

# FLOW – AZ ÁRAMLAT

Összeállította: *Hummel Noémi*

## Tartalomjegyzék

1.	Bevezetés .....	1
2.	A boldogság .....	1
2.1	Az újra megtalált boldogság .....	1
2.2	Az elvesztett boldogság .....	2
2.2.1	A kulturális hübrisz.....	2
2.2.2	A reakciók formái .....	2
2.3	A boldogságérzet visszaszerzésének lehetőségei .....	3
3.	A tudat anatómiája.....	3
3.1	A tudat határai.....	3
3.2	A tudatosság szerepe.....	3
3.3	A figyelem, mint pszichikai energia.....	4
3.4	Az ÉN .....	4
3.5	Lelki entrópia, rendetlenség a tudatban .....	4
3.6	A tudat rendje: Az áramlat.....	4
3.7	Komplexitás, és az Én fejlődése .....	5
4.	Az áramlat – élmény feltételei.....	5
4.1	Az áramlat tevékenységek .....	5
4.2	Az áramlat, és kultúra .....	6
4.3	Az autotelikus személyiség.....	6
4.4	Az áramlat emberek.....	8
5.	Összefoglaló .....	8

## 1. Bevezetés

A tökéletes élmény pszichológiája, *Csikszentmihályi Mihály* szerint:

„A tudás gyökerei keserűek, de a gyümölcsei édesek”

A *flow* – öröm, kreativitás az élet teljes felvállalása, amit áramlatnak hív. A könyv nem tippeket ad, hogy hogyan legyünk boldogok, ugyan is ahhoz tippeket adni lehetetlen, mert az örömteli élet egyedi alkotás, nem pedig recept. Amit Ő *flow*-nak nevez, egy spontán, erőfeszítés nélküli mozgás, mint egy folyó áramlása. Ugyan akkor ez egy érdekes paradoxon. Az ember cselekedetei sokszor akkor a legkönnyebbek, amikor egy nehéz feladatot végez, más részt akkor tapasztalunk nehézségeket, amikor keveset kell csak tennünk. A *flow* sok fontos lehetőséget nyit meg számunkra, ha megértjük hogyan működik szellemünk.

## 2. A boldogság

### 2.1. Az újra megtalált boldogság

A boldogság nem olyasmi, ami csak úgy megtörténik velünk. Nem kapcsolatos a szerencsével, sem a véletlennel. A boldogság nem egyenlő az anyagi javakkal, és nem vásárolható meg pénzzel, nem szerezhető meg hatalommal. Nem külső eseményektől függ. Valójában egy olyan állapot, melyre fel kell készülni, és mindenkinek magának kell ápolnia, óvnia. Akik megtanulják, hogyan kell irányítás alatt tartani belső élményeinket, képesek arra, hogy életük minőségét meghatározzák.

Mindannyian éltünk már át olyan pillanatokot, amikor nem ismeretlen erők taszigálnak, hanem mi irányítjuk a cselekedeteinket, saját sorsunkat uraljuk. Ilyenkor átszellemülünk, gyönyörűséget érzünk, ami mérföldkő lesz majd életünkben. Ezt az érzést hívjuk „tökéletes élmény”-nek. Ilyen például mikor az apára az a gyermek rámosolyog, akit erősen akart, és várt, vagy amikor egy atléta megjavítja saját egyéni csúcsát.

Mikor az emberek saját erejükből, a hit támogatása nélkül próbálják elérni a boldogságot, azokat az örömforrásokat igyekeznek legjobban kihasználni, amelyek vagy biológiailag a génjeinkben programozottak, vagy a társadalom, melyben élnek kívánatos célként jelöli meg számukra. Ekkor, a gazdagság, a hatalom és a szex válhat többek között sóvárgásuk legfőbb tárgyává. Az élet minőségén azonban ily módon javítani nem lehet. Csak tapasztalatok feletti közvetlen uralom győzheti le a beteljesülés útjában álló akadályokat.

Mindnyájunknak van valamilyen elképzelése arról, hogy mit szeretnénk elérni az életben. Az életünk minőségi mutatója az lesz, hogy milyen közel kerülünk a kitűzött célunkhoz. Abban az esetben, ha nem tudjuk megközelíteni, bánatosak, szomorúak vagyunk, ha viszont csak, akár részben is elérjük, akkor már boldogság, megelégedettség önt el bennünket. A tények azt sugallják, hogy, mindenki egyre többet és többet szeretne elérni. Vannak azonban olyanok is, akik kiutat találnak ebből az ördögi körből. Ők azok, akik anyagi körülményeikre való tekintet nélkül képesek jobbra tenni életüket, elégedettek és a körülöttük élőket is egy kicsit boldogabbá tudják tenni. Az ilyen emberek pezsgő életet élnek, nyitottak. Képesek haláluk napjáig új dolgokat tanulni, és erős kötelékek fűzik őket más emberekhez, valamint ahhoz a környezethez, amelyben élnek. Mindent élveznek, ritkán unatkoznak, természetesen viselkednek minden helyzetben, egy szóval, urai saját életüknek.

## **2.2. Az elvesztett boldogság**

Néhány olyan dolgot is át kell tekinteni, melyeket az idők során az emberek a káosz fenyegetése, a boldogság érzet elvesztése ellen kifejlesztettek.

### **2.2.1. A kulturális hübrisz**

A *kulturális hübrisz*, mely mindenféle képzeteket dédelget, hogy mi jár nekünk a világegyetemből, általában nagy bajokhoz vezet. Akkor, ha az emberek abban a hitben ringatják magukat, hogy a fejlődés szükségszerű, az élet egyre könnyebb, gyorsan elvesztik bátorságukat, ha nehézségekkel találják szembe magukat. Elveszíthetik a saját értelmezésük szerint a boldog élethez vezető útban a hitüket. A szorongás és apátia keríti őket hatalmába, és tehetetlenül vergődnek a közvetített, és a saját maguk által épített légvár elérhetetlensége miatt. Az általános rosszkezd nem csupán belső okoknak tudhatók be. Az elégedetlenség bennünk gyökeredzik és a magunk erejéből, kell tőle megszabadulnunk.

### **2.2.2. A reakciók formái**

Itt van például a lét problémája, melyet a vallás közelített meg a legközvetlenebbül. A kiábrándultak egyre növekvő számban térnek vissza a valláshoz. Ám a vallás csak időleges sikereket könyvelhet el, nem ad végleges választ az élet értelmére. A szociálpatológiai esetek száma három, négyszeresére növekedett egyetlen nemzedék alatt. Az elmúlt évtizedekben, a statisztikák alapján 1955-ben 1.700.000 beteg szorult ideggyógyászati kezelésre, 1975-ben ez a szám 6.400.000-et ért el világszerte.

A jövő sem tűnik rózsásabbnak, a védekezés formái egyre ijesztőbbekké válnak. A mai tizenéveseknél megjelenik minden olyan tünete a bajoknak, melyek egész generációkat gyötörnek, hiszen egyre kevesebb gyerek nő fel teljes családban, ahol mindkét szülő jelen van. A kábítószer élvezet, a nemi betegségek, a házasságon kívüli terhességek statisztikai félelmetesek. Ebből a siralmas helyzetből nincs kiút, csak úgy, ha tudatosan vesszük fel a mai társadalmi hatások ellen a harcot.

### 2.3. A boldogságérzet visszaszerzésének lehetőségei

- Az egyénnek függetlenné kell válnia a társadalmi környezetétől, még akkor is, ha az életben maradáshoz szüksége van arra, hogy külső célokért dolgozzanak, és ne ragaszkodnának a szükségletek kielégítéséhez.
- Az egyén ne engedje meg, hogy a társadalmi elvárások ide – oda rángassák.
- Meg kell tanulni, élvezni ez élmények folyamatos áramlását
- Meg kell találni az élet értelmét, azt függetleníteni a társadalmi elvárások terheitől.

Az ember visszaszeresheti a hatalmát önmaga felett, ha a jutalmazás lehetőségét nem pusztán külső erők birtokolják. Lehetővé válik ezáltal, hogy a jutalmat nem kínlódva kell elérni, hanem önmagunkat jutalmazva érezzük az élet valódi értelmének örömét.

„Ha rajtad kívül álló dolgok bántanak, nem ők zavarnak téged, hanem a saját, róluk alkotott ítéleted. És neked hatalmadban áll, hogy akár most rögtön kitöröld ezt az ítéletet.” (Marcus Aurelius)

Újra és újra szükségessé válik, hogy az ember feltegye magának a kérdést, milyen eszközökkel lehet újra saját életének ura. Ennek egyetlen módja a tudat feletti uralom megszerzése.

Bármit diktáljon a divat, úgy tűnik, hogy akik elsajátítják a tudatukban zajló folyamatok felülbírálásának képességét, azok boldogabban élnek. Hogy ezt a készséget megszerezzük, tudnunk kell, hogyan működik a tudat.

## 3. A tudat anatómiája

### 3.1 A tudat határai

A tudat működése biológiai folyamatok eredménye. Létezése az idegrendszerünknek köszönhető, mely azoknak az instrukcióknak megfelelően épül fel, melyek kromoszómáink fehérjemolekuláiban megtalálható. Másrészt nem lehet teljes biológiai programozottságot tulajdonítani, mert sok tekintetben inkább önmagát irányítja. A tudatnak a feladata, hogy olyan módon jelenítse meg az adott információt arról, ami odakint a világban és az organizmuson belül történik, hogy azt a test érzékelni tudja, és annak alapján cselekedhessen.

Meg kell találnunk annak a módját, hogy elrendezzük a tudat tartalmát és így urai legyünk gondolatainknak, érzéseinknek. Egyesek állítják, hogy képesek szellemekkel kommunikálni, mások természetfeletti érzékekkel rendelkeznek.

Talán idővel felfedezzük az elme rejtett erőit, amelyek majd képessé tesznek minőségi ugrásokra.

### 3.2 A tudatosság szerepe

Mit jelent tudatosnak lenni? Csak annyit, hogy olyan tudatos események (érezékelés, érzések, gondolatok, szándékok) történnek velünk, melyeket képesek vagyunk irányítani. A tudat, tehát szándékainknak megfelelően elrendezett információ halmaz. Ha külső események nem tudatosulnak bennünk, akkor számunkra nem is léteznek, ezért a tudat a szubjektíven megtapasztalt valóságnak felel meg.

A tudatunk tükör, mely visszatükrözi azt, amit érzékeink közölnek vele, így: mi történik a testünkön kívül és a saját idegrendszerünkben, - olyan tükör, amely válogat a benyomások között, és aktívan alakít az élményünkben, saját képére formálva őket.

Talán a szándékról lehet mondani, hogy az, az erő, amely a tudatban elrendezi az információt. A szándékosság akkor merül fel a tudatban, mikor valaki tudja, hogy vágyik valamire, vagy el szeretne érni valamit. A szándék is információ darabkákból áll, amelyeket biológiai szükségleteink, vagy magunkévá tett társadalmi célok vezérelnek.

Ha az egyén már tudja, hogy éhes, akkor képes kialakítani az élelem szerzés szándékát.

A szerzett, vagy örökletes szándékok hierarchikus rendben szerveződnek, attól függően, melyiket tekintjük elsődlegesnek, vagy fontosabbnak. A tudatosságot különböző cél és szándék szerint lehet szervezni. Mindenkinek meg van a lehetősége rá, hogy befolyást gyakoroljon a saját valóságára.

### **3.3. A figyelem, mint pszichikai energia**

Az információ vagy azért lép be a tudatba, mert szándékosan ráirányítjuk a figyelmünket, vagy azért, mert figyelmünket biológiai, társadalmi beidegződéseink így szabályozzák. Bár mekkora is a figyelem, nem tud egyszerre több információt észlelni, vagy felfogni, mint amennyit feldolgozni képes.

Vannak emberek, akik megtanulják ezt a felbecsülhetetlen erőforrást hatékonyan kihasználni, mások ellenben elvesztegetik. A tudatát uralni képes ember ismertető jele az a képesség, hogy akaratlagosan tudja összpontosítani, nem hagyja elterelődni a figyelmét, és képes addig koncentrálni valamire, míg a célját el nem érte, de csak addig. Az, az ember, aki erre képes, rendszerint élvezi a minden napi élet normális menetét. Mivel a figyelem határozza meg, hogy mi az ami feltűnik a tudatban, vagy kizorul onnan, és mivel vannak más feladatok is, amiket el kell végeznie, (gondolkodás, érzés, döntéshozatal) hasznos, ha a figyelemre úgy gondolunk, mint pszichés energiára. Ez az energia a mi ellenőrzésünk alatt áll, és azt tehetünk vele, amit akarunk.

### **3.4. Az ÉN**

Az ÉN szintén egyike a tudattartalmaknak, még hozzá olyan része, amely soha sem távolodik el túlságosan a figyelem középpontjából. Az ÉN szintén egyike a tudattartalmaknak, még hozzá olyan része, amely sosem távolodik el túlságosan a figyelem középpontjából. Az ÉN azonban nem közönséges információ, tartalmaz mindent, ami valaha is keresztül haladt a tudaton: minden emléket, tettet, vágyat, örömet és fájdalmat magába foglal.

A figyelem alakítja az Ént, és az ÉN gyakorol hatást a figyelemre.

### **3.5. Lelki entrópia, rendetlenség a tudatban**

A Pszichikai rendetlenség gyakorolhatja a tudat működésére a legkedvezőtlenebb hatást, és ez úgy következik be, hogy a tudatba bekerülő információ összeütközésbe kerül más létező szándékokkal, vagy akadályozza megvalósulásukat.

Ezt az állapotot többféle képen is megnevezhetjük attól függően, hogy mi képen éljük át, így: a félelem, harag, a féltékenység, az aggodalom. A rendetlenség ezen változatai arra kényszerítik a figyelmet, hogy nem kívánatos tárgyak felé terelődjék, ezzel lehetetlenné téve számunkra, hogy figyelmünket szabadon és kedvünkre felhasználhassuk. A pszichikai energia ezzel szétszóródik, és hatástalanná válik. Abban az esetben, ha egy információ megzavarja a tudatot, azzal veszélyezteti a céljait, előáll a belső rendetlenség, az ÉN egy fajta szervezetlensége, mely csökkenti a hatékonyságát. Minden egyes, bennünk megjelenő információ az Énnel kapcsolatban kap értékelést.

Egy új információ, vagy zavart okoz a tudatunkban, vagy pedig közelebb juttatva minket a célunkhoz, további pszichikai energiát szabadít fel bennünk.

### **3.6. A tudat rendje: Az áramlat**

A pszichikai entrópiával ellentétes állapot a tökéletes élmény állapota. Amikor a tudatba áramló információ összeegyeztethető a célokkal, akkor a pszichikus energia erőfeszítés nélkül áramlik bennünk. A pozitív visszacsatolás erősíti az Ént, és újabb, a külső és belső környezet felé fordítható energia mennyiség szabadul fel.

Pam Davis fiatal ügyvéd egy kis cégnél.

Sok egymástól különböző ügy kerül elé. Órákat tölt a könyvtárban, utalásokat, adatokat keres, jogi tervezeteket készít. Gyakorta, annyira összpontosít a munkájára, hogy enni is elfelejt. Mire észreveszi, hogy éhes, odakint besötétedik. Munkájába merülve, úgy érzi, hogy az információk tökéletes egészet alkotnak: még, ha érzi is, kellemetlenség, tudja, hogy mi a nehézség oka, és abban is hisz, hogy végül legyőzi az akadályokat.

Ez a példa jól szemlélteti, mit is értünk a tökéletes élmény alatt. Ezek a helyzetek, melyben az illető szabadon szentelheti a figyelmét annak, hogy elérje célját, mivel nincs zavar, amelyben rendet kellene tennie, és nincs olyan fenyegetés, amellyel szemben az ÉN-nek meg kell védenie magát. Ezt az állapotot nevezzük „*flow*”-nak, áramlat élménynek. Ez az állapot szöges ellentéte a pszichikai entrópiának. Ezt az

állapotot negentrópiának is hívják. Akik eljutnak odáig, erősebb és magabiztosabb lesz az Én-jük, mert pszichikai energiájukat sikeresen fektették be, olyan célok elérésébe, melyeket ők maguk tűztek ki. Amikor képesek vagyunk olyanná szervezni tudatunkat, hogy minél gyakrabban éljük át az áramlat – élményt, az élet minősége elkerülhetetlenül javulni kezd. Az áramlat élmény közben urai vagyunk saját pszichikai energiánknak, és minden, amit teszünk, hozzájárul a tudat rendezéséhez.

### **3.7. Komplexitás, és az Én fejlődése**

Az áramlat élmény után az Én fejpítése összetettebb lesz, mint előtte volt. A komplexitás növekedésével egyező mértékben fejlődik az Én is. A személyiség komplexebb egésszé válása pszichológiai folyamat: a differenciálódás és az integrálódás eredménye.

A differenciálódás, melynek eredménye képen az ember egyedivé, másoktól különbözővé válik, az integrálódás pedig az ellenkezője: az Énen kívül álló eszmékkel, emberekkel és dolgokkal való egyesülés. A komplexitásnak gyakran tulajdonítanak negatív jelentést, akkor, ha egyenlőséget teszünk a differenciálódás és a komplexitás közé. A részek eggyé válása, integrációja nélkül, egy differenciált rendszer zűrzavar lenne. Az áramlat – élmény segít az Én integrálódásában, így a tudat szokatlanul rendezetté válna. Az integrálódás nélkül differenciálódó Én, nagy egyéni teljesítményekre lehet képes, de ugyan akkor önzővé, önteltté is válhat. Annak az embernek az Énje, ami csupán integrálódás alapjaira épül, biztonságban érzi magát, szoros kapcsolatra képes, de hiányzik belőle az autonóm megnyilvánulás. Az Én csak akkor lesz komplex, ha egyforma pszichikai energiát fordítunk mind a két folyamatra.

Az Én, az áramlat – élmény átélése után válik komplexé.

Fontos tudni, hogy ha kitűzünk egy célt, a koncentrációs képességünk határáig küzdünk érte.

A kötet következő részeiben átvizsgálja **Csikszentmihályi**, hogy mit is tud a tökéletes élményről, milyen érzés átélni, és mikor számíthatunk rá. Noha az áramlat élmény felé nem egyszerű út vezet, de ha megértjük, hogyan működik, alakíthatjuk vele az életünket. Harmóniát vihetünk bele, valamint felszabadíthatjuk ezt a pszichikai energiát, amit unatkozásra, aggodalmaskodásra fordíthatnánk.

## **4. Az áramlat – élmény feltételei**

Hogyan is keletkezhetnek ilyen élmények?

Áramlat – élmény, megtörténhet spontán, de egy szabályozott tevékenység eredménye is lehet, képes az egyén is kiváltani, esetleg mind a két tényező is szerepet játszhat.

### **4.1 Az áramlat tevékenységek**

Az áramlat tevékenységek elsődleges funkciója az öröm teli élmények biztosítása, ilyen például: a játék, a művészet, a sport, szertartások, stb. Mindegyiknek az a sajátossága, hogy mind a résztvevő, mind a néző kellemes állapotot élnek át. Roger Caillois francia pszichológus és antropológus négy nagy csoportba osztotta a világ játékeit.

Az agon csoport: ezek olyan játékok, melyek jellemzője a versengés, ilyen a legtöbb sport.

Az alla: szerencsejátékokat foglalja magába.

Az ilinx: melyek úgy változtatják a tudatot, hogy széttörik a közönséges érzékelés folyamatát, például, az ejtőernyőzés, kórhinta, stb.

A mimikai: az alternatív valóság valamilyen formáját hozzák létre, például a tánc, színház, művészetek.

Erről a felosztásról elmondhatjuk, hogy a játékok négy különböző módon képesek túllépni a közönséges tapasztalás határait.

Az agon jellegű játékokban a résztvevőknek olyan szintre kell fejleszteni a készségeiket, hogy fel tudják venni a harcot az ellenfeleikkel.

Az allatorikus játékok azért élvezetesebbek, mert a jövő feletti uralom illúzióját adják.

A szédülés (ilinx) a legközvetlenebb módja a tudat megváltoztatásának. Ez magyarázza a „tudat tágító” drogok vonzását is, az alkoholon át, a hallucinogénekig. A tudatot azonban nem lehet kitágítani.

A mimikszit az érezteti velünk, a fantázia a tettetés, színlelés eszközeinek segítségével, hogy többek vagyunk annál, amik valójában vagyunk.

Mindegyik áramlat – tevékenységben az volt a közös, hogy lehetővé tette a felfedezés örömet, egy olyan kreatív érzést, mellyel a személy egy új valóságba léphetett be. Az Ént összetettebbé tette. Az evolúció során minden kultúra kifejlesztett egy olyan tevékenységet, melyeknek az volt a célja, hogy az élményeket gazdagítsák. Még a legelmaradottabb társadalmakban is létezik művészet, zene, tánc, játékok, szertartás. Ezek fennmaradásának fő oka, hogy örömet okoznak.

A modern időkben a művészet, a játékok az élet elvesztette természet feletti gyökereit. Korunk áramlat – tevékenységei inkább világi jellegűek, a színészeket, játékosokat nem ruházzák fel olyan jelentésrendszerrel, mint amelyet az olimpiai játékok, vagy a maja labdajátékok biztosítottak számukra. Mivel az áramlat tevékenységek bensőségesen kötődnek a végső jelentéssel bíró dolgok forrásaihoz, bennünket talán ezekkel lehet jellemezni.

#### **4.2. Az áramlat, és kultúra**

Az amerikai demokrácia a boldogság keresését tudatos politikai céllá emelte. A Függetlenségi Nyilatkozat az első olyan dokumentum, amelyben az áll, hogy egyik társadalmi rendszer sem maradhat fent túl sokáig, ha nincs arra remény, hogy vezetőik boldogabbá teszik őket. Ám vannak elnyomáson alapuló kultúrák is. Minden társadalmi rendszer érzékelhető olyan szempontból, hogy milyen pszichikai entrópiát okoz. A kiinduló pont az lehet, hogy jobb, ha több embernek van rá módja, hogy élményei egybe essenek a célkitűzéseivel. A másik lényeges dolog az, hogy az Én fejlődését segítsék elő.

Amikor egy kultúrának sikerül olyan cél és szabály rendszert felállítania, mely ösztönzően és jól alkalmazkodik a népesség készségeihez, tagjai szokatlan intenzitással és gyakorlatiassággal tapasztalják meg az áramlat – élményt, a a párhuzam a játékok és a kultúra között még tovább erősödik. Az olyan kultúra, amely elősegíti az áramlat – élmény megélését, morálisan, szükségszerűen jó. Spárta törvényei szükségtelenül kegyetlennek látszanak a 21-dik századi előnyös helyzetünkből, noha eléggé sikeresen motiválták azokat, akik ezeknek a törvényeknek engedelmessé váltak.

Az áramlat néha nagyon motiváló erő, nem biztos, hogy erényesebbé tesz bennünket. Azonban az ellentmondó kutatási eredmények ellenére abban minden felmérés megegyezik, hogy jobb módú, jobb oktatásban részesült, stabilabb kormányval rendelkező nemzetek boldogabbak, elégedettebbek az élettel.

#### **4.3. Az autotelikus személyiség**

Vannak emberek, akik alkatilag képtelenek az áramlat átélésére. Például: skizofrének, akik örömtelenségben, anhedóniában szenvednek. Ám vannak olyanok is, akik „túlzott ingerfogadással a lényegtelen ingereket is feldolgozzák, akár akarják, akár nem.” A dolgok csak úgy megtörténnek velem, és nincs feletti hatalmam. Már nincs szavam a döntésekben.

Mi okozza a túlzott ingerfogadást?

Az egyik oldalról genetikai örökség. Vannak emberek, akik kevésbé képesek összpontosítani, pszichikai energiájukat, mint mások. Az iskolás gyerekek tanulási nehézségei is jó részt figyelem zavarok kategóriájába tartoznak. A figyelem zavarok azonban nem csak a tanulásra vannak rossz hatással, hanem az áramlat – átélését is kizárják. Az áramlat megtapasztalásának kevésbé súlyos akadálya, a túlzott Én tudat. Az, az ember, aki mindig másoknak akar bizonyítani, fél attól, hogy rossz benyomást kelt, vagy rosszul csinál valamit, kizárja magát az örömből. Azonban a túlzott Én tudattal rendelkező, és az egocentrikus ember sok tekintetben különbözik. Abban megegyeznek, hogy a pszichikai energiájukat nem képesek olyan módon koncentrálni, hogy be tudjon lépni az áramlat – élménybe.

Hiányzik belőlük a figyelemnek a könnyedsége, az Én túl sok pszichikai energiát nyel el, és figyelmet pedig mereven csak a saját szükségleteire irányítja.

A figyelem zavarai és a túlzott ingerbefogadás azért gátolják az áramlatot, mert a pszichikai energia rendezetlen, a túlzott Én tudat és az Én-központúság esetén pedig a figyelem túl merev, és kötött. Egyik véglet sem teszi a kontrollt lehetővé. Azok, akik ilyen szélsőségesen működnek, nem érzik jól magukat,

nehezen tanulnak, ellökik azokat a nehézségeket, melyek az Én fejlődését szolgálnák. Az áramlatot társadalmi tényezők is gátolják, melyeken nehezebb felülemelkedni.

Van olyan szociálpszichológiai fogalom, mely arra utal, ami megnehezíti az áramlat megtapasztalását. Az anómia, és az elidegenedés. Az anómia, szabályok hiánya. Emile Durkheim francia szociológus alkalmazta arra a jelenségre, amikor egy társadalomban a viselkedési szokások és normák, összezavarodnak. Amikor nem világos, hogy mit szabad és mit nem, bizonytalan a közvélemény értékelése, akkor az emberek magatartása észrevétlenné, szabálytalanná válik. Anómia jön létre akkor is, ha egy gazdaság összeomlik. Az elidegenedés sok szempontból ennek az ellenkezője. Az embereket a társadalmi rendszer arra kényszeríti, hogy ellentétes módon viselkedjenek. Az, az ember, akinek például a futószalagon ötszázszor ugyanazt az értelmetlen feladatot kell végrehajtania, hogy önmagát, és családját el tudja tartani, elidegenedik.

Érdekes, és megjegyzendő, hogy a két társadalmi akadály, megegyezik a két egyéni patológikus állapottal is. Egyéni szinten az anómia szorongásnak, az elidegenedés unalomnak felel meg.

A neurológia és az áramlat

Vannak emberek, akik jobb izomkoordinációs képességgel rendelkeznek, így vannak olyanok is, akik öröklötten jobban tudják a tudatukat uralni. Azoknak az egyéneknek a gondolkodása, akik nagy mennyiségű külső információt igényelnek, ahhoz, hogy képet tudjanak alkotni a külvilágról, azok könnyebben függőségbe kerülnek a külső környezettől. Akik viszont csak néhány támpontra van szükségük ahhoz, hogy megjelenítsék tudatukban az eseményeket, függetlenebbek a környezetüktől. A neurológiai tények még nem bizonyítják döntően, hogy akik öröklötten jobban urai figyelmüknek, azok tapasztalják meg az áramlatot.

A család hatása az autotelikus személyiségre.

Valószínűnek tűnik, hogy gyerekkori élmények is hozzá járulnak ahhoz, hogy valaki milyen könnyen éli át az áramlatot. A szülő – gyerek kapcsolat hosszan tartó hatást gyakorol arra, hogy ki milyen felnőtt lesz.

A tökéletes élményeket elősegítő családi köteléknek öt ismérve van:

- Világosság: a tizenévesek tisztában vannak azzal, hogy szüleik mit várnak el tőlük. A családi kommunikációban a megfogalmazott célok és a visszacsatolás egyértelműek.
- Közepességben lét: ezt a gyerekek úgy fogják fel, hogy a szüleiket az érdekli, hogy éppen most, mit csinálnak, mik a konkrét érzéseik, tapasztalataik, nem pedig az, hogy sikerül-e bejutniuk egy jó egyetemre, vagy egy jó állásba.
- Választási lehetőségek: a gyerek úgy érzi, hogy több lehetőség közül választhat. Ide értve azt is, hogy megszegik a szülő által megszabott szabályokat, feltéve, hogy vállalják a következményeket.
- Elkötelezettség, bizalom: lehetővé teszi a gyerek számára, hogy biztonságban érezze magát, félre tegye védelmi pajzsait, önmagáról megfedkezve kedvére merüljön abba, ami érdekli.
- Lehetőség: a szülők igyekeznek, hogy egyre összetettebb cselekvési módokat kínáljanak a gyermekeiknek.

Ez az öt feltétel felel meg az autotelikus családi kapcsolatnak. Azok a gyerekek, akik olyan családi környezetben nőnek fel, melyben a célok világosak, visszacsatolás egyértelmű, kontroll helyzetben vannak, és esedékes feladataikra tudnak koncentrálni, meg van a belső motiváció.

Azok a családok, melyek autotelikus környezetet biztosítanak, rengeteg pszichikai energiát megspórolnak a család tagjainak, megnövelik az örömteliség lehetőségeit.

A kevésbé rendezett családokban az energia elvész a vitákban, csatározásokban, vagy felemészti a gyerekek azon igyekezetét, hogy törekeny élményüket megvédjék más emberek rázúduló céljaival szemben.

A legnagyobb különbségek akkor jelentkeznek, amikor a gyerekek a családjukkal vannak. Az autotelikus környezetből származók sokkal boldogabbak, vidámabbak, elégedettebbek, mint sors társaik.

A különbségek megjelennek akkor is, amikor a serdülők egyedül tanulnak. Valószínű, hogy a gyerek örömmérző képességét az is befolyásolja, hogy a szülők hogyan viselkednek velük gyerekkorukban. Az a gyerek, akinek borzalmas gyerekkora volt, nem az öröm élményét keresi felnőttként, hanem megelégszik azzal, hogy gyönyört csikarjon ki az élettől, annyit, amennyit csak tud.

#### **4.4. Az áramlat emberek**

Az autotelikus személyiség jellegzetességei azokon az embereken figyelhetők meg, akik képesek örömet lelni olyan helyzetekben, amit mások kilátástalannak találnak. Ezek az emberek környezetük legapróbb részleteire is figyelnek, és olyan cselekvési lehetőségeket kelt bennük, amelyek összeillenek korlátozott cselekvőképességükkel.

Például, Szolzsenyicin leírja, hogy a börtönben egyik rabtársa felrajzolta a világ térképét a cellája padlójára, aztán elképzelte, hogy Ázsián és Európán keresztül Amerikába utazik.

Vagy például Eva Zeisel keramikus, akit a sztálini rendőrség 1 évre börtönbe zárta, úgy maradt épelméjű, hogy képzeletben melltartót készített a rendelkezésére álló anyagokból, fejben sakkozott magával, verseket írt, melyeket memorizált.

Bertrand Russel leírta, hogyan sikerült elérnie a tökéletes boldogságot. „Fokozatosan megtanultam, hogy közömbös legyek önmagammal és fogyatékoságaimmal szemben, figyelmemet egyre növekvő ütemben kezdtem külső tárgyakra összpontosítani, a világ állapotára, különböző tudományokra, olyan emberekre, akik iránt szeretetet éreztem.”

Az ilyen személyiség részben biológiai örökség és a gyerekkor eredménye. Vannak emberek, akik rugalmasabb neurológiai adottságokkal születnek, vagy olyan szerencsések, hogy szüleik bátorították bennük a túlzott Én-tudattól mentes individualitást. Mindazon által fejleszthető készség, gyakorlással, fegyellemmel tökéletesíteni lehet.

#### **5. Összefoglaló**

**Csikszentmihályi** a könyve következő részeiben arról ír, hogy ezek a készségek, hogyan is fejleszthetők. Eddig csak bemutattam, hogy mi is az áramlat, hogyan érhető el a tökéletes élmény.

*Mi a boldogság?*

Ha céljainkat jól megválasztjuk, van bátorságunk, hogy az akadályok ellenére is kiállunk ezek mellett, akkor a figyelmünk olyan mértékben a tetteinkre és a körülöttünk lévő eseményekre fog irányulni, nem lesz időnk boldogtalannak lenni. Az egyén céljai összeolvadnak az egyetemes áramlattal, az élet is értelmet nyer.



## AquaNatal®

### - SZÜLÉSELŐKÉSZÍTŐ VÍZI MOZGÁSFORMA KISMAMÁKNAK –

#### ( A módszer rövid ismertetése )

Összeállította: *Józsa Erika*



#### ***Prológus:***

A várandósságaim és a szüléseim, és nem utolsósorban a hivatásom miatt az anya-magzat kapcsolat, a terhesség viselése, és a szülés kimenetele mindig is az érdeklődésem középpontjában állt.

2003 karácsonya körül egy kismama magazin írásait böngészve találtam rá egy érdekes, Magyarországon még szinte ismeretlen, AquaNatal módszer rövid leírására. A cikk felkeltette érdeklődésemet, olyannyira, hogy jelentkeztem a 2004. január végén induló AquaNatal-oktató képzésre.

#### ***Az Amerikai AquaNatal:***

A módszer kidolgozója **Marina Alzugaray**, aki származására nézve kubai, egyébként Amerikában él. Marina, aki vízbenszülésekre szakosodott *bába*, *delfinkutató*, *táncterapeuta* és még ki tudja mi minden, sokéves "vizes" tapasztalatának kikristályosodásaképpen kifejlesztett egy elképesztően hatékony módszert, amelynek segítségével a kismamák egy vízi mozgásforma gyakorlása közben készülhetnek fel a szülésre testben és lélekben egyaránt.

Az Amerikai AquaNatal módszert, vagyis a várandósság idején vízben végzett tornagyakorlatok rendszerét és képzési programját több mint tíz éven keresztül dolgozták ki. Ez alatt az időszak alatt párhuzamosan dolgoztak várandós anyákkal a medencében és delfinekkal a tengerben.

A program lényege, hogy egészséges hozzáállással közelítünk egy természetes, ugyanakkor mégis egészen különleges élményhez.

Az *aqua* szó jelentése víz. A víz keveredik, megfagy, elolvad, változik, gyógyít. A víz lételeme a változás, miközben jó közérzetet hoz létre.

A *natal* szó a szülést megelőző időszakra, a várandósságra, a test, a lélek és szellem kettős metamorfózisára utal.

A *program célja*: elősegíteni a teljesen problémamentes várandósságot, tudatosítani az anya és magzat közötti érzelmi kötődést, és felkészíteni a várandós mamákat a szülésre és anyaságra.

Az AquaNatal lehetőséget nyújt a várandós anyáknak arra, hogy visszaszerezzék, vagy továbbfejlesszék vízbiztonságukat, és a lehető legteljesebb mértékben élvezzék a vizet. Ahogy a víztől való félelem fokozatosan eloszlik, *kialakul egy sokkal másabb, mélyebb kapcsolat ember és víz között.*

*Az anya, aki képes lazán érezni magát a vízben, át tudja „ragasztani” ezt a képességét gyermekére is, akinek azután a víz az ellazulás, gyógyulás és játék lehetőségét jelenti majd.*



### **Gyermekvárás-várandósság:**

A gyermekvárás a pszichológia, *fejlődési krízisállapotnak* nevezi, mivel minden nőnek új köntösbe bújjik az élete, szüleivel, párjával, ismerőseivel való kapcsolata. Amikor egy nő gyermeket vár, titkon a visszahozhatatlan, megismételhetetlen csodára számít. Bár gyermeke fogantatásának pillanatától kezdve élete egyik legboldogabb, legteljesebb időszaka köszönt be, mégis gyakran férközik depresszió, örömtelenség és szorongás érzése az egyébként idillikus képbe. Ez a helyzet nagyrészt abból adódik, hogy a mai „rohanó világban” a nők nincsenek felkészülve lelkileg a gyermekvállalásra. A szülőktől, barátnőktől, de még az egészségügyben dolgozó szakemberektől származó információk is elsősorban a másállapot fizikai változásairól szólnak. *Nagy szükség lenne a várandósságra, és a szülésre való ráhangolódásra, a változások testi-lelki átélésére.* Ebben sokat segítenek a kismamáknak szervezett szülésre felkészítő programok.

*Az AquaNatal tréningen egyszerre több kismama vesz részt.* Mindenki fürdőruhában, bikiniben mártózik a kellemes, 29 C°-os vízbe. Mind a mamáknak, mind az oktatóknak jóleső érzés szó szerint szembesülni a hétről hétre növekvő pocakokkal. A kismamák rendszeres találkozója, lehetőséget ad az egymás közti barátságok, ismeretségek kialakulására is. Többen ekkor szembesülnek azzal, hogy „sorstársaik” vannak, akik hasonló problémákat, bizonytalanságot és elsősorban fokozódó anyai érzéseket, a várandósság örömeit élik meg.

A vízben végzett **mozgások alapja a légzés.** Az AquaNatal gyakorlatokat úgy tervezték meg, hogy a mozdulat kezdete egybeessen a belégzéssel, a mozdulat befejezése pedig a tüdőben lévő levegő kifújásával. A gyakorlat során általában a kilégzéshez a víz alá merülünk, a belégzéshez a vízfelszín fölé emelkedünk. A vízből kiemelkedve könnyedén lélegzünk, miközben testünk egy adott pozícióban marad, illetve a vízbe merülve lassan, hosszan fújjuk ki a levegőt, miközben testünk egy adott pozícióban marad. A víz alatt történő kilégzés során nagyobb ellenállás ellenében kell kifújnunk a levegőt, és ez növeli a tüdőkapacitást. A víz alatti kilégzés és felszín feletti belégzés folyamatos koncentrációt hoz létre, és ezzel

megteremti az AquaNatal gyakorlatok ritmusát. *Ennek a tudatos légzésnek a gyakorlása és a légzésre figyelés javítja a koncentrációt, növeli az életerőt és elősegíti a teljes relaxációt.*

### **Az AquaNatal gyakorlatsor:**

**1. Bemelegítés** – Úszótempók, lubickolás, a medence szélébe kapaszkodva lábtempózás

Célja, a szív működés és keringés serkentése, a légzési kapacitás növelése és a hosszú testizmok nyújtása.

**2. „Korlát”** gyakorlatsorozat – törzshajlítás, lábnyújtás, csípőizület erősítése, lazítása

Célja, a várandóssággal összefüggésben jelentkező egyes kellemetlenségek – vizesedés, izomgörcsök – csökkentése. Ha a testet egyenletesen eloszló víznyomás éri, az ödémás tünetek csökkenthetők. Ez a hatás tovább növelhető, ha a végtagokat magasra emeljük, és kiteszük a víz jótékony hatásának.

(A „korlát” kifejezés a balett próbatermek jól ismert eszközére utal. Az Amerikai AquaNatal rendszerben az edzőtermi korlátot a medence széle helyettesíti.)

**3. „Labda és spárga”** gyakorlat – a belső combizmokat, az ágyékizmokat, a csípőizületeket, hasi izmokat és a hát alsó felének tartóizmait nyújtjuk és lazítjuk.

Célja, csökkenthetjük a várandósság idején deréktájon érzett fájdalmat, és elősegítjük a medence ideális mértékű kinyílását. Ez a gyakorlat végrehajtható víz alá merüléses módszerrel is, de ehhez már igen magas fokon kell alkalmazni a tudatos légzés módszerét.

A víztől való félelem (víziszony) sokszor tanult viselkedési forma. Azok az anyák, akik túlságosan rettegnek attól, hogy csecsemőjük fürdetés közben megfulladhat, fürdetéskor annyira mereven és erősen tartják a gyerek nyakát és fejét, hogy a baba megtanulja, hogyan kell feszített nyakizmokkal a víz felett tartania fejét, és ilyenkor kialakul a víz alá bukástól való félelem. Az AquaNatal lehetőséget nyújt a várandós anyáknak arra, hogy visszaszerezzék, vagy továbbfejlesszék vízbiztonságukat, és a lehető legteljesebb mértékben élvezzék a vizet. Ahogy a víztől való félelem fokozatosan eloszlik, kialakul egy sokkal másabb, mélyebb kapcsolat ember és víz között.

**4. „Macska és béka”** gyakorlat – Ez a gyakorlat több jóga ászana (testhelyzet) kombinációja.

A Macska a hát alsó részét és a derekat dolgozza meg. Célja, a derék egyenesítése, a feszült izmok oldása, tehermentesítése. A Béka, amikor testünk egy adott testhelyzetben mozdulatlan marad. Célja, a medenceöv és a csípő szélesítése, miközben lazítja a karokat, lábizmokat és alhasi izomzatot is.

### **5. Körben végzett gyakorlatok.**

A Körhöz használatos fél-guggoló helyzetben végrehajtott gyakorlatok segítik a medence tágulását és javítják az egyensúlyérzetet, miközben a testrész-izolációs gyakorlatok révén az egyes testrészek mozgékonyága nő, és a résztvevők fejüktől a lábujjaikig tudatosabban fogják érzékelni testüket.

A testrész-izolációs technikák jelentős része a közel-keleti táncokból ered, amelyek eredetileg szülést megkönnyítő, elősegítő mozdulatsorokon alapulnak. Az izolációk javítják a test általános rugalmasságát, és javítják azt a képességünket, hogy testünk egy-egy adott területét minden gond nélkül mozgassuk. Ez a

képesség növeli a test rugalmasságát, erősíti a kisméretű izomkötegeket, és segíti a vizenyős ízületi duzzanatok és zsibbadások leküzdését.

Az Amerikai AquaNatal azért is végzi szívesen a Körben végrehajtott gyakorlatokat, mert jó néhány gyakorlat kizárólag csoporton belül hajtható végre. Ezekben a csoportos gyakorlatokban – a mozgás némiképp intim jellege miatt – fontos, hogy kizárólag nők vesznek részt, valamint az egyes gyakorlatok végrehajtása fizikailag könnyebbé válik, emellett az így végzett bemelegítés során a várandós anyák lelkileg is közelebb kerülnek egymáshoz.

A Körben végzett gyakorlatok sorrendje:

- nyakhajlítás, (Záróizom törvény, hangadás)
- fejkörzés,
- váll, könyök, csukló-körzés,
- a mellkas átmozgatása,
- medence-gyakorlatok, (Belső utazás)
- medencefenék-izmok tornája, (Kegel-gyakorlatok)
- térdek és bokák lábfej mozgatása



A **Záróizom törvény** nem más, mint egy párhuzam a száj kinyitása és a születő gyermek fejének szülőcsatornában történő megjelenése között. A száj kinyitása, az ajkak és az arcizmok ellazítása és a szülés közbeni tágulás között szoros összefüggés van. A lélegzés összekapcsolja ajkainkat és torkunkat a szeméremajkakkal és a méhnyakkal. A levegő kifújása során hangot adunk, amely mély, mintha egyenesen a medencénkől jönne.

**Hangadás:** az AquaNatal technikák közül talán a legnehezebben végrehajtható gyakorlat, mivel a hosszú kilégzés során a mélyről jövő **ÁÁÁHH**....hangok „kimondása” a várandós anyának természetellenes lehet. Annál több pozitív visszajelzés érkezik a vajúdás alatti alkalmazásáról. Amikor vajúdás a kitolási fázisba ér, a fájások nagyon erősek, és hosszasan tartanak, ekkor általában ösztönösen hangot ad a vajúdó nő. Ez a hangadás fontos, hiszen jelzés értékű a szülést kísérő személyzetnek, ebből is tudhatják, hogy hol tart a baba, mennyire csúszott előre a szülőcsatornában. A hangadás másik előnye, hogy csak nyitott ajkakkal végezhető, tehát a fent említett záróizom törvény is a nyílást, a tágulást segíti elő. Ha ezt a mélyről jövő hangadást már a várandósság alatt próbálgatják a kismamák, akkor sokkal természetesebben fogadják a kitolási szak alatt ösztönösen feltörő hangokat, és nem utolsó sorban tisztába lesznek a hangadás jelentőségével.

A **Belső utazás** a test-lélek kapcsolatra rávezető vizualizációs gyakorlatokból áll, amelyet mindig a várandósság idejének megfelelően kell adagolni.

A Belső utazás során felidézhetjük magunk előtt a hüvely, a méhnyak, a méh és a magzat képét.

Ez lehet az az időszak, amikor szóba hozhatjuk és segíthetjük az anya és magzat közötti kommunikáció lehetőségét.

A várandós anyák időnként teljesen meglepődve tapasztalják, hogy milyen *meghitt módon tudnak kommunikálni a méhükben fejlődő gyermekkel!*

A **Kegel-gyakorlatok** megtanítják a résztvevőket arra, hogyan tartsák a szülés alatt és után teljes ellenőrzésük alatt a gátizomzatot, illetve hogyan tudják gyakorolni a medence-izmok elszigetelését annak érdekében, hogy a gát kellőképpen kinyíljon szüléskor. A gát területe nemcsak a szülés és a szexuális együttlét szempontjából fontos, de ez az izomgyűrű tartja a méhet és a húgyhólyagot is a szülést követő sok-sok éven át. Azoknál a nőknél, akik egész életükön át végzik az intim-tornát, időskorban nem ereszkedik meg a húgyhólyag és a méh.

*Mivel az Amerikai AquaNatal nagy figyelmet fordít a várandósok és a magzat közötti kapcsolat tudatos kialakítására, érdemes egy kis figyelmet fordítani az anya-magzat kapcsolat kutatásának fejlődésére.*



### **Anya-magzat kapcsolat megfigyelésének története:**

Kr.e. 800-600 között élt két indiai orvos (*Carake, Susruta*) szerint az anya és magzata lelke bensőséges kapcsolatban állnak egymással. Az anya érzelmi zavarai károsíthatják, vagy el is pusztíthatják a magzatot.

