domináns tényező. Ez utóbbi azt jelenti, hogy a tanterv szerkesztőjének más kompetenciával kell rendelkeznie, mint a kompetenciát kutatónak, a tantervben más kompetenciarendszert kell felállítani, mint a tanulói kompetenciát vizsgáló kutatási kérdőívnek. Mind más-más kompetenciarendszert kíván, s a kompetenciákon belül csomópontok alakíthatók ki, melyeket alaptantervi, műveltségterületi vagy tantárgyi tantervi (tanári és tanulói), kutatási stb. kompetenciáknak nevezhetünk, ha ebben az érintettek megegyeznek. Ugyanakkor felmerül a kérdés, miért nem felel meg a Kádárné Fülöp Juditnak tulajdonított, jóval kifejezőbb eszköztudás szóhasználat.

A folyamatosan szerveződő tevékenységrendszerből kiemelhetünk egy-egy komponenst, így a kompetenciarendszert is, s modellálhatjuk. A formalizált kompetenciamodellek azonban csak a humán cselekvések, tevékenységek rendszerében válnak élővé és értelmezhetőkké: mindig a szociális helyzet és a tevékenységi cél viszonylatában. Ez egyrészt azt jelenti, hogy a pedagógiai tevékenység (személyiségfejlődés és -fejlesztés, stratégiai rendszerszerűség, kooperativitás, kompetencia) valamelyik komponense a szerveződő rendszeren belül előtérbe kerül, másrészt a kompetenciarendszeren belül is valamelyik, például a szakműveltség hangsúlyosabbá válik.¹⁴ Hogy melyik milyen mértékben, ez csak a pedagógiai szituációban vizsgálható, mert a tanár és a tanuló tevékenységében konkretizálódik. A kompetenciákat, bármennyire is a szerveződő és folyamatosan változó tevékenység részei (s e nélkül értelmezhetetlenek!), mégis indokolt vizsgálni és tárgyalni, mert a tevékenység igen fontos

alkotóelemei és a tanulótervezés (tantervkészítés, -elemzés)15 és -szervezés szempontjából meghatározóak. Ezeket azonban nincs értelme kulcskompetenciáknak nevezni.

Köszönetnyilvánítás

Ezúton mondok köszönetet Csoma Gyulának, aki hasznos észrevételekkel segítette a dolgozat megírását.

Jegyzetek:

1 Utánpótlás-nevelési konferencia. OTSH Versenysport és Utánpótlás-nevelési Osztály 3–232. In Mészáros János: Az öröklöttség jelentősége az utánpótlás-nevelésben (előadás). 47–48.

2 Rókusfalvy Pál: Az ember fejlődése és fejlesztése. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 2001, 209. és 210.

3 Uo. 226.

4 Uo. 226.

5 Nagy József: XX. század és nevelés. Osiris Kiadó, Budapest, 2000, 7–351. (Figyelemre méltó, hogy a szerző sem tesz említést e korszakalkotó művében a kulcskompetenciákról! Bizonyára nem indokolatlanul.)

6 Gergely Gyula: A pedagógiai tevékenység komponensrendszere. Új Pedagógiai Szemle, 2002. 5. sz. 3–13.

7 Többek között ezért is van, hogy a kompetencia fogalmában, a kulcskompetenciák meghatározásában nem sikerült konszenzusra jutni. Lásd: Ranschburg Ágnes: Az iskolák értékelési-mérési gyakorlata és a kompetenciák. Új Pedagógiai Szemle, 2004. 3. sz. 52–68. és Mihály Ildikó: Még egyszer a kulcskompetenciákról. Új Pedagógiai Szemle, 2003. 6. sz. 103–112.

8 Marosán György: Stratégiai menedzsment. Calibra Kiadó, é. n. 7–11.

9 E vonatkozásban lásd Nagy József és Csapó Benő munkáit: Nagy József: XX. század és nevelés. Osiris Kiadó, Budapest, 2000, 7–351.; Csapó Benő: Tudás és kompetenciák. A tanulás fejlesztése. Országos Közoktatási Intézet, Budapest, 2003, 65–74.

10 Organisationsentwurf. Wien. Gedruckt in der kaiserlich-königlichen Hof- und Staatsdruckerei, 1849. In A tantervelmélet forrásai 12. Országos Pedagógiai Intézet, Budapest, 1990.

11 A méhészetben kilencféle kaptárt használnak. – Örosi Pál Zoltán: Méhek között. Mezőgazdasági Kiadó, Budapest, 1955, 141–143.

12 Ranschburg Ágnes: Az iskolák értékelési-mérési gyakorlata és a kompetenciák. Új

Pedagógiai Szemle, 2004. 3. sz. 65.

13 Gergely Gyula: Alaptantervi szabályozórendszer neveléscentrikus továbbfejlesztése és a drogprevenció. *Fejlesztő Pedagógia*, 2003. 2–3. sz. 109–127.

14 Csapó Benő: A tudás és kompetenciák. A tanulás fejlesztése. (Az Országos Közoktatási Intézet szakmai konferenciáján 2002-ben elhangzott előadás.) Országos Közoktatási Intézet, Budapest, 2003, 65–74.

15 Gergely Gyula: Alaptantervi szabályozórendszer neveléscentrikus továbbfejlesztése és a drogprevenció. *Fejlesztő Pedagógia*, 2003. 2–3. sz. 109–127.; Gergely Gyula: Tantervelemzés a paradigmaváltás jegyében. (Organisationsentwurf és az 1978-as gimnáziumi tanterv összehasonlító elemzése.) *Új Pedagógiai Szemle*, 2004. 6. sz. 9–20.

Kállai Gábor

HOL VÉGZŐDIK A SAKKTÁBLA?

(Mindentudás Egyeteme, X. szemeszter, 4. előadás – 2007. március 12.)

A sakkozásról azt tartják, hogy egyszerre sport, művészet és tudomány. Mára a játék kapcsolata egyre szorosabb a számítógépekkel, az internettel, az informatika világával. Az informatika vívmányaira támaszkodva kétezer éves szellemi játékunk pedagógiai eszközként a világ számos pontján, például Indiában, Kínában, Kanadában és Ausztráliában is a reneszánszát éli. Világszerte milliónyi gyerek hódol a fekete-fehér világnak. "A sakkozás nem cél, hanem eszköz!" - vallják a sakkvilág pedagógusai. De milyen képességeket sajátíthatunk el a sakkozás segítségével? Egyáltalán, milyen a sakkozói gondolkodás? Hogyan gondolkodik egy nagymester? Megkönnyítheti-e a döntéseinket a sakk világán kívül ez a gondolkodásmód?

I. BEVEZETÉS

Stefan Zweig *Sakknovella* című írásában, mely egyébként Zweig utolsó és talán legjelentősebb műve volt, így ír (Fónagy Iván fordításában):

"De nem sértő korlátozás-e a sakkot egyszerűen játéknak nevezni? Nem tudomány, nem művészet-e egyúttal, mely úgy lebeg e kategóriák között, mint Mohamed koporsója ég és föld között? Az ellentétek sajátos, egyszeri összetalálkozása: ősrégi és örökké új, természetében mechanikus, de csak a képzelet eleveníti meg, szűk mértani térre szorul, és ugyanakkor kombinációs lehetőségeiben határtalan. Szüntelenül fejlődik, és teljesen terméketlen. Olyan gondolkodás, amely semmihez sem vezet. Matematika, ami semmit ki nem számít, művészet, ami nem hoz létre műveket, anyagtalan szobrászat. S mindezek ellenére lényében és létében tartósabbnak bizonyult minden törvénynél, minden más alkotásnál. Egyetlen játék, amelyet minden idők minden népe egyaránt magáénak vallott, s amelyről senki sem tudja, melyik isten hozta a földre, hogy unalmat űzzön, elmét élesítsen, lelkeket hevítsen."

Zweig szerint tehát a sakkozás olyan gondolkodás, amely semmihez sem vezet. Matematika, ami semmit ki nem számít, művészet, ami nem hoz létre műveket, anyagtalan szobrászat. Előadásom címe - Hol végződik a sakktábla? -, remélem, sejteti, hogy vitatkozni szeretnék

Stefan Zweiggel. Meg szeretném Önöknek mutatni, hogy a sakkozás páratlanul gazdag intellektuális anyag, egy olyan univerzális szellemi szövet, amiből mindenki önmagának, vagy akár a gyerekének, unokájának a kedvére való ruhát varrhat. Ebből a speciális anyagból készülhet szabadidőruha, készülhet szellemi joggingoláshoz melegítő, készülhet tudományos talár, számítástechnikai, illetve informatikai tevékenységünkhöz szőrfruha, de készülhet tanári köpeny, és bizony készülhet harci öltözék is.

Tehát hol is végződik a sakktábla, azaz mi mindent kezdhetünk a sakkozás intellektuális anyagával?