*Arisztotelész* nézete a következő volt: „*Senki sem gondolhatja lelketlennek az embriót, mivel mind a spermium, mind a magzat több lélekkel rendelkezik, mint egy növény.*”

Egyiptomban, a fáraót tápláló placentát őrizték, és ünnepi ceremóniák alkalmával biztonságot adó tárgy szimbólumaként vették elő.

*Hogen* (1968) beszámolója szerint a nyugat-afrikai ashentik beszélnek magzatukkal, és kérdéseket tesznek fel nekik. Az ecuadori alföldön élő suhar indián törzsnél a gyermek nevelése a fogantatás pillanatától kezdődik. Már a fejlődő magzatnak is különös figyelmet szentelnek. Környezete, de különösen férje, mindent megtesz annak érdekében, hogy a gyermek *örömmel növekedjen, és szívesen jöjjön a világra.*

Egy indonéziai nép szerint a gyermek élete nagyapja ondósejtjeiben, és nagyanyja petefészkeiben kezdődik. Mint potenciális lényt, saját fogantatásuk pillanatától fogva mindketten hordozzák, és továbbadják mindazokkal az információkkal, amelyeket saját nagyszüleiktől örököltek.

A XX. Században zajló kutatások kimutatták, hogy az anyaméhben lévő magzat egy nagyon komplex lény, akit *Chamberlain* után *intelligens magzatnak* nevezünk. Affektív és kognitív dimenziókkal rendelkező személyiség, akinek az anyaméhben érdeklődése, preferenciái, tanulása, emlékezete van, fájdalmat, dühöt, haragot él át, agresszíven viselkedik, mosolyog és bizonyos körülmények között még sír is.

### ***Tudományos vizsgálatok:***

Az anya-magzat kapcsolat *tudományos vizsgálata* nagyon új keletű, csak a XX. században kezdtek el vele igazán foglalkozni. Vizsgálatok igazolják, hogy a magzat az intrauterin létben *az anyával való kapcsolatának következtében* oly mértékű fejlődési folyamaton megy keresztül, amelyenhez foghatót a születést követő egész élet alatt nem tapasztalunk.

A magzat fejlődése anyjával való interakció függvénye, amiben az anya nemcsak testével, hanem babájához fűződő teljes tudatos és tudattalan szeretetkapcsolatával vesz részt. Ezalatt a 9 hónap alatt kezd kialakulni és működni bennünk szinte minden, így a sérülés, a károsodás, de ebben az időben a legnagyobb a funkció megerősítés, személyiségfejlődés, érés, növekedés lehetősége is.

Szemezzünk néhány érdekesebb kutatási eredményből. Akart és nem akart gyermekek összehasonlító vizsgálatából kiderül, hogy a csecsemőhalálozási arány, az agykárosodás, a mentális retardáció és a súlyos szocializációs zavarok a nem akart gyermekek körében

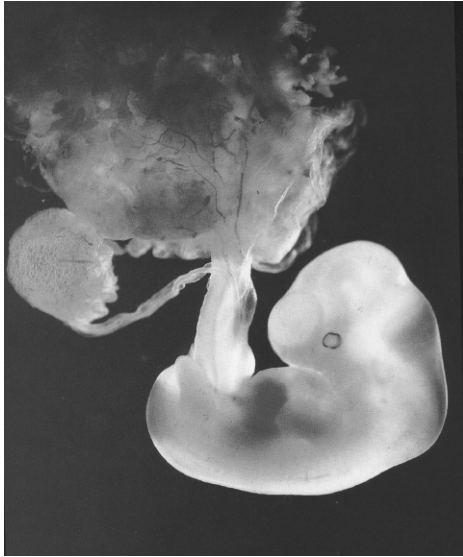


szignifikánsan magasabb számban fordulnak elő (Blomberg 1980).

A nem kívánt gyermekek körében végzett más vizsgálatok a születés utáni első hónapban kétszer magasabb csecsemőhalálozási arányt mutatnak a kívánt gyermekhez képest. (Bustan és Coker, 1994).

Egy másik vizsgálat tanúsága szerint azok a babák, akiknél a terhesség alatt a szülők között a kapcsolat megszakadt, alacsonyabb születési súllyal jöttek a világra azokhoz képest, ahol a kapcsolat harmonikus, illetve, ahol a kismama egyedülálló (McIntosh, 1995). Ebből a vizsgálatból már jól látható, hogy a baba fejlődése nem csupán az anyjától, hanem *kapcsolatrendszerektől* függ, amelyeknek az anya csak egyik, habár kétségkívül meghatározó tagja.

A méhen belüli kapcsolat jelentőségére hívja fel a figyelmet egy ausztriai vizsgálat is. Huszonhét olyan állapotos nőről számolnak be, akik terhességükről – igen meglepő módon – csak a méhösszehúzódnak beindulásakor vettek tudomást. Négy esetben magzati halált, egy esetben retardációt, három esetben koraszülést, és egy csecsemőhalált regisztráltak. (Brezinka 1994). Ahogy Brezinka vizsgálatai mutatják, a terhesség tagadása következtében intrauterin kapcsolati úrben élő gyermekek egy része növekedésnek sem indul, mások elhalnak, vagy súlyosan károsodnak.



A magzati pszichológia két kiváló magyar kutatója *Hidas György* és *Raffai Jenő* vizsgálataikkal kapcsolatosan megjegyzik, hogy: „Nem mehetünk el kritikai megjegyzések nélkül azon leendő anyák terhességi beállítódása mellett, akik különféle szorongásaikból eredően arra az álláspontra helyezkednek, hogy a babát békén kell hagyni, mert így nem okoznak kárt benne. Ennek éppen az ellenkezője igaz. *Azzal okoznak a gyermekben a legnagyobb kárt, ha nem vesznek róla tudomást.* ...Nem arról van tehát szó, hogy az anyáknak ne lenne természetes kapcsolatuk a babájukkal, sokkal inkább arról, hogy az, milyen mélységű, és hogy ezt a kapcsolatot milyen módon torzítja, befolyásolja, akár károsítja az anya pszichés állapota, szocializációs múltja, saját magzatkori élményei, szülőképei, és nem utolsósorban pszichoszociális környezetének feszültségei.”

A terápiás tapasztalatok, és a szakirodalmi adatok alapján a két kutató kidolgozta, és sikeresen alkalmazza a kapcsolatanalízis módszerét, amelyről bővebben a 2002-ben a Válasz Könyvkiadó gondozásában megjelent *Lelki köldökzsinór (Beszélgetések a kisbabámmal)* című könyvében olvashatunk.

### ***A magzat és a külvilág viszonya:***

Az anyaméh minden ökológiai rendszer prototípusának tekinthető. Az ember a magzati létben nem passzív, – csak testileg fejlődő lény –, hanem szükségletei, reakciói vannak a külvilágra, amit aktívan is ki is fejez. A magzat a külvilággal leginkább mozgása által kommunikál, amit az anya és néha a kívülállók is minden eszköz segítsége nélkül érzékelhetnek.

A magzat képes a külvilág ingereire válaszolni, ezek az ingerek érhetik saját fejlődő érzékszervein keresztül, de a külvilág jelei anyai közvetítéssel is hatnak rá.

Anyja és babája a beágyazódás pillanatától kezdve párbeszédet folytatnak egymással, és a lelki köldökzsinóron keresztül a magzatot eléri az anya belső világának minden rezdülése és a tágabb világ hatásai, stresszei. Azáltal, hogy az anyát érő hatások áttevéődnek egy az egyben a magzatra, így az anyát ért hatások befolyásolják a fejlődő magzat személyiségét, posztnatális viselkedésének különböző aspektusait, pl. az aktivitási szintet, emocionális reakciókészséget, figyelem mértékét és terjedelmét, az intelligenciát.

*Stressz-vizsgálatok* kimutatták, hogy szorongó, és feszült anyák babája hiperaktív, ingerlékeny és szorongó lesz. Tehát az anyák negatív terhességi beállítódása fejlődési hátrányt, míg a pozitív beállítódás fejlődési előnyt jelent. Így a magasán fejlett, differenciált személyiségnek fejlődési esélyeit az anyjával való kapcsolatának minősége már a méhen belül jelentősen meghatározza. Ha az elutasítás, a kapcsolathiany, a negatív érzelmek az uralkodóak, akkor baba kapcsolatai nem jönnek létre, és a felnövekedés során súlyos

kapcsolati zavarral küzd és ezáltal a társadalomba is nehezen illeszkedik be. Látható az intrauterin prevenció fontossága, annak érdekében, hogy megszüntessük a korai hiányokat és kihasználjuk a rendelkezésre álló emocionális, kognitív kapacitásokat.

*A kis kitérő után folytassuk az AquaNatal gyakorlatok bemutatását.*

## **6. Kommunikáció víz alatti hangokkal**

A víz alatti hangok segítségével történő kommunikáció lehetőséget ad arra, hogy a résztvevők ilyen sajátos módon hallassák hangjukat, és még többet megtudjanak a méhen belüli életről. A víz alatt kiadott hangokat hallva a várandós anyák jobban el tudják képzelni, mit és hogyan hall a magzat a burokban, még ha őt ott a magzatvíz veszi is körül, és nem a medence vize. A hang, képes mélyen a víz felszíne alá hatolni, a hangrezgések igen jól hallhatók és érzékelhetők a víz alatt.

Ez a közös felfedezések időszaka, melynek során az anya és a gyermek kapcsolata tovább mélyül.

## **7. Körjáték**

Ez a csoportgyakorlat előhozhatja a résztvevőkből spontán játékoságukat, és felszabadíthatja a boldogsághormonokat, miközben izgalmas és felszabadult perceket tölthetnek együtt. A gyakorlatot a játszó delfinek mozgását megfigyelve dolgozták ki. A várandós anyák vízi körjátékának intenzitása természetesen elmarad a delfinekétől, de így is sok örömet, felszabadultságot, eufóriát és vidámságot hoz.

## **8. Vízi jóga**



Ezek az ászanák nyújtják a hosszú izomkötegeket, javítják az egyensúlyt, a légzéstechnikát, pihentetik a szervezetet és javítják a koncentráció-képességet. A gyakorlat sikeres végrehajtásához – az egyensúlyi helyzet megtartásához – a tekintetet egy távoli pontba kell fókuszálni. A „növekszik a fa” mozdulatoknak és nyújtásnak köszönhetően a test hajlékonysága növekszik, a koncentrációra nagy szükség van. A várandósok egyik kedvenc jóga gyakorlata a Lebegő lótusz.

A víz felszínén, a hátán lebegő kismama kiválóan tud relaxálni, a pihenés alatt a magzattal kommunikálni, illetve az ászana segít a medence tágításában is.



## 9. Lebegtetés

A lebegtetés egy pihentető és kellemes gyakorlat, amely méltóképpen zárja le az AquaNatal foglalkozásokat. Ez egy páros gyakorlat, ahol a lebegtető személynek teljesen feszültség- és stressz mentesnek kell lennie a gyakorlat során. Ha a vízben lebegő testet tartó kéz feszült, a relaxáló hatás értelemszerűen kisebb lesz. A lebegtetést végző személynek egyfajta éberrel relaxált állapotban kell lennie, feszültségektől és stressztől mentesen, és ugyanannyira élveznie kell a gyakorlatot, mint a vízben lebegő várandós anyának. Gyakran előfordul, hogy a lebegés-gyakorlat közben a magzat apró, finom mozdulatokat végez, a lebegő és a lebegtető is élvezi a pillanatot.

*A szüléshez közeledve* gyakran megesik, hogy a várandós anya különösen feszültté, stresszessé válik, hiszen családja, ismerősei, nap mint nap felteszik az ominózus „Na mi az? Még egyben vagytok?” kérdést. Ez csak növeli a várandós nő idegességét és szüléssel kapcsolatos aggodalmait.

Az AquaNatal foglalkozások célja, hogy biztonságos helyet biztosítson az ilyen problémák, aggodalmak feloldásához, a félelmek víz alatti elengedéséhez, talán még egy-egy könnycsepp megjelenéséhez is. A sírás egy természetes feszültségoldó mechanizmus, egyfajta folyadék-kibocsátás, amely azt az időszakot kísérheti, amikor a várandósság telt pohara szinte már kicsordulni látszik. Valamennyi résztvevőnek szüksége van a csoport többi tagjától felé érkező szeretetre, támogatásra, feltétel nélküli elfogadásra, és arra, hogy megoszthassa a többiekkel ezt a csodálatos élményt, a szíve alatt növekvő gyermeket.

Dolgozatomban a mindennapi munkám során alkalmazott technikát kívántam ismertetni, illetve tapasztalataimat az alább felsorolt szakirodalom segítségével kiegészítve közölni.

### Felhasznált irodalom:

1. Marina Alzugaray: *American AquaNatal – Oktatói Kézikönyv* (2004, Budapest)
2. Petra Deimer: *Bálynák és delfinek* (Tessloff és Babilon Kiadó, 1990)
3. Hidas György, Raffai Jenő, Vollner Judit: *Lelki köldökszinór – beszélgetések a kisbabámmal* (Válasz Könyvkiadó, 2002 Budapest)
4. Hidas György: *Anyamagzati kapcsolatanalízis* (Pszichoanalitikus Konferencia 2000.okt.27-28.)  
<http://babanet.hu/publ/hidas.htm>
5. Andrek Andrea: *A kompetens magzat. A megtermékenyítéstől a társadalomig.* (Dinasztia Kiadó Budapest, 1977)

### Felhasznált fotók:

1. Marina Alzugaray honlapjai: [www.comadresinstitute.com](http://www.comadresinstitute.com) ; [www.aquanatal.com](http://www.aquanatal.com)
2. Sheila Kitzinger, Lennart Nilsson: *Már élész* (Gulliver Lap- és Könyvkiadó, 1990)
3. Saját készítésű fotók, AquaNatal Budapest, 2004 január; AquaNatal Győr, 2004 február-december

# KÖLDÖKZSINÓR VÉR, ÖSSEJTEK

Összeállította: *Dobosi Mária*

## A KÖLDÖKVÉR BEN TALÁLHATÓ ÖSSEJTEK TÁROLÁSÁNAK MILYEN HASZNA VAN A BETEGSÉGEK ORVOSLÁSÁBAN?

### KÖLDÖKZSINÓR VÉR, ÖSSEJTEK:

Amióta 1988-ban az első sikeres köldökvérből származó őssejt-transzplantációt elvégezték, számos információ jelent meg az őssejtekről, a tudományos és populáris folyóiratokban, médiában.

Szinte közhellyé vált: **„A közeljövőben a betegségek gyógyításában forradalmi változás várható!”**

A napvilágot látott hírek nyomán sokakat foglalkoztathatnak azok a kérdések, hogy mik az őssejtek, milyen gyakorlati jelentőségük lehet az orvostudomány számára, továbbá miért célszerű megfontolnunk a születendő gyermekünk őssejtjeinek megőrzését az esetleges transzplantáció céljából?

### AMIT AZ ÖSSEJTEKRŐL TUDNI KELL:

A megtermékenyítést követően a magzatkezdemény megkezdí önálló életét. Az embrionális fejlődés korai stádiumában az embrió sejtjeiből minden sejt- és szövettípus kialakulhat, tehát maga a magzat. Ezeket a sejteket embrionális eredetű őssejteknek nevezzük.

A kifejlett szervezetben is találhatunk őssejteket, csekély mennyiségben, azonban ezeket már szöveti őssejteknek hívjuk. A folyamatos differenciálódásuk mellett – miszerint egy bizonyos feladatra specializálódott sejté alakulnak – fenntartják önmagukat is. A szöveti őssejtekre jellemző az a tulajdonság, hogy nemcsak az adott szövet sejtjeivé képesek átalakulni, hanem képesek egy teljesen új fejlődési irányba differenciálódni. Ezt a jelenséget transz-differenciálódásnak nevezzük.

A szöveti őssejtek fejlődését, tehát hogy milyen sejtekké alakulnak át, az határozza meg, hogy milyen szöveti környezetbe kerülnek. Ez alapján a májban májsejté, az agyban idegsejté vagy támasztósejté alakulhatnak. A szervezetben a szöveti őssejtek feladata a sejtek pótlása és regenerálása. Azonban egyes szövetek, szervek nem tartalmaznak kellő számú őssejtet, ami a károsodott sejtek regenerálásához elégséges lenne. A létfontosságú szervek sejtjeinek károsodása eredményeként szervi elváltozások, működésbeli zavarok léphetnek fel. Ezen sejtek, szövetek pótlására a köldökszínórvér őssejt-transzplantáció hasznosítható lenne, ugyanis minőségileg és mennyiségileg a legoptimálisabb szöveti őssejt forrás a köldökszínórvér, amely az esetek többségében a méhlepénnyel együtt orvosi hulladékként megsemmisítésre kerül.

A jelenlegi biotechnológiai kutatási eredmények tükrében ez megengedhetetlen „pazarlásnak” tűnik. A folyamatos kutatások mellett egy

esély lehetne a betegségek elleni küzdelemben, ha a potenciális őssejt forrást jelentő köldökvért megőriznénk.

A köldökvér eredetű őssejtek megőrzése és orvosi felhasználása (transzplantációja) mellett számos érv szól, ugyanis a köldökzsinórvér őssejtek számos előnnyel rendelkeznek.

Az őssejtek működőképessége függ az életkoruktól. Ez azt jelenti, hogy miközben öregsünk, úgy öregednek velünk együtt a szöveti őssejtjeinket is. A sejtek folyamatos öregedésével a szöveteink egyre kevesebb jó minőségű, „fiatal” őssejtet tartalmaznak. Ezeknek a „megöregedett őssejteknek” tehát kevesebb az esélyük arra, hogy elvégezzék a feladatukat, mint egy kevesebbet osztódó „életerős” köldökzsinórvér őssejtnek, amely a forrásából eredendően csak kilenc hónaposnak tekinthető.

A technikai lehetőségek javulása, a sejt összeférhetlenségi tulajdonságának a vizsgálata azt is igazolta, hogy a köldökzsinórvér-őssejt átültetés nagyobb antigén eltérést tolerál –tehát nagyobb valószínűséggel alkalmazható – rokon, nem rokon transzplantációkban, mint az a csontvelői őssejt szuszpenzióból előállított csontvelő átültetésnél megengedett. Ez által nyilvánvalóvá vált, hogy a transzplantáció sikeressége összefügg a szervezet immunológiai tulajdonságaival.

Saját őssejtek felhasználásakor semmilyen káros immunológiai reakcióval, kilökődéssel nem kell számolnunk. Azonban egy másik személytől történő, hagyományos, csontvelő transzplantáció esetén életveszélyes szövődmény léphet fel (a graft-versus-host betegség). Ez a reakció azon alapul, hogy a transzplantátumban található T-sejtek nem ismerik fel a befogadó szervezetet, ezért rátámadnak annak sejtjeire.

Azonban ha a transzplantációhoz köldökzsinórvért használunk fel, az ezekben található T-sejtek még elég éretlenek ahhoz, hogy ne tudják megkülönböztetni önmagukat a befogadó sejtektől, így az esetek többségében könnyebb megfelelő, „szövet-összeférhető” donort találni a beteg számára.

Az őssejtek ún. szolidáris - donorbankban történő -elhelyezése, illetve saját célú eltárolása fontos lehet számos olyan betegség kezelésében, ahol értékes idők az által vesznek el, hogy megfelelő donort találjanak a páciens számára.

A megőrzött őssejtek tulajdonosa számára azonban nem kell donort keresni, mert a beültetés szempontjából legoptimálisabb tulajdonságokkal rendelkező, egészséges sejtek rendelkezésre állnak.

## **A KÖLDÖKZSINÓRVÉR ŐSSEJTEK FELHASZNÁLÁSÁNAK BIZONYÍTOTT KLINIKAI EREDMÉNYEI**

Életünk folyamán kialakulhatnak olyan betegségek, melyekre nem találhatunk más gyógymódot, csak a transzplantációt. Ez a tény indokolta azt, hogy világszerte létrejöttek csontvelő és köldökzsinórvér donorbankok, melyek

feladata, hogy megfelelő minőségű donorsejt-populációt szolgáltatson a transzplantációra szoruló betegek számára. A csontvelő őssejtek eredményes felhasználása mellett a köldökzsinórvér őssejtek orvosi gyakorlatban való alkalmazása is egyre inkább valós és reális lehetőségnek tűnik.

A köldökzsinórvér őssejt azonban nem csodaszer, ugyanis a sikeres sejtptótlásnak (gyógyulásnak) számos feltétele vannak.

### **Az őssejt-beültetés sikerességének meghatározói**

**Az őssejt-beültetés sikerességének valószínűségét meghatározza többek között a donor őssejt minősége és mennyisége, a betegség típusa, illetve súlyossági foka.**

- **A donor őssejt minősége.** A transzplantáció hatékonyságát befolyásolja az őssejt működőképessége, valamint másik személyből származó őssejt beültetés (ún. allo gén transzplantáció) esetén minőségi tulajdonságnak tekinthető a sejtek szövet-összeférhetőségi mutatói is, melyek meghatározzák, hogy a recipiens elfogadja-e „saját” sejtjének a beültetett őssejtet.
- **A donor őssejt mennyisége:** A sejtek, hogy feladatukat elvégezzék a javításra váró szövetben, sikeresen meg kell, hogy tapadjanak, melynek teljesítéséhez meghatározott sejtszám szükséges. A tapasztalatok alapján azonban még most sem sikerült pontosan meghatározni ezt a minimális sejtdózsist, mert a megtapadást, a sejtszám mellett, még számos tényező befolyásolja. Annyi azonban nyilvánvaló, hogy **a megtapadás sikeressége és a bejutatott őssejt szám között egyenes arányosság van.**

Az általános nézet az, hogy a köldökzsinórvér őssejtek alkalmazhatósága 40-50 kg-os testsúlyig bizonyul hatékonyak. Azonban ennek a testsúlykorlátozásnak a módosító tényezője a vérben található magvas sejtszám. Ugyanis egyes eredmények alapján a felnőttek terápiás célú köldökzsinórvér eredetű őssejt-transzplantációja sem lehetetlen. Az egyes vizsgálatokban a sikeresen transzplantált felnőttek átlagos testsúlya 69 kg volt. Az őssejtek hatékonyabb felhasználásával kapcsolatosan kutatások folynak, melyek biztató eredményeket mutatnak az őssejtek mesterséges szaporítására vonatkozóan.

- **A betegség típusa:** 1988, az első sikeres köldökzsinórvér őssejt-transzplantáció óta már több mint kétezer köldökzsinórvér őssejt-transzplantáció történt. Elsősorban a csontvelő elégtelenségben szenvedőknél használhatók a köldökzsinórvér őssejtek.

**A nemzetközi adatok azonban azt bizonyítják, hogy ezen kívül az őssejtek sikeresen felhasználhatók (pillanatnyilag) ötven betegség**

kezelésére, például egyes malignus (rosszindulatú) betegségek (mint a leukémia különböző változatai stb.), hemoglobin és vérképzési zavarok (mint az aplasztikus anémia stb.), immunhiányos állapotok (mint a Wiskott-Aldrich szindróma stb.), anyagsere-betegségek (mint a Hunter szindróma stb.) és autoimmun kórképek (mint a sclerosis multiplex stb.) kezelésére.

Az újabb eredmények azt mutatják, hogy a **közeljövőben további betegségek kezelésében is hatékony módszernek bizonyul a köldökzsínórvér-transzplantáció.** Ilyen betegségek közé tartozik például az **Alzheimer-kór, a cukorbetegség, a szív- és májbetegségek, az izomsorvadás és a Parkinson-kór.**

Továbbá a szakemberek kecsegtető ígérete szerint még további betegségek gyógyítása válik lehetővé az őssejtek génterápiája (miszerint kijavítják a rosszul működő gént) és mesterséges differenciáltatása (szövetek, szervek előállítására) révén.

- **A betegség súlyossági foka:** A betegségből való felgyógyulás szempontjából nagyon fontos figyelembe venni, hogy a beültetett őssejtek csak abban a szöveti szerkezetben tudják végrehajtani feladatukat, ahol megvannak azok a feltételek, amik a differenciálódásukhoz, fejlődésükhöz szükségesek.

Tudni kell azt, hogy az adott betegség genetikusan eredetű vagy külső tényezők hatására visszavezethető őssejt-károsodás következtében alakult-e ki.

- **Ha a betegség genetikailag meghatározott,** akkor az őssejt-transzplantáció már önmagában is eredményes lehet a betegség kezelésében.
- **Azonban ha a betegség genetikai eredetű,** őssejtjeink és beteg sejtjeink genetikai állománya megegyezik. Tehát ha a betegség kialakulása sejtjeinkben kódolt, saját őssejtünk ugyanúgy hordozza a „rossz gént”, mint a többi sejtünk. Ebből az okból kifolyólag ha ezeket az őssejteket használjuk fel a betegség kezelésére, ezek a hibás gének egy idő után újból kifejtetik káros hatásukat. Ennek elkerülése érdekében számos **génsebészeti kutatás folyik, melyek célja, hogy a hibásan működő géneket eltávolítsák.**
- **Azonban léteznek olyan betegségek is, melyek kialakulása külső tényezőkre vezethető vissza (pl. külső környezetből származó fertőzés).**

Ilyenkor az őssejt-transzplantáció csak akkor eredményes, ha azzal egyidejűleg az alapbetegség egyéb kiegészítő kezelése (immunszuppresszió) is megtörténik.

Tehát nyilvánvaló, hogy ezen ismeretek és eredmények tudatában minden olyan lehetőséget, mellyel ember életek menthetők meg, meg kell ragadni, és használni kell. A köldökzsínórvér őssejteket a tudomány mai és jövőbeni állása szerint a célnak megfelelően kell hasznosítani.

Az orvostudomány fejlődése annyira dinamikussá vált manapság, hogy az ember képzelőerejét is felülmúlja. Ilyen lendületesen fejlődő szakterület az őssejt-biológia, mely az őssejtekre alapozott lehetőségek kihasználását próbálja felkutatni. A Life-Sciences és magyarországi képviselője, a Sejtbank Kft. lehetőséget nyújt arra, hogy a következő generáció aktív részese legyen az őssejtekben rejlő lehetőségek maximális kihasználásának.

## **A SEJTBANK KFT. MŰKÖDÉSE**

Alapvető feladata a köldökzsinórvér-őssejtek tárolására irányuló szolgáltatás biztosítása. Az őssejtek tárolása a biotechnológia mai szintjén nem tekinthető bonyolultnak, de az őssejt fagyasztási technika nagy precizitást és szaktudást igényel. Ez a rendszer csak úgy tud tökéletesen működni, ha a tapasztalt, gyakorlott szakembergárda, a biztos anyagi háttér és a technikai felszereltség biztosított. Ezen szempontok figyelembe vételével a Sejtbank Kft. nemzetközi együttműködés keretében valósítja meg az újszülöttek köldökzsinórvéréből nyerhető őssejtek tárolására irányuló szolgáltatás megszervezését.

A *Sejtbank Kft.* - 18 európai országhoz hasonlóan - Európa legmagasabb színvonalú őssejt tárolással foglalkozó intézetével (*Life-Sciences*) áll kapcsolatban. A magyarországi képviselő tevékenységi köre magába foglalja a várandós kismamák tájékoztatását, a köldökzsinórvér-mintavételi készlet átadását és a vérminták gyors kijuttatását a cég belgiumi központi laboratóriumába.

A *Sejtbank Kft.* munkatársai a leendő szülőkkel egy személyes találkozás keretében megbeszélik az őssejt gyűjtésére és tárolására irányuló technikai kérdéseket, valamint a szolgáltatás részleteit tartalmazó szerződés is ezen alkalommal kerül aláírásra. A személyes találkozás során a „szülők” megkapják a köldökzsinórvér levételéhez szükséges egységcsomagot, melyet a szülés alkalmával a szülészorvosnak kell átadni. A köldökzsinórvér gyűjtésére a szülést követően kerül sor, egy erre speciálisan kialakított készülék segítségével. A levett vérminta 24-48 órán belül a központi laboratóriumba kerül, melyre a *Sejtbank Kft.* garanciát vállal. A vérminta a szállítása hőszigetelő anyagból készült dobozban történik, amely hőtartó zselét is tartalmaz. Ez biztosítja a 18-26°C közötti hőmérsékletet, függetlenül a külső hőmérséklettől. A központi laboratóriumban a legmagasabb minőségi elvárásoknak és a nemzetközi szabályrendszereknek megfelelően, a szakszerű feldolgozás során kivonják a vérből az őssejteket, melyek tárolása speciális hűtőegységben történik.

A szülők az őssejtek sikeres megőrzéséről egy bizonyítvány formájában igazolást kapnak. A megőrzött sejtek ezt követően a tulajdonos számára bármikor rendelkezésre állnak.

A tevékenység jogi környezete is megnyugtatóan rendeződött a **2003. október 20-án megjelent 60/2003-as ESZCSM rendelet által**, amely megfogalmazza a köldökzsinórvér gyűjtésére és tárolására vonatkozó minimumfeltételeket. Ez lehetővé teszi, hogy az e minimumfeltételeknek megfelelő egészségügyi intézmény jogosultságot szerezzen a köldökzsinórvér-minta levételére.

A *Life-Sciences* magyarországi képviselete ezen új szabályzók alapján megkapta működési engedélyét (6000443-14/2004).

A *Sejtbank Kft.* küldetése, hogy a szülés folyamán felmerülő egyedülálló lehetőséget, a köldökzsinórvér őssejtek megőrzésének megszervezését és lebonyolítását biztosítsa. A *Sejtbank Kft.* elkötelezett azon családokkal, védőnőkkel, nővérekkel, orvosokkal való együttműködésben, akik az újszülött köldökzsinórvér őssejtjeinek megőrzésének fontosságát mérlegelik. A cég – szakemberek bevonásával – szerepet kíván vállalni az őssejtekkel kapcsolatos ismeretek terjesztésében, ezért rendelkezésére áll, hogy az őssejtekkel, azok megőrzésével, a szolgáltatással kapcsolatosan tájékoztatást adjon – előzetes időpont egyeztetéssel – személyes találkozás vagy tudományos előadás keretében.

## Kapcsolódó rendelet:

### 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet

az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről

#### 2. Köldökvérössejt-gyűjtés minimum feltételei

##### I. Általános feltételek

1. A köldök vér össejt-gyűjtés során a várandós nő kivizsgálásakor a véradókra vonatkozó szabályokat kell alkalmazni. A köldökvér vétele, feldolgozása, szállítása és tárolása, valamint felhasználása során a csontvelő-transzplantáció szabályai szerint kell eljárni.

2. Köldökvér össejt-gyűjtést kizárólag az „egészségügyről” szóló 1997. évi CLIV. törvény 124. § szerinti érvényes megfelelés tanúsítással rendelkező egészségügyi szolgáltató vagy szülészeti szervezeti egység végezhet.

3. Amennyiben a köldök vér össejt feldolgozása és tárolása nem a gyűjtést végző egészségügyi szolgáltatónál történik, úgy a feldolgozást és tárolást végző szervezet és a szolgáltató között kötött szerződés alapján történhet a köldökvér gyűjtés. A szerződés mellékletét képezik az eljárásra jogszabályban előírt hatósági engedélyek.

<b>II. Személyi feltételek</b>	
Össejt gyűjtés és felhasználás területén képzett szülész-nőgyógyász szakorvos	1
haematológus vagy klinikai transzfuziológus szakorvos	1
<b>III. Tárgyi feltételek</b>	
a szülészet-nőgyógyászat szakmai minimum feltételei, valamint	SZ
CE jellel ellátott vagy ORKI által engedélyezett vérgyűjtő és szállító egység	SZ
a köldök vér össejt gyűjtéséről, tárolásáról és felhasználásáról szóló betegtájékoztató, melyet a beteg tájékoztatását végző szakorvos aláírásával és bélyegzőjével hitelesít	SZ
<b>IV. Egyéb feltételek</b>	
dokumentáció:	
a donorkivizsgálásról a szülésvezetésről az újszülött állapotáról az össejt gyűjtéséről, valamint annak szakmai ellenjavallat miatti elmaradásáról	SZ

*Szakmakód: 6301, 6302, 6303*



## NEMI ÚTON TERJEDŐ BETEGSÉGEK

Összeállította: *Nemes Zsuzsa*

Azért választottam ezt a témát, mert mindig is foglalkoztatott ez a téma, hiszen az általános iskolában semmit sem tanultuk a nemi betegségekről, a középiskolában pedig főként csak az AIDS-ről volt szó. Az egyetemen az egészségtan tantárgyból is tanultunk egy keveset ezekről a betegségekről. Én úgy gondolom, hogy ez egy igen fontos téma, és mint leendő egészségtan tanár fontosnak tartom, hogy a diákok halljanak, és tanuljanak a nemi úton terjedő betegségekről. Fontos, hogy tudják, hogy mivel állnak szemben, és ha baj van hova tudnak segítségért fordulni. Míg a szex egy jó partnerrel csodálatos, veszélyeket is rejt, amire mind a fiúknak, mind a lányoknak fel kell készülni!

Az életünk alapvetően fontos része a szerelem és a szex. Lehetőséget nyújt arra, hogy a párok megosszák egymással érzelmeiket, közelebb kerüljenek egymáshoz, intimebbé váljon a kapcsolatuk. Vannak, akik számára a szexuális együttlétnek nem feltétele a tartó párkapcsolat, míg mások csak hosszabb ismeretség, együtt járás után, monogám párkapcsolatban tudják elképzelni a szexet. Életünk folyamán sokféle kórokozóval találkozunk, és mindnyájan elkapunk bizonyos fertőzéseket. A fertőző betegségek közül, a leggyakoribbak és a legveszélyesebbek. A nemi aktus ideális lehetőség a kórokozók terjeszkedésére, ezért a leggyakoribb fertőző betegségek közé tartoznak a világon!

A nyugati országokban a betegek száma az 50-es évektől egyenesen emelkedett a 70-es évekig, majd a 80-as években megállapodott. A 80-as évek vége felé főleg a szifilisz és a gonorrhoea(tripper, kankó) újra emelkedni kezdett. Az emberek 10-50 %-az élete folyamán valamelyik nemi betegséget megkapja. Minél korábban kezdik a fiatalok a szexuális életet, annál gyakrabban és súlyosabban fertőződhetnek és betegedhetnek meg a nemi betegségekből. Manapság a legtöbb nemi úton terjedő betegség kezeléssel gyorsan meggyógyítható, terjedése megelőzhető. Részből a légi utazás következményeként azonban számos régi törzs gyógyszer rezisztens formája elterjedt a világban. Ez a fajta törzs játszott szerepet az AIDS-t okozó HIV vírus gyors terjedésében is.

A nemi úton terjedő betegségek visszaszorítása a biztonságos nemi élet szorgalmazásával, a lakosság felvilágosításával, megfelelő orvosi szerekekkel lehetséges. Az óvszer a legbiztonságosabb megelőző eszköz, ha idejében feltesszük, és ha megfelelően használjuk!

**MIT JELENT AZ SZTB MOZAIKSZÓ?** – SZTB= Szexuális úton Terjedő Betegségek. Ezek fertőző betegségek, melyekre jellemző, hogy általában, de nem kizárólag nemi úton terjedhetnek. Vannak köztük olyanok is, amelyek a nemi szerveken kívül más szerveket, sőt az egész szervezetet megbetegíthetik. Több mint 25-féle betegséget ismerünk, amelyek nemi úton terjedhetnek. A kórokozók lehetnek baktériumok, vírusok, gombák, állati egysejtűek. A fertőzés többféle úton átadható. Fontos tudni, hogy ezek a betegségek nemcsak a nemi szerveket, hanem a vizeletkiválasztó rendszert, sőt egyesek az egész szervezetet érintik.

A nemi úton nemcsak a hüvelyi közösülést jelenti, hanem az orális szexet (a nemi szervek szájjal és nyelvvel történő ingerlése), és az anális szexet (a pénisz végbélnyílásba történő behatolása) is. Amikor ezek a fertőzések orális szex során terjednek, a tünetek a szájban és a torokban is megjelenhetnek. Bizonyos betegségfajták vízzel, táplálékkal, vérátömlesztéssel, orvosi műszerekkel is terjedhetnek.

## **MIÉRT FONTOS AZ SZTB-KET ISMERNI ÉS BESZÉLNI RÓLUK?**

Életünk bizonyos szakaszaiban mindannyian elkapunk fertőzéseket. A SZTB-k általában nem jobbak és nem rosszabbak a többi fertőző betegségnél, hiszen legtöbbjük viszonylag könnyen gyógyítható. Kezeletlen esetekben azonban komoly, maradandó egészségkárosodást hagyhatnak maguk után, például nők esetén meddőséget.

A nemi úton terjedő betegségek egy másik csoportja már veszélyesebb. Ide tartozik például a ma még gyógyíthatatlannak tartott AIDS, és a bizonyos esetekben maradandó egészségkárosodást okozó hepatitis B (fertőző májgyulladás). Vannak olyan vírusok is, amelyek esetenként közreműködnek daganatos betegségek kialakulásában (pl. nemi szervek herpesz vírus fertőzése). Ezekben az esetekben különösen fontos a megelőzés.

## **KI FERTŐZŐDHET MEG?**

Bárki, aki szexuális aktusban vesz részt. Ha partnerednek fertőzése van, elkaphatod és tovább is, adhatod a betegséget, akkor is, ha történetesen nincsenek tüneteid. Ez nem jelenti azt, hogy feltétlenül kicsapongó életet kell élned ahhoz, hogy megkapj és továbbadj ilyen fertőzéseket, de tudnod kell, hogy minél több partnerrel létesítesz védekezés nélküli szexuális kapcsolatot, annál nagyobb veszélynek teszed ki magad.

Még ha a pároddal hosszabb ideje hűséges partnerkapcsolatban élsz is, akkor is előfordulhat, hogy egyszer csak egyikőtök felfedez magán valamilyen fertőzést. Ez azért lehetséges, mert vannak olyan kórokozók, amelyek a szervezetben tünetmentesen, szunnyadó állapotban tartózkodnak, és akár hónapok múlva ébrednek csak fel és okoznak tüneteket. Előfordulhat például, hogy valaki az előző kapcsolatában felszedett valamilyen betegséget, és tünetmentesen hordozta a kórokozót anélkül, hogy tudna róla. Egyszer csak minden ok nélkül tüneteket észlel magán, vagy ha a partnerét is megfertőzte, lehet, hogy csak a partnerének lesznek panaszai.

Így hát lehetőleg ne vonj le téves következtetéseket partnered hűségére vonatkozóan csak azért, mert egyikőtök fertőzés jeleit észleli magán!

## **MILYEN TÜNETEKRE KELL ODAFIGYELNI?**

Ha bármely következő tünetet észleld magadon, fordulj orvoshoz! Jusson eszedbe, hogy minél hamarabb fordulsz orvoshoz, annál könnyebb és gyorsabb a gyógyulás!

### Lehetséges tünetek:

- Szokatlan, rendellenes hüvelyi folyás. Nőknél normális esetben is tapasztalható valamennyi nedvesség, enyhe folyás, ami a hüvely öntisztuló folyamata. Emiatt még ne aggódj, csak ha a nedvesség / folyás: színe megváltozik, szaga megváltozik, kellemetlenné válik, sűrűvé, bővebbé válik, bőrviszketést okoz.

A természetes hüvelyváladék színtelen, vagy tejszerűen fehéres-sárgás, enyhén savanykás szagú és a gyulladás jelei a nemi szerveken nem láthatók. A szeméremtest érzékenységevel égő, viszkető érzéssel jár együtt.

- Szokatlan váladékcsepp távozik a péniszből. Gyulladás és fájdalmas hólyagok megjelenése, kiütésszerű bőrpír, viszketés a hüvely, végbél, pénisz területén, környékén. Gyakori a vizelet inger, amit égő és/vagy fájdalmas vizelet kísér. Szokásosnál gyakoribb, a hólyag kiürítése után sem szűnő vizelet inger. Közösülés közben végig meglévő fájdalom, vagy utána fájdalom érzése a nemi szerveken, alhasi tájékon, és a kellemetlen szag.

- A húgycső gyulladása gyakran társul hüvelygyulladással. A hüvelygyulladást gombák, baktériumok, protozoon (trichomonas) egyaránt előidézhetik.

- Hólyag, seb, fekély, keletkezhet a bőrön: a hüvely vagy a végbél környékén.

- Rossz közérzet, hőemelkedés láz.

### Az SZTB –k leggyakoribb és tipikus tünetei:

- húgycső duzzadt, érzékeny,
- belőle váladék szivárog, ami nyomot hagy a fehéreneműn,
- a gyakori vizelési inger éget és/vagy fájdalmas vizelés kíséri,
- a gyulladás megtámadhatja a belső nemi szerveket.

**SOKAN HORDOZZÁK ÚGY A FERTŐZÉST, HOGY KÖZBEN SEMMILYEN ELVÁLTOZÁST, TŰNETET NEM ÉSZLELNEK.**

Sokan hihetetlenül jól tűrik a fájdalmakat és egyéb kellemetlen tüneteket, miközben sziklaszilárdan hiszik, hogy majd magától elmúlik a baj. Lehet, hogy szerencsájük van, és valóban eltűnnek a panaszok – egy időre –, de aztán minden kezdődik előlről. A nőgyógyászati rákszűrésen való rendszeres részvétel azért lényeges, mert pl. a méhnyak-fekély csak e speciális nőgyógyászati vizsgálat kapcsán fedezhető fel. A belső női nemi szervek gyulladását kismencedei gyulladásnak is nevezik.

### Az alábbi tünetek a kismencedei gyulladás gyanúját vetik fel:

- gennyes, nyákos folyás a hüvelyből,
- alhasi érzékenység és fájdalom, ami nőgyógyászati vizsgálatkor fokozódhat, hőemelkedés, láz,
- vérkép vizsgálata során emelkedett fehérvérsejt szám.

Ha változásokat észlelsz magadon, sürgősen keresd fel a lakóhelyedhez legközelebb eső Bőr és Nemi Beteg Gondozó rendelést. A gyógyulás annál hatékonyabb, minél korábban lehet elkezdni. Mindig kezelni kell a kapcsolatban érintett másik partnert (partnereket) is! Hazánkban évente mintegy 1500 újszülöttnél kell a szexuális úton terjedő betegségek ártalmaival számolni.

## **MI VAN AKKOR, HA FERTŐZÉSRE GYANAKSZOL?**

Az orvos tudja csak megmondani, melyik kórokozó betegített meg, és melyik gyógymód a leghatásosabb a betegségedre.

### Ahová gyanú esetén fordulhatsz:

- Városi, kerületi bőr- és nemi beteg gondozó,
- Bőrgyógyászati klinika, SZTB szakrendelés,
- Nőgyógyász, urológus,
- Bőrgyógyász szakorvos (magánrendelések)

## **MI TÖRTÉNIK A KLINIKÁN, RENDELŐBEN?**

Az itt dolgozó emberek jártasak a szexuális úton terjedő betegségek kezelésében. Számukra természetes, hogy a nemi szervek betegségeivel foglalkoznak, és ezeket gyógyítják, így ne félj elmenni egy ilyen rendelésre.

1. Megkérdezik tőled a panaszaidat, tüneteidet, és általában érdeklődnek az egészségi állapotodról. Megkérdezhetik, hogy milyen típusú szexuális érintkezést folytattál az elmúlt időszakban (orális, anális, vaginális).

2. Ezután részletes vizsgálat következik:

- Megvizsgálják a nemi szerveid és környékét.
- Vizeletmintát kérnek.
- A pénisz illetve a hüvely váladékából mintát vesznek, kenetet készítenek.
- Nők esetében hüvelyi vizsgálat is fontos. Ekkor a hüvely falából, méhnyakból vizsgálatra mintát vesznek. A mintavétel nem fájdalmas, de kicsit kellemetlen lehet.

3. Nők esetében fontos, hogy közöljék az orvossal, a terhességet vagy a terhesség gyanúját, mert a gyógyszerek egy része káros lehet a magzatra.

4. Lehet, hogy az orvos azonnal meg tudja állapítani, milyen fertőzésed van, és receptet, gyógyszert is ad, de általában a vizsgálati eredményekre néhány napot várni kell. Ekkor vissza kell térned az orvosodhoz, aki ekkorra már pontos diagnózist tud mondani, és célzott kezelést kezd. Sokszor, a kúra végén még egy ellenőrző vizsgálatra sor kerül, amely a kezelés hatásosságát vizsgálja. Fontos, hogy az orvos által megadott időpontokban minden esetben jelenj meg a rendelésen!

**FONTOS ÉS BIZALMAS: MINDEN ÁLTALAD NYÚJTOTT INFORMÁCIÓT, ADATOT A BETGSÉGEDDEL KAPCSOLATBAN A LEGSZIGORÚBB TITOKTARTÁSSAL KEZELNEK.**

### **ÉRTESSITSD SZEXUÁLIS PARTNEREIDET!!!**

Értesítsd mindazokat, akikkel az elmúlt hónapokban együtt voltál, hiszen esetleg ők is fertőzöttek lehetnek, és minél előbb orvoshoz kell fordulniuk!

Sokszor a párok együtt mennek el SZTB rendelésre. Ezzel egyrészt bátorítják egymást, másrészt, ha együtt kezelik őket, biztosak lehetnek abban, hogy nem fertőzik meg újra egymást. Lehet, hogy tünetmentes, és nem is tud arról, hogy másokat is megfertőzhet. Még egy névtelen levél is jobb a semminél.

### **HOGYAN VÉDHETED MEG MAGAD A FERTŐZÉSTŐL?**

Tulajdonképpen hatásos lehet a Kalmopyrin is lábközé szorítva, mint ezt őseinktől jól tudjuk, azonban sok esetben mégsem ezt választják. A következőkben azokat a lehetőségeket soroljuk fel, amelyekkel élve jelentősen csökkentheted a fertőzés kockázatát:

- *Csökkents a szexuális partnereid számát!* Minél több emberrel létesítesz védekezés nélküli szexuális kapcsolatot, annál nagyobb eséllyel bújsz ágyba olyannal, akinek SZTB-je van, és megfertőzhet. Természetesen mindez a partnereidre is vonatkozik. Ne feledd! Partnereid partnerei (legalábbis a fertőződés szempontjából) a Te partnereid is!
- *Előbb használd az eszed, csak utána a tested!* Ha a partnered nemi szervén, vagy annak környékén gyulladást, szokatlan váladékozást, kis hólyagokat, egyéb rendellenességet észlel, ne szeretkezz vele! Ha neked, vagy a partnerednek hólyag, vagy más elváltozás van a száján, szájüregében, ne kezdjétek orális szexbe egészen addig, ameddig ezek el nem tűnnek!
- *Használj megfelelő minőségű gumióvszert!* Ha helyesen használod, sokféle fertőzéstől megóvhat. Nemcsak férfiak, hanem nők számára is gyártanak (hüvelybe helyezhető) óvszert, bár ez utóbbi kevésbé elterjedt, mint a férfi kondom. Orális szexhez is érdemes latex védőréteget (latex sheet) használni.
- *Szeretkezés után amilyen gyorsan csak lehet, ürítsd ki a hólyagodat, és alaposan mosd meg a nemi szerveidet és környékét!* Ez a módszer segíthet elkerülni a hólyag és a húgycső, gyulladással járó betegségeit.
- *Beszéld meg a partnereddel!* A jó partnerkapcsolatra az is jellemző, hogy nyíltan tudtok beszélni testi, lelki problémákról egyaránt, hogy még több örömet jelentsen a kapcsolat

számotokra. Beszélj meg akkor is, ha fertőzésről tudsz, vagy akár csak gyanakszol rá. Ez nem mindig könnyű, de gondoldj arra, hogy lehet, hogy éppen tőle kaptad el. Gyakran előfordul, hogy a párok pingpong szerűen egymásnak oda-vissza adogatják a fertőzést. Ez persze nem tesz jót a gyógyulásnak. Egymástól el lehet kapni a fertőzést újra és újra, ezért mindkettőtöknek kezelést kell kapnia még akkor is, ha csak az egyik félnek vannak tünetei!

### Hagyományosan 5-féle betegséget soroltak a nemi úton terjedő betegségek közé:

#### - Szifilisz (luesz, vérbaj):

A fertőzést egy spirocheta baktérium, a Treponema pallidum okozza. Magyarországon is nagyon gyakori. Ha szifilisz partnerrel létesítenek szexuális kapcsolatot, egyetlen közösülést követően is 50% az esély arra, hogy a partner is megfertőződik.

A szifilisznek 4 stádiuma létezik: első, második, harmadik és vele született

Az első stádium a megfertőződéstől számított 10-90 napig tart és a fertőzött területen fekély jelenik meg, nagyon fertőző.

A második stádium az elsőől számított 6 hét, melynek tünetei: a test teljes felületén kiütés található, fejfájás, láz, étvágytalanság kíséri.

A harmadik stádiumnak sok formája fordul elő és akár külső nyomok nélküli, tünetmentes is lehet. Ha a harmadik stádiumot 0000,,„alulkezelik (nem elegendő dózisú gyógyszer), a szívre, agyműködésre, és a teljes emberi szervezetre kihatással lehet.

A szifilisz általában vérvizsgálat útján diagnosztizálják. A betegség sok problémát okozhat a teljes emberi szervezetben: szív, agy, bőr, csont, felső légúti szervek és máj. A szifilisz antibiotikummal kezeléssel gyógyítják. Mindenképpen szakorvosi konzultációra és kezelésre van szükség a megfelelő gyógyuláshoz, mert ezek hiányában a betegség halálhoz vezet.

A fertőzött személlyel történt szexuális együttlét után 3 héttől 3 hónapig terjedő időszakban jelennek meg a sebek. A sebek úgy néznek ki, mintha lyuk lenne a bőrben, kiemelkedő peremmel. Általában fájdalommentesek. A sebek néhány hét után eltűnnek, de a baktérium csíra a testben marad, és a betegség újra megjelenik az egész test felületén, mint kiütés.

Ez a kiütés is eltűnik, de a baktérium megtámadhat más testrészeket is évekkel később.

A szifilisz penicillinnel teljesen gyógyítható bármely stádiumban.

Vele született: Az anyától kapja el.

Nők esetében: a sebek a hüvelyben is lehetnek.

#### - Gonorrhoeát és Chlamydia (Tripper, Kankó, Klamídia”):

A Gonorrhoea világszerte elterjedt általános megbetegedés, melyet a Neisseria gonorrhoeae nevű baktérium csíra okozza. A gonorrhoeás esetek 82%-a tinédzsereknél és fiatal felnőtteknél fordul elő. A nők megbetegedése kétszer olyan gyakori egy aktust követően, ha fertőzött férfival volt együtt, mintha a férfiak egyetlen együttlét alkalmával fertőzött nővel lennének együtt. A gonorrhoeás fertőzések mindkét nemnél tünetmentesek is lehetnek.

A tüneteket: folyamatos és fájdalmas vizeletürítést valamint hüvelyi folyást tapasztalhatunk.

Ekkor először bakteriális fertőzés gyanúja merül fel, majd tenyésztéses vizsgálat erősíti meg a diagnózist. A Gonorrhea antibiotikummal kezelést igényel, tehát fordulj mindenképpen orvoshoz a megfelelő diagnózis megállapítása és a betegség kezelése miatt. E célból Penicillint szoktak alkalmazni, de sok válfaja ellenállóvá vált már vele szemben, ezért újabb típusú antibiotikumokat is használnak. Mindkét szexuális partnert kezelni kell, és az együttléteket kerülni kell a fertőzés kezelésének ideje alatt. Ha nem kezelik a gonorrhoeafertőzést, károsíthatja a szívet, vagy ízületi gyulladást okozhat. A fertőzés néhány naptól néhány hétig

terjedő időszakon belül jelenik meg egy fertőzött személlyel történt szexuális együttlét után. Férfiak esetében: folyadék (genny) jön ki a pénisz nyílásából. Fájdalmas lehet a vizezés is. A tünetek nagyon erősek és alig észrevehetőek is lehetnek.

Nők esetében: általában nagyon gyenge vagy semmilyen tünet sem jelentkezik, azonban, ha nem kezelik megfelelően, súlyos következményei lehetnek (medencegyulladás), melyekből kifolyólag később nem lehet gyermekük.

Antibiotikummal teljesen gyógyítható betegségek, amennyiben időben kezelik őket.

#### Chlamydia:

A chlamydia fertőzést a Chlamydia trachomatis nevű baktérium okozza. Ez a fertőzés gyakran a gonorrhoea-s megbetegedéssel egyidejűleg fordul elő. A chlamydia a leggyorsabban terjedő szexuális úton történő megbetegedés. Évente több mint 3 millió férfinél és nőnél diagnosztizálják ezt a fertőzést. A tünetmentes és lappangó fertőzés előfordulása igen gyakori. A férfiaknál a fertőzés felfedezésétől számított 7-21 napig fájdalmas és gyakori vizeletürítés jellemző. A nőknél gyakran tünetmentes a betegség. A chlamydia antibiotikum kezelést igényel. Mindenképpen szakorvosi vizsgálatra és gyógyszeres kezelésre van szükség. A kezelés ideje alatt a fertőzött partnerek mindegyikét alá kell vetni a gyógyszeres terápiának és ez idő alatt egészen a gyógyulásig a szexuális érintkezést szüneteltetni kell.

A baktérium a sejteken belül él, míg az alkalmazott gyógyszerek többsége csak a sejtek körüli térig tud eljutni. Ezért a kezelés rendkívül nehéz, sokszor hónapokig is eltarthat.

- Sankroid (lágycékély),

- Limfogramuloma venereum (Hólyagocskák a nemi szerveken)

- Granuloma inguinale (Nemi szervek idült gyulladása)

Egyéb betegségek, amik szintén nemi úton terjednek:

#### A nemi szervek herpesze:

A szájon található herpeszhez hasonlóan a nemi szervek bőrén és nyálkahártyáján is előfordulhat herpesz. Ezt a HSV (Herpes Simplex Vírus) egy másik fajtája okozza, de éppen olyan makacs, nehezen kiirtható és fertőzőképes, mint szájon élő társa. Jelenlétét összefüggésbe hozzák a méh nyakrák kialakulásával is, ezért a felismerés és a gyógyítás nagyon fontos, de még fontosabb a megelőzés. Óvszer használatával elkerülhető ez a betegség is, de ha már megbetegedtünk, ne felejtsük el a partner kezeléséről sem! Az orvosi szakirodalomban pingpongozásnak hívják azt a jelenséget, amikor csak az egyik felet kezelik, és a pár akár évekig oda-vissza adja egymásnak a betegséget. Akinek egyszer már volt genitális herpesze, készüljön fel arra, hogy bármikor újra kijöhet, és ilyenkor fertőz is.

Vírus csíra okozza, melyet kezelni lehet, de gyógyítani nem. A tünetek 3-10 nappal egy már fertőzött egyénnel történt szexuális együttlét után jelennek meg. A herpesz sebek először kis hólyagokként jelennek meg, majd kis lyukakká fejlődnek, később behegesednek. 5-15 napon belül begyógyulnak és eltűnnek. A vírus a testben marad, és a sebek újra megjelenhetnek a jövőben, akár gyakrabban is. Nők esetében ritkán észrevehető, mivel a sebek a hüvely belsejében lehetnek.

#### A hepatitisz:

Egy nagyon komoly vírusfertőzés, mely a májat támadja meg.

Lázat, hasi fájdalmat, fáradtságot, sárguló szemeket és bőrt, sötétedő vizeletet okozhat.

Pihenéssel gyógyítható. Létezik oltóanyag, mellyel megelőzhető.

### Az ágyéki tetvek („lapostetű”):

Nagyon kicsi (3 mm) szürke vagy barna rovarok, melyek a fanszörzetben élnek és viszketést okoznak. Könnyen kezelhetőek folyékony gyógyszerrel, melyet közvetlenül a fanszörzeten kell alkalmazni.

### A rühesség:

Hasonló a tetvekhez, de a rovarok annyira kicsik, hogy szemmel nem láthatóak, és a bőr alatt helyezkednek el. Nagyon viszkető, kis sebeket okoz a teljes testfelületen.

Folyékony gyógyszerrel kezelhető a teljes testfelületen. A ruhákat, ágyneműt és törölközőket alaposan ki kell mosni a kezelés után, mivel a rovarok ezekben is megtelepedhetnek.

### A HIV fertőzés, AIDS (szerzett immunrendszer elégtelenségi szindróma):

AIDS Human Immunodeficiency Vírus (HIV) és Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) A HIV vírus az, amelyik okozza az AIDS-t. A leggyakoribb rizikófaktor a férfi homoszexuális együttlét. Azonban a vírus terjedhet heteroszexuális együttlét útján is vagy vérátömlesztéssel, bár ezek kevésbé gyakoriak. Tehát a HIV fertőzés megelőzhető. A HIV az a vírus, amely befolyásolja az emberi immunrendszert. A T-helper sejtek normális szerepe az, hogy megvédjenek a fertőzések ellen. Amikor a HIV vírus behatol ezekbe a sejtekbe, burkot hoz létre. Ez a burok megnyílik és egy egyfonalú RNS-t bocsát ki egy reverse transcriptase enzimmel együtt. Ez az enzim aztán átalakítja az egyfonalú RNS-t duplafonalú DNS-sé. Ez a DNS aztán egyesül egy normál sejt DNS-ével. Az immunrendszer maradéka nem válaszol, mert a vírus a sejten belül található. A HIV vírus átveszi a sejt felett az irányítást és kényszeríti az immunrendszert millió másolat készítésére a vírusból. A megfertőzött személyek gyakran egyszerű fertőző betegségeken halnak meg, mert nem működik szervezetük védekező rendszere. Klinikailag a HIV náthaszerű tünetekkel jelentkezik, aztán a tünetmentesség lép fel de a vírus száma közben folyamatosan duplázódik. Ahogyan a vírus jelenléte növekszik a szervezetben az immunrendszer állapota fokozatosan romlik és az opportunista fertőzések még gyakoribbakká, válnak.

Néhány leggyakoribb megbetegedés: a szájpenész (gombás fertőzés), a Kaposi szarkóma (rák), a tüdőgyulladás, a visszatérő herpesz fertőzések és végső stádiumban a komoly bakteriális vagy gombás véráram fertőzések. Nagyon sok készítmény létezik, amelyek segítik a HIV vírus terjedésének lassulását, azonban jelenleg nem ismert semmilyen gyógymód és a legtöbb fertőzés gyógyszer rezisztens. Hazánkban a HIV-tesztet kérésedre akár névtelenül is, ingyenesen elvégzik.

Nincsenek látható jelei a fertőzés első éveiben, így nem megállapítható, hogy a partnere fertőzött-e vagy sem, hacsak nem végeztet HIV vírus tesztet. A fertőzés után körülbelül tíz évvel halálos lehet. Az AIDS megelőzhető betegség. Szexuális kapcsolat útján terjed, illetve kábítószer fogyasztás során közösen használt tűk és fecskendők által.

### A Genitális szemölcs Human Papilloma Vírus (HPV):

A HPV egy dupla láncú DNS vírus, amely szemölcsöket okoz a nemi szerveken. Több mint 65 típusa létezik a vírusnak. Bizonyos típusú HPV fertőzés okozhat rákos elváltozásokat a nemi hámszövetben. A kóros elváltozások általában szemölcsök vagy foltok a bőrön melyek elég kellemetlen látványt nyújtanak.

Nőknél a fertőzés lehet a hüvelyben vagy a méhnyakon. Ez utóbbi esetben a fertőzés méhnyakrákot okozhat. A fertőzés ragályos és talán rákkeltő természete miatt a kezelés feltétlenül szükséges. A terápia a szemölcsök eltávolításán alapul, fagyasztással vagy leégetéssel. Némely gyógyszer alkalmazható orvos által, vagy a páciens megfelelő oktatása után otthon is. Van néhány kellemetlen mellékhatása. Ezek a következők lehetnek: fájdalom, égés, gyulladás, bőr erózió, sebek, bőrvörösség, és a készítmények nem használhatók a terhesség

alatt. Nincs megfelelő gyógymód, és a szemölcsök visszatérhetnek bármikor. Genitális szemölcsrel megfertőződött betegek könnyebben kapnak el más nemi betegségeket is.

(Fertőzött személlyel történt szexuális együttlét után 1 hónaptól 1 évig terjedő időn belül)

Férfiak esetében gyakran túl kicsik, hogy látni lehessen.

#### Hüvelygyulladás:

A hüvely fertőzöttsége, mely általában hüvelyi folyást okoz, néha kellemetlen szagú és irritáló. Többféle baktérium csíra okozhatja, de olyan baktériumok is, melyek normál állapotban is jelen vannak a hüvelyben. A folyás mikroszkopikus vizsgálata során fedezhető fel. Általában könnyen kezelhető megfelelő gyógyszer segítségével, melyet az okozó baktériumtól határoz meg.

#### Kismedencei gyulladás:

A kismedencei gyulladás (PID) általában a gonorrhoea és a chlamydia szövődménye, de okozhatja más bakteriális fertőzés is. Általában méh, petevezetők vagy a kismedence területeire kiterjedő megbetegedés. Sokféle tünete lehet, de rendszerint hasi fájdalom és feszülés, láz, valamint hüvelyfolyás kíséri.

Ez egy nagyon komoly fertőzés, ami antibiotikus, gyakran kórházi kezelést is igényel.

Mindenképpen szakorvosi diagnózis felállítására és szakorvosi kezelésre van szükség. Ha alulkezelik, akkor a fertőzés meddőséget is okozhat.

#### Hüvelyi bakteriális megbetegedés:

A hüvelyi bakteriális fertőzést különböző ártalmatlan baktériumok okozzák. Nagyon sok féle létezik belőlük. A fertőzés jele, tünete kellemetlen szagú folyás, de tünetmentes is lehet. Antibiotikus kezeléssel gyógyítják. Mindenképpen szakorvosi konzultációra és kezelésre van szükség a megfelelő gyógyuláshoz, melynek hiányában kismedencei gyulladás, meddőség is kialakulhat.

#### Hüvelyi gombás megbetegedések:

Leggyakrabban a candida típusú gombák okozzák a megbetegedést, de más fajok is szóba jöhetnek. Nagyon gyakori betegségek. Viszketéssel, folyással és néha vizelet panaszokkal járhatnak. Tartós antibiotikus kezelés hajlamosíthat a betegségre, mivel kiirtja a hüvelyben a rendért felelős tejsavbaktériumokat. Normális körülmények között ők felelősek azért, hogy a gombák ne tudjanak elszaporodni. Ezért a kezelés részeként gyakran ajánlanak tejsavas hüvelyöblítést, ami segít a természetes rendet helyreállítani. Persze ez önmagában nem elég, gyógyszeres kezelésre is szükség van. Nagyon sok nő nem is tudja magáról, hogy fertőzött. Nagyon gyakori, hogy kisgyermekével a kádban együtt fürdő anya fertőzi meg gyermekét, és a gyermekorvosnál tudja meg, hogy az a kicsi folyás, amihez már hozzászokott, egy betegség tünete. Azok a cukorbetegség, akiknek a vizeletében – a nem jól beállított kezelés miatt – megjelenik a cukor, szintén fogékonyabbak a megbetegedésre, mert a gombák szinte táptalajként használják az ilyen vizeletet.

#### Trichomoniasis:

A Trichomoniasis egy könnyen gyógyítható fertőzés, melyet a Trichomonas vaginalis protozoon okoz. A fertőzés jele és tünetei előfordulhatnak az enyhébb formától egészen a komoly, rossz szagú vaginafolyásig, intenzív viszketés és fájdalmas vizelet, férfiaknál



azonban előfordulhat a tünetmentesség. A Trichomoniasis antibiotikum kezelést igényel, tehát mindenképpen orvoshoz kell fordulni a megfelelő diagnózis és kezelés érdekében. A választható szer a metronidazol (Klion). Nagyon hatásos készítmény de számos mellékhatást okozhat. Mindkét partner kezelése szükséges.

#### Az élesztőgomba fertőzés:

Gomba csíra okozza. Viszkető pirosságot okoz a körülmetéletlen férfiak előbőrén. Nőknél sűrű, fehér, viszkető hüvelyi folyást okoz. Könnyen kezelhető gombaölő krémmel vagy tablettával.

#### Az SZTB-k késői következményei:

- meddőség,
- méhen kívüli terhesség,
- magzati és újszülött kori ártalmak.

#### A herék, mellékherék gyulladása, a férfi meddőség leggyakoribb oka.

Ilyenkor a herezacskó bőre forró, piros, tapintásra érzékeny és fájdalmas.

Hólyag, seb, fekély, keletkezhet a bőrön, a nemi szervek vagy a végbél környékén. Leggyakrabban a nemi szervi herpesz és a vérbaj okozhatja.

Csak szexuális kapcsolat során lehet megfertőződni. Minden kapcsolat veszélyeket hordoz.

#### A Nők gyenge pontja:

Az elmúlt években ugrásszerűen megnőtt a hüvelyi gombás fertőzések és az egyéb nemi megbetegedések száma. A viszkető, égő érzés formájában jelentkező problémáért nem minden esetben az uszoda, a szauna vagy a partner okolható, a baj többnyire természetesen elkerülhető.

Az élet néha igazságtalan. Vegyük például a szexuális életet. A nőknek 50 százalékkal nagyobb az esélye, hogy közösülés közben valami fertőzést kapnak, mint a férfiaknak. A nők leggyakrabban fertőzések miatt kénytelenek felkeresni a nőgyógyászt. A hüvelyi gombás fertőzések száma az elmúlt években kétszeresére emelkedett. A nők 60 százalékának volt már ilyen jellegű problémája, és sokuknál a tünetek visszatérők.

A megbetegedésről a nőgyógyászok álláspontja a következő: Sok fertőzés nemi érintkezés útján terjed. Az összefüggést azonban gyakran nem lehet egyértelműen megállapítani, mert a lappangási idő akár néhány hét is lehet. A hüvely természetes közege savas pH-értékű. Ez megakadályozza a jelen lévő baktériumok gátlástalan elszaporodását és az új baktériumok megtelepedését, és így véd a fertőzésekkel szemben. Az egészséges hüvelyflóra felborulása azonban kedvez a betegségek kialakulásának.

#### **AMI LÚGOSÍT, AZ KÁROSÍTJA AZ INTIMZÓNÁT.**

A fertőzések számának növekedése a szakemberek szerint összefügg azokkal a tényezőkkel, amelyek a hüvely természetes védőrendszerét károsítják:

- túlzott intimhigiéncia,
- táplálkozási hibák (túl sok cukor),
- klóros vízben való fürdés,
- a nedves fürdőruha testen hagyása,
- a szervezet immunrendszerének legyengülése,
- környezeti ártalmak,

- allergia, illetve stressz,
- a sperma szintén csökkentheti a hüvely egészséges savasságát, akár nyolc órára is, mivel lúgos pH-értékű.

A hüvelyflóra egyensúlyát az antibiotikumok, illetve a hormonális változások is felboríthatják. A fertőzések száma azonban azért is mutathat ilyen mértékű növekedést, mert ma a diagnosztikai módszerek a korábnál fejlettebbek.

### **FIGYELEM!**

A szakemberek óvnak a felesleges pániktól! Elsőként mindig érdemes tisztázni, milyen fertőzésről van szó, a panaszok oka ugyanis gyakran teljesen természetes és ártalmatlan. Egy kis folyás például nem biztos, hogy fertőzésre utal. Amennyiben betegséget diagnosztizálnak, modern módszerek segítségével általában gyorsan és biztosan gyógyítható. Ha tehát a folyáshoz viszkető, égő érzés vagy egyéb tünetek társulnak, minden esetben érdemes minél hamarabb felkeresni az orvost! A kezeletlen fertőzésnek súlyos és gyakran visszafordíthatatlan következményei lehetnek. A medence területén jelentkező gyulladások méhen kívüli terhességet okozhatnak. A terméketlenség esetei közül minden tizedik valamilyen gyulladás következménye.

### **Hogyan védekezhetünk e bajok ellen?**

A női bajok időnként maguktól is megoldódnak. A hüvelyflóra egyensúlya egyes esetekben kezelés nélkül helyreáll, mert ez a probléma nem klasszikus fertőzés, hanem folyamatosan jelen lévő, ártalmatlan baktériumok túlzott elszaporodásának következménye.

**FIGYELEM!** Ha valaki hajlamos a *bakteriális vaginózisra* vagy a gombás fertőzésre, legyen óvatos a hormonkészítmények és az antibiotikumok megválasztásánál. Az uszodai víz és az erős izzadás szintén kedvez az ilyen fertőzések kialakulásának. A legjobb védelem mindig és minden esetben a partner körültekintő megválasztása, illetve a gumióvszer használata.

A fertőzés, közösülés útján terjed. A kezdeti ecsetelés tinktúrával, későbbi állapotban, stádiumban, műtéti eltávolítás lézer segítségével. Minél előrehaladottabb fázisban van a betegség, annál nagyobb mértékű beavatkozás szükséges. A vírus egyes fajtáit a méhszáj, illetve a külső nemi szerv rákos megbetegedése előstádiumának tartják. Ezért mindenképpen szükséges a rendszeres kontroll!

# AIDS ÉS AZ IMMUNRENDSZER

Összeállította: *Roth Richárd*

## Mit jelentenek ezek a betűk HIV ?

Ez egy rövidítés. Az angol **H**uman **I**mmunodeficiency **V**irus (emberi immunkárosodást előidéző vírus) kifejezés, fogalom rövidítése. Ez a vírus az, ami az AIDS-hez vezet. Az **AIDS** pedig az **A**cquired **I**mmune **D**eficiency **S**yndrom (szerzett immunhiányt okozó tünet együttes) rövidítése.

## Miről szól a HIV szűrés ?

Mielőtt egy HIV anti-test tesztet készítesz, az orvosnak el kell mondania azt, mi történik a vizsgálat során, a vizsgálat miről tájékoztat és mikor kapod meg az eredményt. Ez a beszélgetés ad lehetőséget arra, hogy elmondjad, miért kívánod a HIV-tesztet elvégeztetni, milyen elvárásaid vannak, s hogy dolgozod fel magadban az eredményt, akár negatív lesz az, akár pozitív. Az eredmény nem közölhető telefonon vagy más közvetítő személyen keresztül, netán levélben. Ha a teszt pozitív, az orvos további teszt elvégzését javasolja, hogy részletesebb információkat lehessen nyerni immunrendszered állapotáról és hogy mekkora a vírus mennyisége a vérben. Ezek az eredmények azt is megmutatják, vajon el kell-e kezdeni az antivirális kezelést, s ha igen annak is milyen fajtáját. Ha negatív a teszt, megkérdezheti az orvos, hogy nem akarod-e megerősíteni az eredményt egy következő teszttel. Ez a kérdés azért lehet indokolt, mert nem tudható még pontosan, hogy nem vagy-e éppen az “ablakperiódus”-ban. Az ilyen megismételt afelől is bizonyosságot adhat, hogy nincs vírus a szervezetedben. .

## Hogyan fertőz a HIV?

A HIV a fertőzött személy vérében, ondójában, hüvelyváladékában vagy anya-tejében található. A vírus csak abban az esetben juthat egy másik emberbe, ha egy HIV pozitív személy ezen testnedveinek valamelyike bekerül egy másik ember vérkeringésébe. Vannak azonban kivételes esetek, amikor a fertőzés nem jön létre annak ellenére sem, hogy a vírus bejut a másik ember szervezetébe. Ha megfertőzöttél a vírussal, a vírus megtámadja az immunrendszert. A HIV fertőzött évekig jól nézhet ki és jól is érezheti magát, anélkül, hogy tudna arról, hogy vírushordozó. Egy idő után azonban nagyon valószínű, hogy a HIV megtámadja az immunrendszert. Ekkor fogékonnyá válhat különböző betegségekre (ezek gyakran az ún. opportunista fertőzések körébe tartozhatnak), amelyeket az egészséges immunrendszer normál körülmények között még képes kivédeni. Annak arányában, ahogy az immunrendszer gyengül, léphetnek fel egyre gyakrabban az opportunista fertőzések. Az AIDS a súlyos tüneteknek egész együttese, amelyek között a rák különböző fajtái is megtalálhatók, s amelyek a HIV pozitív személyeknél kifejlődhetnek. Akkor beszélünk AIDS-ről, amikor ezen sajátos betegségek már feltűnnek. Ezek azonban rendszerint csak jó néhány év után jelentkeznek. Sokan csak akkor tudják meg, hogy nagy a baj, amikor valamilyen tartós, makacs, minden rutin-kezelésnek ellenálló betegség során elvégzik a szerológiai vér szűrővizsgálatot, s kiderül, hogy T-sejtjeik száma 200 alatt van. Ez viszont már az AIDS stádium mutatója. Ezek az immunrendszert jellemző mutatók más és más értékelés alá eshetnek a tudomány aktuális felfogása szerint. Az, hogy a HIV fertőzöttség kinél hogyan mutatja meg magát, igen nagy egyéni eltéréseket mutat. Az egyéni eltérések egyik végpontján

találhatók azok a személyek, akik teljesen jól vannak, s nincs semmi jele a betegségnek. Másoknál, épp ellenkezőleg, az AIDS-stádiumot lehet diagnosztizálni, az életveszélyes opportunista fertőzések feltűnésével. Ezek között a végpontok között számos átmenet van, de senkinél sem lehet pontosan meghatározni, milyen irányban változik az állapota. A jelenlegi és egyre fejlődő HIV kezelés vizsgálati adatainak ismeretében azért elmondható, hogy még súlyos állapotban lévő betegek állapota is javítható, és elfogadható egészségi állapot biztosítható számukra. Ki kell azonban jelentenünk, hogy a HIV/AIDS jelenleg nem gyógyítható és nincs még vakcina, amely meg tudná akadályozni a HIV fertőződést. Ez azt jelenti, hogy ha valaki egyszer HIV fertőzést kapott, fertőzött marad élete végéig, és így vírusgazda marad, azaz, a fertőzés továbbadásának veszélye nem szűnik meg.

### **A HIV törzsek közötti különbségek**

A HIV két típusát ismerjük: a HIV-1 és HIV-2 jelölésűeket. A HIV-1 az USA-ban, Európában fordul elő leggyakrabban, míg a HIV-2 Afrikában. Az átvitel módja mindkettő esetében ugyanaz. A HIV antitest vizsgálatok a HIV minden altípusát kimutatják. A HIV-1 és HIV-2 származásának különbözőségei ellenére tény, hogy mindkét típus megtalálható az egész világon. Vannak olyan tanulmányok, amelyek arról tájékoztatnak, hogy a HIV-2 átvitele nem annyira könnyen történik meg, és hogy a HIV-2-vel fertőződött személyek immunrendszerének károsodása kevésbé súlyos, továbbá, hosszabb ideig maradnak egészségesebbek, mint a HIV-1 hordozói. A HIV-1 nagyon könnyen és gyorsan változó vírus és a különböző altípusok széles skáláját produkálják. Így a HIV-1-nek sok különböző arculata van. A két alapváltozat között a genetikus összetételben van jelentős eltérés.

### **A gyógyszereknek ellenálló rezisztens HIV fajták**

A széles körben használt antiretrovirális szerek azt eredményezik, hogy növekszik azoknak a fertőzötteknek a száma, akiknél olyan vírusváltozat alakul ki, amely ellenállóvá válik a gyógyszerekre. Sajnos, a rezisztencia kialakulása határt szab a kezelés további lehetőségeinek, s az abból nyerhető gyógyulási előnyöknek. Európában és Észak-Amerikában a gyógyszer-rezisztens átvitelnövekvőben van, mind a szimpla, egyedi gyógyszerre kialakult, mind pedig (az utóbbi időben egyre jellemzőbb) gyógyszer-kombinációkra is kialakuló rezisztencia. A rezisztens vírushajtók átvitele a már eddig leírt átviteli módokon történik. Ez egyben azt is jelenti, ha valaki megfertőződött egy bizonyos HIV-fajttával, nem kizárt, ha nem vigyáz, megfertőződhet egy második, harmadik fajttával is. Ha megtörténik az újra- vagy ún. "ráfertőződés", kiváltképp egy rezisztens törzssel, az aktuálisan szedett gyógyszer vagy gyógyszerkombináció hatását veszti, s egyre korlátozottabbak a lehetőségek újabb hatékony gyógyító kombinációk megtalálására. Ezért különösen ajánlott a HIV-pozitív személyeknek az óvszerhasználat. Nem csupán azért, hogy új fertőzésre ne tegyenek szert, hanem azért is, hogy saját egészségüket védjék, és ne vágják el a további eredményes kezelési lehetőségek útját.

### **Az immunrendszer és a HIV fertőzöttség**

Az immunrendszer védi a szervezetet az idegen fertőző objektumok és az általuk kiváltott betegségek ellen. Az immunrendszer fehérvérsejtekből áll, amelyek leukocytá néven ismertek. A vér kb. 2%-át képezik a fehérvérsejtek. A nagyobb rész a szervezet más részében található, mint a májban, a lépben és a nyirok-rendszerben. A nyirokkeringési rendszer összeköttetést létesít a nyirokmirigyekkel, a mérgező (toxikus) és salak-anyagokat elvezeti a vérbe és kiüríti azokat a szervezetből. A nyirokmirigyek a nyaki részen, a hónaaljban és a

lányékhajlatban található, s megduzzadva kitapinthatókká válnak, ha gyulladás lép fel a szervezetben. A fehérvérsejteknek különböző típusai vannak, amelyek kölcsönhatásban vannak egymással, s harcolnak a szervezetbe jutó idegen organizmusok ellen. Hamar megbetegszel, ha a fehérvérsejtek nem állnak hadba gyorsan és hatékonyan a betolakodók ellen. Néhány fehérvérsejt nem-specifikus, és a nagy számban előforduló különböző idegen organizmusok ellen fordulnak. Mások felismernek bizonyos idegen organizmusokat, amelyeknek a szervezet akár a közelmúltban ki volt téve. Az immunrendszer ezen sejtjeit nevezik lymphocytáknak. A lymphocyták két különböző kategóriába sorolhatók: a B-sejtek és a T-sejtek csoportjába. Minden B-sejtnek a felületén van egy receptor (érzékelő), amely épp a megfelelő méretű és formájú ahhoz, hogy egy specifikus idegen anyag parányi részét megtámadja. Például egy B-sejt, amelynek külön receptora van ugyan az influenza vírusára, nem tudja megtámadni a herpesz vírust. Ha a B-sejt megtámad egy idegen anyagot, azt felismeri, és "beklónozza" magát az ún. leány-sejtbe. Ezek a leánysejtek aztán anti-testeket termelnek az idegen anyagok ellen és szabadon bocsátják azokat a véráramba. Az antitestek körbeveszik az idegen anyagot és megfékezik károsító hatásukat. Továbbá, segítik az immunsejteket abban, hogy az idegen organizmusokat hatástalanítsák, megsemmisítsék. Ez az immun-válasz arra jó, hogy az idegen testek káros hatását fékezzék az emberi sejteken kívül. Azonban minden vírus és elég sok baktérium képes az emberi sejtekbe behatolni és önmagukat ott újratermelni. Ez a helyzet egy másik immun-sejt működését teszi szükségessé, ez pedig a T-sejt. A T-sejt az immunrendszer rendkívül fontos összetevője. Ez biztosítja az együttműködést az összes többi immun-sejttel. A T-sejtek sérülése vagy megsemmisülése rendkívül súlyosan befolyásolja az immunrendszert. A HIV képes a T-sejt megfertőzésére, mert a T-sejtnek a felületén van a CD4 protein. A HIV a CD4-et használja fel, hogy belépjen a sejtbe és megfertőzze azt. Ezért van az, hogy a T-sejtet CD4 lymphocytának nevezik. Ha már a HIV a T-sejten belülre került, replikálódik (megsokszorozza magát, másolatot készít önmagáról). Ennek a folyamatnak a során, amely néhány napot vesz igénybe csupán, a T-sejt elhal. Az új vírus aztán újabb T-sejtet keres magának, hogy azt is megfertőzze. Az immunrendszer állandóan küzd ez ellen és megpróbálja gyorsan megölni a HIV-et és a HIV-fertőzött sejteket, miközben megpróbálja pótolni az elvesztett T-sejteket. Mindig, amikor a HIV replikálódik, új vírus-generáció keletkezik, a korábbiakhoz képest mindig csekély változtatással (eltéréssel). Ez az állandó fejlődés segíti a HIV-et abban, hogy egy lépéssel mindig előbb tartson, mint az immun-rendszer maga. Az immunrendszer sejtjei mindig keresik a betolakodó vírusokat, amelyek a HIV korábbi generációjához hasonlítanak, így a vírus fokozatosan el tudja kerülni az immun-választ, s ennek eredményeként a vírusmennyiség növekszik.

### **Az AIDS-hez társuló opportunistá fertőzések**

Opportunistá fertőzések (OF) akkor fordulnak elő, ha az immunrendszer annyira legyengül, hogy fogékonyá válik minden köznapi fertőzésre. Ezek bakteriális, vírusos vagy gombás fertőzések lehetnek. Az antiretrovirális kezeléstől teljesen függetlenül, megelőző kezeléseket lehet folytatni az OF-ek elkerülésére. Ezek a kezelések nincsenek általánosan beépítve a HIV fertőzöttek kezelésébe, hacsak a beteg CD4 száma nem olyan alacsony, hogy nagy az esélye az OF-ek megjelenésének. Ha egy beteg már túl van az első az OF-en és sikeresen kigyógyították, a másodlagos megelőző kezelés ajánlatos egy második OF elkerülésére. Ezek között található a TBC, a CMV (cytomegalovírus), a PCP (pneumo-cystis carinii pneumonia / bakteriális eredetű visszatérő tüdőgyulladás), toxoplasmosis vagy cryptococcusos fertőzés.

## **Az AIDS klinikuma és stádiumai**

A HIV fertőzést követő folyamatban, amely az immunállapot károsodásának előrehaladtát is jelenti, négy elkülöníthető szakaszt különböztethetünk meg. Ezek az elsődleges fertőzöttség, a klinikailag tünetmentes, majd tünetes szakasz, végül, amikor a HIV stádiumot felváltja az AIDS szakasz. A HIV fertőzést követő folyamat alakulása, a hanyatlás mértéke rendkívül változó és más egyéb tényezők függvénye: milyen stádiumban diagnosztizálták a HIV fertőzést, kap-e gyógyszeres kezelést a fertőzött.

### ***I. Az elsődleges fertőzöttségi állapot és szerokonverzió***

A vírussal fertőzött emberek többsége nem azonnal tudatosítja magában a fertőzöttség tényét és még sokáig nem fog tüneteket észlelni magán, szinte az egészséges állapot szintjén marad. Vannak, akik megfázáshoz hasonló tüneteket fognak csupán észlelni röviddel a fertőzés után. A tünetek sorában lehet torokfájás, fekély a szájban, fejfájás, hasmenés, különböző fájdalmak, megduzzadt nyirokcsomók, láz vagy bőrkiütések. A fertőzötteknek mintegy csupán 20%-ánál jelentkeznek olyan komolyabb tünetek, hogy azokkal már orvoshoz fordulnak. A betegség ezen a szintjén változik meg a vér összetétele. Ez alatt az idő alatt nagy mennyiségű vírus kering a véráramban. Az immunrendszer kezd válaszolni a vírusra, az antitestek képzésével, jóllehet ezeket még nem azonnal lehet kimutatni laboratóriumi vizsgálattal. Ekkor még a hamis negatív HIV teszt-eredmény is megtéveszthető lehet. Az antitestek kimutatható szintje a fertőzés után még kb. három hónapig nem jelenik meg a vérmintában. Ez az oka annak, hogy a tesztet még negatív eredmény esetén is három hónap múlva meg kell ismételni, ha a körülmények a fertőződésre utalnak. Ekkor derül csak ki ugyanis, hogy az első tesztnek igaza volt-e. Ha igen, a három hónappal későbbi vizsgálat sem fog kimutatni anti-testet. Ha nem, megjelennek az antitestek a vérképben.

### ***II. A tünetmentes időszak***

Nagyon sok HIV fertőzött semmi jelét nem mutatja annak, hogy károsodott az immunrendszere. Ezt az időszakot tünetmentes (aszimptomatikus) periódusnak nevezik. Ezt azonban nem lehet úgy tekinteni, hogy a fertőzöttek immunrendszere sértetlen, s rendben van. A fertőzés pillanatától kezdve ui. a vírus szaporodik és károsítja az immunrendszert. A vírus ilyenkor még nincs nagy számban jelen a vérben, akár határérték alatt is lehet a kimutathatósága. Ennek ellenére a pozitívok azért még fertőzőképesek. Az antitestek pedig kimutathatók a vérben. Az utóbbi időkben folytatott kutatások bizonyították, hogy a HIV nem "alszik" a tünetmentes időszakban, sőt, nagyon aktív a működése elsősorban a nyirokcsomókban. Nagyszámú CD4 sejt fertőződik és hal el, miközben nagy mennyiségű vírus képződik. Ezeknek a faktoroknak az alakulását ellenőrizni lehet a CD4 sejtek és a vírus-telítettség tesztelésével.

### ***III. Tünetes időszak***

Egy idő után az immunrendszer gyengül a HIV-vel folytatott harcában. Azt tapasztalja ilyenkor a beteg, hogy megjelennek az opportunista fertőzések és belép a "tünetes időszak"-ba. Ezek az opportunista fertőzések nem HIV specifikusak. Ezeket a bennünket minden nap körülvevő vírusok és baktériumok okozhatják, ezért szinte lehetetlen felsorolni ezeket. Az illető beteg ilyenkor már nincs jól, mert immunrendszere károsodott és az a képessége, hogy hatékony legyen a fertőzéssel szemben, sérült. Ennek három fő oka van. A nyirokcsomók és szövetek károsodnak az évek óta tartó aktivitás miatt. A HIV állandóan változik, újabb és

újabb mutánsok jönnek létre, s ez a CD4 sejtek károsodásához vezet. A szervezet képtelen már az elvesztett, elhalt CD4 sejtek visszaépítésére.

#### **IV. Az AIDS diagnózis**

Amint az immunrendszer egyre inkább károsodik, a betegségek állandóan súlyosbodón jelennek meg, s ezek vezetnek el az AIDS diagnózisig. Vannak olyan országok, ahol az AIDS kritériumának azt tekintik, hogy ha valakinek egy vagy több nagyon komoly opportunist fertőzése van vagy a rák is megjelenik. Így lehet aztán az a furcsaság, hogy lehet valaki nagyon beteg a HIV fertőzöttség miatt, még sincs AIDS-esként diagnosztizálva. Az AIDS diagnózisának kritériumai időről-időre változtak a különböző országokban. 1993 óta az amerikai *Centre of Disease Control* kritériumait használják széles körben. Ez azt jelenti, hogy Európában akkor diagnosztizálnak AIDS-et bárkinél, akinél találnak tüdő tuberkulózist, daganatot vagy visszatérő bakteriális tüdőgyulladást. Az USA-ban ha valakinek a CD4 száma 200 alá süllyed, AIDS-esként diagnosztizálják.

#### **Jövő reménysége a vakcina kísérletek**

Már régóta él a remény, hogy egy biztonságos, hatékony és megvalósítható HIV ellenes vakcinát hoznak létre a kutatók, amely a globális járványt megakadályozza. Kifejlesztése nem lesz gyors vagy könnyű, sőt, valószínűleg nem fog helyettesíteni más megelőzésre szolgáló intézkedéseket sem. Az HIV fertőzést megelőző vakcina kidolgozására szolgáló első humán kísérletet az USA-ban folytatták 1987-ben. Azóta több mint 30 kisebb volumenű kísérletről számoltak be, amelyeket egészséges önkéntesekkel folytattak. Ezek azt mutatták, hogy a kipróbált vakcinák biztonságosak és előidézik azokat az immunválaszokat, amelyek potenciálisan megvédik az embereket a HIV fertőzés ellen. Az első széles volumenű HIV vakcina kísérleteket 1998-ban indították el szintén az USA-ban és 1999-ben Thaiföldön, azzal a céllal, hogy bemutassák, hogy a kísérleti vakcina tényleg véd-e a HIV fertőzés és megbetegedés ellen.

#### **FELHASZNÁLT IRODALOM**

1. Bánhegyi D - Tóth F - Füst Gy : HIV- fertőzés AIDS / Melania Kiadó 2002
2. Dési I : Népegészségtan (3. kiadás) / Semmelweis Kiadó 1998 / 184 – 187
3. Horváth A : AIDS szerzett immunhiányos szindróma / Medicina Kiadó 1987
4. Jurányi R : A fertőző betegségek általános és részletes járványtana/ Medicina Kiadó 1997 / 459 - 463
5. Kertai P : Megelőző orvostan / Medicina Kiadó 1999 / 671 – 682
6. Marczell I : Korunk réme az AIDS / Subrosa Kiadó 1995

## A KÁBÍTÓSZEREK RÖVID TÖRTÉNETE

Összeállította: *Lovas Ottó*

A magyar lakosság az 1960-as években már erősen dohányzó és igen sok alkoholt fogyasztó egészségtelenül táplálkozó és ráadásul mozgásszegény életmódot folytató népek közé tartozott. A második világháború utáni első drog halálesetet 1968-ban írták le. A klasszikus kábítószerre csak egy nagyon szűk kör juthatott, elsősorban egészségügyi dolgozók, legfőképpen orvosok.

A 70-es 80-as évek nagy lakótelepein a fiatalok körében az igen olcsó és könnyen beszerezhető oldószerre megteremtették a szipuzás feltételeit. Emellett a kockázatosabb, - de az akkori gyógyszerrendelési szokások miatt nem túl nehéz, - gyógyszerrel történő visszaélés is rohamosan terjedt. A rendszerváltással aztán megérkezett hozzánk is a klasszikus drog valamennyi fajtája. Mikor és hogyan kezdődött? Ki és mikor próbált mesterséges kábulatot előidézni magán vagy a környezetében? A kábítószereket évszázadok-évezredek óta ismeri az ember. A legfontosabbak, legismertebbek történetét szeretném röviden megvizsgálni.

A föld valamennyi népe használt ősidők óta növényi főzeteket, porokat, gőzöket, hogy lelki, szellemi tevékenységét befolyásolja. Kereste azokat a szereket melyek segítettek legyőzni félelmét. E keresgélés és próbálgatás közben, ami nyilván halálos áldozattal is járt, színes álomvilágot okozó, részegséget, bódulatot keltő növényeket is megismert. A szerek segítségével kellemes kábulatba esett és azokat felhasználta szertartásaiban is. Megfigyelhette, hogy ezeknek az anyagok egy része egyúttal fájdalomcsillapító hatású is. Vélhetően ezeket a szereket nagy becsben tartották és nem mindennap, és nem mindenki fogyasztotta. A szerek ismerői féltve őrizték a titkukat, hiszen csak a megfelelő növény megfelelő adagja hozta a várt eredményt. A nem beavatott kísérletezőt gyakran halálos adagot fogyasztott és ez a tény ismét csak a szert jól ismerő hatalmát növelte.