Az előbb a harci öltözéket nem véletlenül említettem, hiszen a sakkozás eredetében és tartalmában kifejezetten harci játék, hadijáték. Az emberi viszonyok közül a legélesebbet és legfeszültebbet szimbolizálja, a háborút.

II. A SAKKJÁTÉK 2000 ÉVES EVOLÚCIÓJA (DIÓHÉJBAN)

A sakkjáték mai formája ezeréves evolúciós folyamat eredménye. Ásatásokon, sírhelyek feltárásainak alkalmával sokfelé találtak sakkfigurákhoz hasonló szobrocskákat, sőt az is biztos, hogy Egyiptomban már az időszámítás előtti negyedik évezredben játszottak négyzetekre osztott táblán játékokat.

A sakkjáték eredetét igazoló első biztos pont azonban a 7. századbeli Indiához köthető, ahol a csaturanga nevű játékot már a mai sakktáblán, bár még nem teljesen a mai figurákkal játszották.

A játék India után Perzsiát, majd az iszlám világot is meghódította. Harun al Rasid kalifa (763-809) például már nemcsak szerette, hanem támogatta is a sakkozást: a legerősebb játékosoknak életjáradékot biztosított. A játék Európában először Bizáncban tűnt fel, ahol zatrikon néven a 11-12. században Komnénosz Alexiosz császár (1081-1118) szívesen játszott. A sakkozás mai formája, a figurák mai menetmódja a 15-16. században alakult ki Nyugat-Európában, valószínűleg Spanyolországban vagy Franciaországban. A kor bajnokait név szerint is ismerjük, mint például Ruy López de Segurát, aki II. Fülöp kedvenc játékosa volt, vagy az olasz Giovanni Leonardo da Cutrit, aki 1575-ben Ruy Lopezt is legyőzte. Ő később a sakkozás mártírja lett, mert egyik riválisa megmérgezte. Utóda Paolo Boi lett, aki viszont 70 éves korában azért lett öngyilkos, mert kikapott fiatalabb ellenfelétől.

Magyarországon a sakkozást Károly Róbert uralkodása idején (1308-1342) már ismerték, amire bizonyíték, hogy Turóczy János a *Chronica Hungarorum*-ban (nyomtatásban 1488-ban Brünmben és Augsburgban jelent meg), valamint Dubravius olmützi érsek egybehangzóan emlékezik meg arról, hogy a magyar király 1335-ben sakktáblával ajándékozta meg János cseh királyt. Az igazi fellendülést azonban Mátyás kora hozta, amikor Beatrix királyné, mint az első importált profi sakkozónk, Nápolyból magával hozta sakktudását, melyet a királyi udvarban is meghonosított. (A legendák szerint a sakkozáson kívül a marcipánt is Beatrixnek, illetve a vele érkező szakácsoknak köszönhetjük.)

A sakkjáték feltartóztatlanul terjedt el szerte Európában és Magyarországon. A 19. században már nemcsak a családokban, hanem az úri szalonokban is szinte kötelező volt ismerni a sakkjátékot. Később a kávéházakban űzött egyik kedvenc időtöltés lett a királyi sport.

Minden rendszer és szisztéma nélkül megemlítenék néhány híres "sakkozót": Rousseau, Bonaparte Napóleon, Benyovszky Móricz, Kossuth, Széchenyi, Erkel, Zweig, József Attila, Petőfi, Szentgyörgyi Albert, Karinthy, Majakovszkij, Rotschild, Csehov, Einstein és Robert Oppenheimer is a sakkbarátunk volt. És ha már a tudósoknál tartunk, akkor a jelenből feltétlenül meg kell jegyeznünk, hogy például Vizi E. Szilveszter professzor úr is kiváló sakkjátékos.

Ahogy a történetírás megörökíti a sakkozás fejlődését, terjedésének pillanatait, úgy megőriz sakktörténeteket is. Sőt a sakkozás is magában hordozza a történelmet. A játszmákat a sakktábla koordinátarendszerében könnyen lehet rögzíteni, a sakkállások pedig megőrzik a kiemelkedő történelmi figurák gondolatait. Ezek a gondolatok, ha megfejtjük őket, igen sokat elárulnak azokról, akiknek a fejében megszülettek.

Engedjék meg, hogy egy történettel és egy szemléletes példával illusztráljam a sakkjáték és a történelem összefonódását. Bonaparte Napóleon 1809. július 4-ének éjjelén éppen a wagrami csatára készült, amikor meghallotta, hogy az elhagyatott bécsi udvarban rekedt Kempelen Farkas híres sakkautomatája. Maga elé rendelte a "Törököt", amelyről nem tudhatta, hogy a kistermetű Allgaier mester foglal benne helyet. A játszma lefolyásáról két változat is létezik. Egy sakkparti, melyben Napóleon agresszíven támadott, de ellenfele az automatából

mesterien védekezett, ellentámadt és nyert. A másik változat szórakoztatóbb: Napóleon veszített állásba került, melyet csak egy szabálytalan lépéssel menthetett meg, amit a császár természetesen gátlástalanul meg is tett, sőt meg is ismételt. Ezzel persze annyira felbosszantotta Allgaier mestert, hogy nagynevű ellenfelét nem tisztelve lesöpörte a sakktáblát.

A történelmi sakkanekdoták mellett azonban a sakktábla, a hadállások az igazi forrásaink.

Az animáción különleges állást láthatunk; a feladat: világos indul és mattot ad 3 lépésben.

1. c8:H!! Ka3 2. Hb6! axb6 3. axb6 matt!

Ha megnézzük az állást, és megtaláljuk a megoldást, akkor talán Önök is egyetértenek abban, hogy a feladat különlegesen szellemes. A megoldás során valóra válik a lehetetlen, a hihetetlen, hiszen végül az a6-on befalazott helyben álló bástya ad mattot. Valami olyasfélét sugall a feladvány, hogy ne higgyünk a szemünknek, a lényeg gyakran hihetetlen, láthatatlan. A megoldást ismerjük, és ha azt is tudjuk, hogy a feladványt ki alkotta, akkor válhat a meglepetésünk teljessé. A mű mestere Karol Wojtyła, azaz II. János Pál pápa.

Mára a sakkozás versenysporttá is vált. A magyar sakkozás az első nemzetközi sakksikerét 1842 és 1845 között érte el. Ekkor a pesti Wurm Kávéház válogatottja két párhuzamosan zajló levelezési játszmában legyőzte a párizsi Café de la Régence csapatát. A tét óriási volt, hiszen a pestiek 500 forintot tettek 1250 frank ellenében, és bizony ez időben az első sakkmester, Szén József levéltárosi fizetése összesen évi 700 forint volt. A Café de la Régence-ről csak annyit, hogy a 18. századtól olyan nagyságoknak adott menedéket, mint Benjamin Franklin, Rousseau vagy Diderot.

A francia forradalom aztán háttérbe szorította a sakkozást, de a 19. század közepére a kávéházba már megint visszaköltöztek a játékosok. A játszmákat francia oldalról a híres sakkjátékos, Deschappelles vezette. Egészen a második lépésig, amikor is a feketével megteendő lépésre a javaslatát leszavazták, ekkor megsértődött és visszalépett.

A pestiek sakksikerének titka a szervezethez volt. Míg a temperamentumos franciák szabadon, egymást zavarva, vitatkozva hozták meg a döntéseiket, addig a Wurm Kávéházban (V. Apáczai Csere János utca 15.) két körben hozták meg a végső döntést. Először három

sakkozó tanácskozott előkészítő jelleggel, majd javaslatot tettek a végső döntést meghozó, három mester alkotta triumvirátusnak. Az előkészítők tanácskozását követte figyelemmel az akkor harmincas évei közepén járó Erkel Ferenc is, aki aztán kora legjobb sakkozója lett, és ő volt a Pesti Sakk-kör elnöke is. (Hogy az Operaház zeneigazgatói posztjáról már ne is beszéljünk.)

Erkel Ferenc utolsó évtizedei találkoznak a szegedi Maróczy Géza ifjúkorával. Maróczy aztán 1945-ben Szabó Lászlónak adta át a stafétabotot, 20 évvel később pedig már Portisch Lajos volt a legjobb magyar játékos. És máris napjainknál tartunk, amikor a sakktábla vidékén a Polgár- és a Lékó-korszakot élhetjük meg.

III. A SAKKOZÁS MINT SPORT

Manapság a sakkozás hivatalosan elsősorban sport, hiszen a NOB 1999 óta a Nemzetközi Sakkszövetséget (FIDE) sportszövetségként, "elismert partnerként" kezeli. A FIDE mintegy 161 tagországa több millió igazolt versenyzőt tart nyilván. Magyarországon az igazolt versenyzők száma alapján a Magyar Sakkszövetség a negyedik-ötödik legnagyobb sportszövetség. Érdekes adat, hogy annak ellenére, hogy a sakkozás nem olimpiai sportág, 88 országban a helyi sakkszövetség a nemzeti olimpiai bizottság tagja.