Az első igazi kábítószer-élvezők a mostoha természeti körülmények között élő népek lehettek. Azokon a helyeken ahol nagy volt a tömeg nyomora, de megteremték azok a növények, amelyek levele, termése megfelelően elkészítve színes álmokat adva feledtetni tudta a mindennapi élet nyomorát így alakult ki a kender-, és ópiumevés, vagy kokalevél, bételdió rágcsálás után kialakult élnkítő vagy éppen bódító hatás, elviselhetővé tette a terheket.

Az ősi kultúrák legműveltebbjei a papok voltak, akik féltve őrizték a különböző növényeik tudatmódosító hatásának titkát. A tudásukat felhasználták a szertartásokon a saját vagy a résztvevők extázisának fokozására esetleg éberségük elaltatására. A maják és aztékok hitében az emberáldozatnak, az istenek embervérrel és emberszívvvel való táplálásának kitüntetett szerepe volt. A szertartások rendje megkívánta az áldozattól, hogy ellenállás nélkül, sőt örömmel vegyen részt a saját feláldozásának szertartásán. Nyilván kábítószer hatása alatt lépett örömmel és önként, - a háború istenének szánt áldozat, - a vesztőhelyre. Ott azután az őt előzőleg elkábító pap, egy mozdulattal kivágta és felmutatta az áldozata dobogó szívét. Ezeket a háborzongató szertartásokat csak hallucinogén anyagokkal elkábított emberekről tudjuk elképzelni, akik a drogok hatására elveszítették minden realitásérzetüket és kellő ünnepélyességgel, mosollyal az arcukon, ellenállás nélkül áldozták fel magukat. Ha a mai LSD-mámorban „szárnyat növesztő” és a sokadik emeletről leugró vagy „földöntúli erőt nyerő” és vonatot megállító mai kábítószerekre gondolunk, szembetűnő a hasonlóság.



## Hallucinogén szerek

### A kender:

Számos legenda él a kender eredetéről egyesek szerint a démonok az örök életet hordozó ital készítése közben hajszálaikat veszítették és ezekből egy csodálatos völgyben különös növény sarjadt, melyet, ha megízlelt még a legbánatosabb ember is nevetésre fakadt. Más források szerint egy dervis kedvenc kobrája ajándékozta meg a növény magjával a gazdáját. Ami biztosnak látszik, az ember kb. tízezer éve ismeri és termeszt a kendert és már kezdet óta tart a vita vajon a paradicsomba vagy a pokolba vezető út kulcsát szerzi meg a fogyasztója. A kender őshazája Afganisztánnak a Kaszpi-tenger déli partja lehetett. Az ember nagyon hamar felismerte a növény sokoldalú hasznosíthatóságát, rosttartalmú szára vászon- és kötélkészítésre volt alkalmas. Olajos magvai a világítást szolgálták, de hamar kiderült gyógyító és kábító hatása is. A termős növények tartalmazták a különböző gyantákat, amiből a hasis készül. A hasistartalom nagyban függ attól milyen éghajlati viszonyok között termesztik a növényt. Már Herodotosz leírta, hogy a szkíták és a trákok a Kaszpi-tenger térségében kendert termesztettek, és a szkíta harcosok ezt a növényt kábulat előidézésére használják. A szkíta lovashadsereg tagjai kimerítő katonai szolgálatuk után, sátraikban összegyűlve izzó kövekre kendermagvakat, leveleket szórtak és ennek füstjétől önkívületbe esve pihenték ki fáradalmaikat. Az antik Rómába karthágóiak vitték a kendergyantából nyert hasist. A kereskedést bizonyítja, hogy a Földközi-tengerből kiemelt pun gályán hasissal telt amforát is találtak a kutatók. Mint a kannabisz közkeletű elnevezése az indiai kender megnevezés is jelzi a növény hazájának Indiát tekintik. Indiában a kender használata legalább négyezer éves múltra tekint vissza. Kezdetben arra használták, hogy megkönnyítse a nehéz szövegek megtanulását, Később már betegségek kezelésére és mámor előidézésére is, emellett a hasis volt az alkotórésze az örökéletet ígérő életelixírnek is. Ekkor már azt is tudták, hogy a nagyobb adagot bevevők szeme előtt démonok jelennek meg, vagyis hallucinálnak. A hindu mitológiában pedig számtalan utalást találunk a kannabiszra. A hasis mint kábítószer az iszlámmal egyidőben és térben terjedt el. Ehhez a Koránban leírt alkoholtilalom bizonyosan hozzájárult. Az arab országokban már több mint ezer éve súlyos büntetéssel fenyegetve tiltották a használatát. A fogyasztás ennek ellenére rohamosan terjedt, szívták a magját levelét, a gyantáját különbözően elkészítve eszik vagy isszák.

A 13. század végén genovai fogságba került a velencei Marco Polo, hároméves rabsága alatt mondta tollba keleti utazásainak történetét. Ezekben a történetekben mesél fanatikus mohamedán harcosokról, az asszaszinokról, akik kendergyantagőzt lélegeztek be harci kedvük fokozására és veszélyérzetük csökkentésére. A szektájuk alapítója Hasszán ibn Szabah sejk volt. Bár kegyetlen zsarnok volt katonái mégis odaadással szolgálták. Ő ismerte ugyanis a hasis titkát, amivel harcosait jutalmazta a „paradicsomba” juttatta, ezt az illúziót még festett díszletekkel is teljesebbé tette. A gyönyör megismerése után keserű volt a visszatérés a földi világba. A csodás érzések után sóvárgó harcosok bármit megtettek „gazdájuknak”, hogy ismét az álombirodalomba repítse őket. Európába, Napóleon Egyiptomi hadjárata után került a szer, az elterjedését gátolta, hogy a mérsékelt éghajlati öv alatt termelt kender nem tartalmaz hasist. A behozott mennyiséget inkább gyógyszerként használták, a migréntől a reumáig sok mindenre alkalmazták. Fokozatosan kábítószerként is terjedt elsősorban a francia művész körökben, Charles Baudelaire műveiben receptúrákat is ajánl rajongóinak. A második világháborúig más európai országban nem terjedt el a használata.

A Dél-Amerikai éghajlati viszonyok megfeleltek a hasis tartalmú kender termesztésének, így még Mexikóban is termesztették és a szegények ópiumaként fogyasztották. E vidéken szívart sodortak belőle és közösségben szívták. Innen eredeztetik a nevét is ugyanis a mexikóiak a kendert Maria Juanának nevezik. Az is lehet, hogy a portugál mariguango szóból származik, ami magyarul mérget jelent. A marihuánás cigaretta az Egyesült Államokban a hippik között terjedt rohamosan, egyfajta „védjeggyé”, a mozgalom

ismertető jelévé válva. A második világháború utáni bevándorlás Európába is elhozta ezt a szert és rohamosan elterjedt az öreg kontinensen is. Kezdetben a szakértők nem tekintették veszedelmesnek a szívasát és keveset tettek az elterjedés ellen.

### **Az LSD:**

Az LSD a 20.szdz kábítószer, hiszen gyógyszer-tani kutatások során bukkantak rá 1938-ban a lizergsav vegyületeivel történő kísérletezés során. A lizergsav-dietilamid – ennek a rövidítése az LSD – kezdetben nem bizonyult figyelemre méltó vegyületnek és csak ötévnyi „pihenés” után véletlenül derült ki hallucinogén hatása. Albert Hoffmann, a vegyület szintetizálója, a bázeli Sandoz Gyógyszergyár kutatója volt, így ezután itt végeztek felügyelet melletti kísérleteket és önkísérleteket az LSD hatásának tisztázására. Kiderült majd mindegyik érzékszerv működésében súlyos zavarokat okoz és megzavarja a pszichés funkciókat is. Az LSD hatása lényegesen hosszabb ideig tart, mint az addig már ismert pszichotrop anyagoké. Ezután a vegyületre ismét pihenő várt és a hatvanas évek kezdetéig nem foglalkoztak igazán vele, mert a megállapítások szerint nem mérgező és nem okoz fizikai függőséget. A veszélytelennek ítélt és így a szigorú ellenőrzés alól kivett drog a hatvanas évek elejétől robbanásszerűen vonulhatott be a kábítószer-közé. Segítette a terjedését, hogy Leary, egy amerikai pszichológus, széles körben népszerűsítette. A fényes pályára jellemző, hogy a Beatles együttes is megörökítette a *Lucy in the Sky with Diamond's* című számában, aminek szövege hallucinációs képeket idéz elénk. Az LSD hatása alatt álló gyakran érzi testét a fizikai törvények felett állónak, földöntúli erővel vagy különleges tulajdonságokkal (repülés) megáldottnak.

A történelmi hűség kedvéért röviden említést teszek néhány hazánkban nem termő és így ritkán előforduló hallucinogén anyagot tartalmazó növényről és egy hazánkban is előforduló, külleme miatt a gyermekkönyvek illusztrátorainak kedvenc gombájáról.

### **Peyotl kaktusz:**

Hatóanyaga a ma már szintetikus is előállított meszkalin. Ezt a Dél-Amerikai növényt az aztékok használták kultikus célokra, emellett hitük szerint csillapítja éhségüket és szomjukat, bátrabbá teszi őket a harcban és talizmánként viselve megvéd a veszélytől.

### **Psilocibe-gomba:**

Közép-Amerikában és Kelet-Ázsiában termő gombafaj, ami psilocin és psilocibin nevű hatóanyagot tartalmaz, a kiszáritott gomba közvetlen rágcslásával érik el a kívánt hallucinogén hatásokat. Hazánkban is megterem a hegyes és a csipkés trágyagomba amely szintén tartalmaz psilocint és psilocibint

### **Légyölő galóca:**

Hazánk magasabb hegyeiben a lomb és tűlevelű erdőkben is megtermő gomba többféle hatóanyagot tartalmaz, amikből az ibuténsav, a muszcimol és a muszkazon a hallucinogén. A gombával szinte kizárólag véletlen mérgezés fordul elő, ami mámoros állapotot, motoros nyugtalanságot, nagy adagokban pedig akár halált is okozhat. Ezért a mesekönyvekben történő „népszerűsítése” nem túl szerencsés.

### **A kokain:**

A legenda szerint egy inka törzs felgyújtotta az erdőt, ami Khum isten szemében iszonyú bűn volt. Az égő erdő füstje és korma ugyanis beszennyezte palotáit, ezért a bűnösöket elszigetelte az élelmiszertermő világtól, így azok vándorlásra kényszerültek. Ismeretlen tájakon vonultak mindaddig, míg rá nem bukkantak egy addig számukra ismeretlen növényre, amit más táplálék híján rágcslálni kezdtek és megtörtént a csoda: erőre kaptak, elmúlt fáradtságuk, éhségérzetük. Más monda szerint az inka Napisten ajándékozta az

uralkodó inkának a kokacserje titkát, mert a koka jóllakatja az éhezőt, erőt ad a fáradtnak, és feledteti a bánatot és aki ilyen képes az embereknek adni az igazi uralkodó. A történelmi adatok arra utalnak, hogy az inka birodalom előtt is termelt kokacserje a Cuzco völgyében, a birodalom urai hatalmuk biztosítása érdekében a növény isteni eredetét hirdették. A kokacserje termőhelyeit szentnek tartották. A termés általában kultikus célokat szolgált, szigorúan szabályozott volt a termesztés is. A koka kiemelkedő jelentőségét a fentmaradt szobrok és templomdíszek is bizonyítják. A spanyol konkvisztátorok hódítása után felbomlott az inka birodalom társadalmi szerkezete és megszűnt a kokacserje vallási szimbóluma, és a növény immár mindenki számára hozzáférhetővé vált. Az Andok mostoha körülményei között élők a világ legrosszabbul táplált emberei közé tartoztak és hamar felismerték a kookalevél megkönnyítheti életüket és munkájukat. A kokalevélrágás elsősorban a férfiak körében terjedt, hiszen ők végezték a nehéz munkát. Érdekes, hogy a leveleket mindig valamilyen lúgos kémhatású anyaggal együtt rágták, mert ez elősegítette a levelek hatóanyagának a kokainnak a felszabadulását, hogy erre hogyan jöttek rá azt ma sem tudni. Tény, hogy a levélrágás szüntette az éhséget, szomjúságot és könnyítette a nehéz munka elviselését és nyomorúságos életüket néha boldoggá is tette. A hódítók hamar felismerték az ebben rejlő lehetőséget és rendszeresen kokalevéllal látták el a bányában dolgozókat. A spanyolok javasolták az európai elterjesztését, a nehéz munkát végzők körében is. Egy német orvos-utazó, Pöpping a lélektani megfigyelés alaposságával leírta a kokainfüggőség kialakulását, amit az alkoholfüggőségnél erősebbnek jellemzett. A kokainisták jellegzetes magány keresését a bódulat idején éppen úgy hitelesen írja le, mint a kokainéhségben szenvedők kínjait. A testi tünetek leírásában Pöpping mellett Johann Jakob von Tschudi is lapos mai szemmel is helytálló munkát hagyott ránk. Tschudi azt is megfigyelte, hogy a kokalevélnak fájdalomcsillapító hatása is van, ezért kutató munka indult a hatóanyag megtalálása érdekében. Az alkaloidát Albert Niemann izolálta, majd 10 év múlva már mesterségesen is előállította a később más felfedezéséért később Nobel-díjat kapott német vegyész, Richard Willstätter. Hamarosan a kokain is megkezdte a új gyógyszerek szokásos diadalútját. Szinte minden idült betegségben alkalmazták roboráló szerként. Sigmund Freud is alkalmazta szegényes körülmények között élő betegein, sőt magán is kipróbálta, de egy tragikus esemény rádöbentette a szer valódi veszélyére és ekkortól a legnagyobb ellenzőjévé vált. Említésre méltó még az is, hogy a coca-cola mintegy 15 éven át kokaint is tartalmazott és csak 1903 óta ízesítik olyan kokalevelekkel amiből előzőleg kivonják a kokaint. A kokain kábító, tudatmódosító hatása már jól ismert volt, de keveset foglalkoztak a nyelvet zsibbasztó mellékhatásával. Éppen a szer immár nagy ellenzője Freud volt az, aki a szemész barátja figyelmébe ajánlotta. Koller sikerrel alkalmazta a szem nyálkahártyájának érzéstelenítésénél, majd Karl Ludwig Schleich német sebész hígított kokainnal helyi érzéstelenítésben végzett műtéteket, a gyógyszerkutatók keresték a szintetikus előállítható származékait, amik nem okoznak függőséget, de az érzéstelenítő hatásuk egyenértékű az alapvegyülettel. Így született meg a mai is használt novokain.

### **Az ópium:**

Az ópium története ötezer éves múltra tekint vissza a mai Thaiföld és Mianmar sziklás hegyein volt a Szelleme Hegye a máktej varázsának birodalma. E vidéken élők legendáikban őrizték hogyan jutottak e „páratlan kincs” birtokába. Az egyik történet egy féltékeny feleség törte össze vetélytársnője szívét, mely apró darabokra törve parányi magvakká vált, és földbe került. A magokból aztán egy ismeretlen növény, a mák szökkent szárba. Az összetört szerető utolsó üzenete a szerelmének a máknövény felhasználására vonatkozott, amely segítségével a fogyasztó újra átélhette a szerelmi gyönyört. A másik legenda szerint Buddha elhullatott szempilláiból nőtt ki e csodás növény, mely évezredek át adott enyhülést a földi kínokra, de

egyben szerencsétlenséget is zúdított és zúdít emberek millióira. Az ősi mondák természetesen a mák felhasználásának módjait is az istenek ismertették meg a kiválasztottakkal, de a valóság itt is homályba vész. Hiszen a növény tejnedvének felfogása, besűrítése és nem utolsósorban a megfelelő adag alkalmazása komoly „technológiai fegyelmet” kíván, megszerzése módjáról nincsenek ismerteteink. Valószínű, a növényt elfogyasztó állatok viselkedésének megfigyelése, majd a kezdetleges, de tudatos, állat és emberkísérletek vezettek el a várt reakciót kiváltó szerek tudatos használatához.

### **Az ópium, mint gyógyszer.**

Az ópium és minden természetes és mesterséges származéka előbb volt gyógyszer és csak később kábítószer. Az ópium gyógyszerként való elterjedésének egyszerű oka volt: a fájdalom. A fájdalom egyidős az emberrel és ugyanilyen régi törekvés a fájdalomcsillapítása is. Az asszír szobrok fejét díszítő máktok az egyiptomi Ebers-féle papirusztekercseken olvasható ópium tartalmú gyógyszerreceptek már Írásos bizonyítékai, az ókori népek életében milyen nagy volt a fájdalomcsillapítás jelentősége. Homérosz is írt jótékony hatásáról. Az ókor legnagyobb orvosa Hippokratesz azonban nem említi, talán nem ismerte vagy nem tulajdonított jelentőséget neki. Az első orvos, akinek műveiben előfordul a Kr. előtti 4. szd.-ban élt görög Theofraszosz volt. A Római tudósok munkáikban a Kr. utáni 1. szd.-ban részletesen szót ejtenek a máktejre vonatkozó valamennyi ismeretükről. Ezidőben már a kínai gyógyszerkönyvek is említik és leírják euforizáló hatását is. A világtól elzárt Kínában az ópiumot még nem szívták, hanem szájon át vették be, így ez az euforizáló hatás lassabban és kisebb intenzitással jelentkezett, ezért maradhatott meg sokáig gyógyszernek.

A középkor legjelentősebb receptgyűjteményében lévő 140 recept közül több mint 40-ben fontos alkotóelem az ópium. A 16. szd. ellentmondásos alakja Paracelsus „csodálatos hatású nélkülözhetetlen szernek” mondta és Laudanumnak<sup>1</sup> nevezte.

Európában az ópium tinktúrát a 17. századtól fájdalomcsillapítónak használták, ekkor még lényegében csak három gyógymód létezett a hánytatás az érvágás és az ópiumkúra. Az ópiumot olyan nagyra tartották, hogy a modern belgyógyászat atyja Thomas Sydenham szerint: „Mit sem ér az orvos ópium nélkül”. Kétségtelenül enyhítette is a szenvedők kínját az ópium, de a vele visszaélőket a romlásba taszította. A visszaélés pedig egyre több, mert az orvosok is kevesen ismerik fel az ópiumkezelés veszélyét. A 18. szd.-ban jelentek meg az első figyelmeztetések, ekkor több orvos is leírta, hogy az ópium lassan ölő mérge, bár ekkor még nem a függőség kialakulásában látták a veszélyt, hanem a hosszú ideig tartó szedés szervezetet leromboló hatásában. A 19. szd. elején sikerült az ópium fő hatóanyagát, az első alkaloidát előállítani. Ez egy erős fájdalomcsillapító és bódító szer volt. Az álom jó istene Morpheus után morfiumnak nevezték el. A vegyészet fejlődésével kiderült az ópiumnak 25 alkaloidja van, amelyeket zömét szintén használja a gyógyítás. Mára a kutatás azok felé a morfinszármazékok felé fordult, amelyek fájdalomcsillapító hatása felülmúlja a morfinét, de nem okoz függőséget, ezeknek a kutatásoknak az eredményeként fedezték fel a metadont, amit sikerrel használnak a kábítószer-élvezők leszoktatására.

### **Az ópium, mint kábítószer**

Az iszlám vallás tiltja a szeszesitalok fogyasztását, így ezekben az országokban a mámorkeresők ópiummal kárpótolták magukat. Európai utazók már a 16.-17. szd.-ban leírják, hogy az ópium utáni erős sóvárgás tükröződik a lelkiileg is meggyötört arcokon. India miután

---

<sup>1</sup>

Lauda (olasz) dicsőítő ének. A XII.-XV. szd.-ban párbeszédű egyházi ének. Laudanum (latin) – dicsőrendő.

elvesztette a panipati csatát, a nagy mongol birodalom része lett átvette a győztes mogul szenvedélyét és a lakosság az ópiumevés rabjává vált. A mogulok felismerték az ópiumban rejlő üzletet és állami monopóliummá tették az ópium termesztését és forgalmazását. Ez a jól jövedelmező üzlet aztán a Kelet-Indiai Társaság, majd a Brit-Indiai Kormány kezébe került. A 19. századi Indiában nem lehetett éles határvonalat húzni az ópium terápiás és nem terápiás alkalmazása között. A rossz szociális és higiénés körülmények miatt a gyermekek körében sok volt a hasmenéses, éhező, alultáplált, emiatt sokat síró gyermek. Az ő egyetlen „hatásos” gyógyszerük az ópium volt. A felnőttek pedig mérsékelt adagokban, de rendszeresen használták erősítő szerként. A társadalmi nyomásra az ópiumfogyasztás fokozatos csökkentése mellett döntött Nagy Britannia és így sikerült ötven év alatt a nyilvántartott ópiumevők számát negyedére az elfogyasztott ópium mennyiségét pedig századrészére csökkenteni. A szomszédos óriási népességű Kínában szintén komoly társadalmi problémát okozott az ópium. Elég ha csak a szenzációhajhász útikönyvek leírásaira gondolunk, amiben bizonyosan szerepelt valamilyen ópiumbarlang részletes leírása, az ott kábultan heverő csont sovány ópiumszívókkal. A kínaiaknak jelentős szerepe volt az ópiumszívás elterjesztésében, de a módszert nem ők fedezték fel. A hollandok jöttek rá 1600 körül, hogy a dohányhoz kevert ópium növeli a dohányzás élvezetét. Az ópiumszívás lassan terjedt Kínában és robbanásszerűvé vált a Ming dinasztia alatt. Ekkor ugyanis a dohányzást tiltották tűzzel-vassal, és nem törődtek a veszélytelennek tartott ópiummal. Következésképpen a dohányosok is átszoktak az ópiumra. Az ország gazdasági helyzete egyre romlott az ópiumszívás pedig a nyomorúságos körülmények között élők között rohamosan terjedt, az ópiumra költött pénz pedig fokozta a nyomorukat. A már említett Kelet-indiai Társaság indiai telephelyéről kiindulva már a 17. századtól kereskedett Kínával, kezdetben a kereskedelem nem volt sikeres, hiszen az olcsó kínai árú ellentételezéseként nem tudtak a kínaiak számára megfizethető csereárut bevinni. Ekkor ismerték fel az ópiumban rejlő hatalmas üzletet. Monopóliumként kezdték bevinni a kínai ízlésnek megfelelő minőségű ópiumot. Az üzlet virágzott, hatalmas nyereséget hozva a forgalmazóknak. A kínai császári udvar reagálása az ópiumfogyasztás rohamos terjedésével kapcsolatban nem volt egyértelmű, kezdetben a jelentős vámbevétel miatt még támogatták is. Hamarosan rájöttek a hatalmasságok, hogy az ópiumszívás miatt kiesett munkaerő pótlása sokkal nagyobb összeget emészt fel, és megtiltották az ópium behozatalát Kínába. Ez a tilalom rendkívül hátrányosan érintette az angol Keletindiai Társaságot, amely elveszítette az eddigi óriási hasznát, hiszen fontsterling milliókat zsebeltek be az ópiumkereskedelemből. Ez a tilalom casus belli-ként szolgált Nagy Britanniának és kirobbantotta az 1. ópiumháborút. Ezt a háborút Kína elveszítette, miként a másodikat is és így több kínai kikötő szabadkereskedelmi jogát volt kénytelen átengedni a legyőzöknök. (ekkor került Angliához Hongkong is) Így egész Kínára ki tudták terjeszteni az ópium kereskedelmet, a búsás hasznot pedig beseperték. A virágzó üzletnek az angolok csak 1926.-ban vetettek véget. A kábítószer-kereskedelem már akkor is hatalmas üzlet volt, nem csoda, hogy a hivatalos forgalmazók mellett a csempészet is virágzott. A „hivatalos kereskedő” pedig le akart számolni a konkurenciával. Ez a csempészekkel folytatott harc segítette elő a heroin elterjedését. Az ópiumból előállított heroin nagy előnye, hogy tizedannyi helyet foglal és nem viseli az ópium jellegzetes szagát sem. Egyre több ópiumfogyasztó tért át a heroinra, hiszen a hatása megegyezik az ópiuméval, bár rövidebb ideig tart. A tragikus azonban az, hogy a heroin okozza a legerősebb testi és lelki függőséget valamennyi ópiumszármazék közül. A hatás még fokozhatóvá vált, ha a különböző szívási technikák helyett a kábítószer-élvező áttért az injekciós beadásra, és ez mára szinte kizárólagos beadási móddá vált.

### **Amfetamin származékok:**

Az amfetamin származékokról gyakran hisszük hogy a legújabb drogok, pedig ez nem így van. Az amfetamint már 1887.-ben, a legismertebb származékát az ecstasyt pedig 1898.-ban szintetizálták. Az kémiai nevének kezdőbetűiből álló betűszóra (3,4 metilén-dioxi-metamfetamin) a MDMA-ra már 1912-ben szabadalmi bejegyzést nyújtottak be a németek. Az 1930-as években gyógyszerként kapható Benzedrinnel (Magyarországon Aktedron a hatvanas évekig) széles körben történt visszaélészerű használat. Diákok, sportolók a tanulás és a teljesítmény fokozásának érdekében, az éjszakai műszakban dolgozók (pl. gépkocsivezetők) álmoság ellen használták, elsősorban az USA-ban és Nyugat-Európában. A második világháború után a katonaság körében terjedt rohamosan. A droként országhatároktól függetlenül, a hozzátartozó kulturális elemekkel (zene, tánc) kezdték el használni a fiatalok nyolcvanas évek elejétől. (Diszko-drog) Korábban egyetlen más drognál sem volt jellemző a globális terjedés. Ezeket a drogokat a stimulánsok közé szokás sorolni, bár némely vegyületnek a hallucinogén hatása is jelentős lehet, különösen nagyobb adagokban. Az ilyen típusú drogok közé igen nagy számú vegyület tartozik és a variánsok előállítás, felfedezése mai is folyik. A viszonylag rövid történelmü szer pillanatnyi hatásai már jól ismertek. A több éves fogyasztás utáni belső szervei elváltozások közül a kutatások az agykárosodást tartják a legveszélyesebbnek.

### **Felhasznált irodalom**

1. Jelentés a Magyarországi kábítószerhelyzetről Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest 2001
2. Kurdics Mihály: A kábítószer itt van testközelben, Zsiráf kiadó 1996
3. Mérgesgombák-gombamérgezések Szerk.: dr. László Nándor, Medicina, Budapest 1981
4. dr. Nagy G. – Lovass P.: A kábítószerek világa, Medicina, Budapest 1985
5. Rácz Zsuzsa: Kábítószeret, Csokonai Kiadó 1998

## DOHÁNYZÁSSAL KAPCSOLATOS KUTATÁSOK, CIKKEK

Összeállította: *Tróznai Zsófia*

A [www.medinfor.hu](http://www.medinfor.hu) web oldalon 200-300 dohányzásról szóló cikkből válogattam ki néhány érdekes és hasznos cikket.

### **Még egy ok leszokni a dohányzásról**

InforMed Hírek 2004;2 InforMed

Egy európai kutatókból álló csoport nemrégiben megjelent tanulmánya szerint a dohányzás idős korúaknál felgyorsítja az agyműködés hanyatlását. Azt is megfigyelték azonban, hogy a dohányzásról leszokva ez a folyamat lelassul. Ezek az eredmények ellentmondanak egyes korábbi kutatásoknak, amelyek szerint a nikotin serkentőleg hat az agyra.

A dohányzást eddig inkább a szív és a tüdő károsodásával hozzák összefüggésbe, most azonban kiderült, hogy az agyműködésre is negatívan hat.

A tanulmány számára egy sor kérdést és feladatot dolgoztak ki, az úgynevezett „mini mentális állapot vizsgálatot” (MMSE), amelynek célja, hogy felmérje a 65 évesnél idősebbek kognitív funkcióit.

Akik soha sem dohányoztak, azoknál az MMSE évente 0,03 ponttal csökkent, míg a felmérés idején is dohányzóknál ez a szám 0,16 pont volt. Azoknál, akik a közelmúltban szoktak le a dohányzásról, az érték 0,06 pont volt.

A tanulmány egyik szerzője szerint a krónikus dohányzás érzelmeszedést és magas vérnyomást okoz, és az agy körülírt területein szöveti károsodást. Minél régebben és minél többet dohányzik valaki, annál nagyobb a hanyatlás.

Más tanulmányok arra utalnak, hogy a nikotinnak lehetnek előnyös hatásai is, ezért ez igen összetett kérdés. Korábbi tanulmányok kimutatták a nikotin pozitív hatását az Alzheimer-kór ellen, de ez csak azért lehet, mert az Alzheimer-kórban szenvedők nem élnek sokáig.

A kételkedők szerint az emberek meglehetősen szkeptikusan fogadják majd ezeket az eredményeket. Csak ijesztgetésre jók, és a túlzó kijelentéseknek semmiféle hatásuk sincsen, állítja a dohányzást támogató lobby.

[BBC News](#)

Dobos, L.

2004-03-24

### **Dohányzás megelőzési program kicsiknek ...és nagyoknak**

Pulzus 2000; Más-Kép Kft.

A dohányosok 67 %-a 12- 21 éves kora között kezdi el a dohányzást. Ebben az életkorban mindenképpen indokolt az ifjúsággal foglalkozni. Vagy még korábban kellene? Az alapvető viselkedésminták már a bölcsődében és az óvodában bevéődnek...

Alapelképzelésünk szerint attól az életkortól lehet és kell a szervezett dohányzás-prevenációs tevékenységet végezni, amikor a dohányzásra ösztönző, negatív hatások már érik a befogadó gyermeki agyat és befolyásolják akkori és későbbi magatartását. Célunk egy hat-hét éves gyerekeknek szóló dohányzásprevenációs modellkísérlet kidolgozása és továbbfejlesztése volt, végül pedig egy olyan óvodapedagógiai egységcsomag létrehozása a gyermekorvosok számára, melynek segítségével bármelyik óvodában sikerrel lehet információt átadni és az óvodai kiszolgáló személyzet, a gyerekek és a szülők dohányzással kapcsolatos magatartását formálni.

Összesen négy óvoda vett részt a programban, Budapesten, Hatvanban, és Kazincbarcikán. A foglalkozások gerincét egy mese adta, amely tartalmazta a dohányzással kapcsolatos fontosabb tudnivalókat. Minden foglalkozást videón rögzítettünk, 15 óra videófilm készült a dokumentálást és az elemzést segítő.

A szülők bevonására is már a legelső pillanattól kezdve figyelmet fordítottunk. Az öltöztető szoba falára kihelyezett nagy plakáton egy felirat volt látható, amit az óvónő segítségével a gyerekek rajzoltak, és amely arra kérte a szülőket, hogy a gyerekek témával kapcsolatos kérdéseit fogadják türelemmel.

Az eredmények azt mutatják, hogy a csoport nagy része az ismereteket befogadta, az ok-okozati összefüggéseket megértette. A passzív dohányzás szoba került a program kapcsán a "dohányos" családokban, és a gyerekek arra kérték szüleiket, hogy velük közös légtérben ne gyűjtsanak rá. Mindent egybevetve elmondható, hogy a program óvodai felhasználása 5-7 éves gyerekek számára javasolt. Az éves nevelési tervbe beépítve, és más, például: környezetvédelmi témáknál is az adott vonatkozásait megemlítve, a program hatékonyan formálná a gyerekek dohányzásról alkotott képét.

A programról a Művelődési Minisztérium véleményt kért a Fővárosi Pedagógiai Intézet óvodai szaktanácsadójától, aki pozitívan nyilatkozott és óvodai bevezetését javasolta.

Ez a program csak akkor lehet igazán hatékony, ha az egész óvodáskorú generáció megismeri. Ennek a folyamatnak az első lépése egy országos bázisóvodai hálózat létrehozása. Minden egyes bázisóvoda referenciaként szolgál a terület többi - a programba még be nem kapcsolódott - óvodájának.

Az országos bázisóvodai hálózat kiépítése közel 200 óvoda részvételével megtörtént, de Magyarországon közel 5000 óvoda van. A teljes lefedettség lenne az ideális, hiszen célunk országos szinten egy generáció attitűdjének eredményes formálása.

Folyamatosan bővítjük tehát a program eszközkészletét. A meséből bábfilm készült, de tervezzük egy rajzfilm elkészítését, valamint a mese angol nyelvre történő lefordítását is.

Dr. Vadász, I.

2002-08-02 16:18:43

### **Fiúk, lányok és dohányzás**

The New York Times Health  
News Service 2000; Medincorp

Nem a mások véleményének való megfelelés az egyetlen oka annak, hogy a tizenévesek rászoknak a dohányzásra. Egy új vizsgálatból most az derült ki, hogy azok a fiatal fiúk, akik dohányoznak, a többi fiúnál sokkal hajlamosabbak a depresszióra, a cigarettázó lányok pedig sokkal inkább extrovertáltak, társaságfüggők. A nemek között ebben is megnyilvánuló különbség hasznos információ lehet a prevenációs kampányok készítőinek, állítják a tanulmány szerzői a Journal of Consulting and Clinical Psychology című szaklapban.



Például egy olyan program, amely úgy beszél le a fiatalokat a dohányzásról, hogy környezetük várható reakcióival próbál hatni, "nem valószínű, hogy hatással lesz, mert a legveszélyeztetettebb lányok már így is intenzíven társasági lények, és szociálisan már jobban adaptálódtak kortársaiknál," olvasható a Stanford Egyetem kutatóinak cikkében.

Bár azt eddigi vizsgálatok is feltételezték, hogy a dohányos fiúk bizonytalanabbak társas érintkezéseikben, mint az extrovertált dohányzó lányok, ez az első olyan vizsgálat, amely három éven át követte nyomon alanyait, hogy a kérdéses tényezőket alaposabban elemezhesék. A kutatók 1900 tanulót vontak be 15 éves koruktól kezdve. A vizsgálat kezdetekor még egyikük sem dohányzott.

Megjelent: The Boston Globe

King, D.

2002-07-31 19:43:36

### **A nemdohányzók tovább élnek**

IHN magyar kiadás 1997;6(1) International Health News

LONDON, ANGLIA. A Royal Free Hospital School of Medicine kutatói nemrégiben közzétettek egy tanulmányt, amelyből világosan kiderül, hogy a dohányosok várható életkora sokkal rövidebb, mint a nemdohányzóké. A fölmérésben részt vett 1624, 40-59 éves férfi, akik soha nem gyújtottak rá sem cigarettára, sem szivarra, sem pipára, valamint 3151 olyan, akik 30 éves koruk előtt kezdték el a dohányzást, és azóta sem hagyták abba.

1993. decemberére, a megfigyelés kezdetétől számított 15 év elteltével, a nemdohányzók közül 127-en (7,8%) haltak meg, míg a dohányosok közül 560-an (17,7 %). A kutatók becslése szerint azoknak, akik 20 éves koruk előtt kezdtek dohányozni, csupán 42 %-a lesz életben 73 éves korában. Ezzel szemben azoknak, akik soha sem gyújtottak rá, 78% az esélyük, hogy megérjék a 73. életévüket.

A dohányzás megnöveli a rákban, szív- és érrendszeri megbetegedésben és különböző légzőszervi betegségekben való elhalálozás kockázatát. Megjegyzendő, hogy a dohányosok 86%-a 20 éves kora előtt szokott rá a dohányzásra, az átlagéletkor 16 év volt. Mindössze 1,3%-uk szokott rá 30 éves kora után. Ezért olyan fontos, hogy elsősorban a fiatalokat célozzák meg a dohányzás, ez a halálos szokás elleni kampányok

Megjelent: British Medical Journal, Vol. 313, October 12, 1996, pp. 907-8

Larsen, H.R.

2002-07-17 14:20:42

### **A hirtelen csecsemőhalál és az anya dohányzásának kapcsolata**

IHN magyar kiadás 1998;7(1) International Health News

HYATTSVILLE, USA - Egy amerikai-svéd kutatócsoport nemrégiben publikált egy tanulmányt, amely szerint egyértelmű összefüggés mutatható ki az anya dohányzása és a hirtelen csecsemőhalál (SIDS – sudden infant death syndrome) rizikója között a születést követő egy évben. A vegyes csoport tagjai több mint 7 millió élveszüléses esetet vizsgáltak át az Egyesült Államokban és Svédországban, ezek közül majdnem 8700 csecsemő bölcsőhalál áldozata lett. Az amerikai ráta a spanyol és ázsiai származású csecsemőknél 0,8 ezrelék volt, az indiánoknál pedig 3 ezrelék. A svédországi arány 0,9 ezrelék, és az amerikai fehér csecsemőknél 1,1 ezrelék volt. Ezek mellett egyértelmű összefüggéseket találtak az anya dohányzása és a hirtelen csecsemőhalál kockázata között. A SIDS rizikója egy olyan csecsemőnél, akinek az anyja napi 1-9 szál cigarettát szívott el a terhesség idején, 60-150

százalékkal magasabb a nemdohányzó anyától született csecsemőkhöz képest. Az erős dohányos anyák (napi 10 szál cigaretta felett) csecsemői pedig 130-280 százalékkal nagyobb veszélynek vannak kitéve. A rizikó ilyen mértékű növekedése független a már eddig ismert kockázati tényezők hatásától (alacsony születési súly, koraszülés, nem elsősülött gyermek, hason fekvő alvás). A kutatók megállapították, hogy az anya terhesség alatti dohányzása fontos és teljes egészében elkerülhető rizikófaktora a hirtelen csecsemőhalálnak, ugyanakkor a születés utáni passzív dohányzás is hozzájárulhat a nagyobb kockázat kialakulásához

Megjelent: American Journal of Epidemiology, Vol. 146, August 1, 1997, pp. 249-57  
Larsen, H.R.  
2002-07-17 14:50:53

### **A dohányzásra napok alatt rá lehet szokni, állítja egy tanulmány**

The New York Times Health News Service 2000; Medincorp

A dohányzás elkezdésétől számítva napokon belül rá lehet szokni, állítja egy új tanulmány, amely kétségbe vonja azt a hiedelmet, hogy az addikció foka közvetlen kapcsolatban van az elszívott cigaretták számával.

Egy több mint 700 12-13 éves gyerek részvételével készült tanulmány kimutatta, hogy azoknál, akik alkalmanként egy-egy cigarettát elszívtak, megmutatkoztak a nikotinaddikció jelei. De azok közül néhányánál, akik napi 5-öt szívtak, nem mutatkoztak az addikció tünetei.

A University of Massachusetts-en végzett tanulmány, amely a Tobacco Control című orvosi folyóiratban jelent meg, három kategóriába sorolta a dohányosokat: "Szerilem első látásra" dohányzók, "fokozatos rászokók" és "beosztók", akik éveken át tudtak napi 5 cigarettát elszívni a rászokás minden jele nélkül.

A 95 fiatal közül, akik bevallották, hogy alkalmanként, havonta vagy naponta dohányoznak, a háromnegyede jelentett nikotinfüggőséget, sóvárgást vagy idegességet, ha nem volt cigarettája. Kétharmaduk mondta, hogy ilyeneket már érzett azelőtt is, hogy naponta szívtak volna cigarettát. De a napi dohányzók 14 százaléka azt mondta, hogy nincsenek ilyen tünetei.

Dr. Joseph DiFranza, az egyetem Family Medicine and Community Health részlegének kutatója, a tanulmány szerzője így nyilatkozott: "Ezek az eredmények arra utalnak, hogy a napi dohányzás nem valószínű, hogy szükséges előfeltétele a nikotinfüggésnek."

Clive Bates, az ASH nevű dohányzásellenes csoport igazgatója a következőket mondta. "A függőség már a dohányzás kezdeti éveiben kialakulhat. Miután megszűnt a dohányzás elkezdésével járó nagyszerű érzés, az addikció elég erős lehet, hogy az embereket arra ösztökélje, hogy egész életükön át dohányozzanak.

Megjelent: The Independent, London  
Norton, C.  
2002-07-31 17:38:43

### **Világméretű összefogás a dohányzás ellen**

Magyar Orvos 2003;10(12):20-20 Melania Kiadó

1999. október 25-én kezdődött el a világon az első népegészségügyi témájú egyezmény kidolgozása. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) által kezdeményezett dohányzásellenes Keretegyezmény szövegének egyeztetéséért felelős kormányközi tárgyaló testület immár ötödször találkozott Genfben. Az egyeztetésen több mint 190 ország delegációja vett részt. A Keretegyezmény WHO általi elfogadására a szervezet 2003. májusi közgyűlésén kerül sor.

Míg 1950-ben 300 000, 1975-ben pedig 1,5 millió ember halt meg a világon dohányzás következtében, addig ma a becslések szerint 4,9 millió. Ez a szám 2030-ra évi 10 millióra emelkedhet. A WHO 1999-ben éppen azért döntött a Keretegyezmény kidolgozása mellett, hogy kezelni tudja a dohányzás okozta epidémiának határokon átnyúló problémáit (reklám, adózás, csomagolás és fogyasztói tájékoztatás, forgalmazás és feketekereskedelem), illetve azért, hogy a világ országai számára iránymutatást adjon a dohányzás visszaszorítását célzó hatékony intervenciók bevezetéséhez.

Magyarországon évente 28 ezer ember hal meg dohányzás okozta betegségekben, főként szív- és érbetegségekben és tüdőrákban. A világon "előkelő" hatodikak vagyunk az elszívott cigaretta mennyiségét illetően (évi körülbelül 20 milliárd elszívott szál cigaretta, erre a dohányosok közel 300 milliárd forintot fizetnek ki). Különösen ijesztő a női tüdőrák morbiditásának emelkedése, de a fiatalkori dohányzás terjedése sem ad okot derülátásra.

A fentiek alapján Magyarország aktív részvétele a Keretegyezmény kidolgozásában különösen indokolt, mégpedig az alábbi alapelvek mentén:

1. A dohányzás a magyar társadalomra rótt terhe akkora, hogy ennek csökkentésére az országnak minden lehetőséget meg kell ragadnia, többek között azt, hogy elősegítse egy szigorú Keretegyezmény elfogadását, majd annak javaslatait valósítsa meg a gyakorlatban.
2. Semmiképpen sem érdemes egy, a jelenlegi magyar törvényi szabályozásnál gyengébb intézkedéseket előíró Keretegyezmény-szöveget támogatni, még akkor sem, ha az Európai Unió (amelynek országaiban általában jóval kisebb a dohányzás okozta társadalmi kár, mint nálunk) álláspontja kevésbé szigorú volna.

A Keretegyezmény kidolgozása alkalmából a British Medical Association, a World Medical Association támogatásával kiáltványt tett közzé. Ebben felszólította a világ orvosait, hogy váljanak a dohányzás elleni fellépés aktívabb szószólóivá. Ez alkalomból tartott beszédében Brundtland asszony, a WHO főigazgatója kiemelte, hogy az orvosoknak fel kell használniuk a dohányzás ártaival kapcsolatos ismereteiket a hozzájuk fordulókkal történő kommunikációjukban, és személyes példamutatásukat is be kell vetniük ahhoz, hogy a dohányzás társadalmi költségeinek csökkentéséhez erőteljesebben hozzájáruljanak.

A főigazgató asszony szerint az orvosokra nemcsak betegek figyelnek oda, hanem a társadalom és a döntéshozók is, amikor a dohányzás visszaszorítására vonatkozó intézkedéseket mérlegelnek. Ezért az orvosok sokkal határozottabb szerepvállalására van szükség.

A kiáltvány a következőképpen szól:

"A dohányzás az egészség egyik legfontosabb veszélyeztetője. Becslések szerint a XXI. században 1 milliárd ember hal majd meg dohányzás okozta betegségben. Az epidémia a fejlődő világ felől gyorsan terjed a fejlődő világ felé. Határozott beavatkozás már régóta időszerű.

Az orvosok szerepe a betegségek és halálesetek megelőzésében alapvető. De a dohányzás nemcsak orvosi probléma. A kormányoknak és a nemzetközi szervezeteknek is lépniük kell.

A WHO dohányzásellenes Keretegyezménye egy olyan nemzetközi szerződés lesz, melynek célja, hogy a lakosság egészségét megvédje a dohányzástól. Az orvosok véleménye szerint a Keretegyezménynek tükröznie kell a tudományos evidenciát.

Felhívjuk a kormányokat, biztosítsák azt, hogy a Keretegyezmény magában foglalja mindazokat a stratégiákat, melyek hatékonyak bizonyultak a dohányzás visszaszorításában, beleértve azokat, amelyek:

- minden cigarettadobozon világos és informatív egészségügyi figyelmeztetés elhelyezését kívánják meg,
- gátat vetnek az olyan állítások elterjedésének, hogy egyes cigaretták egészségesebbek másoknál,
- emelik a cigaretta árát az adótartalom növelése révén,

- véget vetnek a dohányreklámozásnak,
- védik a nemdohányzókat a dohányfüsttől.

Az orvosok feladata, hogy az egészség lehető legmagasabb fokú védelmét előmozdítsák. Kiáltványunk felszólítja az országok kormányait és a nemzetközi szervezeteket, biztosítsák, hogy ez az alapelv a Keretegyezmény központi gondolatává váljon."

Sajnálatos, hogy Magyarországon a dohányzás prevalenciája az orvosok körében nem sokkal marad el az átlaglakosságétól (a medikusok majdnem 32 százaléka, az orvosok és tanárok közel 30 százaléka dohányzik). A dohányzó orvost kevésbé foglalkoztatja betege dohányzása, és ritkábban tanácsolja a dohányzásról való leszokást páciensének (egyébként kevésbé is volna hiteles közvetítője egy leszokást bátorító üzenetnek). Pedig az orvosok szerepe óriási a dohányzásról való leszokásban: a beteg dohányzása felőli érdeklődés, és dohányos páciens esetén egy 3 perces nagyon rövid tanácsadás 2 százalékban tántorítja el a dohányost szokása folytatásától. Feltételezve, hogy a magyar lakosság majd kétharmada évente legalább egyszer találkozik orvossal, ennek az úgynevezett "minimális intervenciónak" a hazai elterjedése évi legalább 70 ezer leszokott dohányost jelentene.

Szilágyi Tibor

Egészségünkért a XXI. században Alapítvány

A Keretegyezmény 2002 júliusában kiadott szövege magyar nyelven elérhető a

<http://w3.enternet.hu/dohany/letolt-evsz.htm>,

angol nyelven pedig a <http://www.who.int/gb/fctc/> cím alatt.

2003-01-04 11:35:36

### **A C-vitamin véd a másodlagos füst ellen**

IHN magyar kiadás 2000;9(9) International Health News

DAVIS, USA - Számos tanulmány kimutatta, hogy a passzív dohányzás megnövekedett oxidatív stresszt okoz, amely a szív- és tüdőbetegségek kockázatának megnövekedésével kapcsolatos.

Köztudott, hogy a dohányosok vérének alacsonyabb a C-vitamin tartalma, mint a nemdohányzókének, és hogy a dohányosok szervezete napi kétszeresét használja fel a nemdohányzó C-vitamin-felhasználásának. Most bizonyítékok vannak arra nézve, hogy a passzív dohányosok C-vitamin szintje a dohányosok és a nemdohányosok szintértékei között helyezkedik el, és ők is naponta több C-vitamint használnak fel, csakúgy, mint a dohányosok. Egy finn kutatók által nemrégiben készült felmérés kimutatta, hogy ha nemdohányzókat passzív dohányzásnak teszünk ki 30 percen át, jelentős oxidatív stressz és lipid-peroxidáció következik be a szervezetükben, ez jelentős rizikófaktora a szívkoszorúér-megbetegedéseknek. Egy másik kísérlet eredményei szerint a dohányfüst beszívása előtt elfogyasztott 3 gramm aszkorbinsav tökéletes védelmet nyújt az oxidatív stressz ellen. Más kutatások azt állapították meg, hogy a C-vitamin a tüdő ózon-károsodása ellen is véd. Ezek a kutatási eredmények megerősítik, hogy a szervezetnek megfelelő C-vitaminra van szüksége a szív- és tüdőbetegségek kockázatának csökkentésére.

Larsen, H.R.

2002-07-17 16:04:04

Nutrition Reviews, Vol. 58, August 2000, pp. 239-41

### **Tesztel állapítják meg, kit fenyeget leginkább rákkal a dohányzás**

The New York Times Health News Service 2000; Medincorp

A dohány egyik vegyülete elvezetheti a kutatókat azokhoz a dohányosokhoz, akik genetikailag veszélyeztetettek a tüdőrák kialakulása szempontjából.

Egy tanulmány kimutatta, hogy azok a dohányosok, akik érzékenyek a dohányban található egyik legfőbb rákkeltő anyagra, a benzo-pirén-diol-epoxidra (BDPE), különösen veszélyeztetettek a tüdőrák szempontjából. A kutatás eredményei az American Cancer Society Cancer c. folyóiratában, szeptember 15-én jelent meg.

A houstoni University of Texas M.D. Anderson Cancer Center kutatói összehasonlították 57 újonnan diagnosztizált tüdőrákos beteg BDPE-érzékenységét 82 egészséges alanyéval. Azt találták, hogy a tüdőrákos betegek 69 százaléka volt érzékeny a vegyületre, míg ez a szám a kontrollcsoportban mindössze 22 százalék.

Hogy meghatározzák az érzékenységet, dr. Xifeng Wu és munkatársai a BDPE-t a vizsgált személyektől kivont fehérvérsejtekhez adták, majd megnézték, sérültek-e a sejt kromoszómái. Minden sejtben 23 pár kromoszóma van, ezek hordozzák az emberre jellemző tulajdonságokat. Ha a kromoszómák sérülnek a BDPE hatására, az érzékenységet jelent, s így nagyobb fogékonyságot a tüdőrákra.

A kutatók szerint "jelentős különbség" volt a rákos betegek és a kontrollcsoport tagjainak érzékenysége között. A sérült kromoszómák száma a tüdőrákosoknál átlagosan kétszerese volt a kontrollokénak. Figyelembe véve az egyéb rizikófaktorokat is, mint az életkor és az átdohányzott évek száma, a csapat arra a megállapításra jutott, hogy a többi dohányossal összehasonlításban azoknál, akiknél fennállt a BDPE-érzékenység, több mint hétszeres volt a tüdőrák kockázata.

A fölmérésben részt vett személyek (mind a tüdőrákosok, mind az egészséges kontrollok) életkora 38 és 84 év között volt, hasonló dohányzási előtörténettel és szokásokkal. Az, hogy külön tudjuk választani a BDPE-re érzékeny dohányosokat, mintegy biológiai vörös zászlóként alkalmazható, mondta dr. Wu, és hozzátette, hogy a BDPE-érzékenység és más rákkeltő anyagok összevetése tovább árnyalná a magas kockázattal rendelkezők fölismerését.

Ron Acton az University of Alabama-Birmingham Comprehensive Cancer Center molekuláris genetikusa szerint nagyon fontos, hogy a genetikai kockázatra összpontosítsunk, és ne csak a viselkedésre. "Valami más jelent a betegek számára, ha azt mondhatjuk nekik, hogy genetikailag veszélyeztetettek. Jobban engedelmeskednek a megelőzés és a kezelés procedúráinak".

Dr. Robert Chamberlain az Anderson's Cancer Center munkatársa szerint ez a kutatás magyarázatot ad arra a kérdésre, miért lesz tüdőrákos sok alig-dohányzó, míg az erős dohányosok közül sokan nem. A tanulmányban a nem túl erős dohányosnak számítók (kevesebb, mint napi 22 cigaretta) közül valóban többen voltak BDPE-érzékenyek.

Az ilyen genetikai rizikófaktorok ismeretét föl lehet használni más kockázati tényezők elleni harcban is, mondta dr. Chamberlain. "A végső cél az, hogy minél több embernél tudjunk minél több dologra való érzékenységet kimutatni, hogy föl tudjuk venni a harcot a környezeti - tehát változtatható - káros hatásokkal."

Megjelent: Medical Tribune News Service

Norton, A.

2002-07-31 22:02:02

### **Milyen reklámok hatására szoknak le a dohányosok?**

The New York Times Health News Service 2000; Medincorp

LONDON - Egy tanulmány szerint a dohányzásról való leszokást azok a reklámok segítik elő a legjobban, amelyek a dohányipart félrevezetőnek és manipulatívnak állítják be. Azzal lehet

a leginkább eltanácsolni az embereket a cigarettavásárlástól, hogy a reklámokban a nagy cigarettagyártók gátlástalan népnúzókként szerepelnek, akik bármire hajlandók, hogy mind több és több embert szoktassanak rá a dohányzásra.

A tanulmány, amely a Journal of the American Medical Association hasábjain látott napvilágot, azt követően született, hogy a British American Tobacco társaságról kiderült, hogy elferdítette a WHO egyik tanulmányának eredményeit, mivel úgy kommentálták az egészségügyi világszervezet dokumentumát, mint ami szerint a passzív dohányzás nem növeli meg a rák kockázatát.

Tessa Jowell, angol közegészségügyi miniszter nyilvánosan megbélyegezte a dohánygyártók lépését. Egy beszédében a politikus a következőket mondta: "A BAT-nak szorosan vett érdeke, hogy az emberek dohányozzanak. Új fogyasztókat kell toborozniuk annak a 120000 embernek a helyére, akik a dohányzás következtében országunkban évente meghalnak. A tanulmány szerzői egyértelműen bebizonyították, hogy a dohányipar teljesen félremagyarázta a WHO munkájának az eredményeit, mert ehhez közvetlen érdeke fűződik."

A San Francisco-i Kalifornia Egyetem kutatói, akik azt vizsgálták, milyen hatása van a dohányzás-ellenes reklámoknak, elmondták, hogy a dohányiparról kialakított kép az egyik leglényegesebb eleme az ilyen kampányok sikerének.

"Egyértelmű, hogy melyek a hatékony fegyverek. A dohányzás-ellenes kampányok megkérdőjelezik a dohánygyárak hirdetéseinek jogszerűségét és a dohányzást természetellenes szokásként ábrázolják. Ha megmutatják, hogy mi mindenre képes a dohányipar csak azért, hogy új vevőket toborozzon, akkor még a dohányosok is elgondolkodnak a reklám üzenetén. Egy kaliforniai reklámhadjárat következményeként, amely az iparág lejáratásával próbált hatni, 1990 áprilisától 1991 márciusáig 12,2 százalékkal csökkent az államban a dohányosok száma. A kutatók szerint a kampány közvetlenül 33000 embert indított arra, hogy abbahagyja a dohányzást, és további 173000 döntésének meghozatalához járult hozzá.

A kutatók szerint azok a reklámok, amelyek a dohányzás egészségre káros hatásai helyezik előtérbe, sokkal kevesebb hatást érnek el.

Megjelent: The Independent, London

Laurance, J.

2002-07-31 20:20:04

### **A filmekben látott dohányzás hatása a serdülőkre**

LAM 2002;12(3):187-188 Literatura Medica Kft

A dohányipar azzal toboroz és tart meg dohányosokat, hogy termékeit olyan fogalmakkal társítja, mint az izgalom, a szex, a jómód, az ellenállás és a függetlenség. A film igen hatékony eszköz az összefüggés megteremtésére, és amint a Tobacco Control 2001. decemberi számából kiderül, ez sikerül is.

A dohányipar mindent felhasznál hollywoodi kapcsolatának ápolására, kezdve a filmstúdióknak juttatott óriási pénzeszegektől a filmkészítőknek osztogatott ingyen cigarettáig. Ez persze kétirányú utca.

Az egyik filmgyártó társaság elnöke például 1972-ben felhívta az RJ Reynolds Tobacco cég figyelmét, hogy új thrillerük összes szereplője dohányzik, és hozzátette: "A filmek jobbák bármiféle tévében vagy képeslapban bemutatott reklámnál, mivel a nézők nem tudják, hogy támogatásról van szó." A közönség növekvő aggodalommal figyeli a filmekben a dohányzást, különösen, miután kiderült, hogy a dohányipar titokban óriási összegeket fizet azért, hogy a filmekbe dohányzós jelenetek kerüljenek, és ezzel kapcsolatban 1989-ben meghallgatások folytak az Egyesült Államok Kongresszusában. Ezek eredményeként a cigarettagyártó cégek

önkéntes szabályzatot fogadtak el arról, hogy véget vetnek a termék népszerűsítésének a filmekben.

Az önkéntes szabályzatban foglaltak ellenére 1991 után drámaian nőni kezdett az amerikai filmekben a dohányzás, és mára már meghaladja az 1960-as szintet. Ennél is lényegesebb, hogy a valós étellel ellentétben, a filmekben rendszerint a markáns egyéniségű, sikeres szereplők dohányoznak. Bizonyos márkák megjelenése kiemelkedő, közülük is kitűnik a Philip Morris Marlborója; és drámaian gyakorivá vált, hogy a színészek a mozivásznon bizonyos márkákat szívnek. A sztárok dohányzása kedvező színben tünteti fel a dohányzást, és ez azzal jár, hogy a serdülők ténylegesen dohányossá válnak. Akárcsak dohányipari barátai, Hollywood is aggodalmát fejezi ki az "ábrázolás szabadságáról" szóló, szünet nélküli szónoklataiban - miközben szégyentelenül tovább gyártja a filmeket jövedelmének végsőkig felfokozott gyarapítása érdekében - és tagadja, hogy ha a filmekben dohányoznak, az ténylegesen hozzájárul a dohányzáshoz.

**Megjelent:** British Medical Journal  
Glantz, S. A.  
2002-09-10 14:41:29

### **Füstölgő Magyarország**

A lakosság egyharmada dohányzik

Népszabadság 2001; Népszabadság

Számítások szerint a világon évente három és fél millió ember hal meg a dohányzás következtében, hazánkban ez a szám harminc-harmincötezerre tehető. Az orvosok mellett több civil szervezet is küzd a dohányzás terjedésének megakadályozásáért, valamint különprogramok vannak a dohányzásról leszokni akarók segítségére.

Pillanatnyilag csak két betegségecsoport létezik, amely a dohányzásnál több halálesetért felelős: a tüdőgyulladás-hörghurut csoport (amelynek kis része szintén dohányzás eredetű), és az enterális fertőzések. Előrejelzések szerint 2020-ra évi tízmillió áldozata lesz a dohányzásnak, mert a fejlődő országokban, például Kínában is annyian fognak dohányozni, mint a fejlettebb, nyugati országokban. (Az elmaradottabb országokban jelenleg az említett másik két betegségecsoport áll az élen a halálokok között.)

A Gallup Intézet felmérése szerint a magyarok megfelelően tájékozottak a dohányzás kockázatairól, ennek ellenére nem csökken a dohányzók száma: évek óta az ország egyharmada cigarettázik. Szomorú tény, hogy a dohányosok között egyre több a nő és a fiatal. Magyarország az egy dohányzóra jutó elszívott cigaretták számát tekintve a világelső között van: a hazai dohányosok ötvenöt százaléka naponta egy doboz cigarettánál többet füstöl el. Az igazán erős dohányosokat a középkorúak között találjuk, az idősek kevesebbet dohányoznak - ez valószínűleg azért van így, mert a valóban erős nikotinfüggők ritkán érnek meg magas életkort.

A felmérés szerint a hazai dohányzók kilencvennégy százaléka véli úgy, hogy a dohányzás káros az egészségre, hetven százaléka abba is szeretné hagyni. A legtöbben viszont csak halogatják, és ha megpróbálják is, segítség nélkül nem képesek letenni a cigarettát. A családtagok, barátok támogatása mellett különböző egyesületek (például az Országos Dohányfüstmentes Egyesület) szervezett programok keretében is segítenek a dohányosoknak a leszokásban.

Az egyik legismertebb nemzetközi program a "Hagyd abba és nyersz!", amelyben Magyarország az elmúlt években négy alkalommal vett részt. Összesen több mint harmincötezen jelentkezték, vagyis vállalták, hogy legalább négy hétre leteszik a cigarettát, és ezt egy tanúval is igazolják. Aki végigküzd a programot, értékes jutalmakat, pénzdíjakat nyerhet.

A szervezők fontosnak tartják, hogy egyes különösen veszélyeztetett célcsoportokat is megszólítsanak, ezért külön versenyt indítottak a 14-18 éves fiataloknak, a pedagógusoknak, a katonáknak, a dohányos családoknak és a kismamáknak.

Az utóvizsgálatok szerint a résztvevők húsz-huszonöt százaléka a kampány befejezése után egy éven túl is nemdohányzó maradt, vagyis esetükben a leszokás sikeres volt. Ötven százalékuk kibírta az egy hónapot: ezzel bebizonyította magának, hogy képes cigaretta nélkül élni. Ez azért fontos, mert sokan csak sokadik próbálkozásra képesek végleg eldobni a cigarettát. Számukra biztató jel lehet, ha egyszer már "füstmentesek" voltak egy ideig.

A leszokás segítése mellett továbbra is fontos a tájékoztatás, hogy az emberek, különösen a fiatalok figyelmét felhívják a dohányzás veszélyeire. Az iskolákban osztályfőnöki órákon, filmvetítésekkel, beszélgetésekkel, tanórán kívüli foglalkozásokkal lehet megértetni a diákokkal, hogy a dohányzással nemcsak a saját, de a passzív dohányzás révén mások egészségét is veszélyeztetik. Ez azért is különösen fontos, mert egy felmérés szerint a hazai középiskolások harminc százaléka rendszeresen, majdnem ötven százaléka pedig alkalmanként dohányzik. A felnőttek tájékoztatásában, a példamutatásban a média mellett sokat segíthetnek a családorvosok, az egyes intézmények előljárói is (egyetlen vezető sem várhatja el, hogy a munkahelyen betartsák a nemdohányzók védelmében született törvényt, ha ő maga megszegi azt).

A dohányzás ellen küzdő szervezetek szerint a pontos, rendszeres tájékoztatással, a leszokást segítő kampányokkal és a nemdohányzók védelmében született törvény rendelkezéseivel jelentős eredményeket lehetne elérni a dohányzás visszaszorításában.

### **A serdülőkori dohányzás hatásai az agyra és a viselkedésre**

InforMed Hírek 2004;2 InforMed

**A serdülők agya élénkebben reagál a nikotin jutalmazó hatására, mint a felnőtt agy olvasható az UC Irvine kutatóközpontjának tanulmányában. A kutatók azt is megállapították, hogy a serdülőkorban az első nikotinos élmény hatással van a további viselkedésbeli reakciókra is. Az eredmények magyarázatul szolgálhatnak arra, miért hajlamosak a kamasz dohányosok e szokásukat felnőttkorukban is folytatni.**

A tanulmányban először közölnek arra vonatkozó adatokat, milyen gyors változások történnek a serdülők agyában és viselkedésében már a nikotin egyetlen adagjára is.

„Az eredményekből az derül ki, hogy az első nikotinos élmény jutalmazó, és növeli a fiatalok érzékenységét, ami megemelheti a dohányzás kockázatát ebben a korcsoportban” – mondja James Belluzzi, farmakológus professzor, a kutatás vezetője.

A Centers for Disease Control szerint a felnőtt dohányosok 80 százaléka serdülőkorában kezdte a dohányzást. Sokféle oka van annak, miért próbálják ki a kamaszok az első cigarettát, a tanulmány azonban alátámasztja azokat a korábbi eredményeket, amelyek szerint a rászokásnak biológiai okai vannak. A serdülőknél már minimális nikotinbevitel után is kialakulnak a függés tünetei, és azok, akik serdülőkorukban napi dohányosok, nehezebben fogják tudni abbahagyni a dohányzást, mint azok, akik felnőttkorban szoktak rá.

A nikotin megerősítő hatásainak vizsgálatára Belluzzi és munkatársa, Frances Leslie serdülő és felnőtt patkányokat teszteltek kondicionált helypreferencia szempontjából. Ezeknél a kísérleteknél a hatóanyagot tartalmazó injekciókkal bizonyos, a környezetre vonatkozó



utasítások járnak. Az állatoknak hagyták, hogy felfedezzék a tesztkamra mindkét oldalát. Míg az állatok eleinte nem mutatnak preferenciát a két oldal között, később ott fognak több időt eltölteni, ahol a jutalmazó hatást kiváltó drogot kapták.

A kutatók a viselkedésbeli válaszok vizsgálatánál azt tapasztalták, hogy a felnőtt és idősebb ifjúkorban levő patkányoknál nem jelent meg a nikotin-megerősítés, viszont a serdülőkor korai szakaszában a kísérleti állatok szignifikáns preferenciát mutattak már egyetlen nikotinadag után. Motorikus vizsgálatukból az is kiderült, hogy a fiataloknál a fizikai aktivitás nőtt, azaz ebben az életkorban befolyásolhatóbbak és érzékenyebbek a nikotinra.

„Eredményeink határozott érvekkel szolgálnak amellett, hogy a dohánytermékek elérhetőségét a serdülőkorban korlátozni kell – mondta Leslie professzor. – Ez a tanulmány további jelentős mennyiségű humán- és állatkísérleti adattal szolgál arra nézve, hogy a serdülőkor olyan fejlődési szakasz, amelyben az agy jutalmazó csatornáit igen nagymértékben reagálnak a nikotinra.”

[News-Medical.net](http://News-Medical.net)

Dobos, L.

2004-05-19 12:38:52

### **A dohányzás és a horkolás viszonya**

MTI Hírek 2004;1

Washington, 2004. október 3.(MTI/AFP) - A horkolás és a dohányzás eddig ismeretlen összefüggését mutatták ki európai kutatók.

A vizsgálatban részt vevő mintegy 15 500 személyt - 25 és 54 év közötti férfiakat és nőket - találomra választották ki öt észak-európai országban. A véletlenszerű minta azt igazolta, hogy az aktív és passzív dohányosok, sőt azok is, akik már leszoktak a káros szenvedélyről, sokkal hajlamosabbak a horkolásra, mint akiket sosem kísértett meg a füstölés vágya. Az eredmények azt igazolták, hogy a dohányzás 17,1 százalékban járul hozzá a horkolás kockázatához, míg a kóros elhízás csak 4,3 százalékos, a passzív dohányzás 2,2 százalékos rizikófaktornak bizonyult.

A kutatók adatai szerint a horkolás a férfiak 16-33 százalékát, a nők 8-19 százalékát sújtja, és zavarja a rendellenességben szenvedő hálótársának nyugalma is.

A Dániában, Észtországban, Izlandon, Norvégiában és Svédországban lebonyolított vizsgálat eredményeit a kutatók az "American Journal of Respiratory and Critical Care" októberi számában tették közzé.

(Panoráma)

2004-10-04 18:10:08

### **A dohányzás valóban lerövidíti az életet**

IHN magyar kiadás 2000;9(4) International Health News

Bőséges bizonyíték van arra nézve, hogy a dohányosok lényegesen csökkentik élettartamukat. A férfi dohányosok körében a relatív halálozási arányszám 2-3-szorosa a nemdohányzókéénak. Mit is jelent ez valójában? A University of Bristol két kutatóorvosa nekilátott a vizsgálódásnak. Egyetlen cigaretta elszívása 11 perccel rövidíti az életet - ez elég egy rövid sétára vagy egy újság átolvasására. Egy karton (200 darab) elszívása másfél napot vesz el az életből - ennyi idő alatt körbe lehet repülni a földet, egy romantikus éjszakát tölteni valahol távol az otthonunktól vagy meglátogatni barátainkat, rokonainkat. Aki 17 éves korában szokik

rá a dohányzásra és 71 éves korában hagyja abba, 300 ezer cigarettát szív el élete során, ami 6,5 éves veszteségnek felel meg, és még 50-75 ezer dollárba is kerül

Megjelent: British Medical Journal, January 1, 2000, p. 53

Larsen, H.R.

2002-07-17 15:47:42

### **Összefoglalás:**

Nagyon sok tanulmány és cikk foglalkozik a dohányzás rászokásával és leszokásával. Valakik a genetikai oldalról közelítik meg a témát, valakik pszichológiai oldalról. Láttunk néhány olyan cikket, ahol a törvény kezével akarnak lépések tenni a dohányzás visszaszorítására.

Igaz, hogy a cikkek egy része nem pszichológiai eredetű, de ide illőek és aktuálisak.

Úgy gondolom, ez a kis összeállítás arra jó, hogy egy körképet kapjunk a dohányzás által felvetett kérdésekből, és szélesítsük egészségtan tanári ismereteinket a dohányzással kapcsolatban.

## **DR. FREUND TAMÁS**

### **„HULLÁMTÖRÉS”**

#### **A KANNABISZ (MARIHUÁNA) HATÁSA AZ AGYHULLÁMOKRA**

#### **– MEMÓRIAZAVAR ÉS SZORONGÁS**

Valamennyien teljesebb életet szeretnénk élni, aminek egyik kulcsa, hogy minél több antennával érzékeljük a külvilágot, ugyanakkor belső világunk, érzelmeink, motivációink révén a megszerzett információt megfelelő kontextusban és mélységekben raktározzuk el agyunkba. Az agykutatás eredményei ma már képesek az idegsejthálózatok szintjén magyarázatot adni a memórianyomok keletkezésének izgalmas jelenségeire, a hatékony és kreatív előhívás számos részletére. Ezek az ismeretek egyben lehetővé tették az agyműködésbe durván beavatkozó kábítószeres pontos hatásmechanizmusainak, a függőség kialakulásának megfejtését is. Az előadás először az agyi információfeldolgozás, a memória kialakulásának egy-két elemi mechanizmusával, a belső világ részvételének módjával foglalkozik, hogy aztán jobban megérthessük az úgynevezett könnyű drogok hatásmechanizmusát és mérhetetlen veszélyeit.

### ***I. AZ AGYKÉREG FELÉPÍTÉSE ÉS MŰKÖDÉSE***

A 20. század végén, az agykutatás évtizedében szinte szállóigévé vált, hogy „az agy megismerése korunk legnagyobb kihívása”. Ez különösképpen igaz az **agykéregre**, mely a legmagasabb rendű idegi működések központja. Ide kapcsolódik a tudatos érzékelés, tanulás, memória, cselekvéseink tervezése, kivitelezésének irányítása, kreativitásunk, és más kognitív folyamatok, melyekért az agykéreg több milliárd sejtjének bonyolult hálózatai felelősek. *Vajon megismerhető-e maga a megismerést végző szerkezet, az agykéreg?* Ezt a megválaszolhatatlannak tűnő örök filozófiai kérdést én nem a filozófia, hanem a kísérletes biológia oldaláról fogom megközelíteni. Az előadás, remélem, meggyőzi Önöket, hogy az agykéregi működések kutatóinak feladata közel sem reménytelen, de azért a „korunk legnagyobb kihívása” megjelölés jogosnak mondható.

Az agykéreg az egész agyunkat tekervényezve beborító 2 mm vastag köpeny, mely több milliárd idegsejtet tartalmaz. Az idegsejtek abban különböznek egyéb testi sejtjeinktől, hogy bonyolult nyúlványrendszerrel rendelkeznek és elektromos jelek továbbítására képesek.

Ezek a sejtnyúlványok olyan komplexek, hogy mindegyikük képes 20-30 ezer másik idegsejt nyúlványaitól elektromos impulzusokat fogadni, és saját kisüléseit (az információ továbbítását jelentő impulzusokat) újabb 30-40 ezer hasonló idegsejthez továbbítani. Tovább fokozza a rendszer komplexitását, hogy egy-egy ilyen sejt közötti kapcsolat, szaknyelven **szinapszis**, amelyből a sokmilliárd agykéregi idegsejt mindegyike 50-80 ezerrel rendelkezik, nem állandó erősségű. Ezek a kapcsolatok használatától függő módon képesek megerősödni vagy gyengülni, és tulajdonképpen ez a memória sejt szintű alapja. Egy memórianyom tárolásához azonban nem két sejt között, hanem több százezer vagy millió idegsejt adott mintázatai között kell a kapcsolatnak tartósan megerősödni, s a későbbiekben ennek a sejt-kombinációnak az együttes kisülése jelenítheti meg tudatunkban ezt az emléknymot. Egy komplex emléknymóban számos érzékszervi információ kapcsolódik össze, például egy kerti sétára visszaemlékezve egyszerre jut eszünkbe a virágok színe, illata, a madarak éneke. Ezeknek az egyes érzékszervi információknak az elsődleges agykéregi feldolgozása más-más

kéregterületeken történik, majd egy speciális kérgi régióban, a **hippocampusban**, kapcsolódnak össze egy egységes perceptummá (érzéklétté) a tartós beégetődés során.

### ***I. 1. A HIPPOCAMPUS***

A hippocampus az agykéreg minden érző és asszociációs területével közvetett oda-vissza irányú kapcsolatban áll. Valamennyi érzékszervből származó információ eljut ide, majd a szinapszisok megerősödése révén itt társítódnak egymással, átalakulnak hosszú idejű tárolásra alkalmas formába, és végül visszajutnak az agykéreg egyéb területeire. A memória tárolását tehát hosszú távon nem a hippocampus végzi, hanem az agykéreg specifikus régiói, viszont a beégetéshez alapvetően szükséges. Ennek ékes bizonyítéka egy H. M. nevű epilepsziás beteg esete, akit az ötvenes években Amerikában megműtöttek, és kivették mindkét oldalán a hippocampust, ott volt ugyanis a fókusz. Ez az úr a műtét után új információkat nem tudott megtanulni, minden reggel el kellett kísérni a munkahelyére, mert nem talált oda, és ott minden reggel mindenkinek újra bemutatkozott. Régmúlt dolgokra azonban kiválóan visszaemlékezett, hiszen ezek az emlényomok az ép agykéregben tárolódtak, a hippocampusra csak az új memória bevéséséhez van szükség. A hippocampus feladata tehát az egyes érzékszervi információk társítása a memórianyomok tartós beégetése során.

### ***I. 2. AZ IDEGSEJTEK SZINKRONITÁSÁNAK BIZTOSÍTÁSA***

A hippocampus és a teljes agykéreg mindezeket a feladatokat a szinapszisok már említett tartós megerősödésén keresztül végzi. A szakirodalom ezt a kulcsfontosságú jelenséget **tartós potenciációnak** nevezi, angolul Long Term Potentiation, azaz LTP. Ennek mechanizmusáról az elmúlt évtizedben hatalmas ismeretanyag gyűlt össze, megpróbálom az Önök számára a lényegét megragadni. Ha két összekapcsolt idegsejt pontosan egyszerre (10 milliszekundum, vagy annál kisebb időkülönbséggel) sül ki, azaz ad le elektromos jelet, akkor a köztük lévő kapcsolat, szinapszis tartósan meg fog erősödni. (Ennek ismerjük már a molekuláris mechanizmusát is, de bemutatására most nincs idő.) Ugyanez játszódik le akkor is, ha nem két, hanem többszáz ezer vagy millió sejt sül ki egyszerre ilyen precizitással. Azok is megerősítik egymással kapcsolataikat, és előszeretettel együtt fognak kisülni a jövőben is, s ez már jelenthet egy memórianyomot.

A memória bevésődésének egyik feltétele tehát a hihetetlen pontosan időzített együttes kisülése azoknak az idegsejteknek, amelyek az adott pillanatban éppen aktiválódnak, azaz információt hordoznak. Ha 10 milliszekundumnál nagyobb a különbség, akkor kapcsolatuk nem erősödni, hanem gyengülni fog. Ennek a precíz együttműködésnek, szinkronizációnak a biztosításáért felelősek a gátló idegsejtek. De hogyan lehet gátlás útján szinkronizálni? Ezt egy ismert példával lehet megvilágítani. Tételezzük fel, hogy itt valamennyien egy hatalmas medencében úszkálnak, én pedig egy több száz karú polip vagyok. Ha össze akarnám hangolni működésüket, azaz a légzésüket, akkor sok karom segítségével mindenkit lehúznék a víz alá, majd jó egy perc múlva egyszerre felengednék. Az első levegővétele garantáltan mindenkinek egyszerre történne. A több száz karú polip volt ebben a példában a gátlósejt, Önök pedig az általa beidegzett serkentő sejtek. Ha ezt a lehúzást és felengedést ritmikusan ismételném, akkor minden lélegzetvételük egyszerre történne, azaz szinkronizálna, és kialakulna egy hullámtevékenység, a légzési és víz alatti fázisok váltakozása.

Itt azonban nem ezer, hanem több millió serkentő sejtről van szó, melyek működését több százezer gátlósejtnak kell szinkronizálnia. Mi az, ami a százezer **gátlósejt** működését hangolja össze, és teszi egyben ritmikussá? A példa mellett maradván, tételezzük fel, hogy sok ilyen medence van egymás mellett, és azok mindegyikében egy-egy polip, mindegyik szabadon merítgeti az embereket a víz alá. Kell hogy legyen egy **szuperpolip**, amelyik már nem az emberekkel foglalkozik, hanem az összes medence felett állva valamennyibe kinyújtja egy-egy karját, és az egyes medencékben lévő polipok működését hangolja össze.

A hippocampus esetében ez a szuperpolip a **szeptum** nevű agyterületen található pacemaker vagy ritmusgeneráló sejtek együttese. Ezekről egy *Nature*-közleményben igazoltuk, hogy szelektíven idegzik be a hippocampus gátlósejtjeit. Tehát ezek a pacemaker sejtek készítetik ritmikus szinkron aktivitásra a hippocampus gátlósejtjeit, azok pedig ebben a ritmusban szinkron hullámoztatják a több millió serkentő sejt ingerelhetőségét.

### **I. 3. BELSŐ VILÁGUNK SZABÁLYOZÓ SZEREPE**

Eredményeink akkor váltak igazán izgalmassá, amikor kiderítettük, hogy a szeptum ritmusgeneráló sejtjein kívül más központok is vannak az agyban, melyek hasonlóan hatékonyan és szelektíven idegzik be az agykéreg gátló sejtjeit (azaz „szuperpolipként” működnek), és ezen központok közös tulajdonsága, hogy érzelmi és motivációs impulzusokat, valamint testünk általános fiziológiai állapotáról szóló információkat közvetítenek tudatos agyunk számára. Ez pedig azt jelenti, hogy tulajdonképpen magyarázatot találtunk a neuronhálózatok szerkezetének vizsgálatával arra, hogy miért képesek érzelmeink, motiváltságunk, vagy éppen fizikai állapotunk olyan drasztikus módon befolyásolni tanulási képességeinket, memóriánk tartósságát. Belső világunk „szuperpolipként” működve dönti el, hogy lesz-e az agykéregben szinkronizáció, s ha igen, milyen mértékű, frekvenciájú. A külvilág információinak agykérgi feldolgozása és elraktározása akkor hatékony, ha társítódik belső világunkból származó impulzusokkal, hiszen ez utóbbiak biztosítják az agyhullámokon keresztül a megfelelő pontosságú együttműködést a kódolást végző sejtek között. Ezáltal leszünk képesek az információ hatékony és szelektált eltárolására, agyunknak olyan, akár tudat alatti rekeszeibe, amelyekből a kreativitás is táplálkozik.

Ezek az eredmények és következtetések azt igazolják, hogy az érzélemvilág gazdagsága jelentősen befolyásolja tanulási képességünket, kreativitásunkat. Ezért kell oktatási rendszerünkben, elsősorban középiskolában, jóval nagyobb hangsúlyt kapnia az érzélemvilág gazdagítását szolgáló művészeti és erkölcsi nevelésnek. A lelki elsivárosodás jelei egyértelműen észlelhetők a mai fiatalság körében, amihez hozzásegít az internet, a számítógépek virtuális valósága, a szelektálatlan információáradat - de a hit és vallási erkölcs 40 éves száműzetése is. A művészeti élmények révén tárjuk szélesre a fiatalokban a befogadás folyosóját az agy és a külvilág között, hiszen ugyanezen a folyosón közlekedik az alkotóképesség is, csak ellenkező irányban. Ezáltal nem csak kreativitásunk nő, hanem emberségesebb emberekké válhatunk a pénz, az önzés és az érdekkapcsolatok világában.

### **II. A KANNABISZ HATÁSMECHANIZMUSA**

Az ember persze mindig mindenre talál egy kényelmesebb, olcsóbb megoldást, még akkor is, ha az csak rövid távon tűnik eredményesnek. Ha nincs motiváció, kemény munkával szerzett sikerélmény, örömezzet, akkor megpróbálja mindezt egyszerű kémiai úton létrehozni az agyában, tudatmódosító, kábító- és egyéb szerekkel. Ebben az előadásban a legelterjedtebb kábítószerrel, a kannabisszal szeretnék foglalkozni.

Közel ötezer éve ismeri az emberiség az indiai kenderben, azaz a tudományos néven *Cannabis sativa* illetve *Cannabis indica* elnevezéssel illetett növényekben rejlő anyagok viselkedésre és egyes betegségekre gyakorolt jellegzetes hatását. Napjainkban az indiai vadkenderből készült marihuána (kannabisz) a legnagyobb mennyiségben fogyasztott tudatmódosító anyag világszerte. A kannabisz népszerűségét főleg viszonylagos és látszólagos biztonságának köszönheti, mivel más kábítószerekkel ellentétben nincs olyan dózisa, amely rövid távon az életre veszélyes lenne, és mert tartós használatával kapcsolatban az a tévhit terjedt el, hogy nem okoz függőséget.

A kilencvenes évek elejéig szinte semmit sem tudtunk az indiai kenderről és a benne található pszichoaktív kémiai anyagok hatásmechanizmusáról. Mindez nagyrészt annak tulajdonítható, hogy a kender bioaktív hatóanyagának a pontos kémiai szerkezetét csak 1964-ben (épp 40

évvel ezelőtt) sikerült megállapítani. Az elmúlt 10-15 évben jelentős előrelépés történt ezen a területen, melynek komoly részese volt az MTA Kísérleti Orvostudományi Kutatóintézet vezetésével álló munkacsoportja is. Ma már tudjuk, hogy a növényben található több mint hatvanféle terpén-szerű vegyület közül a viselkedési hatások túlnyomó részéért a delta<sup>9</sup>-tetrahidrocannabinol (THC) nevű vegyület felelős, amely az agyban egy specifikus kannabinoid-receptorhoz (a CB1-hez) kötődve fejti ki hatását.

A kannabisz hatásmechanizmusának megértéséhez tehát elsősorban a receptor (CB1) pontos lokalizációját kellett megismernünk, vagyis azt, hogy mely agyterületeken, milyen sejtípusokon, azok mely nyúlványain helyezkedik el, és milyen jellegű (serkentő vagy gátló) ingerületátvitelt szabályoz. Munkacsoportom határozta meg először ezeket az adatokat, és vont le belőlük fontos funkcionális következtetéseket. Fény- és elektronmikroszkópos vizsgálataink kiderítették, hogy mind a rácsálókbán, mind az emberben a CB1 receptorok az agykéreg gátlórendszerének specifikus elemeiben fordulnak elő nagy mennyiségben, a kolecsisztokinin-tartalmú gátló idegsejtek axonális nyúlványain.

## A tanulási képességek csökkenése

Az élettani és farmakológiai kísérletek bizonyították, hogy a CB1 receptor aktiválása csökkenti a gátló ingerületátvivő anyag (a gamma-amino-vajsav, GABA) felszabadulását a sejtekből, aminek következtében ez a sejtípus nem tudja megfelelő módon elvégezni feladatát. Ez a feladat pedig nem más, mint amiről az előadás első felében volt szó: a serkentő sejtek működésének szinkronizálása, az agyhullámok generálása, ami nélkül nincs memóriabevésés. Kísérleteinkben igazoltuk, hogy a kannabinoidok valóban csökkentik az agyhullámok amplitúdóját, a szinkronitást fokát. Így sikerült magyarázatot találni arra a kérdésre, hogy mi módon rontja le a kannabiszfogyasztás - az alkalmi droghasználat időlegesen, a rendszeres pedig tartósan - a tanulási képességeket.

## Szorongásoldás

További hasonlóan fontos feladata ennek a gátló sejtípusnak, hogy az érzelmi és motivációs impulzusokat szállító pályák hatásait közvetíti. Ezek a pályák ugyanis szelektíven idegzik be ezt a sejtípust, mely segítségével beállítják a **figyelem** vagy **koncentrálttság** normális szintjét. A kannabisz fogyasztásakor fellépő euforizáló hatás egyik komponense az, hogy a tónusosan jelenlévő, a normális működés szempontjából kívánatos mértékű fókuszáltságot (amit nevezhetünk akár egy egészséges „szorongásszintnek” is) feloldja. Ennek utóhatásaként azonban a kitérített inga ellenkező irányba lendül ki, azaz erősen felfokozott, abnormális koncentráltságérzés, szorongás lép fel. Ezt aztán a páciens újabb füves cigaretta elszívásával próbálja feloldani, ami jelzi, hogy máris kialakult a pszichikai és fizikai függőség. Ez utóbbira ma már számos állatkísérletes bizonyíték is van. Többek között patkányoknál kialakul az önadagolás, és a kannabinoidokkal krónikusan kezelt egyedekben közel 100 gén működésének (átíródásának) tartós megváltozását, kóros működését lehetett kimutatni DNS-chip technológiával. E gének többsége összefüggésbe hozható a tanuláshoz szükséges idegsejtnyúlvány-sarjadzással, kapcsolatok (szinapszisok) alakításával, drogtoleranciával és az idegrendszer alkalmazkodóképességével, tehát mindezen működésekbe már a génátíródás szintjén, tartósan beavatkozik a füvező.

A kannabinoid-receptorok és a szorongás kapcsolatára sikerült állatkísérletes bizonyítékot is szolgáltatnunk intézetünkben Dr. Haller József viselkedésbiológiai csoportjával együttműködve. Bizonyítottuk, hogy a kannabisz-receptor génjével nem rendelkező egerekben (CB1 génkiütött állatok) mért szorongásérték 5-szöröse a vad típusban mért értéknek. A CB1 receptor-aktiválás tehát szorongásgátló hatású. Az így ható szerek azonban kannabisz-szerű anyagok, gyógyászati bevezetésünkre nincs esély. Sikerült azonban továbblépnünk, méghozzá az agy által termelt kannabisz-szerű anyagok kihasználásának irányában.

### **III. AZ AGY ÁLTAL TERMELT KANNABISZSZERŰ ANYAGOK ÉLETTANI SZEREPE ÉS GYÓGYÁSZATI FELHASZNÁLÁSA**

Az agy nem azért állít elő kannabinoid-receptorokat, hogy az ember marihuánával kábíthassa magát, hanem azért, mert vannak ezeknek a receptoroknak endogén (az agy által termelt) ligandumaik (specifikus hatóanyagaik) is, ezeket **endokannabinoidoknak** nevezzük. Közülük eddig kettőről - az anandamidról (arachidonoil etanolamin) és a 2-arachidonoil-glicerolról (2-AG) - rendelkezünk pontosabb információkkal. Ma már mindkét anyag bioszintézisének és lebomlásának útvonalait ismerjük, valamint a folyamatokban résztvevő enzimek jó részét is. Az anandamid és a 2-AG pontos feladatának tisztázása az agykutatás egyik legforróbb területe, éppen napjainkban tárja fel a tudomány ezt az új kommunikációs csatornát az idegsejtek között.

Már több mint 10 éve ismert, hogy az éppen rendkívül intenzív aktivitást mutató idegsejtek képesek a rájuk érkező gátlás csökkentésére. Ennek óriási jelentősége lehet a kódoló sejtek kiválasztódásában, a szignál/zaj arány emelésében. Mechanizmusáról eddig annyit tudunk, hogy a nagyon aktív sejtek egy anyagot szabadítanak fel, ami megakadályozza a gátló ingerületátvivő anyag felszabadulását a rajtuk végződő gátló idegsejtnyúlványokból. Nicoll és San Franciscó-i munkacsoportja a *Nature*-ben közöltek egy nagy visszhangot kiváltó cikket, miszerint ez az anyag egy endokannabinoid, ugyanis a kannabinoid-receptorok blokkolásával vagy genetikai kiütésével a jelenség kivédhető.

Visszatérve a szorongás terápiájához, megállapítottuk, hogy a CB1 receptor aktivációja szorongásgátló hatású, de „füves” cigarettát mégsem írhat fel az orvos. Meg lehet azonban nyújtani az endogén módon felszabaduló kannabinoidok hatását, ha a lebontásukat végző enzimet gátoljuk. Ehhez első lépésben bizonyítottuk, hogy a két endokannabinoid közül fiziológiai körülmények között a 2-AG, és nem az anandamid, vesz részt a CB1 receptor aktivációjában, ugyanis lebontó enzimének, a monoglicerid-lipáznak a gátlása megnyújtotta a hatás időtartamát. Ezek az eredmények új utakat nyitottak a szorongás farmakoterápiájában. Örömmel jelenthetem, hogy a Richter Gyógyszergyárral karöltve, a Nemzeti Kutatás-Fejlesztési Pályázat támogatásával már dolgozunk monoglicerid-lipáz gátló anyagok fejlesztésén.

### **IV. A KANNABIONIDOK SZEREPE A FÜGGŐSÉGBEN**

Az addikció, vagy ahogyan manapság nevezik, a függőség, dependencia, mint neuropszichiátriai betegség idegsejthálózati mechanizmusairól is egyre többet tudunk. Néhány speciális, összekapcsolt agyterület hálózatát **jutalmazási vagy kielégültségérzési központként** ismerjük. Emberben ennek ingerlése intenzív örömrözetet okoz, de ugyanezt a hatást érhetjük el, ha ebben a központban **dopamin** szabadul fel. Bizonyított, hogy a kannabinoidok dopamint szabadítanak fel a kielégültségérzet központjában, ami a szorongás oldása mellett a másik alapvető komponense az euforizáló hatásnak. Súlyos probléma azonban, hogy rendszeres fogyasztás esetén ennek az idegsejthálózatnak megemelkedik az ingerelhetőségi küszöbe, azaz rendkívül nehéz lesz természetes úton - például célok elérésével, kitartó munkával szerzett sikerekkel - aktiválni ezt a központot. Egy füves cigarettával sokkal egyszerűbb, még emelkedett küszöb esetén is, öröm- vagy kielégültségérzetet elérni. Minden bizonnyal ez magyarázza, hogy a marihuána-fogyasztók között gyakori a céltalanság és alulmotiváltság, illetve a hedonizmus, a kielégülés folyamatos, esetenként gátlástalan keresése.

Az elmúlt egy-két év kutatásai derítették ki, hogy az **alkohol** és a **kemény drogok** (heroin, morfin) iránti függőség idegi mechanizmusában is az agy belső kannabinoid-rendszere - mint az öröm- és kielégültségérzet ideghálózatának egyik fő mediátora - játszik alapvető szerepet. Egy érdekes kísérletben azt vizsgálták, hogy részt vesz-e a kannabisz-receptor az egerek alkoholfüggőségének kialakulásában. Ha egereket minden nap alkoholos vízzel itatunk, akkor

néhány hét múlva, ha választási lehetőséget kínálunk fel nekik víz és alkohol között, akkor minden esetben az utóbbit választják. Ha ugyanezt a kísérletet olyan transzgenikus egereken végezzük el, amelyekben a kannabisz-receptor génjét kiütötték (vagyis az endokannabinoidoknak nincs hol hatniuk), az alkoholfüggőség vagy preferencia nem, vagy csak nehezen alakítható ki. Ugyancsak állatkísérletek igazolják, hogy a heroin és a kokain is tartósan megnöveli az agyban az endokannabinoidok szintjét, ami magyarázza a drog utáni vágyat, motivációt és a visszaesést. A kísérletek során a kannabinoidok jelentősen elősegítették a visszaesést, fokozták az addikciót, a kokain és a heroin utáni vágyat, míg a kannabinoid-receptorok gyógyszeres blokkolásával sikerült ezeket a folyamatokat visszafordítani. Ez azt jelenti, hogy az addikció mint neuropszichiátriai betegség egyik potenciális gyógyszere a kannabinoid-receptor-antagonisták (receptorblokkolók) családjából kerülhet ki.