A sakkozás a világ más tájain is komoly múltra és jelentős népszerűsége lehet büszke. Az Egyesült Államokban például az első sportszövetség a sakkszövetség volt (American Chess Association, 1857, New York; később USA Chess Federation, 1939), még a baseballt is megelőzte (!), és a talán politikailag legjelentősebb nemzetközi sportrendezvény is a sakkozáshoz fűződik. 1945. szeptember 1-4. között, a hirosimai atombomba ledobása után kevesebb mint egy hónappal rendezték meg a Szovjetunió-Egyesült Államok sakkcsapatmeccset, rádiótelegráfon! A találkozót a szovjetek nyerték 15,5: 4,5-re. Természetesen mind a két válogatottban szerepelt egy-egy magyar is. A szovjet oldalt Lilienthal Andor, a ma 96 éves, már ismét itthon élő nagymester, az amerikaiakat pedig a dunaszerdahelyi Steiner Herman erősítette, aki később nagyon jó barátja lett Humphrey Bogartnak, akinek köszönhetően a sakkozás bekerült a Casablanca című filmbe is. (Casablanca, nem Capablanca!)

A Nemzetközi Sakkszövetség (1924), akárcsak a Magyar Sakkszövetség (1921) az 1920-as években alakult meg. Azóta általában két évente sakkolimpiára kerül sor (az első kettőt -

London, 1927 és Hága, 1928 - mi nyertük, akárcsak 1978-ban Buenos Airesben, illetve a Polgár-lányok 1988-ban és 1990-ben), egyéni világbajnoki rendszer működik, kontinensbajnokságokon, országos bajnokságokon és nagy nemzetközi tornákon mérik össze tudásukat a világ legjobbjai. Magyarországon évente százas nagyságrendben rendeznek versenyeket.

A sakkversenyek a gondolkodási időnek megfelelően lehetnek "normál játékidőűek", ekkor a játékosoknak a játszma hosszától függően fejenként 2-3 óra gondolkodási idejük van. A rapidpartik során fél-fél órát lehet gondolkodni, a snelljátszmákban pedig csak 5-5 perc áll a sakkozók rendelkezésére. A levelezési vagy e-mail-partikban egy-egy lépésre általában 3 napot lehet fordítani. A bemutatók kedvelt műfaja a vaksakkozás, ahol a mesterek fejben játszanak, amit a közönség demonstrációs táblán követhet.

A sakkozás kedveltségére, elterjedtségére néhány érdekes számszaki példa: az Egyesült Államok ifjúsági bajnokságán általában 5000 fölött van az indulók száma; Mexikóban tavaly év végén világrekordot döntő sakkszimultánt rendeztek: 14 000 ember játszott egyszerre. De mindez semmi ahhoz képest, hogy 1930-ban a Szovjetunió szakszervezeti bajnokságának versenysorozatán több mint 700 000 indulót regisztráltak. Néhányan akartak még indulni, csak lekésték a verseny rajtját...

A sakkozók társadalma szerte a világon az egyik legnagyobb civil szervezet. Nálunk megyei szövetségek hálójára fogja össze a 270 szakosztályban sakkozó mintegy 6700 versenysakkozót, felnőttet és gyereket. A sakkozók, illetve a FIDE jelmondata: "Gens Una Sumus", azaz "Egy család vagyunk."

IV. A SAKKOZÁS MINT MŰVÉSZET

Az eddigiekben, remélem, sikerült Önöket arról meggyőznöm, hogy a sakkozást és a sakkozás történetét nemcsak a történelem örökíti meg, hanem a sakkjátszmák is magukban hordozzák a történelmet, történelmi alakok gondolatait. Láttuk, hogy a sakkozás sport is, de hogy mennyiben művészet, az igen szubjektívnek tűnik. Ismét Zweiget idézve: "művészet, ami nem hoz létre műveket". Zweignek ebben sincs igaza. Nézzük csak például az alábbi állást az animáción, mely egy Zámbergy-Maróczy távjátszmában alakult ki (1897-98):

A játszma így ért véget:

21. - Bxb5! 22. Vxd4 Bh5+!! 23. Kxh5 Vh3+ 24. Kg5 h6+ 25. Kf4 g5+ 26. Ke5 Ve6#.

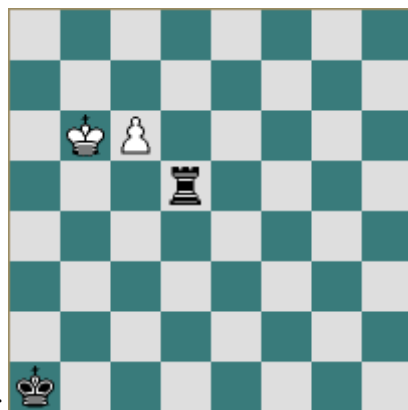
Miért szép, miért esztétikus, miért művészi ez a játszabefejezés? Maróczy a vezére kivételével odaadta az összes figuráját, hogy mattot adhasson. A szellem, a gondolat háttérbe szorította, legyőzte az anyagot. Sokan kutatjuk, szeretjük az ilyen, az életben ritka pillanatokot.

Ez a fajta szépség sok művészt a büvkörébe vont. Erkel Ferenc mellett például Tolsztoj, Csehov, Kipling, Paszternák, Menuhin is szeretett sakkozni. A mai világhírű művészek közül pedig Madonna, Woody Allen, Marlon Brando, Vladimir Nabokov, Will Smith vagy például Jordán Tamás, Kerényi Gábor Miklós, Bogányi Gergely illetve Spiró György is sakkoznak.

A 20. század egyik legnagyobb képzőművészt, a francia Marcel Duchamp-ot annyira elcsábította a játék, hogy hosszú időre csak a sakktábla művészetét választotta. Biztos emlékeznek, hogy Duchamp volt az, aki kiállított egy piszoárt, egy pucér biciklikereket, illetve bajuszt rajzolt Mona Lisára. Nos a szabályokat tagadó, számos "izmust" elindító művész a sakkozás világának szépségét példátlan alázattal szolgálta. Négyszer játszott a francia olimpiai csapatban, nem kisebb csapattárrsal együtt, mint Alexander Aljechin világbajnok. Duchamp fantasztikus művész és fantasztikus sakkozó is volt. Ha többet akarnak róla megtudni, akkor figyelmükbe ajánlom Pierre Cabanne-nal kiadott beszélgetéseit.

A sakkozásnak van egy ága, melyben a művészet, a tiszta gondolatok szépségének sakktáblán való megfogalmazása a cél. Ez a feladványirodalom. Nézzünk rögtön egy példát az alábbi animáción.

Savedra (Barbier), Glasgow Weekly Citizen, 1895.



Világos indul és nyer.

1. c7 Bd6+ 2. Kb5 Bd5+ 3. Kb4 Bd4+ 4. Kb3 Bd3+ 5. Kc2 Bd4! 6. c8:B!! Ba4 7. Kb3!, és világos nyer.

Ismét csak azt láthattuk, hogy "a kicsi", azaz a gyalog, legyőzi "a nagyot", azaz a bástyát. Mindez kivételesen szép módon történik. Egy gondolatot fogalmaz meg a feladvány (tanulmány), amelyben semmilyen fölösleges figura nem szerepel. A két király mellett összesen egy gyalog és egy bástya fordulatokat, kalandokat, meglepetéseket varázsol a sakktáblára.

Stefan Zweignek tehát nincs igaza. Ez a feladvány egy művészi alkotás, melyet bárki, bármikor életre kelthet.

V. A SAKKOZÁS MINT LOGIKA ÉS MATEMATIKA

Ha megnézzük a figurák menetmódját, akkor a huszár esetében érdekes felfedezést tehetünk. És akkor a felfedezéssel kapcsolatban rögtön jöjjön egy kérdés, mely akár a "Kis Matematikusok Baráti Körében" is elhangozhatna: Elképzelhető-e, hogy h1-ről indulva a huszár legalább egyszer bejárva a tábla minden kockáját, mondjuk a 101. lépésben visszaérkezzen h1-re? Természetesen nem, hiszen a h1-ről induló huszár minden páratlan lépésben fekete mezőre fog lépni, a h1 mező pedig fehér.

A következő feladvány is erre a megfigyelésre épít.

Fahrni végjátéka, sötét lép és döntetlen.

1. - Kc7! A huszár színére kell lépni, mert így a ló nem tudja a sötét királyt kiszorítani a c7-c8 mezőkről. A huszár csak sakkot tud adni a fekete királynak, a világos király végleg a sarokba szorul.

Ismét a gondolat, a logika szépsége győzött az anyag felett.

A sakkozás és a matematika kapcsolata az ókorig nyúlik vissza, amikor is a következő legenda keletkezett. Az indiai királyt lenyűgözte a sakkozás szépsége, a kombinációk végtelen bősége. Maga elé kérte a játék kitalálóját, hogy megjutalmazza. Meglepte a sakkozás atyjának szerény kérése, miszerint mindössze búzaszemeket kér. A sakktábla első mezőjére egyet, a szomszédosra kettőt, majd négyet, nyolcat és így tovább. A király készséggel tett eleget a kérésnek, mígnem az udvari matematikusok kimutatták, hogy összesen $2^{64}-1$

búzaszemet kellene a tudósnak adni, ami összesen nincsen a világ hombárjaiban. Sőt, ha mégis összeszednék, akkor ennyi búzával egy igen vastag csövet lehetne megtölteni, mely a Napig érne. A búzaszemek számát csak húszjegyű számmal lehetne leírni. Egyébként a Föld-Nap távolság 8,3 fényperc, azaz 150 millió km...

A sakktábla többféle matematikai feladatra is alkalmat ad. Például hogy bizonyos alakzatokkal le lehet-e parkettázni, és hányféleképpen? Illetve régi kérdés, hogy hányféleképpen lehet elhelyezni a sakktáblán 8 vezért úgy, hogy ne üssék egymást? Ennek a dilemmának a megoldásába a híres matematikus, a német Gauss is beszállt, de ő csak 72 megoldást talált (a transzformációkkal együtt). A teljes 92 megoldásból álló megfejtést Nauck ismertette 1850-ben. A számítógépek is igazolták az állítását. Egyébként mindössze 12 olyan egymástól különböző állás létezik, melyek tükrözéssel vagy elforgatással egymással nem azonosíthatóak. Egyet hadd mutassak én is a 20. ábrán. Könnyű megjegyezni: c1-ről indulva lóugrásban áll 4 királynő, míg f8-ról indulva a másik négy királynő helyezkedik el. A 4-4 vezér középpontosan szimmetrikusan helyezkedik el.

Végezetül egy régi kérdés: Hány sakkállás létezik? A választ pontosan nem tudjuk megadni, mégis mondhatunk egy matematikai plafont, melynél több állás nem létezhet. A sakktábla egy mezején 13 különböző bábu állhat; 6 világos, 6 sötét, illetve semmi. Így a 64 mezőn összesen 13^{64} helyzet, azaz sakkállás képzelhető el, ami közelítőleg 10^{95} . Ez egy óriási szám, mely rengeteg szabálytalan állást is tartalmaz, például azt is, ha teljesen üres lenne a sakktábla, illetve azt is, ha mindegyik mezején fekete király állna. A 10^{95} tehát csak egy nagyon durva felső határszám, melynél több sakkállás nem létezhet.

VI. A SAKKOZÁS MINT PEDAGÓGIAI ESZKÖZ

Ahogy az idők, a korok változnak, a sakkozás társadalmi szerepe is változik. Míg a sakkjáték ezer éve a hadvezérek gyakorló terepe volt, ma egyre inkább pedagógiai eszköz. Mégpedig igen hatékony eszköz. Ennek informatikai alapja az, hogy a sakkozás könnyen rögzíthető, tanítható, másrészt pedig igen fontos, hogy "teljes információs játék" - azaz minden játékos minden információ birtokában van. A végeredmény nem függ a szerencsétől vagy külső tényezőtől, kizárólag a teljesítmény számít.

Korábban már láttuk, hogy a sakkozás magában hordozza a történelmet, a legendákat és a

meséket is. Érdekes dolog. Ezen kívül sport és verseny, mely koncentrációra, önfegyelemre, türelemre nevel. Ugyanakkor matematikai feladatok terepe is lehet. Például Kanadában olyan oktatási programot hoztak létre 7-11 éves gyerekek számára, mely ötvözi a sakkozást és a matematikát.

Hamarosan szót ejtünk majd a sakkozás problémamegoldásban felhasználható szerepéről is, melyet a pedagógia is egyre jobban hasznosít. A problémák elemzése, a megoldás megtalálása és a hozzá vezető út aprólékos kidolgozása fejleszti a gyerekek és a felnőttek gondolkozását.

A sakkozás talán legnagyobb pedagógia haszna azonban az, hogy a segítségével minden olyan eszköz használatát el lehet sajátítani, melyre általában a tudás megszerzéséhez szükségünk lehet. A könyvek, bonyolult lexikonok, számítástechnikai eszközök, programok és az internet használata mellett az információkezelés, az információkiválasztás, a lényeglátás és az idegen nyelvek elsajátításán is túlmenően az emberi kapcsolatok (például mester-tanítvány kapcsolat) és az önálló kutatómunka terén is ragyogó felkészítő terep a sakkozás világa. Egy sakkozó az önképzése, játszmákra való felkészülése során a tudás megszerzésének számos eszközét és technikáját sajátítja el.

Képzeljék csak el: Holnap erős ellenféllel fognak játszani, a harcra meg kell kezdeni a felkészülést. Kinyitják a notebookjukat, amelyen sakkszoftverek és több milliós adatbázisok vannak. A több millió játszma között találnak mondjuk 300-at, melyet az ellenfelük játszott. Ki kell elemezniük a partnerük gyengeségét, illetve ha ilyen nincs, akkor a szokásos játékmódja ellen újításokat, új ötleteket, mégpedig hatékony szellemi fegyvereket kell kidolgozniuk. Ezek a fegyverek azonban lehet, hogy mások játszmáiban már megszülettek, és az interneten már valahol megtalálhatóak. Érdeemes a friss partik között is tájékozódni. És mind e közben tudják, hogy ebben a pillanatban az ellenfelük is éppen az Önök játszmáit nézi, értékeli a saját számítógépén...

Fontos a gyerekekben azt az érzést kiváltani, hogy érdemes önmagukat fejleszteni, a tudásukat építeni, mert ha ezt a folyamatot elsajátítják, akkor hasznát azonnal érezhetik. Hogy egy kezdő srác már az első pillanatban hogyan érezheti meg ennek a jelentőségét, arra mutatnék egy egyszerű példát.

Világos indul. A feladat: el kell jutatni a gyalogot az ellenfél alapsorára, hogy ott vezérré

változzon át, és így a játszmat meg lehessen nyerni. A feladat megoldásához ismerni kell a következő animáción látható gyakorlatot.

Világos feladata, hogy a királyával elérje sötét alapsorát, tehát a sötét királyt kiszorítsa maga elől. A megoldás tanulságos. Ha világos van lépésen, akkor nincs esélye, hiszen 1. Kd4-re vagy 1. Kf4-re a sötét király mindig szembe lép vele, azaz opponál (1. - Kd6, illetve 1. - Kf6). De ha sötét jönne lépésre, akkor sikerülne a feladat, például: 1. - Kd6 2. Kf5 Ke7 3. Ke5 Kf7 4. Kd6 Ke8 5. Ke6 Kd8 6. Kf7, és a világos király elérte a célját. Tehát a világos király akkor tudja kiszorítani maga elől a fekete királyt, ha szembe tud vele lépni, és a szembenállásból, oppozícióból a feketének kell kitérni. Ezt a tudást hasznosítjuk az előző feladatban.

Nem vezetne eredményre 1. Kd4 Kd6 2. e4, mert 2. - Ke6 után a saját gyalogunktól nem tudnánk a sötét királlyal szembe lépni, és ezért nem tudnánk kiszorítani: 3. e5 Ke7 4. Kd5 Kd7 5. e6+ Ke7 6. Ke5 Ke8 7. Kf6 Kf8 8. e7+ Ke8 9. Ke6 patt, azaz döntetlen.

Viszont ha 1. e3!-at lépünk, akkor a győzelemhez szükséges összes feltétel teljesül: a királyunk szemben áll a sötét királlyal, és neki kell az oppozícióból kilépni. Például: 1. - Kf6 2. Kd5 Ke7 3. Ke5 Kd7 4. Kf6 Ke8 5. e4 Kf8 6. e5 Ke8 7. Ke6 Kf8 8. Kd7, és bemegy a világos e-gyalog. Ha összegezzük, amit tudunk, akkor elmondhatjuk, hogy a tábla közepén álló gyalogot akkor tudjuk bevinni vezérnek, ha a királyunk a gyalogunk előtt áll, és a királyok szembenállásából a sötétnek kell kilépni.

És akkor most már kicsit komplexebb tudásunkat hasznosítsuk mint védekező fél! Sötéttel játszunk, mi lépünk, döntetlent szeretnénk elérni. Tudjuk, hogy ha világos a királyával a gyalogja elé keveredik, amit, mint látható, nem tudunk megakadályozni, akkor csak úgy tudjuk a döntetlent elérni, ha a királyunkkal mi lépünk majd a királyával szembe. 1. - Kb7-re 2. Kb5, 1. - Kc7-re 2. Kc5 vagy 1. - Kd7-re 2. Kb5 vagy 2. Kd5 után világos rendelkezik a két nyerő feltétellel; a királya gyalogja előtt van, és a szembenállásból nekünk kell kilépni, ami után kiszoríthatja a királyunkat a gyalogja elől. Egyetlen lépés van, mely döntetlenhez vezet: 1. - Kb8!!, és ha a világos király előre lép, akkor mi szembe tudunk vele lépni. A meglehetősen kevés tudásunk segítségével is kiremiztük a partit. A tudásunk máris dolgozott!