Az agy belső kannabinoid-rendszerére mint közös addikciós útvonalra utalnak a drog- és alkoholfüggőség genetikai rizikófaktorainak vizsgálati eredményei is. A dependencia 40-60%-ban genetikai hajlamosító tényezőkre vezethető vissza, a fennmaradó rizikókomponens a környezeti hatások rovására írható. Tavaly előtti eredmény, hogy az egyik, az addikció kialakulásával legközvetlenebb korrelációt mutató genetikai polimorfizmus az endokannabinoidok lebontásáért felelős enzim génjében található. Az addikcióra erősen hajlamosító enzimvariáns önmaga is hamar lebomlik, így nem képes kellő hatékonysággal eltávolítani a rendszerből a feleslegessé vált endokannabinoidokat. Így a fokozott kannabinoidtónus a kielégültség-központban a dopamin-ingerületátvitel csökkenését, és ennek következtében állandó drogkereső aktivitást, motivációt eredményezhet. A rendszeresen fűvezők hasonló módon avatkoznak be saját endokannabinoid-rendszerükbe, és így jelentősen emelik a rizikóját a kemény drogok iránti addikció kialakulásának, hasonlóan a rossz endokannabinoid-bontó enzimet hordozó emberekhez.

## **A terhesség alatti kannabiszfogyasztás**

Végül, de nem utolsó sorban, ki kell tennem a terhesség alatti kannabisz fogyasztás jelen tudásunk szerint felmérhetetlenül káros következményeire is. A legfrissebb állatkísérleti eredmények bizonyítják, hogy az embrionális agyfejlődésben az endokannabinoidok rendkívül fontos szerepet játszanak. Szabályozzák azoknak a szinkron idegsejtkisüléseknek a mértékét, gyakoriságát, amelyek a megfelelően gazdag elágazású, nagy információfeldolgozó és memóriakapacitással rendelkező idegsejthálózatok kifejlődéséhez elengedhetetlenek. A kannabisz-receptorok túlzott aktiválódása csökkent kapacitású, gyéribben huzalozott neuronhálózat kialakulását eredményezheti, míg alulműködése (antagonistákkal való gátlása vagy a receptor eltűnése a membránból) epilepsziát okoz. Ez utóbbi lehetőség napjainkban vált valós veszéllyé, ugyanis az USA-ban piacra került egy kannabisz-receptor-antagonista mint fogyást és dohányzásról való leszokást elősegítő szer. Ennek alkalmazása terhes anyáknál epilepsziás rohamokat indukálhat az embrióban. Egy olaszországi laboratóriumban igazolták, hogy kannabisszal kezelt vemhes patkány újszülötteinek agyában az idegsejtek közötti kapcsolatok megerősödése (ami a memória és tanulás alapja) kevésbé tartós, mint a normális újszülöttekben. Minden okunk megvan tehát azt feltételezni, hogy a kannabiszt fogyasztó anyák magzataiban gátolt az agykéreg sejthálózatainak fejlődése, így a születő csecsemő agyának információfeldolgozó képessége és memóriakapacitása jelentősen gyengébb lesz, mint amilyen lehetett volna.

## ***V. MIT ÍGÉRNEK AZ IDEGSEJTEK KOMMUNIKÁCIÓJÁVAL KAPCSOLATOS FELFEDEZÉSEK?***

Napjainkban szinte szemünk láttára tárul fel az idegsejtek egy új típusú, lipidek által közvetített kommunikációs mechanizmusa. Az idegsejtek különleges működésének,



elektromos szignálgeneráló és továbbító képességének alapja a különleges fehérjemolekulákkal (receptorokkal, ioncsatornákkal, transzporterekkel) teletűzdelt lipidmembrán. Így nem is meglepő, hogy az ezekben a membránokban kiválóan oldódó lipidek speciális funkciókat töltenek be az idegsejtek működésének szabályozásában, specifikus interakcióba lépve a membrán fehérjéivel. Az intercelluláris kommunikációban betöltött szerepük mégis meglepő, hiszen a hidrofób anyagok mozgása a sejtek közötti vizes közegben rendkívül nehézkes. Ezt oldja fel a kiválóan diffundáló nitrogén-monoxid bekapcsolása a kaszkádba. Az NO indukálta endokannabinoid-szintézis és a CB1 receptor interakciójának szerepe a transzmitterürülés szabályozásában ma még talán csak a jéghegy csúcsát jelenti. A gáz-lipid szignalizációs útvonal, azon belül is az endokannabinoid-rendszer teljes feltárása elvezethet számos, ma még misztikusnak tűnő pszichiátriai kórkép - mint például a skizofrénia, pánikbetegség vagy szorongás - mechanizmusának megfejtéséhez, egy célzott és sikeres farmakoterápia ígéretével. A drogfüggőség idegsejthálózati alapjainak megfejtése és a rizikófaktorok további azonosítása pedig remélhetőleg eloszlatja a kannabinoidok ártalmatlanságába vetett tévhitet, és a belső kannabinoidrendszer gátlása révén új utak nyílhatnak meg a drog- és alkoholfüggés gyógyításában.

# KÖRNYZETPSZICHOLÓGIA

Összeállította: *Ridly István*

## **Motto:**

Az emberiség mindent megtesz anyagi jóléte, s a lehető legtöbb élmény, örömszerzés érdekében. Mindezt különösen fiatal éveiben pazarolva életerejét, rongálva egészségét. Idősödve, s a betegségek támadása idején ugyancsak mindent megtenne az elvesztett egészség, teljesítőképesség visszaszerzéséért. Gyakran már eredménytelenül.

*„Egészségtől viruló egyén, ugyan van a világon ennél kellemesebb látvány?  
Igen, van, és vajjon mi az? Egészséges család!  
Midőn egészséges nemzet: Mennyekbe ragadó tünemény.”*

*(Gróf Széchenyi István: Önismeret)*

Az emberiségnek ma három, alternatíva nélküli sors problémája van:

- A környezetszennyezés
- A túlnépesedés
- A széthullott erkölcsi értékrend

Az emberiségnek összes mai sors kérdésében és ezek megoldásában az emberi tényezőknek van döntő szerepe. Az ember van válságban, az ember gyenge. Gyengeségeink jellemzői pontosan meghatározhatók belső okaiban, lelki jelenségeinek lelki folyamataink működési zavaraiiban. Az emberiség igazi problémája tehát pszichológiai, de kezelhető, sőt gyökereiben kezelhető, az egészségre nevelésével. Ennek alapja, kiinduló pontja az, hogy a természet törvényeinek engedelmessé tudatosan és naponta állítsuk helyre önmagunkban és körülöttünk az ember és a természet összhangját. Az egész természetnek az emberiséget is magába foglaló nagy ökoszisztémájában az ember a leggyengébb láncszem. Tehát ezt kell erősebbé tenni, vagyis az embernek a mai tudatossági szintjén kell újra egészségessé válnia, s a természet rendjébe beilleszkednie.

*„Gondolkozz globálisan, cselekedj lokálisan!”  
„A tudatos környezetvédelem ott kezdődik, hogy mindenki vigyáz saját környezetére!”*

A természetnek a Földön nem volt szüksége védelemre addig, amíg az ember a törzsféjlődésben egy bizonyos szintet el nem ért. A működési egység minden élő szervezetnek természetes sajátossága.

*„...az élet él és élni akar...”  
(Ady Endre)*

Az egész természet egy hatalmas önszabályozó és önmagát regeneráló rendszer. Az ember nem megjelenésével bontotta meg a természet rendjét. Az ösztönös, tudattalan, állati s előemberi létből kiemelkedő ember az öneszmélés fokára jutva, öntudata és akarata révén vált képessé arra, hogy válasszon: megismeri és követi, vagy megszegi azokat. Ez a legelső figyelmeztetés az emberiség életében arra, hogy a tudás hatalom, de felelősség is. Ettől kezdve jelent az ember veszélyt a természetre, s azzal önmagára is.

Az erdőnek, mint a természet egyik különleges részletének a középpontba állítása előnyös az iskolai rendezvények, a szakmai továbbképzések, a kellemes szabadidő eltöltés és az oktatási anyagok fejlesztése szempontjából egyaránt. A gyerekeknek és a felnőtteknek-akik az erdőt elsősorban a vasárnapi kirándulásokról ismerik, valamilyen sporttevékenység folytán, vagy a médiából ismerik-megadatik a lehetőség, hogy elmélyülten foglalkozzanak az erdővel, a fákkal, a velük kapcsolatban álló élőhelyekkel. Tapasztalatokat szerezhetnek, amelyek hozzájárulnak az erdő, mint életközösség megértéséhez és önmaguk megismeréséhez. Az erdőket és fákat gyakran olyan tapasztalatokon keresztül ismerik meg, amelyekkel lehetővé válik a közvetlen találkozás az erdő állataival, növényeivel és az őselemekkel: a tűzzel, a vízzel, a földdel és a levegővel.

## Hulladék

*Meghatározása:* minden olyan anyag, amely feleslegessé válik, és az emberi élet folyamataiban már nem vesz részt, amelytől a tulajdonosa megszabadulni kíván.

A hulladék halmazállapota szerint lehet:

- Szilárd
- Folyékony
- Gázhalmazállapotú

A hulladékot különféleképpen csoportosíthatjuk, aszerint, hogy hol keletkeznek. A társadalom élettevékenysége révén sokféle és nagy mennyiségű hulladék keletkezik a lakásban, a közterületeken, az üzemekben és mezőgazdaságban: a kommunális hulladék, szemet ételmaradék, ipari –és mezőgazdasági hulladék.

A WHO osztályozása szerint a hulladékok jelenthetnek:

- Akkut-veszélyt:
  - Lenyelés
  - Belégzés
  - Bőrön át való felszívódás
  - Szembejutás révén
  - Továbbá tűz és robbanásveszély
- Krónikus veszélyt:
  - Krónikus toxicitásuk
  - Karcinogenitásuk
  - Felszíni és a felszín alatti vizek szennyezésének, a biodegradáció elmaradásának révén
  - Továbbá esztétikai problémát szagukkal és látványukkal.

#

„ A természetet úgy kell magunk mögött hagyni, ahogy azt találni szeretnénk!”

„ A tisztaság látvány megfélekez a szemetelőket! „

Az óriási mennyiségben keletkező lakossági hulladék elhelyezése nagy gondot jelent. A hulladék tömörítésével magunk is segíthetünk a helyzeten. Pl.: a kupak nélküli palackot, a dobozos üdítőt a személtbe helyezés előtt lapítsuk össze! Így nem a levegőért fizetünk majd a szemétszállítás díját. Még jobb, ha visszaváltható palackot vásárolunk. Nagy előrelépést jelentene a szelektív hulladékgyűjtés bevezetése.

Saját portánkon kis odafigyeléssel csökkenthetjük a hulladék mennyiségét, elsősorban átgondolt, természetkímélő és környezettudatos vásárlási szokások kialakításával:

- Válasszunk környezetkímélő, környezetbarát csomagolású terméket,
- Törekedjünk szükségleteink helyes felmérésére, a nagyobb kiszerelésű egységek kevesebb felesleges csomagoló anyagot tartalmaznak.
- Keressük a természetes alapanyagú, újrahasznosítható jelzéssel ellátott termékeket.
- Csak végső esetben vásároljunk és használjunk veszélyes hulladékká váló termékeket és vegyszereket, ha azok mással nem helyettesíthetők!
- A Freon hajtógáz, ózonpajzsot pusztító szórópalackok helyett részesítsünk előnyben más megoldással működtethető termékeket.
- Koncentrátum használatával a különböző mosó és öblítőszeres esetében elkerülhetjük a fölösleges műanyag szemét megvásárlását.

Még mielőtt a szelektív hulladékgyűjtés bevezetésre kerülne, mi már szelektálással, az újrahasznosítható hulladékok kiválogatásával elébe mehetünk a korszerű jövőnek. Ennek legegyszerűbb módja, ha a komposztálásra alkalmas szerves hulladékot külön gyűjtjük a többitől. A papír gyűjtésével és újbóli feldolgozásra, felhasználásra küldésével sok fa életét menthetjük meg! Az üveg és fém hulladék is mind újra hasznosítható anyag, adjuk le azokat a gyűjtő helyre. A lomtalanítási akciók szintén az újrahasznosítás egyik formáját jelentik, amikor a számukra értéktelenné váló, de még hasznosítható tárgyakat átadjuk, felajánljuk másoknak.

A kommunális hulladék gyűjtése:

- Legyek, rágcsálók ne férjenek hozzá!
- A tárolók hézagmentesek, sima falúak, könnyen tisztíthatók legyenek,
- A be és kiürítés minél kevesebb szennyeződéssel, szóródással, porral és bűzzel járjon.

A hulladék kezelése (kommunális):

A hulladékok szennyezhetik a környezetet, a helytelen módon végzett ideiglenes tárolás is már károsító lehet. A talajra vagy a talajba történő nem előírás szerű végleges lerakása a szennyezést tovább erősítheti. A megfelelő eljárás kiválasztása tehát igen lényeges:

- A terület feltöltés módszere: A szeméttel a településen kívül alacsonyan fekvő, értéktelen területeket töltenek fel. Legegyszerűbb a nyílt szeméttlerakás. Ez azonban környezet károsítással jár. A szerves anyagok csak lassan bomlanak le, a szemét évekig szennyez, a bűz sokáig érezhető, elszaporodnak a legyek és a rágcsálók, a szemét széthordja a port, szennyeződik a talaj és a felszín alatti víz.
- Újabb ennek javított változatát alkalmazzák. A szemetet földgöppel árkokba tömörítik, és vastag földréteggel takarják le.

- Tökéletesített szemétfeltöltési módszer: A szemetet 10-12 m széles 2, 5 m magas gúlába rakják, az egészet befedik salakkal. A gúlákat közötti szabad területeket később szintén feltöltik. a gúlákat biotermikus úton felmelegsznek, így a lebomlás gyorsul.
- Biotermikus módszer: Gyors biokémiai folyamatokkal 60-70 °C-os hőfejlődést biztosítanak.

Hulladékkezelés Magyarországon:

Az 1,8 millió tonna veszélyes hulladékból kb.: 521 ezer tonnát, azaz 29 %-ot hasznosítanak, 358 ezer tonnát, 20%-ot ártalmatlanítanak, 331 ezer tonnát, 18% -ot átmeneti tárolóhelyekre raknak le, mintegy 610 ezer tonna, 33% sorsa megoldatlan.

A magyar rendszer az alábbi elemekre épül:

- Átmeneti tárolók létesítése. A hulladékoknak csak mintegy 10-12 évi végleges kezelésükig tartó tárolásra szolgál, ezért létesítése olcsóbb, a terület kiválasztásánál kevesebb szigorú követelményt kell betartani.
- Végleges lerakó. Minden környezet- egészségügyi követelménynek megfelel. Ilyen épült a közelmúltban Aszódon.
- Égetők. Dorogon építettek a gyógyszergyárak hulladékainak megsemmisítésére, de fogad kommunális hulladékot is. Budapest is rendelkezik égetővel, de az általában nem működik, mivel a legolcsóbb berendezést vették meg. Több kisebb helyi égető is működik az országban.

### **Felhasznált irodalom**

Dr. Rókusfalvy Pál: A környezetpszichológia alapkérdései. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 2002

Dr. Dési Illés: Népegészségtan. Semmelweis Kiadó, Budapest, 1998

# AZ EGÉSZSÉGMEGŐRZÉS – EMBERSÉGÜNK KITELJESÍTÉSE

- Idézetek az irodalomban szereplő munkákból -

„Az embernek viszonyáról akartam szólni az erkölcshez,  
s e két tényezőnek sokszerű és szoros összefüggését  
talán mi sem fejezi ki jobban, mint: **az egészség ember.**”

/Kemény Ferenc

**Összeállította: Laczkó Gáborné**

## I. Az egészségpszichológia, mint új alkalmazott terület az egészségvédelemben

A II. világháborút követő években a pszichológiát az egészségügyben döntően és eléggé egy oldalúan a klinikai pszichológia képviselte. *Schofield* (1969) hívta fel a figyelmet arra, hogy a klinikai pszichológia szinte kizárólag a pszichiátriai problémákra összpontosít, amely a mentális betegségekkel foglalkozik, és főleg az elmeosztályokon és az ideggondozókban tevékenykedik. Ezt az önkorlátozást *Millon* (1982) igen élesen bírálta. Szerinte „a klinikai pszichológia fejlődése tévúton jár, amikor a dualisztikus test-lélek modellt követve önmagát a mentális betegekkel való foglalkozásra korlátozza”. Az említett modell hívei élesen elkülönítik a funkcionális és szervi betegségeket egymástól.

A pszichológia problémaérzékenységének hiányáért *Schofield* az oktatást teszi felelőssé, amely nem ad ösztönzést a mentális egészség problémakörén túlmutató innovatív kutatásokra. Az oktatás mellett felelősnek tekintette az Amerikai Pszichológiai Társaságot is, amely nem tartotta számon az egészségügy területén adódó kormányzati és magántámogatásokat. Kimondta, hogy a pszichológia igen korlátozottan vállalt részt (1969-ig) a nemzeti egészségügyben.

Ezek a megállapítások hazánkban szinte napjainkig érvényesek voltak.

Áttörést az ELTE-n újonnan indított egészségpszichológiai szakirány és a klinikai pszichológiai szakképzésben bevezetett egészségpszichológia tantárgy jelentett. *Schofield* (1969) tanulmánya foglalkozik elsőként a pszichológia egészségügyi szolgáltatások terén betöltött szerepével. Alapgondolata, hogy a mentális egészség vagy betegség az egészségnek csak egyik aspektusa.

*Millon* (1982) a klinikai pszichológiának a lelki betegségekre való korlátozását a dualisztikus test-lélek felfogás eredményének tekintette. Elkeserítőnek ítélte azokat az eseteket, amikor az egészségügyben dolgozók a pszichológiai szolgáltatásokat el sem tudták képzelni a nem pszichiátriai (pl. sebészeti) osztályokon. A test-lélek kettősség tehát még a közelmúltban is élő probléma volt. A mentálhigiénés szakemberek nem érezték szükségét annak, hogy bepillantsanak pácienseik orvosi kartonjaiba, mielőtt pszichoterápiát kezdtek volna. Nem is vettek szívesen kezelésbe testi beteget, mondván, hogy annak „valódi” problémája van.

A fentiekből az következik, hogy a kibontakozó egészségpszichológiai mozgalom és a klinikai lélektan közötti viszony kezdetben nem volt felhőtlen. A két terület nem volt „átjárható”, nem rendelkezett „közös nyelvvvel”. Szemléleti különbségekből adódóan még ma sem tekinthető harmonikusnak a két szakterület viszonya.

Az egészségpszichológiát, mint új diszciplínát az orvostudománynak is be kellett fogadnia és meg kellett vívnia csatáját a közismert biomedikális modell híveivel. Az utóbbi modell lényege, hogy a betegségeket fiziológiai zavarokra, mérhető biológiai változásokra vezeti vissza, amelyek háttérben fizikai sérülés, biokémiai egyensúlyzavar, bakteriális, vírusos vagy egyéb fertőzés áll.

**A biomedikális modellel szemben az orvoslásban az ún. bio-pszicho-szociális modell terjedt el, amelyet elsőként Engel (1977) javasolt. Ez a modell felismeri a pszichológiai, szociális, kulturális faktorok szerepét a betegségek kialakulásában és lefolyásában. Szerepet tulajdonít az orvosnak, ápolónak és az egész gondozórendszernek, vagyis az egészségügynek is. Az egészségpszichológia e modell alapján nélkülözhetetlen része a szervezett egészségügynek. Ez nem egy új kezdeményezés, hiszen már az ősi kultúrák is ismerték a test és lélek kapcsolatát (Arisztotelész: „ép testben ép lélek”).**

A bio-pszicho-szociális modell a XX. század jelentős tudományos elméletéhez, a rendszerelméletéhez kapcsolódik. Ennek lényege: a részek egymással állandó kölcsönhatásban állnak, befolyásolják egymás működését. A rendszerelméletű megközelítés paradigmatis esete: pszicho-neuroimmunológia, amely napjainkban válik olyan tudománnyá, melynek gyakorlati alkalmazásában az egészségpszichológiának jelentős szerepe lehet.

Az egészségpszichológia definíciója Matarazzo (1982) szerint: „Az egészségpszichológia a pszichológia specifikus hozzájárulása az egészség elősegítéséhez és fenntartásához, a betegség megelőzéséhez és kezeléséhez, az egészség, betegség és különböző működészavarok etiológiai és diagnosztikus korrelátumainak azonosításához, valamint az egészségvédelem rendszeréhez.”

## **II. Egészségmagatartás, egészségmegőrző magatartás**

Az egészség fenntartásában a pszichés tényezők, rajtuk keresztül pedig magatartás döntő szerepet játszik.

*Califano* megfogalmazásában „Az egyén többet tehet saját egészségéért, mint bármely orvos, kórház, gyógyszer vagy egzotikus gyógyászati eljárás”.

Az életmód számos kockázati tényezőt tartalmaz. Dohányzás, alkoholfogyasztás, drogok, nem megfelelő táplálkozás, kevés fizikai aktivitás, a közlekedésbiztonság elhanyagolása a legfőbb egészségkárosító tényezők.

*Harris és Guten* (1979) szerint egészségvédő magatartás „minden olyan viselkedés, amelyet a személy azzal a céllal végez, hogy védje, elősegítse vagy fenntartsa egészségét”.

### Az egészségviselkedés demográfiai meghatározói:

#### - Szociokulturális faktorok

A szocioökonómiai státust a kereset, a presztízs, a hatalom, az iskolázottság és a csoport-hovatartozás függvényeként értelmezzük. A kutatások eredménye azt bizonyítja, hogy az alacsonyabb szocioökonómiai státus rövidebb várható élettartammal és ezzel együtt több egészségkárosító viselkedéssel társul.

#### - Életkor

Az anya egészségviselkedése hatással van a magzati fejlődésre.

Csecsemő- és kisgyermekkor: Elsődleges feladat a baleseti kockázattal járó viselkedésformák gátlásának kialakítása. Az egészségmagatartás és a preventív viselkedés szempontjából a kisgyermekkor jelentősége kézenfekvő. Ekkor alakíthatók ki az egészségviselkedés szokásszintű összetevői.

Az óvodás- és kisiskoláskor az egészségnevelés kitüntetett időszaka!

Adoleszcens-kor. Különösen kritikus kor az egészségviselkedés szempontjából. Sok, potenciálisan kockázatos viselkedés ekkor kezdődik: nemi élet, dohányzás, drog, alkohol, autóvezetés. A legtöbb haláleset baleseti (16-17 éveseknél az összhalálozás 43 %-a). Legnagyobb hatása a „rossz társaságnak” van. Az életkor előrehaladtával párhuzamosan nő a tudatos egészségviselkedés-formák aránya (diéta, testmozgás).

- Nemi különbségek:

A 65 éves kor fölötti populációt vizsgálva a nők 4 évvel hosszabb élettartamra számíthatna

Ennek fő tényezői:

1. nemi hormonok szerepe a menopauzáig,
2. a fiúknál magasabb a csecsemő halandóság.

Viselkedéses faktorok:

3. fiúknál több baleset (autóbaleset),
4. férfiaknál több alkohol, dohányzás,
5. veszélyesebb munkahelyek és szabadidős-tevékenységek.

A férfiak az egészségvédő magatartás tekintetében egy területen fölényben vannak a nőkkel szemben: több testmozgást végeznek.

A nők magasabb élettartamuk ellenére többet betegek (akut, emésztési, krónikus betegségek és a legtöbb autoimmun betegség is gyakoribb a nőknél), több gyógyszert fogyasztanak és gyakrabban vesznek igénybe orvosi szolgáltatásokat.

Az egészségmagatartás akkor optimális, ha azt a fiatal korban kialakult szokások alapozzák meg.

Az egészségmagatartás legfőbb meghatározói az egészségkultúra, a nevelés és az oktatás.

A lakosság egészségkultúrája ott magas, ahol

- a) ismerik és betartják az egészségmegőrzés szabályait
- b) időben és indokoltan fordulnak az egészségügyi szolgálathoz
- c) a kapott tanácsok betartásával együttműködnek az egészségügyi szolgálattal.

A megfelelő szintű egészségkultúra feltételezi, hogy mind a családok, mind az iskolák, mind az emberi közösségek elősegítik azt a célt, hogy a három összetevő megvalósuljon.

Az egészséges életmód további összetevői:

- a) stressztűrés, stresszkezelés
- b) kiegyensúlyozott szexualitás
- c) megfelelő mozgás, fizikai aktivitás
- d) egészséges táplálkozás
- e) nem dohányzás
- f) droghasználat elutasítása
- g) kevesebb alkohol fogyasztása
- h) szűrővizsgálatokon való részvétel
- i) egyéni környezettisztaság, környezetvédelem
- j) az egészségmegőrzés szemléletének elsajátítása



Az egészségmagatartás általánosan elfogadott felfogása szerint lehet nem tudatos és tudatos viselkedés is.

A tudatos egészségmagatartásról *Rosenbaum*(1990) a következőket vallotta: az egészségmagatartás és a betegséggel való megküzdés tanulmányozásának az önkontroll kutatása képezi alapját. Egyes viselkedésformák – a szerző elemzése szerint – automatikusak, mások kognitív folyamatot igényelnek, az utóbbiakat nevezi „kontrollált” viselkedésnek.

Az egészségvédő viselkedés, krónikus betegséggel való megküzdés aktív magatartást kíván.

### III. A család, az óvoda és az iskola szerepe az egészségmagatartás formálásában.

A magatartás, így az egészségmagatartás kialakulása is hosszú, egész életen át tartó szocializációs folyamat eredménye. Elsődleges a család szerepe ebben a folyamatban, melynek lépései: – a fontos és szeretett személyek utánzása, a velük való azonosulás, – az értékek és attitűdök formálása, belsővé válása a környezettel való állandó kölcsönhatásban.

**A család** – a társadalom minden változása ellenére – alapvető emberi intézmény maradt, amely az egyén életérzésének és életvezetésének fontos meghatározója. A szülők, a közvetlen környezet jelenti a gyermek számára a modellt. Sajnálatos tény, hogy a legtöbb szülő sem elméletileg, sem gyakorlatilag nem rendelkezik kellő ismerettel és jártassággal a gyermekek egészséges szokásrendszerének, optimális magatartásának kialakításához, a nyújtott modell is sokszor hibás.

A szülők, a család, a közvetlen környezet mellett a hivatásos nevelők szerepe a fentiek miatt még hangsúlyozottabb.

**Az óvoda**, mint nevelő intézmény, az óvodapedagógus, valamint az óvodában folyó egészségnevelő munka jelentősége az alábbi tényezők miatt kiemelten fontos

1. A tanult, rögzült szokások további megerősítése még tart, optimális esetben még hatékonyabban végezhető.
2. A hiányos, hibás szülői attitűd és nevelés káros hatásainak kiküszöbölése ebben az életkorban még viszonylag könnyű.
3. Ezen időszakban alakul ki számos új szokás.
4. Ez a kor az egészségmagatartás minőségének változásának ideje.
5. A helyes szokások kialakításának feltételeit jól ismerő, jól képzett óvodapedagógus nemcsak az óvodai életben van jelen, hanem a családi nevelésben is. Szakszerűen segít a tanácstalan, pedagógiaileg felkészületlen szülőknek az óvodáskorban kialakítandó helyes szokások megtanításában.
6. Az óvoda és a szülői ház együttműködése, összehangolt tevékenysége garantálja az adott szokás rögzülését, a mindennapi tevékenységekbe, magatartásba történő beépülését.

**Az iskola**, mint ismeret- és értékátadó, érték meghatározó terep és mint a társadalmi aktivitás színtere szintén kiemelt szerepet kap a magatartás alakításában. A magatartás formálásában kora- és középserdülő korban felerősödik a kortársak, kortárscsoportok szerepe, az iskolán kívüli és belüli keretek között fejtve ki hatását. A fiatalok szabadidejének megszervezése, a szabadidő eltöltésének színterei nagyon fontos tényezőkké váltak.

Az iskoláskor a szocializáció döntő időszaka. A készségek és képességek fejlesztése mellett alapvető fontosságú az iskola környezete, az iskolai személyzet viselkedése, az egészséget támogató szerepe.

Egész életünkben képesek vagyunk ismeretek elsajátítására, a tanulás egy nyitott folyamat.

Az egészségnevelési feladatok ellátása során az iskola mint „komplex szocializációs színtér” kerül előtérbe, az ismeretátadás feladatával szemben. Az iskola teljes szellemével, a pedagógusok és az iskolához kapcsolódó más személyek viselkedésmintáival együttesen fejt ki alapvető feladatát az egészségmegőrzésben.

Az egészségnevelés célja az iskolában az egészségkultúra kialakítása. A jelenleg ismert komplex programok közé tartoznak: a „DADA” az „Egészséged testben, lélekben”, az „EGÉSZSÉGES ÉLET” tantárgyi kísérlet, „Shapiro” program. A rizikóviselkedés megelőzésére szolgáló tematikus egységek között az alábbiak szerepelnek: „Lélegezz szabadon” – dohányzásról leszoktató program, „Fiatalok az élet küszöbén”, Drogprogram”, „Ne csak együnk, táplálkozzunk!”, „Szeretelművészet”.

1998 szeptemberétől került bevezetésre Magyarországon a Nemzeti Alaptanterv, amelyen belül az egészséges életmódra nevelés is történik. A NAT a tankötelezettség 10 évfolyamára állapítja meg a nevelő-oktató munka követelményeit. A műveltségi részterületeken belül a következő egészségnevelési témák feldolgozására kerül sor: humán-biológiai ismeretek, személyi higiénés ismeretek, ember és környezet kölcsönhatása, rendszeres testedzés, partnerkapcsolatok, egészség-betegség fogalom, egészségkárosító magatartásmódok (dohányzás, alkoholizálás, kábítószer fogyasztás stb.).

#### **IV. Az egészséges életre nevelés alapkérdései – Rókusfalvy Pál (1994) szerint**

Napjainkban már közhely: egy ország lakosságának, különösen az ifjúságának testi egészsége már nem őrizhető meg pusztán jobb egészségügyi ellátással és intenzívebb testneveléssel, sportolással. Az utóbbi években e tárgyban több hivatalos dokumentum jelent meg.

Ilyenek: **„Az egészségmegőrzési program kidolgozása.”**

**„Az egészségmegőrzés társadalmi programja.”**

**„Egészséget mindenkinek 2000-re!”**

**„Ajánlás a gimnáziumi neveléshez, az 1978-ban bevezetett nevelési terv korrekciója.”**

Ezen dokumentumok kidolgozásához a magyar lakosság egészségi állapotának katasztrofálissá válása adta a legnagyobb ösztönzést.

Mindenféle szempontból beteg, önpusztító társadalom vagyunk. Ennek kimondására két ok is van. Az egyik: a magyarság egészségi, emberi minőségének hanyatlása statisztikai adatokkal igazolt tény, amellyel nyíltan szembe kell nézni. A másik: ma már világosan látható az út is, amelyre lépve hatalmas erőfeszítéssel, maradéktalan nemzeti összefogással s megalkuvást nem tűrő következetességgel népünk hanyatló állapota évtizedek munkájával regenerálható.

E dokumentumokban nemzetközi erőfeszítések is tükröződnek. Az Európai Regionális Iroda stratégiája konkrét célkitűzéseket tartalmaz a következő területeken:

1. az egészséget befolyásoló életmód,
2. az egészségre ható rizikófaktorok és a környezet,
3. az ellátó rendszer felépítése és működése,
4. a kormányok multiszektoriális egészségpolitikája.

Ezeket a magyar kormány is elfogadta, s a hazai társadalmi program elkészítésénél figyelembe venni javasolta.

**„Az egészségmegőrzési program kidolgozása”** (készítette 1986-ban dr. Medve László, akkori egészségügyi miniszter) címmel elkészült jelentés összefoglalja a magyar lakosság egészségi állapotának helyzetét, a társadalmi program célkitűzését és főbb cselekvési területeit, alapelveit, feladatcsoportjait.

Ismerteti az egészségügyi ágazat szerepét és szükséges intézkedéseit, végül megfogalmazza a társadalmi program teljesítése összehangolásának és értékelésének lényegét.

**„Az egészségmegőrzés társadalmi programja”** (kidolgozta egy program bizottság 1987-ben 16 országos szervezet szakértőinek részvételével) két részből áll. Egy hosszú távra, valamint egy rövid és középtávra szóló feladattervből. A hosszabb távra szóló program a fenyegető veszélyre figyelmeztetve a fő célt az életmód megváltoztatásában határozza meg és kivétel nélkül testi-egészségi célokat tűz ki. Hangsúlyozza, hogy: „saját egészségéért mindenkinek tennie kell”, továbbá, hogy „közös állami és társadalmi cselekvésre van szükség”. A rövid és középtávú feladatterv szintén alapvető fontosságú feladatokat fogalmaz meg, pl.: a gazdasági, politikai, társadalmi feltételek megteremtése, a hátrányos helyzetű rétegek segítése, az ifjúság egészséges életre nevelése, az Országos Egészségvédelmi Tanács létrehozása.

**„Egészséget mindenkinek 2000-re!”** (az Egészségügyi Világszervezet hirdette meg 1977-ben) című kiadvány az egészség-megőrzési programhoz szolgáltat háttér tanulmányokat, valamint tartalmazza az I. nemzetközi egészség-megőrzési konferencia nyilatkozatát.

**„Ajánlás a gimnáziumi neveléshez...”** (készült az akkori Művelődési Minisztériumban 1988-ban) című tanulmány a közoktatás területén hozható kapcsolatba a nemzeti egészségmegőrzés programjával. A dokumentum „az egészséges személyiség” leírásából indul ki, és „kultúraterületenként csoportosít”. Az egészségmegőrzés kultúrája és Mentálhigiénés kultúra című fejezetekben foglalkozik az egészséges életre nevelés kérdésével.

A hazai dokumentumok vázlatos bemutatása után Rókusfalvy értékelve a nemzeti egészség-megőrzési program teljesítését egy sajátos ellentmondásba ütközik: a program számos helyes szemléleti elve ellenére mégis hatástalannak bizonyul. Mire alapozza ezt a megállapítását? Az egészségmegőrzés problémája az egész kormány feladata. A program alapvető szemléletmódja az egészség- és cselekvésközpontúság. Ez a lakosság egészséges életmódját helyezi a központba és a megelőzést hangsúlyozza. A program a „lelki egészség érdekében” kiemeli a mentálhigiéné és a családsegítés szélesítését. Össztársadalmi szempontból a következő megállapítás alapvető jelentőségű: „Az egészséges életmód feltétele az egymást tisztelő emberek társadalmának megteremtése, amelyben természetes mások megbecsülése, megértése, a mindennapok feszültségeinek, konfliktusainak helyes kezelése. Ahol nemcsak a jogrendszerrel, hanem embertársaitól is mindenki elvárhatja, hogy egyenrangúként kezeljék, emberi méltóságát tiszteletben tartva bánjanak vele.”

A háttér tanulmányok kötetben *Dr. Forgács Iván Az egészséget mindenkinek 2000-re!* program európai célrendszere és a hazai helyzetanalízis című tanulmányában értékeli az általunk is elfogadott európai program 38 célkitűzésének hazai megvalósítását. Ezek közül Magyarországon mindössze az egészségügyi alapellátásra vonatkozót teljesítettük, azt is csak részben. A 2000-ig szóló hosszú távú célkitűzések területén a nemzeti egészség-megőrző program teljesen kudarcot vallott, jóformán semmi nem valósult meg belőle. Mondanivalóját Forgács számos táblázattal támasztotta alá. Az egyikben 26 ország 40-69 éves korú lakosságának 1970-1980 közötti halálokaiknak százalékos változásait mutatta be. A 26 ország közül 20-ban csökkentek a vizsgált halálokok, ugyanakkor a 21-26. országokban ugrásszerű fordulat következett be és az összesített halálozásban 30,9 %-os növekedéssel Magyarország „áll az élen”.

Máshol maga az egészségügyi miniszter írja jelentésében, hogy a magyar lakosság egészségi állapota a javuló egészségügyi ellátás mellett is rosszabbodik. A lakosságnak mindössze 2 %-a sportol szabadidejében.

A magyar nép egészségi állapotát az alábbi adatok is tükrözik:  
Népességünk évről évre csökken.

- a) Születési arányunkkal (11,8 %) Európában az utolsó előtti helyen, halálozási arányunkkal (13,9 %) pedig az első helyen állunk.
- b) Férfiaknál a korcsoportonkénti halálozás az 1938-as szintre esett vissza.
- c) A daganatos halálozásban a világ élvonalában vagyunk. A születéskor várható élettartam (69,5 év) egyike a legalacsonyabbaknak Európában.
- d) 1956 óta 4,2 millió művi abortuszt végeztek hazánkban.
- e) Öngyilkosságban világelső a magyar.
- f) A magyar népesség 25 %-a neurotikus. A nyilvántartott ideg- és elmebetegek száma 1960 és 1990 között két- és félszeresére nőtt, az alkoholisták és az értelmi fogyatékosok száma pedig megháromszorozódott az említett időszak alatt.
- g) A népesség több mint 40%-a él időszakonként jelentősen szennyezett levegőjű településeken.

A lakosság egészségi állapotát meghatározó alapvető tényező: természeti környezetünk épsége, tisztasága (vizek, levegő, talaj tisztasága, veszélyes hulladékok elhelyezése és ártalmatlanítása).

Az egészséges társadalom alapja és biztosítéka az erős és rendezett életű család, s benne legfőbb érték a szeretettel várt és felnevelt gyermek. Ugyanakkor a házasságkötések száma csökken, a válási arány pedig kb. 40 %-os és a családoknak csupán 6 %-ában él 3 vagy több gyermek.

A család és ezzel a társadalom széthullása, a csonka családokkal járó olykor embertelenné növekvő, lélekörítő terhek, a család és társadalom egészséges tartását adó erkölcsi értékrend összeomlása messzebb gyökerezik.

Mindezeket tudva megalapozott a kérdés: van-e egyáltalán érintetlenül egészséges ember még országunkban? Aligha.

Az elmúlt négy évtizedben mi mindannyian egy egészségtelen, az apró ügyeskedést, a szűk látókörű egyéni érdekérvényesítést önpusztító nemzeti katasztrófává növelő élettechnikát alakítottunk ki. Erről a következőket írja *Czakó Gábor*: „Valamennyien ebben a szocialista összeköttetésnek nevezett korrupcióban élünk negyven esztendőn át... A kisebb-nagyobb és társadalmilag megengedett bűnökre épült élettechnika lassacskán szétrágtá a termelést, a családot, a személyt. A reformnak voltaképpen az élettechnikát kellene megváltoztatnia.” Gyökeres szemléletváltásra, megalkuvás nélküli konstruktív cselekvésre van szükség. Egyáltalán lehetséges ez?

A WHO hivatalos egészség meghatározása nem ad egységes emberképet. Az emberrel foglalkozó tudományoknak máig meglévő adósságából egy parányit törleszteni az egészségnek egy teljesebb emberképen alapuló értelmezésével – ez a célunk a továbbiakban. A korábban vázolt társadalmi helyzetkép meggyőzően bizonyítja, hogy betegnek kell tekintsük:

- a) az erőtől duzzadó garázda fiataalt,
- b) a szuper intelligens, de egyoldalúan nevelt, gyenge fizikumú serdülőt,
- c) azt az olimpiai bajnokot, aki a fair play-t félretéve doppingszerrel él,
- d) azt a tehetséges, sikeres és esetleg kisportolt tudóst is, aki erkölcsi tartás nélkül, gátlástalanul szolgál nemtelen célokat.

A magyar nyelvben az egészség, az ember teljességét, egészségét értékelő fogalom.” *Kemény Ferenc* „a NOB magyar alapító tagja 1909-ben így ír:

...csak azt értjük meg jól, ami magyarul van mondva, azonképpen az egész emberben már benne van az egészséges ember.”.

Az egészség: teljes értékű testi és lelki működőképesség, edzettség és ellenálló képesség. Éppen ezért az egészség megőrzése sem csupán a betegségek leküzdését jelenti, hanem az egészségmegőrzés szüntelen fejlődését és a nemzet életében a minden szempontú társadalmi haladást.

Az egészségmegőrzés társadalmi programját alapul véve, annak legkisebb egysége az egyes ember életmódja, életvezetése. A program működőképességét egy pedagógiai modell biztosítja, a nevelés funkcionális modellje.

A nevelés: fejlesztés-kibontakoztatás. A nevelődés *Várkonyi Hildebrand* szerint aktív és nem passzív folyamat.

#### A rendszer funkcionális tényezői:

1. Az egyes ember (kisgyermektől- felnőttig) mindazon tevékenysége, mely önmaga lehetséges emberségének megvalósítását szolgálja. Ezen a területen rengeteg hiányt kell pótolnunk.
2. Az ember zavartalan fejlődését biztosító és ösztönző (természeti és társadalmi) környezet kialakítására és megőrzésére irányuló tevékenységek. Az ilyen jellegű kultúránk teljesen hiányzik.

#### A rendszer strukturális tényezői:

A termelési és államirányítási ágazatok, illetve ezek szervezetei, intézményei.

A magyar nép igazi tartalékai nem ásványkincsekben, gazdasági erőiben, hanem lefojtva lappangó emberségében, tehetségében vannak. Az egészség-megőrzésnek ezek az igazi, sokszor mérhetetlenül gazdag tartalékai. Az egészségmegőrzés egész emberré nevelés! A pedagógiai hatás totalitás törvénye alapján valójában nincsen külön egészségre nevelés, erkölcsi nevelés stb. Minden nevelés egészségre nevelés is, mert ha nem az, nem nevelés.

A nemzetépítő nevelés alapja a **CSALÁDÉPÍTÉS**, ezért a nevelés az emberség kiteljesítése egyetemes feladat, minden felnőtt magyar ember elháríthatatlan felelőssége és feladata a maga munkakörében, helyzetében.

Előttünk egy nemzetnek sorsa áll.

#### Irodalom

1. Aszmann Anna :Az iskola-egészségügy kézikönyve

Anonymus, Bp., 1998

2. dr .Buda Béla :Elmélet és alkalmazás a mentálhigiénében.

*TÁMASZ és Országos Alkohológiai Intézet, Bp., 1998*

3. dr. Dési Illés :Népegészségtan. Semmelweis Kiadó, Bp., 1995
4. Eweis és Simnett :Egészségfejlesztés. Medicina Könyvkiadó Rt., Bp., 1999
5. Jane Wils Jennie Naidoo : Egészségmegőrzés (Gyakorlati alapok)  
**Medicina, Bp., 1999**
6. Kulcsár Zsuzsanna: Egészségpszichológia. ELTE EÖTVÖS Kiadó, Bp., 1998
7. Rókusfalvy Pál : Emberré válni - Embernek maradni. Nemzeti Tankönyvkiadó, Bp., 1994
8. Zsiga László: Közegészségtan. HIETE Főiskolai jegyzet, Bp., 1999

# AZ EGÉSZSÉGVÉDŐ MAGATARTÁS KIALAKÍTÁSÁNAK EGY LEHETŐSÉGE AZ ÁLTALÁNOS ISKOLÁBAN

*Összeállította: Dr. Gasztonyi Zoltánné*

Bizonyított tény, hogy a magatartás döntő szerepet játszik az egészség fenntartásában. Califano (1979) megfogalmazása szerint „az egyén többet tehet saját egészségéért, mint bármely orvos, kórház, gyógyszer vagy egzotikus gyógyászati eljárás”

Az életmód számos kockázati tényezőt tartalmaz. A dohányzás, az alkoholfogyasztás, a drogok, a nem megfelelő táplálkozás (elhízás), a kevés fizikai aktivitás, a közlekedésbiztonság elhanyagolása a legfőbb egészségkárosító tényezők.

A serdülőkor az egészségviselkedés szempontjából különösen kritikus időszak. Sok potenciálisan kockázatos viselkedés itt indul. (dohányzás, alkoholfogyasztás, drogfogyasztás, nemi élet, autóvezetés)

Az egészségtudattal kapcsolatban legfontosabb dolog az egyensúly megtartása. A fokozott egészségtudat patológia (hipochondriázis ) forrása lehet. Az egészségmagatartás akkor optimális, ha a korai életszakaszban kialakult szokások alapozzák meg. Az egészségmagatartás legfőbb meghatározó tényezői az egészségügyi kultúra, a nevelés, az oktatás. Egyesek úgy vélik, hogy az egészségvédelem és az öröm szükségképpen ellentétben állnak, és hogy az életmód, amely az egészséges viselkedésre nagy hangsúlyt helyez, unalmas és tele van a betegségtől való félelemmel. Ennek a negatív megítélésnek a kivédésére egyetlen lehetőség van: korán ki kell alakítani az egészségvédő magatartásformákat azért, hogy szokássá váljanak, ne igényeljenek külön figyelmet. Fontos tehát, hogy a közoktatás feladatának tekintse az egészségnevelést.