A sakkozás nagyon fontos pedagógiai értéket tartalmaz a gyerek és a nők egyenjogúsága terén is. A nők negatív megítélését a Polgár lányok, különösen Judit fényesen cáfolta és cáfolja.

Teljesen egyetértek pedagógus édesapjával, aki szerint semmilyen szükségszerűsége nincs a két nem teljesítménykülönbségének. Valószínűleg csak történelmi hagyomány, hogy a férfiak jobban sakkoznak. Ami talán érthető is, hiszen kevés nő volt hadvezér, kevés nő foglalkozott stratégiával.

A gyerekek egyenjogúságának is bizonyítéka lehet a sakkozás. Amikor a sakkozni tanuló gyerek először veri meg a nagypapát vagy ne adj isten az apját, akkor az egész család hirtelen rádöbben, hogy ez a kis ember egy önálló, a sakkozásban teljesen egyenrangú intellektus. A sakkozáson kívül nemigen van olyan aktivitás, ahol egy gyerek a felnőtteknek méltó játszótársa, partnere lehet. Ez a jelenség mind a gyerekeknek, mind pedig nekünk, szülőknek nagyon hasznos.

A versenysakkkozásban nincsenek nemek, fiatalok vagy öregek, egészségesek vagy betegek, nincsenek balsorsok vagy szerencsések. Nincsenek csúnyák, szépek, szegények vagy gazdagok. Csak gondolatok vannak, melyet napjainkban már 12 éves távol-keleti gyerekek nagymesteri szinten hoznak létre. Nem véletlenül említettem a Távol-Keletet, hiszen Kínában rengeteg gyerek tanul sakkozni. Polgár Juditot mintegy két éve néhány sakkrajongó gyerek köszöntötte egyik ottani szimultánján. Több ezren voltak. Indiában a híres nagymester, exvilágbajnok Wisvanathan Anand égisze alatt sakkiskolák sorozatát hozták létre.

A sakkozás az iskolákban nálunk is fakultatív tantárgy. Már több mint 10 éve él az a négyéves akkreditált sakkoktató program, melynek segítségével tucatnyi iskolában tanítják a sakkozást délelőtti tantárgyként. Összesen jóval több mint 200 iskolában oktatnak sakkot vagy tartanak sakkszakkört. Két éve pedig a NUPI Sport XXI. programjának keretében elindultak a Magyar Sakkszövetség regionális sakkiskolái, majd a Maróczy Géza Központi Sakkiskola, ahol kiváló edzők képzik a válogatottak közvetlen utánpótlását. A sakkozás csak ebben az egyetlen iskolában "cél", hiszen az itt tanuló tucatnyi gyerek profi sakkozó szeretne lenni. A többi sokszázezer gyerek számára szerte a világon a játék azonban csak "eszköz". A fejlődésük eszköze, melyet aztán az életük során hasznosítani tudnak.

VII. A SAKKOZÁS ÚJ LEHETŐSÉGEI: SAKK ÉS SZÁMÍTÁSTECHNIKA, SAKK ÉS DÖNTÉSHOZATAL

VII. 1. SZÁMÍTÁSTECHNIKA

Az utóbbi évtizedek legnagyobb változását a számítástechnikának köszönhetjük. A komputeres és az internet megváltoztatták a sakkozást is. Ez a hatás azonban nem egyirányú, hiszen a sakkozás is igen komoly hatással volt és van a számítástechnikára.

Az ember-gép párharc 1997-ben New Yorkban fordult élesre. Korábban a gépek esélytelenek voltak, ez alkalommal viszont először az IBM gépe, a Deep Blue győzni tudott a világ legjobbja, Garri Kaszparov ellen. Akkor a Deep Blue másodpercenként 200 millió állást értékelt. Kaszparov világbajnok hármat. A hatjátzmás meccs egyébként szoros volt, Kaszparov csak az utolsó játszmában mutatott érthetetlenül gyenge játéka miatt vesztett 3,5:2,5-re. Ez volt egyébként az egyik első alkalom, amikor a lépések kiértékeléséhez két processzort összekapcsoltak.

A számítástechnika első sorban a sakkszoftverek fejlesztése iránt mutat érdeklődést, aminek az oka az lehet, hogy a sakkállások viszonylag könnyen megfogalmazhatóak a számítástechnika nyelvén. Ennek pedig a sakkjáték egyenetlensége az oka. Az a fajta egyenetlenség, ami a figurák és azok hatóerejének különbségében rejlik. Míg például a 19x19-es négyzethálón, egyforma kövekkel játszott gó játékokra csak nagyon gyenge programokat tudtak eddig írni, aminek az oka, hogy nagyon nehéz a homogén góállásokat értékelni, addig a sakkprogramok egyre kiválóbbak.

A sakkállások megítélése lényegesen könnyebb, hiszen a játéknak vannak prioritásai, melyet a programok értékelése is követ. Az elsőrendű szempont a királyok helyzete ("a sakkot mattra játsszák"), a következő szempont a felek közötti anyagi eloszlás (kinek mennyi és milyen értékű figurája van), majd a gyalogok helyzete rangsorolja a sakkállásokat. A sakkprogramok leglényegesebb minőségi értéke az elvi skála, aminek alapján a sakkállásokat egymással összehasonlítják. A többi már csak számolás, melyet az egyre fejlődő hardver biztosít. Igen, a sakkszámítógépek nem gondolkodnak, nem intelligensek, nem forgatják vissza, nem építik magukba a tapasztalataikat. Csak számolnak és értékelnek, persze az emberhez képest elképesztő mennyiségben. Az értékelő rendszerük kialakítása azonban emberi munka, minden számítógépcsapatban számos nagymester is helyet kap. Mégis elgondolkodtató, hogy egy gép, amelyik nem gondolkodik, legyőz minket, stratégiai tudással rendelkező hadvezéreket. Hogy miért egyre kevesebb az esélyünk? Mert bár az átlátásunk talán magasabb rendű, de időnként,

azaz szinte minden játszmában hibázunk. Sokat tanultunk a gépektől, lényegesen többet, tovább és jobban számoljuk a változatokat, mégsem vagyunk olyan szenvtelenül hibátlanok, mint ócskavasjelölt riválisaink. Mégis sokat köszönhetünk mi is a gépeknek, hiszen a segítségükkel emeltük a játékunk színvonalát. A konkrét állásokkal kapcsolatban pedig - az elemző programok segítségével - rengeteg korábbi hibás gondolatunkat, véleményünket tudjuk korigálni.

A számítástechnika a sakkozás segítségével nagyon sokat lépett előre a "tailor made" számítógépek összeállítása terén is, hiszen kiváló tapasztalatokhoz jutott abban, hogy a sakkprogramokhoz az optimális hardver-összeállítást tudja párosítani. A világ legerősebb ilyen testet öltő sakkozó masinája a Hydra (27. ábra). A Hydra Egyesült Arab Emírátságok-beli fejlesztés. Adatai: az agya 64 elemből integrálódott, összesen 64 gigabyte RAM-ot használ, a játékereje 3000-es Élő-pontszám körül van (a világbajnoknak 2800 az Élője); a legbonyolultabb állásokban is 18 lépést, azaz 9 lépéspárt képes előre számolni (a Deep Blue még csak hatot tudott), arról már nem is beszélve, hogy ha már csak 5-6 figura van a táblán, akkor a játszma végéig minden lehetséges folytatást ismer. Michael Adams angol nagymester tavaly előtt (2005) Lékó Péterrel meccselt, a végeredmény 4:4 volt. Nem sokkal később Adams a Hydrával találkozott, a végeredmény 5,5:0,5; oda. Ha valamelyik este a kihalt utcán találkozoznék Hydrával, én bizony átmennék a túloldalra...

Kramnyik aktuális világbajnok tavaly év végén egy közönséges személyi számítógépen futó sakkprogrammal csapott össze, ráadásul úgy, hogy a játszma első szakaszában követhette a gép számítási folyamatait. A program, a Fritz10 4:2-re győzött úgy, hogy nem veszített játszmát.

A számítógépek és az internet használata érdekes tapasztalatot is hozott a számunkra, melyet talán Önök is osztanak. A számítógép-monitorról szerzett információinkat kevésbé dolgozza fel az agyunk, mint ha a sakktáblát vagy esetleg könyveket használnánk. A monitorról származó tudásunk kevésbé rögződik, hamarabb elfelejtjük az így tanultakat. Sőt a képernyőről a sakkállásokat is nehezebben értjük meg, mint ha háromdimenziós sakktáblát használnánk.

2003-ban New Yorkban a Kaszparov-FritzX3D meccsen az alábbi állás alakult ki. Kaszparov feketével játszik, és éppen a 32. lépését készül megtenni. Fontos megemlíteni, hogy

Kaszparov számítógép-monitort nézve játszik, egy olyan speciális szemüveggel, mely a kétdimenziós képet háromdimenzióssá alakítja a számára.

Mit is fog lépni? 32. - Bg7?? történt, ami védtelenné tette az f8 bástyát, így 33. Bxe5! következhetett, és a gép néhány lépésben nyert. Kaszparov, minden idők legnagyobb sakkelméje nem tudta integrálni a sakktábla összefüggéseit. Ez a mi gyakorlatunkban előfordulhat, de Kaszparov gyakorlatában egészen egyedi ez a hiba. Valószínűleg ha sakktáblán sakkozik, nem esik meg vele ez az elnézés.

Ennek a tapasztalatnak köszönhetően a vezető nagymesterek a munkájukat, felkészülésüket, önképzésüket ma már sakktáblán végzik, és a számítógépprogramokat főleg ellenőrzésre használják. Ez a módszer nagy jelentőségű abban az értelemben is, hogy az elvégzendő munka során - miután azt nem bízzák a gépekre - a saját fejlődésüket is elősegítik, viszont a programok segítségével az elvégzett munkából ki tudják szűrni "az emberi tényezőt", azaz a számítási hibákat.

Most, hogy már néhány éve baráti viszonyba kerültünk a sakkinformatika és számítástechnika váltoásaival, a legtöbben a saját építkezésünkre tudjuk használni mind az információhegyeket, mind pedig a számítástechnika új lehetőségeit. Sikeresen építjük a gondolatainkba a már korábban lejátszott játszmák tanulságait, melyekből már megtanultunk szelektálni. Sokkal alaposabban igyekszünk számolni, ugyanakkor nem rendeljünk alá magunkat, véleményünket és tehetségünket a számítógépek mennyiségi produktumának. Az informatika és számítástechnika segítségével tudatosan igyekszünk magunkat építeni. Ma egy világszinten kiugró sakknagymesternek az alapvető képességei közé tartozik az informatikával kialakuló viszonyának optimalizálása is.

A sakkozás nemcsak kiváló gyakorlótér a számítástechnika számára, hanem ebből a partnerségből az élet gyakorlatába átvehető szinergiák is születnek. Ilyen lehet a klasszikus és a modern információhordozók összjátéka. Egy-egy sakkjátszma vagy sakkelemzés kapcsán a könyvek, az elektronikus adathordozók és az internet összjátéka egyre jobban körvonalazódik.

Érdeemes elgondolkodni azon, hogy a klasszikus és modern információhordozók milyen informatikai anyag hordozásában egészíthetnék ki egymást. Gyakran találkozunk újságmellékletként CD-vel, könyv mellett hanghordozóval, de a könyvek és az internet

együttes felhasználása még távolról sincs kiaknázva. Holott nem egy könyvhöz a fontos adatokat, illusztrációkat vagy gyakorlatokat a vevő-felhasználó akár az internetről is letölthetné. Vagy például egy operaelőadás jegye mellé lehetne egy CD-n levő felvételt, illusztrált könyvet és akár egy kódot is mellékelni, mely segítségével az internetről mondjuk az opera kottáját és az alkotók életrajzát tölthetnénk le. Érdemes lenne néhány lehetőséget végiggondolni, már csak azért is, mert úgy tűnik, hogy a könyvekből megszerzett információink sokkal tartósabbak lehetnek, mint a más forrásból begyűjtöttek.

VII. 2. DÖNTÉSHOZATAL

A sakkozás legígéretesebb perspektívája a döntéshozatali folyamatokban használható fontos készségek és képességek kialakítása terén ígérkezik.

Kezdjük rögtön egy példával.

Réti Richárd tanulmánya: világos lép és döntetlent ér el.

Reménytelennek tűnik a döntetlen elérése, hiszen sötét h-gyalogja utolérhetetlen, vezér lesz belőle, a saját c-gyalogunkat pedig a fekete király bármikor két lépésben leütheti. Ha azonban optimális játékkal a két lehetőséget (a h-gyalog utolérése és a sajátunk c-gyalogunk bevitele) egyszerre életben tartjuk, akkor az ellenfelünk csak az egyiket tudja megakadályozni.

1. Kg7! (Egyszerre futunk a h-gyalog után és közeledünk a saját gyalogunkhoz is!) 1. - h4 2. Kf6! Kb6 (Kényszer, mert 2. - h3-ra már 3. Ke7 h2 4. c7! Kb7 5. Kd7 beviszi a c-gyalogot vezérnek.) 3. Ke5!! Ezzel megtaláltuk a két lehetőségünk közös metszetét! Most, ha 3. - Kxc6 jönne, akkor 4. Kf4-gyel már elkaptuk a sötét h-gyalogot, míg 3. - h3 4. Kd6 h2 5. c7 h1:V 6. c8:V után nekünk is vezérünk lesz. Hihetetlen, de a reménytelennek tűnő állásból elértük a döntetlent!

Tehát két lehetőségünk volt, melyből egyet sem tudtunk megvalósítani, viszont életben tartottuk őket, és az ellenfelünk nem volt képes mind a kettőt egyszerre akadályozni. Amikor pedig az egyiket meggátolta, a másikat már megvalósíthattuk.

Erre a fajta gondolkodásmódra, problémamegoldásra egy leegyszerűsített közgazdasági példa: Képzeljék el, hogy egy termék piacára csak mi termelünk, és egy nálunk erősebb piaci

versenytárs, aki meg akar minket fojtani. Két lehetőségünk kínálkozik: a termékünkéből vagy olcsó tömegárut, vagy drága egyedi szériát gyártunk. Félő viszont, hogy ha megmutatjuk, hogy melyik mellett döntünk, a riválisunk is erre a piaci szegmensre áll rá, az áraink alá kínál, gyorsan tönkre tesz minket, majd megeszi az egész piacot. Mít tehetünk? Ne döntsünk, ne adjunk támpontot a nálunk erősebb riválisnak, hanem amíg bírjuk, a termelésünket hagyjuk nyitva mind a két irányba! Várjuk ki, amíg az erősebb riválisunk dönt. A döntését nem húzhatja a végtelenségig, hiszen újabb piaci szereplők jelenthetnek meg. És ha már elmozdult a tömegcikk felé, akkor mi ráállunk a minőségi termékek gyártására, illetve fordítva.

A döntéshozatali folyamatok optimalizálására példa az egyre jobban terjedő freestyle sakkversenyek műfaja, ahol mindent segítséget igénybe szabad venni. Ezek internetes versenyek. A lényegük, hogy bármilyen emberi vagy elektronikus, informatikai eszköz igénybevételével ki tud jobban játszani, illetve ki tud jobb döntéseket hozni kötött időn belül. A Német Sakkszövetséggel együtt néhány éve hasonló, némileg újfajta versenyformát találtunk ki. Nevezzük ezt a versenyformát, ezt a gondolkodási módot "csapatgondolkodásnak". A dolog lényege, hogy két, helyileg izolált, az internet segítségével összekötött csapat játszik egymás ellen úgy, hogy az informatika minden vívmányát használhatják. Telefon, fax, adatbázisok, elemző programok, internet állnak a rendelkezésükre, és persze minden csapatban egy IT-szakember is segíti az összmunkát. A csapatok mind a technikai hátterüket, mind az emberi kapcsolataikat és a működésük szabályait, módszereit maguk alakítják ki.

Maximális lehetőségek egy cél érdekében: optimális döntéseket kell hozni időhatárok között. Vajon hogyan hozzák meg a döntéseiket? Milyen emberi struktúrában lehet az optimális döntést meghozni? A feladatok, lépések során hogyan fejlődik egy csapat összjátéka? Demokrácia vagy hierarchia? Kérdések, ahol a sakk csak töltelékanyag.

Vajon a társadalmainkban a döntéshozóknak nem így kellene a fontos döntéseket meghozni? Amióta az emberiség - hála az informatikának és a médiának - egy élő szervezet, azóta bárhol van feszültség, krízis, nekünk is reagálnunk kell. Mégpedig gyakran gyorsan kell fontos döntéseket meghozni. Ökológiai, katonai, pénzügyi, egészségügyi krízisekre kell egyre gyakrabban egyre gyorsabb választ adni. Vajon aki dönt, annak a rendelkezésére-e áll minden információ és minden emberi-technikai lehetőség? És vajon ő és a csapata optimális szinten tud-e majd az idő szorításában működni? Vajon birtokában vannak-e a döntéshozók a

"csapatgondolkodásnak"?