Számos, iskolák számára ajánlott egészségnevelési program létezik. Ezek többnyire egy magatartáselemet emelnek ki, és az erre vonatkozó ismereteket összegyűjtve próbálják pozitív irányba befolyásolni az adott szokást. A programok egy részét kifejezetten kereskedelmi céllal tervezték, egy-egy árucikket (betétek, fogkrémek) kívánják népszerűsíteni, hozzákapcsolva bizonyos szakmailag általában korrekt, kontrollált ismereteket. Ezek nem nevezhetők igazán hasznos programoknak, bár a semminél azért jobbak.

Szakmailag azok a jó egészségnevelési programok, amelyek az egészségmagatartás gyökereinek és összefüggéseinek ismeretében a gyermekek személyiségére is hatást kívánják gyakorolni, a személyiség azon vonásait erősítve ( lásd autonómia, önértékelés, belső kontroll), amelyek döntőek a szokások kialakulása és megszilárdulása szempontjából. Eközben a szükséges ismereteket spirális formában adagolják, és gyakoroltatják is.

A jó szakmai programok, tantervek az ismeretek és a gyakorlatok tervezésénél számolnak azzal a szociokulturális közeggel, amelyben az iskola él, irreális elvárásokkal nem frusztrálják sem a gyermekeket, sem a családokat. A pozitív viszonyulás érdekében a jó programok élnek az érzelmi ráhatás eszközeivel is, ami nagyon fontos a szokások befolyásolása érdekében. Nem utolsó sorban nagyon fontos annak a személynek a hitelessége, gyermekekhez való viszonyulása, aki az információ átadásán túl hatást is szeretne gyakorolni a gyermekekre.

Az EGÉSZsésés ÉLET tantárgyi program

Az EGÉSZsésés ÉLET tantárgyi program megfelel a fenti kritériumoknak. A program és kézikönyv a Magyar Állam és a Világbank által közösen finanszírozott Egészségügyi Szolgáltatás és Menedzsment keretében jött létre. A tanárok megfelelő felkészítés után

hozzájuthatnak. A tanárok felkészítése akkreditált képzés, tehát kreditpont megszerzésével jár együtt. A képzés tematikája – a szükséges ismeretek megszerzésén kívül – mentálhigiéniés alapú, olyan képességek, készségek elsajátítására alkalmas, amelyek megkönnyítik a későbbi éle szakaszban (de az iskolai évek alatt is) a kritikus helyzetekben a pozitív döntések meghozatalát. A program gazdája az Egészségesebb Iskolákért Hálózat Magyarországi Egyesület. (Cím: Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (Simich Rita) IO62 Budapest, Andrássy út 82.)

A program szerkezete

A program spirális szerkezetű, a témakörök évről évre visszatérnek, de egyre bővülnek az életkornak megfelelően.

Minden évfolyamban, ötödiktől nyolcadikig az éves munka kilenc fejezetből áll. Mindegyik fejezet más és más témára összpontosít. Az első fejezet bevezetés, ami az egész évfolyamon keresztül vezérfonalat ad a fejezetek feldolgozásához. Az utolsó fejezet minden évfolyamban összefoglalás, címe megegyezik a bevezetés címével.

Az 5. osztályos tananyag középpontjában az **egészséges életmódok** állnak. A fejezetek címe tehát:

1. Egészséges életmódok (Bevezetés)
2. A biztonság megőrzése
3. Az egészséges táplálkozás
4. Kábítószer fogyasztás és a kábítószerrel való visszaélés
5. Növekedés, változás és az emberi szexualitás
6. Családi élet és kapcsolatok
7. Mozgás és személyes higiéné
8. Egészséges környezet
9. Egészséges életmódok (Összefoglalás)

A cél az, hogy a gyermekek az év végére megértsék, hogy többféle életmód is tekinthető egészségesnek, megtanulják, hogy melyek lehetnek ezek az életmódok, és mennyiben befolyásolhatják ők maguk a saját életmódjuk alakulását.

A fejezetek feldolgozásakor alapvető készségek és képességek közös fonala vonul át az egész anyagon. Ezek az alapvető készségek és képességek lehetővé teszik, hogy a gyerekek az életmódra vonatkozó döntéseket hozzanak, saját meghozott döntéseikre, személyes szerződéseikre és kötelezettség-vállalásaikra reagáljanak, és hogy az eredmények újabb és újabb ismeretek, a növekvő tudatosság és változó attitűdök fényében felül tudják bírálni saját elhatározásaikat.

A tanár feladata, hogy segítsen a gyerekeknek abban, hogy kialakítsák az érzelmi nyelvüket, önnön tudásukra, hozzáállásukra és készségeikre épülve növekedjék önbizalmuk és önbecsülésük. Eközben hangsúlyozni kell, az egészséggel kapcsolatos viselkedésük pozitív vonásait, dicsérni kell a viselkedésükben bekövetkezett előnyös változásokat. Bátorítani kell őket kapcsolataik fejlesztésére. Ha biztonságban tudják, és védettnek érzik magukat tanítványaink, akkor észrevehetően fejlődik készségük arra, hogy felismerjék a külső nyomást és ellenálljanak neki.

Miközben fejezetről fejezetre haladnak, lehetőségük nyílik majd arra, hogy a pusztán a gyerekek egészségére koncentráló szemléletmódtól eljussanak addig, hogy az egészségvédelemben egyre inkább beleértsék a barátokat és a családot, majd végül a tágabb közösséget és környezetet is. A készségek, értékek és viselkedésmód közös fonálára felfűződő megközelítési mód többet kíván a gyerekektől és a tanártól, mint az egymástól független

témák feldolgozása. Azt kívánja, hogy a gyerekek alkossanak összefüggéseket és ismerjék fel a láncszemeket az egymástól látszólag független információ-elemek között, ne csak azt ismerjék fel, amit már megtanultak, hanem amit tenniük kell, valamint azt, hogyan illik össze a korábban megszerzett tudásuk az új ismeretekkel, és hogyan alkalmazhatók új teendők egy sor más összefüggés között. Azt kívánja, hogy kritikai képességeket fejlesszenek ki, és elsősorban azt követeli tőlük, hogy egy adott szerep modelljeiként, motivátoraiként vagy közvetítőiként egészségvédőkké váljanak.

A 6. osztályos tananyag középpontjában a **változások kézben** tartása áll. A fejezetek címe csaknem megegyezik az 5. osztályos fejezetekével, de a sorrend más.

1. A változások kézben tartása (Bevezetés)
2. A kapcsolatok
3. Az egészséges táplálkozás
4. A mozgás és a személyi higiéné
5. Az emberi szexualitás
6. A biztonság megőrzése
7. A kábítószer-fogyasztás és a kábítószerrel való visszaélés
8. Az egészséges környezet
9. A változások kézben tartása (Összefoglalás)

A hatodik osztályos anyag vezérfonala tehát életünk változásainak kézben tartása. A változás az emberi élet egyik legfontosabb aspektusa. A születés pillanatától az emberi életet az egymást követő fizikai, lelki, társadalmi, szellemi és intellektuális kihívások és változások szövik át. Életünk minőségére és hosszára egyre mélyebb és egyre nagyobb hatással van, ahogy reagálunk ezekre a változásokra, illetve, ahogy kezeljük őket. Az egyik legsarkalatosabb változás a pubertás korban következik be, amikor a fiúk és a lányok néhány év alatt fiatalemberekké és nőkké serdülnek, átélik és egyben meg kell, hogy tanulják, hogyan kezeljék saját természetes szexuális ösztöneiket és a fiatal felnőtté válással járó új felelősséget. A pubertás kori fejlődés minden fiatal életében kritikus időszak. A fejlett világban a felnőtté válás hosszú, véletlenszerű és bizonytalan folyamat, amit a környezet ritkán ünnepel meg, nem úgy, mint a primitív világban, ahol a beavatási szertartások jogokkal, kötelezettséggel ruházzák fel a felnőtté vált embert egy nap alatt.

A fejlett világban a felnőtté válás néha érzelmi traumát okozva zajlik le. Ésszerűnek tűnik tehát az az igény, hogy egy modern, demokratikus társadalom időt és energiát fordítson arra, hogy felkészítse a fiatalokat a későbbi felnőtt életükre, beavatva őket azokba a jogokba, felelőségekbe, jártasságokba és tudásba, melyek szükségesek az eredményes és egészséges társadalmi- és magánélethez. A hatodik osztály kedvező életkor arra, hogy hozzásegítsük a tanulókat néhány olyan felelősség felismeréséhez és elsajátításához, melyre az életükben megjelenő változások irányításához szükségük lehet.

Az éves munka célja a csoportmunka és a jártasságok elsajátítása. Valamennyi fejezet a tanulók kialakuló életstílusának különböző aspektusaival foglalkozik, mindinkább megkövetelve olyan készségek alkalmazását, mint a kommunikáció, a döntéshozatal, a problémamegoldás, a kockázat felbecsülése, a kortársak nyomásának és befolyásának kezelése és nem utolsósorban, annak tudatosulása, hogy személyes érzéseink és érzelmeink mennyire hatnak ezekre a készségekre. A készségeket interaktív gyakorlatok során fejlesztjük és csiszoljuk, mint például ötletbörze, megbeszélés, elképzelt szituációk, interaktív munkalapok, kérdőívek, kutatások, az irodalom feldolgozása, szerepjátékok, előre megírt jelenetek eljátszása és természetesen a csoportmunka, amelyben a csapatszellem alapvető



szerepet játszik. Az anyagban szereplő gyakorlatok a csoportmunka magas fokát követelik meg a tanulóktól.

A 6. osztályos tananyag végighúzódik egy altéma. Ez a médiák és a kortárs csoportok jelentős hatását kívánja demonstrálni, amelynek ki vannak téve a fiatalok. Ez tudatosítja a diákokban, hogy mennyire érzékenyek erre a nyomásra. Cselekedeteikkel kapcsolatos választásaikat, döntési képességeiket a médiák gyakran körmönfont hatásai befolyásolják, valamint azok a modellek, melyeket kortársaik, illetve a sport és a szórakoztatóipar világának karizmatikus alakjai nyújtanak. Ez vissza-visszatérő téma valamennyi fejezetben.

Minden fejezet lehetőséget nyújt a tanulóknak, hogy alkalmazzák újonnan megszerzett jártasságukat és tudásukat a Kovács család problémáinak és nehézségeinek megoldásában, akikkel könnyen azonosulnak, és akiket jól megismernek. A Kovács epizódokat úgy kezeljük, mint egy folytatásos történetet, ahol a mindennapi eseményeket dramatizáltuk és néhány vitapontot kiemeltünk, ami általában a legtöbb családban előfordul. Kovácsék mindennapi emberek, akikkel a tanulók már a tananyag legelső fejezetében találkozhatnak, amikor is el kell nevezniük minden egyes családtagot, és el kell dönteniük a két éves kisbaba nemét. Az iskolaév során minden osztály fontos döntéseket hozhat a családdal kapcsolatban, például a személyes kapcsolataikra, az alkoholfogyasztásra, az otthon biztonságára, testmozgásukra és fizikai tevékenységükre, táplálkozásukra, környezetükre és arra vonatkozóan, hogy a gyerekek növekvő szexualitását hogyan kezeljék. A Kovács családdal kapcsolatos döntések biztosítják, hogy sajátjuknak érezhessék őket.

Minden fejezet valamennyi órája lehetőséget nyújt a tanulóknak a tényleges cselekvésre, ami további kutatásokban nyilvánulhat meg, illetve arra, hogy a tanultakat megosszák másokkal, például szüleikkel, hogy meginterjúvolják őket vagy barátait, munkalapokat töltsenek ki, felkészüljenek a szerepjátszásra, szerződést készítsenek és írjanak alá, mely bizonyos cselekvési formákra és társaik tanítására kötelezi őket. Vége-hossza sincs a lehetőségeknek. Ezek a cselekvések választás és döntéshozatal eredményeként, valamint az elmúlt években tanult jártasságok alkalmazásaként jönnek létre. Az egésznek az a lényege, hogy a tanulókat a helyes kérdések feltevésére és saját átgondolt és indokolt döntéseik meghozatalára ösztönözze. Ahogy a tanulók 7. és 8. osztályba kerülnek, munkájuk során mindinkább megkövetelik tőlük ezeket a jártasságokat.

Megjegyzem, nagyon fontos lenne, hogy az iskola is elsajátítsa az egészségvédő szemléletet, hogy a szociális és fizikai környezetük az egészséges viselkedésre serkentsen. Szintén lelkesíti a tanulókat és megerősítheti bennük az elhatározást az egész életvitel elfogadására, ha a tanárok jó példát mutatnak. Ezen a téren nem könnyű a tökéletességet elérni. A tanároknak és iskoláknak állandóan azt az üzenetet kell sugallniuk: „Ne csak azt tegyétek, amit mondunk, hanem úgy is tegyétek, ahogy mi tesszük – a tettek többet érnek a szavaknál!”

A 7. osztályos tananyag fő témája: **Találjunk egyensúlyt!** A téma feldolgozása során rávilágítunk arra, hogyan igyekszünk életünk különböző területein mindig megtalálni a megfelelő egyensúlyt. Ami ehhez elengedhetetlen: egyre szélesedő ismeretek, megértés, különféle készségek és kitartó állhatatosság. Amint azt a kutatások igazolják, a fiatalok életében könnyen felborulhat az egyensúly, a testükben, érzelmeikben és gondolkodásukban végbemenő változások miatt, melyek keresztülszövik a kamaszkort, ezt a felnőtté válás előtti átmeneti időszakot. Ha egyszer az egyensúly felborult, újat kell keresni, vagy visszaállítani a régit - csak hogy a pubertáskorból nincs visszaút, így nem marad más választásunk, mint az új állapotoknak megfelelő új egyensúlyok megteremtése.

A témakörök sorrendje a következő:

1. Találjunk egyensúlyt! (Bevezetés)
2. A kapcsolatok

3. Az egészséges környezet
4. Mozgás és személyi higiéné
5. Az egészséges táplálkozás
6. A biztonság megőrzése
7. A kábítószer-fogyasztás és a kábítószerrel való visszaélés
8. Az emberi szexualitás
9. Találjunk egyensúlyt! (Összefoglalás)

Cél, hogy a diákok megértsék, hogy az egyensúly változásai és ingadozásai végigkísérik egész életünket, ezért fontos elsajátítani azokat a módszereket, melyek most és a jövőben is segíthetnek a megfelelő egyensúly kialakításában.

Azoknak a fiataloknak, akik egészséges testi-lelki egyensúlyra törekszenek társadalmi és fizikai környezetükkel, sok tudást és készséget kell elsajátítaniuk. Az ajánlott módszerek nem csupán feltárnak egyes problémákat, hanem – ami sokkal fontosabb – utat mutatnak a megoldás és az újonnan felállított egyensúly megtartása felé, persze csak addig, amíg egy újabb változás megint meg nem bolygatja azt. A dolog lényege az, hogy életünk az első pillanattól az utolsóig állandó változásoknak van kitéve, s az ember, akár egy kötéláncos, kisebb-nagyobb kilengésekkel, szünet nélkül egyensúlyozni kényszerül.

A hetedik osztályban alkalmazott módszerek: Új szereplőkkel ismerkedünk meg. Ezek egy baráti csoport tagjai (TÁRSASÁG), akik nem helyettesítik a Kovács családot, de minden fejezetben megjelennek, hogy életszerűbbé tegyék az anyagot. Az első fejezetben bemutatjuk mind a tizennégy barátot – néhányan a tavalyi folytatásos történet szereplőire ismerhetnek rá. Az egészséges környezet témakör szerkezete megváltozik. Két részre oszlik, középen intervallumot hagyva, amelyben a tanulók egy kisebb projektet valósítanak meg. Környezetvédő egészségneveléssel próbálkozhatnak, mely jó alkalom a csoportmunkára, és kihívásokkal teli, de élvezetes példája az aktívan működő egészségnevelésnek. Fontos cél, hogy felvértezzük a diákokat azokkal az ismeretekkel és készségekkel, melyeknek segítségével idővel képesek lesznek teljesen önállóan meghozni az életvitelükkel és tágabb környezetükkel kapcsolatos döntéseiket. De ez még nem elég. Az elvi döntést át kell vinni a gyakorlatba, s ennek könnyen útját állhatják erős érzelmeink. Fontos, hogy felhívjuk erre a diákok figyelmét, hogy tisztában legyenek a jelentőségével. Az említett készségek azok közül valók, melyeket nem lehet a hagyományos módszerekkel megtanítani, csakis egyéni, páros és különböző nagyságú csoportokban való munkával, és így is sok idő kell, míg megmutatkozik az eredmény. Csakis azok fognak előbbre jutni, akik türelmesen és kitartóan dolgoznak – hiszen mint bármely kívánatos tulajdonságot, ezeket sem könnyű megszerezni. Persze a részvételen alapuló oktatási technika meghonosítása sem könnyű, különösen ha a gyerekek jól érzik magukat a hagyományos stílusú órákon, melyeken talán a tanárok is jobban érzik, hogy az irányítás a kezükben van. Ez a módszer sok munkával jár, alapos felkészülést kíván. Lehet, hogy néha zajosabb lesz az osztály, mint amit megszoktunk, de ha sikerül felkeltenünk a gyerekek érdeklődését a feladat iránt, mindannyian hozzá akarják majd tenni a magukét, és ehhez meg kell tanulniuk kivárni, amíg sorra kerülnek. Ez azután idővel beépül a munka rendjébe, de addig sok ellenőrzésre, önfegyelemre, és főleg rengeteg gyakorlásra van szükség.

A 8. osztályos tananyagot is összefogja egy központi témakör (**az egészséges jövő**), ugyanakkor szervesen ráépül az előző három évben tanultakra. A tanulók könnyen kiismerik magukat benne, hiszen ismerős számukra a leckék felépítése. Ez biztosítja a kellő önbizalmat ahhoz, hogy megbirkózzanak az új főtémával, az új készségekkel, képességekkel és munkamódszerekkel. Ráismernek az eddigi évfolyamok összekötő témáira, melyek most már bonyolultabb összefüggésekben jelennek meg és kerülnek újra feldolgozásra. Láthatják, hogy az ötödik-hatodik-hetedik osztályban tanult és továbbfejlesztett készségek, képességek és

ismeretek újra felbukkannak, ismét egy fokkal nehezebb feladat elé állítva őket, ahogy azt már megszokhatták a tantárgy elsajátítása során.

Emlékeztetjük a gyermekeket arra, hogy **az egészséges jövő az egészséges életmódra, a változások közben tartására, és az új egyensúlyok, megtalálására** épül.

A tanulók felfedezik, hogy az 5. osztályban bevezetett aktív tanulási módszereknek köszönhetően ma már képesek gyakorlati feladatokon keresztül tanulni, szerepek széles skálájából választva dolgozni, és kritikusan értékelni az elvégzett munkát.

A tananyag felépítése ebben az évben is kilenc fejezetből áll, az első és utolsó fejezet bevezeti, illetve összefoglalja és megünnepli ez évi egységesítő filozófiánkat, az „egészséges jövők”-et. A fejezeteken végighaladva kiderül, hogy az éppen terítéken lévő témától függetlenül mindig felbukkannak egyes kulcskézszségek és – képességek, keresztülszöve a kötet teljes anyagát. Ezekre támaszkodhatnak a tanulók akkor, amikor egészséges életmódot választanak maguknak (most vagy a jövőben), amikor reális célokat próbálnak kitűzni maguk elé, vagy amikor átgondolják és értékelik addigi elkötelezettségeiket.

A fejezetek címe:

1. Az egészséges jövők (Bevezetés)
2. A kapcsolatok
3. Az emberi szexualitás
4. Az egészséges környezet
5. Az egészséges táplálkozás
6. Mozgás és személyi higiéné
7. A kábítószer-fogyasztás és a kábítószerrel való visszaélés
8. A biztonság megőrzése
9. Az egészséges jövők (Összefoglalás)

A nyolcadikos anyag több nagyon kényes témát is érint (homoszexualitás, abortusz, önkielégítés, fogamzásgátlás, AIDS, halál, felelősség, veszteség stb.). Ha az előző három évben megtanultak a gyermekek magabiztosan bánni az érzékenyebb témákkal, most képesek lesznek érzékenyen és felelősségteljesen viszonyulni a kényes kérdéseket érintő fejezetekhez. Érzéseik kifejezéséhez nagyobb szókincs áll rendelkezésükre, s képesek empátiával beszélni, és ugyanígy meghallgatni másokat olyan témákkal kapcsolatban, melyekkel hamarosan szembetalálják magukat a valós életben is.

A cél az, hogy a fiatalok reális, célzatos és mégis rugalmas jövőképet alakítsanak ki magukban. Ennek érdekében reálisan átgondoltatjuk velük a múltat, előretekintünk a jövőre, s megtanítunk építő jellegű kritikát gyakorolni, kapni és elfogadni. Ezeket az új készségeket ebben az évben vezetjük be, egyben továbbfejlesztjük és gyakoroljuk is őket. Célunk az, hogy a tanulók tudatosabban éljék meg a jelent, az adott lehetőségeket és nehézségeket, valamint ezek közvetlen és hosszú távú hatását a jövőjükre. Ezt a megértést persze nem nyújthatjuk át nekik tálcán! Maguknak kell megszerezniük, majd újra és újra helyesbíteniük útközben, ahogy évről évre közelebb jutnak a felnőttkorhoz. Fejleszthetik segítségünkkel a jövőbeni egészséggel és boldogsággal kapcsolatos elképzeléseiket.

A fejezetek elején igyekszünk megtudni, ki hogyan viszonyul az adott témakörhöz, milyen nyelvezetet használ, ha beszélni akar róla, és hogy milyen forrásból szerzi az információit: otthonról, a kortársaitól, a médiából stb. Az eredményt megtárgyaljuk osztályszinten, s kigyűjtjük a hasonló és eltérő dolgokat. Szeretnénk elérni, hogy a tanulók tisztában legyenek a köztük lévő vélemény- és nézetkülönbségekkel, s fogadják is el azokat. Szeretnénk, ha megfigyelnék saját maguk és mások személyiségét, azt, hogy milyen különbözőképpen reagálnak az emberek ugyanarra a szituációra vagy érzésre. Az empátiára, megértésre végig nagy hangsúlyt helyezünk a könyvben, mint ahogy arra is, hogy a gyerekek megtanulják

mások szemszögéből látni a dolgokat. Felhívjuk a figyelmüket arra, hogy mindenki más és más szemmel fogja nézni őket, és hogy ezzel csak úgy tudnak megbirkózni, ha jók a kommunikációs készségeik.

A legfőbb cél az, hogy felvértezzük a tanulókat azokkal a készségekkel, képességekkel és ismeretekkel, melyek segítségével felépíthetnek egy egészséges és boldog jövőt; valamint megértetni velük, hogy a jövő számukra is – ahogy mindannyiunk számára – MOST kezdődik.

Az egészséges életmódról eddig is többes számban beszéltünk, a jövőbeni egészségről szintén így kell gondolkoznunk. A jövő valójában jövők sorozata, és nem mindegyik hoz egyforma egészséget az ember számára.

A vágyak, álmok és remények fontosak, és erősen tudnak motiválni. Ezért kérjük meg a tanulókat, hogy vizsgálják át ezeket, próbálják megfogalmazni céljaikat a testi-lelki jóllét és a társas kapcsolatok tekintetében. A siker kulcsa az, hogy megértsék: amit ma tanulnak, amit ma elérnek, az nem főpróba valami távoli, majdan beköszöntő jövőhöz, hanem fontos alap, melytől jövőbeni egészségük és boldogságuk függ!

Az egészséges jövő most kezdődik, ebben a pillanatban!

# AZ EGÉSZSÉGMEGŐRZÉS NÉHÁNY TERÜLETE

*Jelinek Zsófia (2000) pszichológus előadása*

- I. Mentálhigiéné
- II. Edukációs programok
- III. Étkezési zavarok
- IV. Az öngyilkos magatartás

## **I. A magyar mentálhigiéné program** ( Veér A., In: Mentálhigiéné: elmélet, gyakorlat, képzés, kutatás, szerk. Bagdy E., Animula, Bp., 1999)

*Cliff Beers* alapította a mentálhigiéné mozgalmat az Egyesült Államokban, 1908-ban. Úgy gondolta, hogy a lelki egészség megőrzésével a lelki bajok - mentális betegségek - megelőzhetőek, és a pszichiátriai megbetegedések java kiküszöbölhető. Gondolatai közfigyelmet ráirányították arra, hogy bizonyos mentális betegségek gyökerei a társadalmi-politikai bajokban, rendszerekben, gazdasági problémákban keresendők.

Hazánk megítélése a mentálhigiéné valamennyi kritériuma alapján kedvezőtlen. Az elmúlt évtizedekben szomorú dicsőséget vívtunk ki magunknak: Magyarországot a depressziósok, az alkoholisták, az öngyilkosok országának tartják, és elmarasztalják egészségtelen életmódunkat, a szervezetre ártalmas étkezési szokásainkat, a tömeges mozgáskultúra hiányát, és azt, hogy az egészség nem számít értéknek.

### A mentálhigiéné definíciója:

A mentálhigiéné nemcsak a pszichés megbetegedések és magatartászavarok megelőzése, hanem pozitív tartalmú lelki egészségvédelem is. Mindazoknak a folyamatoknak és tevékenységeknek az összessége, amelyek a személyiséget és a közösségi kapcsolatokat erősebbé, fejlettebbé, magasabb szervezetségűvé teszik. A mentálhigiéné fogalmával leírható egy-egy ország, régió, társadalmi réteg, illetve közösség lelki egészségének állapota, mint ahogyan az intézmény- és programrendszer is, amely egyebek között ennek javítására hivatott. Kifejezhető vele az a társadalmi ellátórendszer, amely a lakosság egészségi és szociális jóléti állapotát biztosítja vagy biztosítani kellene.

WHO (Egészségügyi Világszervezet): **az egészség nem a betegség hiánya, hanem a „testi, lelki és szociális jólét állapota”**

### A mentálhigiéné 6 programpontja:

- az emberi személyiség fejlődésének elősegítése, a zavarok kiküszöbölése, az ártalmak elhárítása, a feltételek javítása, optimális oktatási és nevelési programok
- a személyiség kibontakozását segítő speciális programok
- az emberi kapcsolatok kulturáltságának javítása
- a kiscsoportok, munkaszervezetek és közösségi kapcsolathálózatok kommunikációs viszonyainak humanizálása
- a személyiség társadalmi participációjának korszerű politikai és társadalomlélektani motiváltsága
- a hátrányos helyzetűek segítése és az irántuk való tolerancia

⇒ a mentálhigiéné tehát *összetett, sokirányú és szintű tevékenység*

## **II. Az edukációs programok** (Rigó A. előadásai alapján, ELTE, 1998)

A krónikus betegségek előtérbe kerülésével az egészséggel kapcsolatos fő alapelv az EGÉSZSÉGMEGŐRZÉS lett. A krónikus betegségek jórésze tartós vagy végleges egészségkárosodást jelent (a betegség gyógyíthatatlan), így az elsődleges feladat az ÉLETMINŐSÉG javítása. Ennek érdekében különböző stratégiák, programok kidolgozása történik, amelyeket összefoglalóan EDUKÁCIÓS PROGRAMOKNAK nevezhetünk.

### Az edukációs programok alapelvei:

- kellő információ - ha a páciens tudja, hogy mi zajlik a szervezetében, kisebb lesz a segítséggel szembeni ellenállás  
A páciens *tanuló* szerepbe emelkedik a beteg-szerepből, és ez kompetenciát kívánó aktív szerep. Továbbá az információ csökkenti a távolságot a beteg és az orvos között → KÖZÖS NYELV használata
- a jelenre, az aktuális problémákra összpontosítanak; ösztönzés arra, hogy a páciens vegye kezébe sorsa irányítását
- a kettős hozzáállás szükségessége a beteg részéről:
  - egyrészt megmaradnak a beteg-szerepben → beletörődés
  - másrészt mindent meg kell tenni azért, hogy kézben tartsák állapotukat → küzdelemEz a két dolog együtt megterhelő

### Edukációs program tervezése

- pontos diagnózis
- motiváltság felmérése
- legyenek aktív részesei a folyamatnak
- program specifikusság (igazodjon az adott személyhez, betegséghez)
- sokféle módszer felsorakoztatása
- folyamatos visszajelzés a program során (hogyan halad a páciens; a cél, láthatóvá tenni a haladást)

### Az edukációs programok fajtái (prevenációs programok)

A prevenációs program mindenféle egészséggel, betegséggel kapcsolatos oktató program. Szűkebb értelemben a betegség megjelenése előtti történéseket foglalja magában. Tágabb értelemben azokat a programokat is magában foglalja, amelyek már fennálló betegségek esetén próbálják könnyíteni a beteg életét.

A prevenáció céljának megfelelően beszélhetünk:

- elsődleges
- másodlagos
- harmadlagos prevenációról

### Az elsődleges prevenció

Minden olyan viselkedés-, magatartásforma, tevékenység, amely az egészség megőrzésére és a betegség megelőzésére irányul akkor, amikor nincsen közvetlen veszélyeztetettség (pl. fogmosás, biztonsági öv használata)

### A másodlagos prevenció

Célja, hogy a betegséget vagy sérülést korán felfedezzék és kezeljék annak érdekében, hogy megállítsák vagy visszafordítsák a folyamatot (pl. szűrővizsgálatok)

### A harmadlagos prevenció

Célja, hogy a már súlyos, korai fázisokon túlhaladt betegségek esetén, a károsodás folyamatát lelassítsa, megállítsa, ill. a betegek életminőségét növelje.

### **Az edukációs programok fajtái** - avagy hogyan lehet rávenni az embereket a változtatásra?

1. félelem-fokozó eljárások - ha tudják, hogy bizonyos kockázattal rendelkeznek, könnyebben változtatnak - de ez csak akkor hatékony, ha megfelelő információval társul
2. információ közvetítés - tudni mit, mikor, hol és hogyan kell tenni
3. viselkedés-központú módszerek - olyan stratégiák kidolgozása, amely konkrét lépésekben elmondja a személyeknek, hogy mikor mit kell tenniük

### **A prevenció programok helyszínei**

1. család
2. intézményes:
  - iskolai programok (központi cél az önértékelés és az önbizalom javítása és fejlesztése, a kortárs csoportokkal való kapcsolat fokozott tudatosítása /és ezen belül bizonyos hatásokkal szembeni ellenállás kialakítása - pl. a dohányzásra, a kábítószer- kipróbálásra irányuló csoportnyomás elhárítása/, a kommunikációs és kapcsolati képességek gyakoroltatása
  - munkahelyi programok
3. nagy populációra kiterjedő programok (média)

### *Edukációs programok az asztma kezelésében*

- Kohen (1985) - asztmás gyerekek és szüleik számára program

A szülők előadásokon vettek részt, a gyerekek csoportosan légzőgyakorlatokat tanultak, illetve a szülőkkel együtt tornáztak négy héten át, heti 2 órás üléseken

A program következtében a rohamok előfordulása 70, a gyógyszerek szedése 54, a sürgős orvosi segítség kérése 70, és az iskolai hiányzások száma 59 %-kal csökkent.

- Wilson (1993) - felnőtt asztmások programja négyféle módszer szerint (kérdés: melyik módszer a leghatékonyabb?)

- kiscsoportos forma
- egyéni konzultációk
- 80 oldalas munkafüzet
- kontroll (normál ellátás, nincsen információ)

A legjobb módszernek a kiscsoportos forma bizonyult. Az orvoslátogatás csökkent (viszonylag hosszútávon). Az egyéni konzultációk is hatékonyak bizonyultak. A

munkafüzetes módszer abban volt hatékony, hogy az aggodalmat csökkentette, de a rohamok sűrűségében nem történt változás.

Fontos azonban megemlíteni, hogy egyik program következtében sem szoktak le sem a dohányzásról, sem a macskatartásról.

**III. Étkezési zavarok** (Túry F., Szabó P.: A táplálkozási magatartás zavarai - az anorexia nervosa és a bulimia nervosa, Medicina, 2000, Pszichiátria az ezredfordulón c. sorozat; Túry F.: A táplálkozási magatartás zavarai /evési zavarok/ In: A pszichiátria magyar kézikönyve, Füredi J. /szerk./, Medicina, Bp., 1998)

1. anorexia nervosa - evés visszautasítása
2. bulimia nervosa - falásrohamok és önhánytatás (pl. Lady D.)
3. obesitas - kövérség

0 testtömegindex kiszámítása: a testsúly (kg) elosztva a magasság méterben kifejezett négyzetével (20-25 normális, < 18,5 anorexia, > 28 obesitas, 35 súlyos)

1

Az evészavarok a hetvenes évektől kerültek előtérbe, történeti előzmények azonban jóval korábbra nyúlnak vissza. Az anorexia nervosa (AN) történetéhez tartoznak az éhezõ szentek, akik vallásos okokból utasították el a táplálékot, továbbá a gyakorlatilag táplálék nélkül élő „csodálatos lányok”, majd az éhezõművészek (erre ld. pl. F. Kafka: Az éhezõművész c. novellát).

A bulimia nervosa (BN) újabb kórkép. Elõzményként az ókori hedonisztikus lakomákat említhetjük, amelyek önhánytatással is jártak, de ez nem tartható bulimia nervosának. A bulimiás tüneteket kezdetben az anorexia nervosa tüneteinek vélték, csak késõbb lett önálló betegség.

- az evészavarok jellegzetesen a fiatal lányok betegségei.
- AN - 12-18 éves korban kezdõdik általában.
- BN - 17-25 éves korban kezdõdik általában.

#### AN tünetei

- súlyfõbia
- testképzavar a saját testre vonatkozóan (torzult önpercepció: kövérnek tartják magukat, de mások alakját meg tudják ítélni)
- súlyhiány (min. 15 %-os)
- amenorrhoea

#### Az anorexiás betegek személyiségjellemzõi

- perfekcionizmus
- teljesítményorientáció
- túlkontrolláltság
- kényszeresség
- érzelmek kerülése
- szexualitás kerülése
- betegségbelátás nincs
- evés visszautasítása a családon belüli manipuláció formájává válik



## BN tünetei

- visszatérő falásrohamok
- kontrollvesztés érzése
- súlycsökkentő viselkedések (önhánytatás, hashajtózás, koplalás, testedzés)
- aggodalmaskodás a testsúly és az alak miatt
- a gyomorsav miatt a fogak belső felszínén durva zománchiány alakulhat ki (fogorvosok szerepe jelentős a rejtett bulimia felismerésében)

A BN enyhébb változata a *túlevéssel zavar* (falásrohamok, de nincsen súlycsökkentő viselkedés. pl.)

ld. **Evési Attitűdök Tesztjét** (EAT) - rövidített változat - a kérdőív problémája, hogy nem használható az anorexia nervosa (AN) és a bulimia nervosa (BN) kórképek elkülönítésére, mert elkészültekor a BN még nem számított önálló kórformának

Egy további kérdőív: Evészavar Kérdőív (Garner és mtsai, 1983, magyar változat: Túry és mtsai, 1997) - 64 tétel, 8 alskála: karcsúság iránti késztetés, bulimia, testtel való elégedetlenség, elégtelenség érzése, perfekcionizmus, interperszonális bizalmatlanság, interoceptív tudatosság, félelem a felnőtté válástól.

A tesztek hasznosak lehetnek az előzetes szűrővizsgálatokban, az evészavarok detektálására, de nem lehetnek egyedüli eszközei a diagnózis megállapításának.

## **Kezelés**

AN : a testsúly helyreállítása

BN: a testi szövődmények korrekciója

A speciális evészavar klinikákon ma döntően integratív szemlélettel folyik a kezelés - a farmakoterápián kívül egyéni dinamikus terápiának, családterápiának, kognitív-viselkedésterápiának, csoportterápiának van leginkább szerepe

## **Az evészavarok prevenciója**

*primer prevenció*

- karcsúságideál - tömegtájékoztatás - jó lenne, ha a női alak és mérete szélesebb spektrumát mutatnák be
- tájékoztatás a népességben az evészavarok természetéről és súlyosságáról
- serdülők és fiatal felnőttek csoportjai - információnyújtás, tanácsadás, coping mechanizmusok, ÖNISMERET fejlesztése

Gyermeknevelési módszerek - Slade (1995) fogalmazta meg a felmérések alapján a szülőknek javasolt „tízparancsolatát”, hogy ne alakuljon ki evészavar gyermekükben:

1. Ne kövess el testi bántalmazást!
2. Ne kövess el szexuális visszaélést!
3. Ne csinálj nagy ügyet az ételből vagy az evésből!
4. Ne csinálj nagy ügyet a testsúlyból és az alakból!
5. Mutass szeretetet gyermekednek anélkül, hogy túlságosan óvó vagy túlkontrolláló lennél!
6. Ne állíts teljesíthetetlen mércét gyermeked elé!
7. Ne ragaszkodj mindig a tökéletes viselkedéshez!
8. Inkább jutalmazd a jelenben elért kis eredményeket, s ne hangsúlyozd a jövőbeli nagy célokat!
9. Bátorítsd gyermeked függetlenségét!
10. Bátorítsd gyermeked, hogy legyen társasága és keressen kapcsolatot más gyermekekkel!

*másodlagos megelőzés* (ld. tesztek pl.) - fontos! az evészavarokban a **KORAI SZŰRÉS!!!!**  
Fairburn (1995) összefoglalja azokat az akadályokat, amelyek a segítségkérést nehezítik meg

- a zavarban szenvedő egyén nem tartja azt problémának (főleg az AN-ra jellemző); ekkor inkább mások – szülők – irányítják őt szakemberhez
- az egyén reméli, hogy panaszai maguktól megszűnnek – ez ritkán bár, de megtörténik
- vannak, akik úgy vélik, hogy betegségük nem elég súlyos ahhoz, hogy orvoshoz forduljanak, vagy nem érdeklik meg a kezelést
- a szégyenérzet, a büntudat, a titkoltság a BN-ban gyakori
- nehéz elmondani a panaszokat az orvosnak – más, kísérő problémák miatt keresnek orvost a betegek (menstruációs zavar), de az igazi okot az orvos nem tudja meg
- a kezeléstől való félelem sokszor a súlynyeréstől való félelmet jelenti
- a kezelés keresésének anyagi, pénzügyi nehézségei lehetnek

*A harmadlagos megelőzés szerepe az étkezési zavarokban kisebb.*

#### **IV. Az öngyilkos magatartás** (Bakó T.: Titkok nélkül - lélektani vizsgálódások az öngyilkosságról, Cserépfalvi, 1992; Dr. Magyar I.: Psychiatria)

Az **öngyilkos magatartás** nem betegség-entitás, hanem **TÜNET**, sokféle személyiség sokféle problémára adott sokféle reakciója, amelyben csak az önpusztítás közös

Olyan élethelyzetben következik be az öngyilkos magatartás, amelyekben a legtöbb ember rövidebb-hosszabb kétségbeesés, gyötrődés, dühöngés után talál valamilyen megoldást, ha nem tudja megváltoztatni a körülményeket, beletörődik

A **kiváltó esemény átélése** a rendkívüli; **túlméretezett** érzelmi reakciók

*Az öngyilkosság és az öngyilkossági kísérlet fogalmi meghatározása* (Bakó T.)

3 kritérium tarozik hozzá:

1. a meghalás tudatos szándéka
2. egy módszer képze, amely alkalmas az élet kioltására
3. e módszer cselekvéssémájának megvalósítása

A kísérlet 4 körülmény miatt lehet sikertelen:

1. a meghalás szándéka nem elég erős, v. nem egyértelmű
2. az öngy. módszere nem, v. nem eléggé hatékony
3. az öngy. cselekedet hibás v. inadekvát
4. a halál bekövetkezése előtt külső segítség a szervezet károsodását megakadályozza, megállítja v. megszünteti

A klinikai tapasztalatok szerint az öngyilkosok életproblémái semmiben sem különböznek azokétól, akik ugyanezen okból, hasonló helyzetben nem követnek el öngyilkosságot.

kiváltó okok (köznapiak): szerelmi csalódás, erkölcsi, anyagi veszteség, testi v. lelki betegség, büntudat, stb.

kérdés: MI az a személyiségben meglevő tényező, amely hajlamossá teszi az öngyilkost az önpusztításra?

Magyarország mindig a magas öngyilkos-halálozású országok közé tartozott

### öngyilkossági kockázat:

- inkább fiatalokra jellemző (de! utóbbi évtizedben főleg a városokban közelít egymáshoz a férfi-nő arány)
- a kimenetel az életkorral arányosan egyre kedvezőtlenebb (több idős, mint fiatal, de abszolút számban a középkorú férfi a legtöbb)
- viszonylag több az egyedülélő, izolált élethelyzetű egyén
- nagyobb a kockázata annak, aki valamilyen testi v. lelki betegségben szenved; kiemelten veszélyeztetettek az alkoholisták, gyógyszer- és kábítószerélvezők, elmebetegek
- ált. városi jelenség
- a férfiak által drasztikusabb módszereket alkalmaznak (2/3 önakasztás; nők: mérgezés)

Az öngyilkos cselekményekben közösségi és kulturális minták, hagyományok is érvényesülnek, egy-egy adott területen a szokásos problémamegoldások módjai szociálisan átörökítődnek → területi különbség az országban (déli, délkeleti országrészekben magasabb arány)

Az öngyilkos cselekményekkel együtt a társadalmi beilleszkedési zavarok egyéb formái is halmozódtak (alkoholizmus, mentális betegség, erőszakos bűnözés) → az öngyilkosság nem izolált jelensége mai társadalmi életünknek

"CRY FOR HELP" - az öngyilkosok nagy része közli szándékát a környezetével, mintegy megpróbál segítséget kérni - ez általában bátortalan ajánlkozás, ráutalásos kommunikáció

**Ringel: preszucidális szindróma** - a pszichológiai folyamatok 3 jellegzetes változása az öngyilkosság „végső közös útjén” (1. perceptív és figyelemi beszűkülés, 2. agresszió gátlás, 3. menekülés a fantázia tevékenységbe)

1. **perceptív és figyelemi beszűkülés** → dinamikus beszűkülés; affektív beszűkülés is → egy meghatározott affektív minta lép a magatartás előterébe: a személy saját hangulatának áldozatává válik, kapcsolatai fokozatosan apadnak, elszigetelődik → külső személyek hiányában a SAJÁT ÉN egyre nagyobb szerepet kap

2. **agressziógátlás** → a hiányzó emberi kapcsolatok nem segítik az agresszió külső levezetését

3. **menekülés a fantázia tevékenységbe** → önmegsemmisítő fantáziák

MINDEN ÖNGYILKOSSÁGI KÍSÉRLETET KOMOLYAN KELL VENNI,  
POTENCIÁLISAN HALÁLOSNAK KELL TEKINTENI, MÉG HA AZ IDŐZÍTÉS VAGY.  
A VÁLASZTOTT MÓDSZER MIATT AZ ÖNKÁROSÍTÁS NEM NAGY, VAGY. NEM  
TŰNIK VESZÉLYESNEK

# A DEPRESSZIÓ

Összeállította: *Virág Tünde Ibolya*

## Bevezetés

A depresszió a világon mindenütt népbetegségnek számít, s mintegy új szólásként terjed „depressziós vagyok”. Túl a depresszió okozta szenvedésen, a betegség igen veszélyes lehet: gyakori az öngyilkosság, a másodlagos alkohol vagy gyógyszer abúzus, a produktivitás csökkenése, tartós betegállomány, az egészségügyi szolgálat felesleges terhelése és fokozott a szomatikus morbiditás és mortalitás is. A depressziók felismerése és eredményes kezelése ezen szövődmények jelentkezését is lényegesen lecsökkenti. A betegség kezelésének költségei ugyanakkor eltörpülnek a nem kezelt depressziós betegek okozta társadalmi károk mellett.

## A depresszió történetéből

A civilizáció írott történelme során a depresszióra számos utalás történik már az ősidőkben is. Természetesen az adott kor megnevezéseit használva búskomorságról, melankóliáról, búkórról stb. írnak a régi krónikások. Gyakori, hogy a történetíró neves személyiségek krónikásaként megemlékezik a hős lelki válságairól, akár búskomorságáról is. Az egyik első leírást a Bibliában olvashatjuk. Saul király búskomorságát számos művészeti alkotás is megörökíti. Hippokratész is ismerte a depressziót, amit melankóliának nevezett, mivel úgy vélte, hogy az a testnedvek arányának megváltozására vezethető vissza, a fekete epe (melainé kholé) túlsúlyba kerül a többi nedvvel szemben. A melankólia kifejezés volt használatban egészen a 19. század végéig, amikor is a "depressio" kifejezés került előtérbe. Deprimodprimere annyit jelent, mint "lenyomni". A szó tehát a hangulat nyomottságát fejezi ki. Bár a melankóliát az ókor és a középkor nagy orvosai betegségnek tartották, a kor és a kultúra függvényében a depressziós állapotot gyakran lelki válságként, máskor a hit megrendüléseként fogták fel, sőt a tünettan függvényében a beteg esetleg különleges tisztelet tárgya lehetett.

Az orvostudomány fejlődésének 19.századi fellendülése óta a depresszió betegség-mivolta került előtérbe. Előbb a betegség pontos tüneti leírására törekedtek. Kraepelin leírta a psychosis maniaco-depressiva kórképét (amelyet ma bipoláris zavarnak nevezünk). Felismerte, hogy a betegség megjelenésében örökletes tényezőknek is szerepe van.