Képzeli el azt az utópisztikus helyzetet, hogy amikor a döntéshozóinkat kell megválasztanunk, akkor nem pusztán a retorikai teljesítményüket értékeljük, hanem a média segítségével megmutatják nekünk, hogy krízishelyzetben hogyan döntenek: Kiből áll a csapatuk, és hogyan működik? Hogyan vigyáznának ránk, az egészségünkre, a környezetünkre, a pénzünkre? Ha látnánk, hogyan döntenek, sokkal könnyebb lenne közülük választanunk.

A Német Sakkszövetséggel együtt úgy gondoltuk, hogy a sakkozás segítségével nemcsak szórakoztató médiaprogram egy ilyen különleges sakkcsapat-találkozó, hanem egyúttal ennek a fontos, optimumra törekvő gondolkodási-döntéshozási csapatmunkának is a szorgalmazója lehet.

Furcsa, de volt már hasonló a távoli saktörténetben. Emlékezzünk vissza az előadás elején említett Pest-Párizs levelezési meccsre (1843-45): egyértelmű, hogy a jóval erősebb ellenféllel szemben a szervezett csapatgondolkodásunk miatt tudtunk nyerni.

Vajon van-e a csapatgondolkodás felépítése és a feladat között összefüggés? Még egy izgalmas kérdés, aminek a megválaszolásához a sakkozás, mint tökéletes töltőanyag, közelebb vihet.

Tisztelt Hölgyeim és Uraim! Gondolom Önöknek is, akárcsak nekem, a *Sakknovella* az egyik kedves olvasmányuk. Mégis remélem, hogy meg tudtam Önöket arról győzni, hogy Stefan Zweig véleményével ellentétben a sakkozás az élet számos területével élő kapcsolatban lévő intellektuális anyag, melyet a saját tehetségünknek és igényeinknek megfelelően formálhatunk.

Gyorsjelentés a gyermekjólétről

Az UNICEF tanulmánya szerint Hollandiában a legjobb ma gyerekek lenni, Magyarország 21 ország közül a 19. helyen található.

Az UNICEF firenzei kutató központjának tanulmánya 21 fejlett ország (többnyire OECD tagállam) gyermekjólétre vonatkozó adatainak összehasonlítására vállalkozik.

A többek között a yorki egyetem kutatói által készített elemzés 6 területen hasonlítja össze az országok teljesítményét: az anyagi helyzet, az egészségi állapot, az oktatás, az életmód területén, valamint vizsgálja a gyermekek egymáshoz és szüleikhez fűződő kapcsolatait, és, azt, hogy a fiatalok hogyan ítélik meg saját helyzetüket.

A jelentés rámutat arra, hogy minden országnak akad tennivalója. A vizsgáltak között egyetlen olyan ország sincs, mely mind a hat területen felkerült volna a lista első három helyének valamelyikére.

Az összesen 40 mutató elemzésével az UNICEF azt kívánja hangsúlyozni, hogy a gyermekek jólétét nem kizárólag a társadalom gazdasági helyzete, az egy főre jutó nemzeti jövedelem határozza meg. A Cseh Köztársaság például számos területen jobb eredményt ért el, mint nála gazdagabb országok.

Az összesített rangsorban Hollandiát Svédország, Dánia és Finnország követi. A legutolsó két helyet az USA és Nagy-Britannia foglalja el Magyarország előtt. Hazánkat Ausztria egy, a Cseh Köztársaság négy, Lengyelország pedig öt hellyel előzi meg.

A jelentés készítői azt a következtetést vonják le az adatokból, hogy a gyermekek helyzete általában azokban a kisebb, homogén lakosságú országokban jobb, ahol magasabbak az adók és nagyobbak a szociális juttatások. (Ez alól kivételt képez Spanyolország és Hollandia.)

A tanulmány egyes megállapításai a vizsgált hat területen

A gyermekek anyagi jóléte

Vizsgált mutatók: relatív jövedelmi szegénység, a munkanélküli családokban nevelkedő gyermekek aránya, depriváció (tíznel kevesebb könyv; hatnál kevesebb tanulási segédeszköz, pl. szótár, lexikon, computer a háztartásban)

Legalacsonyabb a relatív szegénység aránya négy skandináv országban (5% alatt). További öt országban nem éri el a 10 százalékot. Magyarország a lista közepe felé helyezkedik el, a gyermekes családok 12-13%-ának jövedelme nem éri el az átlagos jövedelem felét.

15%-nál nagyobb a gyermekszegénység aránya három dél-európai országban (Portugáliában, Spanyolországban és Olaszországban), továbbá három angolszász országban, az USA-ban, Nagy-Britanniában és Írországbán.

Magyarországon, a Cseh Köztársaságban és Lengyelországban a gyerekek kb. 40%-a úgy érzi, hogy családja szegény. Ezzel a volt szocialista országok a lista utolsó helyeit foglalják el.

A gyermekek egészségi állapota és biztonsága

Vizsgált mutatók: csecsemőhalandóság, kis súllyal született csecsemők aránya, védőoltásokkal való ellátottság, halállal végződő balesetek és sérülések aránya

Az élmezőnyben kizárólag európai országok találhatóak: Svédország, Izland, Hollandia, Finnország, Dánia.

Magyarország első helyen áll védőoltások tekintetében, de utolsó helyre került csecsemőhalandósági rátájával és utolsó előtti helyre a kis súllyal született csecsemők arányával.

Adatok és pontos definíciók hiányában két fontos mutató vizsgálatáról le kell mondaniuk a szerzőknek (lelki és érzelmi egészségi állapot, valamint a gyermekek elhanyagolása és abúza).

A gyermekek oktatása

Vizsgált mutatók: iskolai teljesítmény, 15-19 évesek részvétele az oktatásban, elhelyezkedési lehetőségek

Belgium és Kanada vezeti az összesített listát, melynek végén négy dél-európai ország, Görögország, Olaszország, Spanyolország és Portugália található.

Norvégia és Dánia, melyek általában a rangsor élén találhatóak a szociális mutatók tekintetében, ezen a területen csak a 17. és 18. helyen állnak.

Lengyelország az előkelő harmadik, Magyarország a 13. helyet foglalja el ezen a területen.

Azokat, akik úgy hagyják abba az iskolát, hogy se nem tanulnak szakmát, se nem helyezkednek el, jobban fenyegeti a kirekesztődés vagy a társadalom peremére sodródás veszélye. Ez első sorban a lista végén található Franciaországot és Olaszországot érinti.

A gyermekek kapcsolatai

Vizsgált mutatók: családi struktúrák, szülőkkel való kapcsolat, más gyerekekkel való kapcsolat

A gyermekek családjukhoz és barátaikhoz fűződő viszonya nemcsak a jelenben fontos a gyermekek számára, ezek a kapcsolatok segítik a gyermek hosszútávú érzelmi és pszichoszociális fejlődését.

Az egyszülős családban vagy mostoha szülővel nevelkedő gyermekek arányának vizsgálata érzéketlennek hathat. De statisztikai bizonyossággal megállapítható, hogy ezeknél a gyerekeknél nagyobb arányban fordul elő az iskolából való kimaradás, az otthonról való korai elköltözés, a rosszabb egészségi állapot, az alacsony képzettség és alacsony fizetés.

A vizsgált országok összességében átlagosan a gyermekek 80%-a mindkét szülőjével együttél. Görögországban és Olaszországban ez az arány meghaladja a 90 százalékot, Nagy-Britanniában viszont nem éri el a 70%-ot.

A gyerekek csaknem 2/3-a naponta egy főétkezést szüleivel fogyaszt el. A hagyományokat Franciaország és Olaszország őrzi legjobban, itt az arány 90% körül mozog. A magyar gyerekeknek valamivel több mint 70 százaléka étkezik együtt szüleivel.

Azon gyerekek aránya, akikkel hetente többször beszélgetnek a szülők, Magyarországon és Olaszországban a legmagasabb, 90% körül mozog. 50%-nál alacsonyabb az arány Kanadában és Németországban.

Svájcban és Portugáliában a gyerekek több mint 80%-a úgy érzi, jó a kapcsolata társaival, akik kedvesek és segítőkészek hozzá. Jelentősen rosszabb a helyzet a Cseh Köztársaságban és Nagy-Britanniában, ahol a gyerekek kevesebb, mint fele nyilatkozott pozitívan társairól. Magyarország a középmezőnyben helyezkedik el.

Gyermekek viselkedése és kockázatok

Vizsgált mutatók: egészségmagatartás (naponta gyümölcs, reggeli fogyasztása, túlsúly), kockázatos magatartások (dohányzás, kábítószer, alkohol, kamaszkori terhesség), verekedés, egymás iskolai molesztálása, bántása

Összességében a fiatalok kevesebb, mint 15%-a számolt be arról, hogy már legalább kétszer berúgott. Az összesített listán első helyezett Hollandiában azonban minden negyedik, Nagy-Britanniában pedig csaknem minden harmadik fiatal szerzett ilyen tapasztalatot.

Minden harmadik magyar gyerek arról számolt be, hogy naponta eszik gyümölcsöt, ezzel a középmezőnyben helyezkedünk el. A listát Portugália, Lengyelország, Németország és a Cseh Köztársaság vezeti.

Portugáliában a gyerekek több mint 80, Hollandiában majdnem 80%-a reggelizik minden tanítási napon, Magyarországon csak a fiatalok 50%-a. Nálunk rosszabb a helyzet pl. a Cseh Köztársaságban, és éppen csak jobb Svájcban és Ausztriában.

A vizsgált országok közül Magyarországon a legverekedősebbek a gyerekek, legalábbis saját nyilatkozataik alapján. A cseh gyerekekkel együtt több mint 45 százalékuk számolt be arról, hogy verekedett az elmúlt 12 hónapban. Finnországban és Németországban ez az arány 30% alatt marad.

A svájci, az osztrák és a portugál gyerekek panaszkodnak legtöbbit arra, hogy iskolatársaik bántják, csúfolják, molesztálják őket. Magyar gyerekek esetén ez az arány valamivel több mint 20%, ezzel Svédország és a Cseh Köztársaság mögött a harmadik helyet foglaljuk el.

Legalább hetente egyszer elszív egy cigarettát a német kiskamaszok 16 százaléka. A magyar adatok ennél kedvezőbbek, a fiatalok kb. 12%-a dohányzik heti rendszerességgel. A legjobb a helyzet Görögországban, ahol ez az arány 6%.

Az angol, a svájci és a kanadai fiatalok több mint 35% -a fogyasztott cannabist az elmúlt 1 évben. Itt Magyarország 12-13%-kal Görögország, Svédország, Finnország és Ausztria mögött az ötödik helyre került.

A fiatalok szubjektív véleménye jólétükről

Vizsgált mutatók: a fiatalok szubjektív véleménye egészségi állapotukról, az iskoláról, személyes jólétükről

A fiatalok sokkal pozitívabban nyilatkoztak helyzetükről Hollandiában, Spanyolországban és Görögországban, mint Lengyelországban és Nagy-Britanniában. A magyar gyerekek véleményük alapján a lista alsó harmadának tetején találhatók.

A tanulmány szerint a fiúk egészségesebbnek érzik magukat, mint a lányok és ez a különbség a korról csak nő.

Norvégiában és Ausztriában a fiatalok majdnem 40 százaléka nyilatkozott úgy, hogy szeret iskolába járni. Finnországban, a Cseh Köztársaságban és Olaszországban ez az arány nem éri el a 15%-ot. A magyar gyerekek viszonya is pozitív az iskolához, Magyarország a lista 6. helyén áll.

Megállapítható, hogy az OECD tagállamokban fokozatosan csökken a fiatalok, elsősorban a lányok elégedettsége sorsukkal.

Bozóné Soós Marianna

**INDOKOLATLAN SZÉPÉSZETI BEATKOZÁSOK
(ÓRAVÁZLAT)**

A szépségiparban érvényesülni akaró, emiatt sebészsékes után vágyakozó lányokbanú Magyarországon sincs hiány.

ANGLIÁBAN ELVÉGZETT FELMÉRÉS SZERINT
(2006. decemberében)

A FIATALOK ÁLTA FELÁLLÍTOTT SORRENDENBEN

1. HELYEN A HÍRNÉV
2. HELYEN A SZÉP KÜLSŐ,
3. HELYEN AZ ANYAGI JÓLÉT, ÉS CSAK A
4. HELYEN AZ EGÉSZSÉG FORDULT ELŐ.

(KORÁBBAN MIND FIATALOK, MIND FELNŐTTEK
ÉRTÉK SORRENDJÉBEN
AZ EGÉSZSÉG ÁLLT AZ ELSŐ HELYEN.)

AZ USA-BAN KÉSZÜLT FELMÉRÉS SZERINT

- A TINI FÚK 50 %-A
- A TINI LÁNYOK 75%-A
ELÉGEDETLEN KÜLSEJÉVEL.

Minden 8. fiatal depressziós.

Az iskoláskorúak vezető halál okai között
a 3. helyen az ÖNGYILKOSSÁG ÁLL.

**AZ USA-BAN FÉL MILLIÓ FIATAL
SZED STEROIDOKAT, TÁPLÁLÉK KIEGÉSZÍTŐKET
VALAMILYEN RNDSZERESSÉGGEL.**

A MÉDIA SZEREPE

**A LEGSZÍVESEBBEN BEFOGADOTT HÍREK TOP LISTÁJÁN
A PLASZTIKAI BEAVATKOZÁSOKRÓL SZÓLÓ TUDÓSÍTÁSOK
A 3. HELYET FOGLALJÁK EL.**

EGÉSZSÉGIZMUS

**(ÚJ FOGALOM), AMELYET IRÓNIKUSAN AZ ALÁBBIAKRA
VONATKOZÓAN HASZNÁLNAK:**

- „TUTT” DIÉTÁK
- FITNESS TECHNIKÁK
- FIATALÍTÓ TEST-, ÉS LÉLEKÁPOLÁSI ELJÁRÁSOK.

**A POSZTMODERN TÁRSADALOM FOGYSZTÁSI KULTURÁJÁNAK
MEGÉRTÉSÉHEZ**

- A MÉDIÁT ELÁRASZTÓ VALÓSÁG SHOW-K SZEREPÉT KELL KIEMELNI.

- AZ AMERIKAI FOX-TV-CSATORNA - PLASZTIKÁZÁS NYÍLT SZÍNEEN –
ŐRÜLETÉT INDÍTOTTA EL.

NAPJAINKBAN SZINTE MINDEN 10. HIRDETÉS

- A KÜLSŐSÉGRŐL,
- AZ ESZMÉNYI SZÉPESÉGRŐL,
- A SZÍVDÖGLESZTŐ TEKINTETRŐL,
- A LAZASÁGRÓL,
- A FESZES FENÉKRŐL,
- A JÓ BŐRRŐL SZÓL

[A REKLÁMOKBAN LÁTHATÓ „MEGCSINÁLT” MODELLEK
A SZERKESZTŐK, MENEDZSEREK SZÉPSÉGIDEÁLJÁT TŰKRÖZIK.]

KÖZÉPISKOLAI FELMÉRÉS TANULSÁGAI

(„INDOKOLATLAN SZÉPÉSZETI BEAVATKOZÁSOK”

TÉMAKÖRÉBEN HÁROM KÖZÉPISKOLAI OSZTÁLYBAN VÉGZETT
VIZSGÁLAT EREDMÉNYEI)

- MÁR 12 ÉVES KORTÓL FOGLALKOZTATJA A FIATALOKAT A
SZÉPÉSZETI BEAVATKOZÁS
- A FIATALOK IGÉNYLIK, HOGY AZ ISKOLÁBAN – SZERVEZETT
KERETEK KÖZÖTT – A PLASZTIKAI SEBÉSZETI BEAVATKOZÁSOK
ELŐNYEIRŐL ÉS HÁTRÁNYAIRÓL SZAKEMBEREKTŐL KORREKT
FELVILÁGOSÍTÁST KAPJANAK.

MI TART VISSZA A SZÉPÉSZETI BEAVATKOZÁSOKTÓL – KÉRÉSRE ADOTT
VÁLASZOK KÖZÖTT

- A „SZÖVŐDMÉNYEKTŐL VALÓ FÉLELEM”, ÉS
- A PÉNZ HIÁNYA FORDUL ELŐ LEGGYAKRABBAN.

GLOBÁLIS TANULMÁNY (10 ORSZÁGBAN VÉGZETT FELMÉRÉS)

3300 (15-64 ÉVES KORÚ) NŐ VÁLASZAI ALAPJÁN KIDERÜLT, HOGY A
MEGKÉRDEZETTEK

- 2 % TARTJA MAGÁT SZÉPNEK,
- 75 % ÁTLAGOSNAK ÍTÉLI MAGÁT
- MINDEN 2. TÚLSÚLYOSNAK TARTJ MAGÁT.

UGYAKEZEKRE A KÉRDÉSEKRE MAGYARORSZÁGON A NŐK

- 0,3%-a TARTJA MAGÁT SZÉPNEK,
- 58 % NEM TALÁLJA MAGÁRA JELLEMZŐNEK A SZÉP SZÓT.

A MÉDIÁNAK ÉS A MINDENNAPI HATÁSOKNAK KÖSZÖNHETŐEN
A LÁNYOK BÁRHOL IS ÉLNEK A VILÁGON

- SOVÁNYABBAK,
- MAGASABBAK,
- SZŐKÉBBEK, ÉS
- NAGYOBB MELLŰEK AKARNAK LENNI.