Freud és iskolája az emberi akarat kétirányú mozgását hirdette: az agressziót, amely kifelé, és a depressziót, mely befelé hat. Elsősorban Freud és követőinek munkássága nyomán részletesen tanulmányozták a depressziók neurotikus formáit, amelyek eredetét korai gyermekkori lelki sérülésekre vezették vissza. A depresszió elterjedtségét mutatja, hogy a kultúrtörténetben is gyakrabban megjelenik. Utalásokat találunk a depresszióra többek között Thomas Mann, József Attila, Babits Mihály, Weöres Sándor műveiben.

A 20. század második felében egyre több adat halmozódott fel, amelyek szerint a depressziók során zavar keletkezik az idegsejtek közötti információátvitelt biztosító anyagok forgalmában. A kutatások az évezred utolsó évtizedében (amelyet „Az agy évtizedének” nyilvánítottak) különösen nagy lendületet vettek.

## **Definíció**

A hangulatbetegségek közé tartozó depresszió tulajdonképpen az életben elszenvedett stresszekre adott teljesen normális reakció. Szinte mindannyiunk életében előfordulnak olyan időszakok, amikor lehangoltak, szomorúak, letargikusak vagyunk. Számos élethelyzet van, amely depressziót válthat ki pl. kudarc, veszteség élménye, betegség stb. A depressziót akkor tekinthetjük abnormálisnak, ha nincs arányban a kiváltó eseménnyel, és ha jóval túlmegy azon a ponton, ahol a legtöbb ember már kilábal belőle.

## **A kedélybetegségekről általában**

A kedélybetegségek lényege a hangulati élet kóros megváltozása, mely minőségileg különbözik az egészséges embernél megfigyelhető a mindennapi élet eseményeihez kapcsolódó hangulatváltozásoktól. A lehangolt ember elveszíti fogékonyságát az élet derűs történései iránt, a felhangolt ember érzéketlen lesz a szomorú eseményekkel szemben. A hangulat megváltozása együtt jár számos egyéb tünettől, melyek az egyén életének valamennyi területét érintik. Jacobson úgy írja le a hangulatot, mint ami az „énállapot barométere”, annak a jelzője, hogy az egyén hogyan éli át aktuális élményeinek minőségét. Elemzése szerint a hangulatok kiterjedt hatást gyakorolnak a személyiségműködés összes aspektusára: az érzésekre, a fogalomalkotásra, a viselkedésre, a fiziológiai folyamatokra és különösen az önmagunkra és a világra vonatkozó érzésekre. A hangulat iránti fogékonyság változatossága valószínűleg konstitucionális, részben tanult és legtöbbször e két tényező kölcsönhatásáról van szó. A hangulatot az érzelmi szabályozás viszonylag primitív formájának tartják, ennél fogva a jól integrált személyeket kevésbé feltételezik hangulatembereknek. A normál és patológiás hangulatok fenomenológiája jelentős átfedésben lehet. A legtöbb hangulat azzal jár, hogy gyengül a szubjektív és objektív valóság megkülönböztetése. A normál hangulat esetében azonban az egyén jobban tudatában van, hogy milyen események idézték elő a hangulatot, míg a patológiás hangulat kevésbé illeszkedik a valósághoz.

## **Epidemiológia**

A depresszió gyakori, jelentős szenvedést okozó, potenciálisan halálos betegség, mely mindkét nemből, bármely életkorban előfordulhat.

Az utóbbi két évtizedben világszerte emelkedik a megbetegedések száma. A szorongás után a 2. leggyakrabban előforduló pszichiátriai betegség. A WHO 1997-es adatai alapján egy adott időpontban 340 millió ember szenved depresszióban. Nemzetközi és hazai adatok szerint a felnőtt lakosság közel 20 százaléka élete során legalább egy depressziós fázison átesik, és az ismétlődően zajló vagy krónikus depressziók prevalenciája is meghaladja a 10 százalékot. Ez Magyarországon 2 millió, ill. 1 millió embert jelent.

## **Etiológia**

Az emberi magatartás az élővilágban a legmagasabb rendű, legbonyolultabb rendszer. A lelki zavarok etiológiájának vizsgálata ugyanilyen bonyolult, számos szinten megközelíthető. Mivel a hangulatzavarok oka ma még nem ismert, ezért a magyarázatok felölelik a

neurobiológiai, a társadalmi és környezeti tényezők egész sorát, melyek közül a legfontosabbak a következők: a pszichoanalitikus elméletek a depressziót a tárgyvesztésre adott reakcióként értelmezik, a tanuláselméletek szerint a pozitív megerősítés hiánya a döntő, a kognitív megközelítés arra koncentrál, ahogy az ember önmagát és a világot szemléli, a biológiai magyarázatot pedig bizonyos ingerületátvivő anyagokban találták meg.

Bár a modern tudományos álláspont a különböző okok egyidejű jelenlétét (multikauzalitását) vallja, a

betegség etiológiájában kiemelhetünk két nagy csoportot: az endogén és az exogén tényezőket.

Az endogén tényezők közül a gyógyszeres kezelés szempontjából is kiemelkedő a hangulatbetegségekben szerepet játszó két legfontosabb neurotranszmitter, a noradrenalin és az szerotonin jelentősége.

Gyakran genetikai tényezők szerepet játszanak abban, hogy az egyén túlérzékenyebbé válik a pszichoszociális stresszorra, mely biológiai reakciókat idézve elő kiváltja vagy súlyosbítja a depressziós szindrómát. Ma szokás „vulnerabilitásról” azaz sérülékenységről beszélni.

A külső tényezők provokáló hatásúak lehetnek, és a depresszióra biológiailag hajlamos egyénnél a betegség kialakulását segítik elő.

A legfontosabb külső, exogén faktorok közé a beteg közelmúltjában történt negatív események (romló testi egészség, konfliktusok, közeli hozzátartozó halála stb.) tartoznak. Ezek depressziót provokálhatnak, bár ez függvénye a szociális támogató rendszerek működésének, az életeseményekben megnyilvánuló stressznek, illetve az ezzel kapcsolatos problémamegoldó mechanizmusoknak.

A depresszió kialakulásában fontos szerepe lehet az életciklusoknak is. A női élet ciklusai kifejezetten vulnerábilis időszakot jelentenek depressziós megbetegedésre. Itt három fő sérülékeny periódus emelhető ki : a premenstrum (Premenstruális szindróma, Premenstruális diszfóriás zavar), a terhesség ill. a posztpartum időszaka (Posztpartum blues, posztpartum depresszió, posztpartum pszichózis) és a klimaktérium időszaka. Férfiaknál a generációváltás időszakai érdemelnek fokozott figyelmet. Szintén veszélyeztetett az idős, hatvanöt év feletti populáció. A demencia mellett a depresszió a leggyakoribb pszichiátriai megbetegedés ebben az életszakaszban. A felismerést nehezíti, hogy a tünetek némileg eltérnek a fiatalabbaknál tapasztalt tünetektől, gyakori a larvált és atípusos forma. A szuicídium veszélye annál fenyegetőbb, minél több rizikófaktorral társul /szociális izoláció, krónikus betegség stb./.

Tekintettel arra, hogy világjelenség a társadalom elöregedése, az időskor összetett problémájának megoldása- nemcsak a depresszió vonatkozásában – a XXI. sz. egyik kihívása. Oszttályozás

Bár különböző depressziós betegek eseteiben a klinikai kép globálisan nagyon hasonló lehet, a depresszió mégsem egységes betegség.

- Másodlagos (szekunder) depresszióról szólunk, ha a tünetcsoport súlyos szervi betegséghez társul, ill. annak következménye (pl. stroke-hoz, Parkinson-betegséghez, malignus kórképekhez, HIV infekcióhoz, cerebrális atrófiához, epilepsziához társuló depressziók). Az alapbetegség kezelésén kívül itt a támogató, szupportív pszichoterápia mellett antidepresszív farmakoterápia is indokolt.
- Elsődleges (primer, régi szóhasználattal endogén) depresszió esetén ilyen kimutatható elsődleges, “oki” tényezők nincsenek, bár gyakran szerepel a közeli anamnézisben provokatív tényezőként értékelhető negatív életesemény. A primer depressziókon belül megkülönböztetünk unipoláris (csak depressziós és egészséges időszakok váltakozása) és bipoláris lefolyást (utóbbi esetén a depressziós és tünetmentes periódusok mellett túlzottan aktív, felhangolt, kritikátlan, irritábilis, időnként

agresszivitással és megalomán vagy üldöztetési téveszmékkel járó ún. hipomániás vagy mániás fázisok is jelentkeznek).

Mind az unipoláris, mind a bipoláris depresszió lehet súlyos (major) vagy relatíve enyhe (minor) depresszió (ha ez utóbbi legalább két éve tart, dysthymiáról beszélünk). A primer depresszió a lefolyás periodicitását illetően is heterogén jelenség: az esetek egy kisebb hányadában a betegség évszakhoz kötötten ismétlődik (téli, ill. nyári depresszió).

## **Tünettan**

A ma érvényben lévő diagnosztikai rendszer alapján a depressziót 9 tünetből álló skálával azonosítják.

1. depressziós hangulat,
2. az érdeklődés beszűkülése, örömtelenség,
3. jelentős súlycsökkenés vagy -gyarapodás, azaz étvágytalanság vagy farkasétvágyúság,
4. alvászavar (kevés, nyugtalan alvás, vagy túl sok alvás),
5. lelassultság, gátoltság (vagy nyugtalanosság, agitáltság),
6. fáradtság (testi, lelki gyengeség),
7. érdektelenség, kóros önvádolás, büntudat,
8. csökkent szellemi képességek (gondolkodási, összpontosítási, döntési),
9. a halál, az elmúlás gondolata, öngyilkossági eszmék, visszatérően is.

A tüneteket további figyelmeztető jelekkel együtt a lelki működések tartományai szerint három csoportba sorolják:

1.) Testi (vegetatív) tünetek: az alvászavar, fáradtság, étvágyzavar, fogyás (vagy hízás) mellett fejfájás, mellkasi, hasi panaszok, vegetatív izgalmi jelek, obstipáció, amenorrea, a szexuális aktivitás csökkenése és ezen kívül is számos testi tünet fordulhat elő, amelyek az orvost megtéveszthetik és testi betegség gyanúját kelthetik.

2.) Magatartási tünetek, amelyek a környezet számára a legkorábbi figyelmeztető jelek: lehangoltság, koncentrációzavar, döntésképtelenség, aktivitáscsökkenés, munkaképtelenség, az örömképesség és a humorérzék elvesztése, visszahúzódás, bezárkózás (szociális elszigetelődés, eltávolodás a barátoktól), a mozgások meglassulása, görnyedt testtartás, sajátos arckifejezés, öngyilkossági kijelentések, esetleg kísérlés.

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

A testi tünetek előtérbe kerülése esetén az orvos, sőt gyakran a beteg maga sem ismeri fel, hogy depresszióról van szó. Különböző vizsgálatok kezdődnek (a tüneteknek megfelelő szakorvosnál), esetleg téves diagnózisok születnek, és tévútra vezető kezelések következnek. Ha az említett szomatikus tünetek dominálnak és a hangulatzavar kevésbé nyilvánvaló, maszkírozott (larvált) depresszióról beszélünk.

Amennyiben a viselkedésváltozás van előtérben, gyakori, hogy a környezet értetlenül, nemegyszer elutasítóan viszonyul a beteghez. A hozzátartozók erkölcsi, fegyelmi kérdésként kezelik az érthetetlen magatartásváltozást, és minduntalan azt hajtogatják, hogy „Szedd már össze magad!”. Ha a depresszió elsősorban a szubjektív tünetek formájában jelenik meg,

sokáig rejtve maradhat. Legfeljebb a közvetlen hozzátartozók észlelnek valami változást – elsősorban jó családi kapcsolatok esetén.

Elsősorban a szubjektív tünetek okozzák a nemritkán elviselhetetlen szenvedést. Súlyos depressziósok a legbrutálisabb öngyilkossági kísérletet is képesek végrehajtani, csak hogy szenvedéseiktől megszabaduljanak. Gyakori, hogy egy-egy „váratlan”, érthetetlen öngyilkossági kísérlet után derül ki, hogy miről is van szó. Végzetes öngyilkosság esetén néha még akkor sem: „érthetetlen” önkézű halálnak mondják a történeteket.

Kétségtelen, hogy a depresszió legtragikusabb következménye az öngyilkosság, emellett azonban számos egyéb komplikáció, ill. szövődmény is jelentkezhet, például: különböző betegségek, tartós betegállomány, rokkantnyugdíjazás, családi konfliktusok, sok és felesleges szakorvosi vizsgálat.

A depresszióhoz - a betegség lefolyásának valamely stádiumában - egyéb pszichiátriai kórképek is társulnak. A másodlagos alkohol és gyógyszer abúzuson kívül gyakori a pánikbetegséggel, szociális fóbiával, kényszerbetegséggel, személyiségzavarral (különösen antiszociális borderline vagy hisztrionikus típusú formával) való ún. komorbiditás. A depresszióhoz a véletlennél gyakrabban társulnak bizonyos testi betegségek is (hipertónia, kardiovaszkuláris kórképek, diabetes mellitus, infekciózus és tumoros megbetegedések). A kapcsolat ismerete azért is fontos, mert az ilyen szomatikus komorbiditást mutató depressziók esetén gyakran csak a testi betegséget ismerik fel és kezelik.

Súlyosabb depressziók esetén (ez viszonylag ritka) depressziós téveszmék is felléphetnek (bűnösségi, elszegényedései, nihilisztikus, üldöztetési doxazmák), ilyenkor a betegek - sajnos - gyakran schizofrenia vagy paranoid pszichózis tévdiagnózist kapnak, pedig a helyes kórisme a két betegség alapvetően eltérő terápiája miatt rendkívül fontos.

## **Felismerés és beavatkozás**

### **„a baj jelzést ad önmagáról...”**

A gyakorlat szempontjából erre a két kulcsfontosságú fogalomra kell összpontosítanunk. A „cry for help” (Farberow, 1981) közismert jelensége indíthatja el a beavatkozást. A segélykiáltást jelképes is lehet, nem kizárólag a maga konkrétágában értendő. Néha maga az önpusztító cselekmény az üzenet, máskor áttételes formában jelenik meg. Ezért fontos a veszélyre csak közvetett módon utaló jelek ismerete: például a menekülési fantáziák megfogalmazása („elmenni valahová messzire”, „el egy lakatlan szigetre”, „eltűnni a világ elől - akár egy kis időre vagy örökre...”, a helyzetből való kilépés, válás stb.). Ilyen rejtett üzenetek jelenhetnek meg a viselkedés szintjén is. Változás a megjelenésben, a szokásokban, a felerősödő kockázatkeresésben, a hangsúlyossá váló szenvedélyekben (alkohol, drog, játék, hatalom, munka, szex stb.). A kudarcok halmozódása, a fokozó baleseti hajlam, az élettől való búcsúzkodás, a végrendelkezés, a javak szétszotgatása mellett a beszédben megjelenő tagadó szerkezetek („nekem soha semmi nem sikerül...”), a gyász, a haláltéma előtérbe-kerülése, beszűkülés a veszteségre, a hiányra. Mindezek mellett a reményvesztettség, a kiúttalanság megfogalmazása hívhatja fel leginkább a figyelmet arra, hogy nagy a veszély, nagy a baj! Különösen fontossá válhatnak ezek a válságjelek, ha azok a lehangoltság, a szorongás jól felismerhető jelzéseivel párosulnak - nem különben, ha a már bizonyított statisztikai valószínűsége teszik hangsúlyossá a jelzéseket. Így fokozottabban veszélyes a helyzet, ha a vázolt vészjeleket férfi adja, akinek életkora valamely generációváltás határán van (serdülőkor, felnőtté válás, életközép, öregedés, öregkor) és egyedül, magányosan, a család



biztonsága nélkül él, ha előtörténetében fény derül öndestruktív mintázatokra - saját vagy kisközösségi öngyilkossági eseményekre, fokozódó stresszre, veszteségekre, alkohollal vagy droggal történő „öngyógyításra” és nem utolsósorban pszichiátriai betegségekre (depressziók, szorongásos megbetegedések, szuicídium, pszichózisok például), amelyek a fokozottabb öngyilkossági veszély előrejelzői.

Annak, aki első észlelőként veszi a vészjeleket és eljut a felismerésig, hogy itt valami olyan történt, amiből akár visszafordíthatatlan változás következhet, nem szabad azt mérlegelni, hogy most komoly-e vagy sem a baj. A néhány szem Kalmopyrin adott esetben ugyanolyan fontos jelzés, mint a sok doboz altató bevételére utaló információ. Ezen típusú mérlegelés megbocsáthatatlan idővesztéssel járhat. Nem véletlenül mondják tehát Ringel, a preszuicidális szindróma leírója nyomán, hogy „az öngyilkosság mindig egy elmulasztott vagy elrontott beszélgetés következménye”. *Az életmentő beszélgetéshez nem kell pszichiáternek lenni!*

Természetesen a pszichológiai segítséget meg kell előznie minden más, aminek elmaradása a testi működések egyensúlya felborulásának kockázatával jár - értelemszerűen az életfontosságú funkciók megőrzése vagy helyreállítása indokolt esetben elsőbbséget kell kapjon!

Az első találkozásnak, a kapcsolatfelvételnek, az első interjú alakulásának a végkimenetel szempontjából kitüntetett szerepe van. A krízisben lévők reagálását a jellemző döntésképtelenség mellett a kapcsolatba kerülés igényének növekedése és befolyásolhatóságnak fokozódása is meghatározza. A krízisintervenciós interjú stratégiájában és taktikájában is szükségszerűen eltér a szokásos orvosi beszélgetések (anamnézis felvétel, exploráció) hasonló jellemzőitől. A közvetlen előzményekre, a kiváltó okokra koncentrálnak és közben nem törekszik minden információ begyűjtésére. Bálint Mihály hasonlatával élve, „nem kell az összes fatörzset megmozgatni, ha a folyón úsztatott fák elakadtak, elég azt az egyet odább tenni, amelyik a többit megakasztotta...”. A korlátozott információgyűjtés összhangban van magának a krízisintervenciónak a korlátozott célkitűzéseivel is. Az első interjúban eldöntendő egyik legfontosabb kérdés az öngyilkossági veszélyhelyzet és a kockázat aktuális szintjének bemérése. A kész megoldás átadása helyett a segítő legfontosabb feladata a szuicidális páciens kezelésében, hogy stimulálja őt. Stimulálja a saját kivezető út megtalálásában, abban, hogy képes legyen megtanulni és felismerni az öngyilkosság, a depresszió vészjeleit. Erősíteni őt abban, hogy a diszkomfort érzés kezelése megtanulható, hogy léteznek és felhasználhatóak a segélykérés legkülönbözőbb csatornái, és nem utolsósorban megerősítést vár az a gondolat, ami elfogadhatóvá teszi az újabb krízisek eljövételét, felkészítve ezzel azok megoldására is. Az interjúhelyzetben jól megfigyelhető módon jelzi a közvetlen kockázat csökkenését a vészjelzések halkulása, halványodása, majd eltűnése. A viselkedés megváltozásában a szemkontaktusok számának növekedése, a mosolyváz, az odafordulás, vagyis a nem-depressziós viselkedésforma előtérbe kerülése hangsúlyos. Feltűnő módon a fordulat előtti szakaszban a kommunikációs alku tárgya a „megértés” (talán épp az elutasítás, vö. meg nem értés tapasztalatai generálják a hangsúlyosabb krízisszignálokat), míg a valódi megértést, az összetalálkozást bizonyítja, ha a beszélgetésben témává a „megoldáskeresés” válik. Más nézőpontból: a közvetlen veszély elmúlását garantálja, ha a páciens a monológ-jellegű közlésekből a valódi párbeszédre vált át. A betegség megoldásában lényeges a módszerkombinációs megközelítés, amelyben a pszichoterápiás szemlélet és a célzott farmakoterápia egyaránt szerepet kap.

## **Terápia**

A kezeletlen, vagy nem szakszerűen kezelt depresszió rendkívül veszélyes állapot: a befejezett öngyilkosságot elkövetők több mint 50 százaléka kezeletlen vagy elégtelenül kezelt depresszióban szenved, és a depressziós beteg adekvát terápia híján 30-35 százalékos valószínűséggel szuicidium miatt hal meg. Ugyanakkor számos vizsgálat adatai szerint a szakszerűen kezelt és gondozott depressziós betegeknél ez a rendkívül magas szuicid kockázat nagyságrendekkel csökken (0,5-2 %).

A depresszió korszerű gyógykezelése biológiai és pszichoterápiás módszereket foglal magába.

## **Biológiai módszerek**

A primer depresszió kezelésében a legfontosabb és a legszélesebb körben alkalmazandó eljárás az antidepresszív farmakoterápia, de bizonyos esetekben pszichiáter szakorvos által végzett egyéb kezelések is szükségessé válhatnak (pl.: alvásmegvonás, a téli depresszió fényterápiája, szakszerűen kivitelezett farmakoterápiával is dacoló depressziókban az elektrokonvulzív kezelés).

Az utóbbi két évtizedben igen jelentős haladás történt a primer depressziók biológiai hátterének tisztázása, ill. terápiás befolyásolhatóságának terén is. Ma már tudjuk, hogy a depressziós fázis mögött a központi idegrendszer megváltozott (általában csökkent) szerotonin és/vagy noradrenalin aktivitása áll, bár egyéb neurotranszmitterek és neuropeptidok szerepe is nagyon valószínű.

Az ismert és hatékony antidepresszívumok növelik a szerotonin, ill. noradrenalin mennyiségét a központi idegrendszer bizonyos struktúráiban, és így a kórkép alapját tevő biokémiai zavar korrigálása rövid latencia után (az antidepresszívumok két-három hét múlva hatnak, ezért rendkívül fontos a beteg kellő felvilágosítása, nehogy idő előtt abbahagyja a gyógyszer szedését arra hivatkozva, hogy nem használ) a klinikai tünetek javulásában, ill. megszűnésében mutatkozik meg. A gyógyszerek egyik típusa megakadályozza a szerotonin visszaáramlását az anyasejtbe (preszinaptikus visszavétel), ezzel megnöveli a szerotonin mennyiségét a szinaptikus résben, s ezáltal a depresszió javulását eredményezi. A gyógyszerek egy másik típusa a szerotonin (vagy más neurotranszmitter) lebontását gátolja, s ilyen módon éri el a neurotranszmitter szintjének növekedését. A depresszióban a szerotonin mellett a noradrenalin, illetve ennek szinaptikus hiánya is jelentős szerepet játszik. A szerotoninnak egyébként számos kórlélektani állapot kialakulásában is jelentősége van.

A gyógyszer kiválasztásában meghatározó szempont a gyors tüneti tehermentesülés, a kedvező mellékhatás-profil, beleértve mindazt, ami a bizalmon alapuló gyógyító kapcsolatot erősíti és csökkenti a kockázatot. Alapelv még, hogy pszichofarmakont csak a leginkább szükségeseket, azokat viszont hatásos mennyiségben és elegendő ideig kell adni.

Amennyiben a depressziót szorongás, ill. inszomnia is uralja, az antidepresszívumot anxiolitikummal, ill. altatókkal kell kiegészíteni, különösen az első néhány héten, amikor az antidepresszívum még nem hathat. Ha a depressziós beteg kellő adagban és kellő ideig alkalmazott antidepresszívum mellett nem javul lényegesen, célszerű gyógyszert váltani, vagy pszichiáter szakorvostól konzíliumot kérni. Mivel egy depressziós fázis lefolyásának átlagos időtartama 6-9 hónap, a sikeres kezelést legalább ilyen hosszú ideig folytatni kell.

A depressziók korszerű és hatékony kezelési módjainak elterjedése lehetővé tette, hogy a betegek túlnyomó többségét ambulánsan kezeljék, de bizonyos esetekben szükség lehet hospitalizációra pl.: szuicid veszély, súlyos (téveszmékkel járó) depressziók, vagy mániás fázisba való átsapás eseteiben.

## **Pszichoedukáció**

A depresszió gyógyszeres kezelésével párhuzamosan a beteggel lelkileg is foglalkozunk. Mindenekelőtt részletesen felvilágosítjuk a betegség mibenlétéről, a kezeléssel kapcsolatos gyakorlati tennivalókról (esetleges mellékhatásokról), a várható kilátásokról. Tájékozódunk a betegségről alkotott saját hipotézisei felől. A betegek ugyanis saját elképzelést alakítanak ki arról, mi vezethetett állapotuk kialakulásához. Gyakori, hogy környezetüket, családjukat, házastársukat okolják betegségük miatt. Ezért is fontos, hogy a betegeket felvilágosítsuk a betegség valódi természetéről, s elképzeléseit a realitások felé közelítsük. Fokozatosan megtanítjuk arra, miként kell a betegséggel átmenetileg vagy akár egész életében együtt élnie úgy, hogy az életvitelét csak a lehető legkisebb mértékben korlátozza. Ezt a sok időt igénylő információszolgáltatási folyamatot pszichoedukációnak is nevezzük, amely nemcsak a beteget, hanem családtagjait is érinti, hiszen a kezelés során a hozzátartozók bevonására is szükség van. Alapvetően fontos, hogy a család is helyes képet alkosson a betegség mibenlétéről. Megfelelően alkalmazott felvilágosítással nagyon sok család depresszió miatti széthullását lehetne megelőzni.

## **Pszichoterápia**

A pszichoterápia célja, hogy a gyógyszerek mellett, vagy éppen azok mellőzésével megtanítsa a betegeket, hogyan küzdjék le negatív attitűdjeiket és érzéseiket, hogyan folytassák a korábbi aktivitásaikat és tevékenységeiket. A szorosabb értelemben vett pszichoterápia a depresszió típusának függvényében alakul. Amennyiben primer, döntően biológiai eredetű depresszióról van szó, a pszichológiai foglalkozás a depresszióra jellemző gondolkodási stílus korrekciójára irányulhat (kognitív terápia). Ennek hatása alatt a depresszió tünetei enyhülnek, visszatérő depresszió esetén a beteg könnyebben viseli az állapotával járó lelki terheket. Bizonyos esetekben hasznos lehet a családterápia is. Amennyiben a depresszió kialakulásában a személyiség struktúrájának jelentős szerepe van, úgy a személyiségre irányuló, különféle megközelítésű terápiák alkalmazhatók, amelyek megválasztásában az orvosnak vagy pszichológusnak a képzettsége is szerepet játszik.

## **Prevenció**

### **Elsődleges megelőzés**

A depressziós karakter kialakulásának megelőzése az általános elme-egészségügyi törekvések részeként értelmezhető. A lelki egészség fenntartása és fejlesztése nem csupán a depressziók, hanem az egyéb lelki és mentális zavarok megelőzéséhez is hozzájárul. A lelkileg egészséges személyiségek kialakulásának elsődleges „műhelye” a család. Minden olyan kormányzati intézkedés, amely a családot, mint alapvető egységet támogatja, komoly mentálhigiénés kihatással bír. Ugyancsak jelentős szerepe van az iskolának. A több éve akkreditált mentálhigiénikus másoddiploma pedagógusok és más szakemberek százait készíti fel arra, hogy munkahelyükön (pl.: iskolákban) különös gonddal képviseljék a mentális egészség szempontjait, segítséget nyújtsanak azoknak, akik lelki egészségükben veszélyeztetve vannak.

## **Másodlagos megelőzés**

Az időben elkezdett depresszió elleni kezeléssel megelőzhetjük a súlyosabb állapot kialakulását. A megelőzés fontos eleme, hogy az orvosok, elsősorban a háziorvos időben észrevegye a tünetek mögött meghúzódó depressziót, s időben adjon segítséget vagy juttassa a beteget szakorvoshoz.

## **Harmadlagos megelőzés**

A depresszió-betegség megelőzésére számos új lehetőségünk nyílt az utóbbi években. A periodikusan visszatérő, különösen a bipoláris depressziók ritkábban jelentkeznek, sőt akár el is maradnak lítium-sók hatására. Újabban más, többnyire az epilepszia kezelésében használt gyógyszerekről is kiderült, hogy megelőző hatásuk van a bipoláris zavarok esetén. Amennyiben a lítium nem adható, e szereket használjuk. A depresszió megelőzésében rendkívül nagy jelentősége van az orvos-beteg kapcsolatnak. A pszichoedukáció keretében a beteget felkészítjük arra, hogy korán észrevegye depressziójának esetleges újbóli jelentkezését.

## **A depressziós karakter**

A depressziós, korábban neurotikusnak mondott karakter sok szempontból veszélyeztető állapot. Egyrészt az ilyen embereknél könnyen kialakulhat a depresszió-betegség, másrészt az egyén testi betegségekre is fogékonyabb. Gyakran látjuk, hogy ezekben az esetekben egyébként banális műtétek is szövődménnyel gyógyulnak, gyakrabban lépnek fel allergiás, autoimmun betegségek. A depressziós karakter gyökereit a gyermekkorban kell keresnünk. Itt most csak a legfőbb tényezőket emeljük ki, amelyek a sérülékeny személyiség kialakulását elősegíthetik:

- A szülők általi nyílt vagy rejtett elutasítás (a túlzott kényeztetés is erre utalhat);
- A gyermekkori családban uralkodó durva, brutális légkör;
- Csonka vagy széthullott család;
- A szülők súlyosan patológiás személyisége, alkoholizmusa, kábítószer-fogyasztása;
- Súlyos fokú nevelési hibák (pl.: a túlzottan engedékeny vagy tekintélyelvű nevelési stílus).

A gyermekkori szocializáció egyéb, még sok szempontból ismeretlen hatásaival is számolnunk kell.

A depressziós karakter fennállását valószínűsíti, ha az egyénnél már gyermekkorban neurotikus tünetek, (pl.: kapcsolatteremtés, a saját érdekek kifejezése stb.) feltűnő hiányosságok mutatkoznak.

A depressziós egyén az információkat negatív irányban torzítja. Nagyobb valószínűséggel vesz fel és továbbít negatív értékmozzanatokot tartalmazó jeleket, és választ ennek megfelelő viselkedési alternatívákat. A negatív torzulás következtében az egyén sajátosan torzult képet alkot önmagáról, másokhoz fűződő viszonyáról, a világról és a jövőről is. Ezeket az attitűdöket illetően Aaron Beck nézeteit finomítva kognitív tetrádról beszélünk. A depressziós karakterben a valóság e négy tartományának mindegyikével kapcsolatosan sajátos attitűdök alakulnak ki, amelyek „segítségével” a negatív torzulás megvalósul.

1) Az önmagunkkal kapcsolatos beállítódások negatív torzulását negatív önképnek nevezzük. Az egyén értéktelennek, különlegesnek, betegnek, új dolgokra képtelennek érzi magát.

A negatív önélmény ilyen és hasonló „magántörvények” formájában fejeződik ki:

- Másokkal összehasonlítva magam alulmaradok;
- Rajtam nem lehet segíteni;
- Más vagyok, mint a többi ember stb.

2) A másokkal való kapcsolat torzulásaira a következő megfogalmazások a legjellemzőbbek:

- Engem nem lehet szeretni;
- Hogy szeressenek, előbb tennem kell érte valamit;
- Ha valaki azt állítja, szeret, azt próbára kell tenni;
- Aki nincs velem, ellenem van (aki nem ért velem egyet, ellenségem stb.)

3) A depressziós hasonlóképpen a világot is sötét szemüvegen keresztül látja, amit az ilyen megállapítások tükrözhetnek:

- Az életnek nincs semmi értelme;
- Az élet csupa hajsza, görcölés;
- Az emberek csak érdekből ragaszkodnak egymáshoz;
- A férfiak a nőkben csak eszközt látnak stb.

4) A depressziós egyén jövőképe reménytelen. Mivel a jövőbe vetítve is negatív eseményeket vár el, a lehetőségek gazdag tárháza sem létezik számára. A jövő előre bejósolható rossz, a depressziós ezért nem megvalósítja a jövőt, hanem megtörténik vele. Valahogy így:

- Nem örülök, ha valami jó ér, mert utána úgyis rossz következik;
- Bele sem kezdek egy kapcsolatba, úgyis elromlik;
- Nem sok időt jósolok magamnak;
- Minden rosszra előre fel kell készülni stb.

A valóságnak a fenti és hasonló magántörvényekbe való kényszerítése olyan gondolkodási műveleteken keresztül valósul meg, amelyeket összefoglalóan logikai hibáknak nevezünk. Már a fenti mondatok is utalnak a túlzó általánosítás hibájára: az egyszeri tapasztalatból általános törvény lesz. „Elhagyott a szerelmem - engem mindenki elhagy”.

Az egyik sajátos logikai „művelet” az ok-okozat felcserélése: „Súlyos beteg vagyok, ezért állandóan gyógyszert kell hordanom magammal.” – „Súlyos beteg vagyok, hiszen állandóan gyógyszert kell hordanom magammal.”

## **Teendők a depressziós karakter esetén**

Amennyiben orvosilag is minősíthető depresszió alakul ki, úgy annak megfelelő gyógyszeres kezelést is alkalmazunk. Ugyanakkor korán meg kell kezdeni a személyiség korrekciójára irányuló pszichoterápiát is. A szakma mai álláspontjának megfelelően kognitív rendszerre irányuló célzott, úgynevezett kognitív terápiát alkalmazzuk a leggyakrabban. Természetesen más módszereket is használhatunk – például a pszichodinamikus vagy a „személyközpontú” eljárásokat. Személyiségfejlesztő pszichológiai foglalkozásra azoknak is szüksége lenne, akik orvosilag nem minősülnek betegeknek, de a depressziós karaktervonások problémákat okoznak nekik. Számos, elsősorban a pszichológusok területére tartozó módszer áll rendelkezésre, amelyek igénybevétele nyilvánvalóan a lakosság pszichológiai igényességének és fizetőképességének függvényében alakul.

## **Befejezésül néhány gyakorlati tanács**

Sokat segíthet a rendszeres mozgás, lehetőleg a szabadban, friss levegőn és fényben, a lakás hangulatos átrendezése, erős fények a lakásban, meleg színek alkalmazása, hőmérséklet emelése a helyiségekben, illatok terápiai használata (narancsillat, fahéj, fűszeres illatok), szolárium. Fontos az egészséges táplálkozás, a megfelelő vitamin és ásványi anyag bevitel (C-, B-vitaminok, kalcium, magnézium stb.) valamint a napi 2-2,5 l. folyadék fogyasztása. A víz nemcsak külsőleg, hanem belsőleg is tisztít. Felfrissülést nyújthat például a zene, a jóga, az alvás. A felnőtt munkálkodó embernek legalább 8-9 órát kell aludnia, ennek elmulasztása nem marad büntetlenül. Ha szükséges, napközben is elszunyókálhatunk vagy ledőlhetünk néhány percre. Nyilván a testünk mellett foglalkoznunk kell a lelkünkkel is, erre pedig kiváló módszer a hit, a vallás.

Az értelmes célok áldozatokat is vállaló elérésében, a tevékeny, küzdelmes, de a küzdelmekben az örömet soha el nem veszítő életben találjuk meg napjaink egyik legfélelmetesebb ellensége, a depresszió elhárítását vagy legyőzését. Ha valaki azt gondolja, magának a világnak kell kicserélődnie ahhoz, hogy ez végbemehessen, alaposan téved. A Biblia nem hirdeti olyan illúziót, hogy a világ megjavul. Az evangélium, a "jó hír" nem a társadalom átalakítását jelenti, hanem azt, hogy mi megváltozhatunk. Az egyes ember: ő, te, én. Először a gondolkodás tisztul ki, majd a hit ereje segítségével fokozatosan a viselkedés is. Ha az ember nem közömbös a világ sok-sok baja, problémája iránt sokszor bánkódhat, bosszankodhat (a bosszankodás pedig az önsajnálattal mellett a depresszió egyik szülője). Bánat és bosszankodás között nagy különbség van. Az utóbbi tehetetlenséghez vezet, az előbbi figyelmes és cselekvő. Aki ez utóbbit választja, ezért tud majd alkalomadtán segíteni vigasztalással vagy megfelelő tettel: mert soha nem nélkülözi az együttérzést. Nem közömbös a világgal szemben, noha független tőle. Ezért olyat adhat a világnak, amit az nem tud adni azoknak, akiket a hátán hord. Általánosan elismert tény, hogy akkor van igazi örömünk, ha adni tudunk. „Jobb adni, mint venni [kapni]”- így örökítette meg Jézus egyik tanítását Pál (Ap. csel. 20:35). Aki valami valóságos jót ad embertársának, abban a csendes, nyugodt örömben részesül, ami az élet sója. „Aki mást felüdít, maga is felüdül.” (Péld. 11:25).

Vegyük észre azokat az embereket, akiknek nálunk nagyobb szükségleteik vannak! Figyeljünk az élethelyzetekre, melyekben segíthetünk! Nemcsak bosszúság érhet egy napon, hanem nagyon-nagyon sok öröm! Segíteni másokon: kiváltság és nem teher, tartozás és nem érdem! Az adni tudás öröme minden ember életének része, nemcsak a hívő ember kiváltsága. Ezzel pedig a saját életünk jobbításán túl támogathatjuk a szenvedőt abban (ha magától nem

tud kilábalni a sötétségből), hogy minél hamarabb orvosi segítséget kapjon, ami sok esetben életmentő.

### **Irodalomjegyzék**

<http://www.sulinet.hu>

<http://www.astrologia.hu/depresszio.html>

<http://www.dura.hu/depresszio/diagnoszt.htm>

<http://www.dura.hu/depresszio/nyito.html>

<http://www.dura.hu/depresszio/tunetei.htm>

<http://www.mindenkinek.medicentrum.hu>

<http://www.origo.hu/mindentudasegyeteme/tringer>

Rita L. Atkinson – Richard C. Atkinson – Edward E. Smith – Daryl J. Bem – Susan Nolen-Hoeksema: Pszichológia Osiris Kiadó Budapest, 2003

Szabó Péter dr.: Depressziók, szorongás és öngyilkosság a krízis kontextusában Háziorvos Továbbképző Szemle 1:67-68 (1996)

# FELISMERÉS ÉS FELELŐSSÉG GONDOLATOK A GYERMEKBÁNTALMAZÁSRÓL

Összeállította: Somodiné Balázs Andrea

## Bevezetés

Egy faj fennmaradásának alapvető feltétele új nemzedék születése. Az embernél, a gyermekek születését, a reprodukció biológiai hajtóerején túl, kulturális elvárások is szabályozzák: azokat a családokat, akik szándékosan lemondanak a gyermekáldásról, többnyire önzőnek tartjuk, míg a gyermekes szülőkre inkább úgy gondolunk, mint akik megélhetik az emberi lét teljességét. Az új nemzedéknek politikai, gazdasági, családi és személyes értéke is van, s ez akkor is igaz, ha a szülők inkább az utóbbi okokban érdekeltek. *A gyermeki lét értéke tehát több nézőpontból igazolható*, mégsem adatik meg minden gyermek számára a védelmező szülői háttér: gyermekek a rossz bánásmód legváltozatosabb formáinak voltak kitéve a történelem folyamán. Régi korok társadalmi évszázadokon át megbocsátották a gyermekgyilkosságokat, a fizikai és szexuális bántalmazást a gyermekmunka kizsákmányolását. A gyermekekkel való rossz bánásmód hátterében az a mélyen gyökerező vélekedés áll, amely szerint a gyermek a szülő (felnőtt) tulajdona, s ez bármire feljogosítja őt.

Bár a gyermekbántalmazás csak a XX. században vált ismertté, a felismert esetek száma világszerte nő. Ebben közrejátszanak a nevelés kulturálisan eltérő tradíciói és definíciós problémák is *A gyermekbántalmazás multifaktoriális jelenség: rizikótényezők és kompenzáló faktorok módosítják egymás hatását*. Közismert a *bántalmazás transzgenerációs jellege*. A gyermekkor történeti kutatások eredményei nem egyértelműek a szülő-gyermek kapcsolat történelmi fejlődése és a gyermekbántalmazással való összefüggés tekintetében. A gyermek függő és alárendelt szerepe azt a felfogást támasztja alá, amely szerint a gyermekkor a felnőtt világ szociális konstrukciója csupán, amely inkább a felnőtt társadalom, semmint a gyermekek saját szükségletein nyugszik.

Ennyi bevezető után tekintsünk át történelmi időszakokon, hogy meglássuk hogyan alakult az egyes korokban a gyermekek megítélése, és ezzel együtt a gyermekbántalmazás.

Gyermekkor-, gyermekbántalmazás megítélése a különböző történelmi korokban

Végigtekintve a történelmi korokon láthatjuk, hogy a gyermekbántalmazás, mint szindróma nem újszerű jelenség.

Az egyes korszakok, kultúrák múltja megérteti velünk azokat a kijelentéseket, miszerint:

- a gyermekeket régen kicsinyített felnőttként kezelték,
- a boldog, „aranykorszakú” gyermekkor minden korszakban csak bizonyos gyermekeknek jutott osztályrészül,
- sok gyermek nem érte meg a felnőttkort, illetve a felnövekedés időszaka alatt rengeteg zaklatás érte őket,
- jellemzők a „gyermekkitevések”, a gyermekbántalmazások, a szexuális zaklatások.

De Mause író szavaival élve: „A gyermekkor története rémálom, amelyből csak mostanában kezdünk felébredni.”



## **Rövid gyermekkor történet:**

### **Ókor:**

Törvényes a gyermek megölése.

### **Időszámítás után 374:**

A törvényes gyermek megölése gyilkosság, a törvénytelen gyermeké nem.

### **IV. század:**

Elfogadott a gyermekek bérbeadása, eladása – Oroszországban egészen a XIX. századig megmaradt! -, szexuális célokra való felhasználásuk.

### **XIV-XV. század:**

A durva verést szükségesnek tartják, ez teszi a gyermeket alkalmassá a felnőtt életre.

Jellemző a gyermek iránti érdektelenség,

- magas a gyermekhalandóság,
- sok gyermekesek a családok, az anyai szeretet elfojtása gyakori,
- az 5-6 évesek halála nem okoz családi tragédiát,
- a gyermekkor 7 éves korig tart, ezután már „mini felnőttek” (korai gyermekmunka)

### **XVII. század:**

- bevezetik a himlő elleni oltást, a higiénés szokások javulnak,
- felfedezik a gyermek kifejezését, szókincsét,
- a csecsemő, gondozásra szorul, a gyermeknek életkori sajátosságai vannak, óvni és tanítani kell!

A felsoroltak már arra engednek következtetni, hogy nagyobb értéke lesz a gyermeknek, egyre többet tesznek meg azért, hogy épségben nőjön fel, bár az irántuk tanúsított közöny még a XIX. századig megmarad, kivéve a megszentelt gyermekeket.

### **XX. század:**

Megváltozik a gyermek iránti szemlélet, a család érzelmi központja a gyermek, köré szerveződik a család.

- kevesebb a gyermekek száma
- fontos az iskoláztatás, a szakképzettség.

Korábban a gyermek akaratának mielőbbi megtörése volt a jellemző- ma osztoznak a felnőttek terhén, partnerek!

Ma már a törvényi szabályozás is igyekszik eszközöket biztosítani a gyermekek bántalmazásának megelőzésére. A nemzetközi- és a magyar – jogrendszer is törekszik arra, hogy speciális védelmet nyújtsanak a gyermek megfelelő testi-, szellemi-, érzelmi-, és erkölcsi fejlődésének biztosításához.

## **A gyermekek jogait képviselő törvények napjainkban:**

- 1949. évi XX. tv. Magyar Köztársaság Alkotmánya
- 1952. évi IV. tv. A Családjogi tv.
- 1978. évi IV. tv. A Büntető Törvénykönyvről szól.
- 1988. májusában elfogadott, és 1999-ben kiegészített Charta a kórházban ápolott gyermekekről.
- 1991. évi LXIV. tv. Egyezmény a gyermekek jogairól.  
A Magyar Köztársaság 1990-ben csatlakozott az ENSZ közgyűlése által 1989. november 20.-án elfogadott, a Gyermekek jogairól szóló Egyezményhez
- 1997. évi XXXI. tv. A gyermekek védelméről szól
- 1997. évi CLIV. tv. Az egészségügyről.

**A bántalmazás problémáját** *John Caffey* amerikai röntgenorvos ismerte fel, aki egy atipikus szubdurális haematómával, végtag- és bordatöréssel kezelt gyermek sérülései mögött rossz szülői bánásmódot valószínűsített.

**Meghatározása szerint:** „Vannak olyan szülők és felnőttek, akik különböző okok miatt a gyermekeket bántalmazzák, és ami sokszor súlyos következményekkel jár.”

A szindróma elnevezés *Henry Kempe* (1962) coloradói gyermekgyógyász professzor nevéhez fűződik: „**A megvert gyermek szindróma kiskorú gyermekek olyan állapota, akik különböző súlyosságú fizikai bántalmazást szenvedtek el, amely maradandó károsodást sőt halált is okozhat.**”

Az 1987-ben *Rhodoson* rendezett I. Európai Kongresszuson kialakított, és általánosan elfogadott meghatározás szerint:

„Azonos problémakörbe tartozik és azonos módon kell megítélni a fizikai bántalmazást, a lelki kínzást, a testi és lelki gondozás elhanyagolását, és a szexuális bántalmazást.”

### **Bántalmazás rizikótényezői napjainkban:**

- Anyagi és/vagy szellemi-lelki szegénység,
- Rossz családi légkör, feszültség a családtagok között,
- Alkoholizmus a családban,
- Munkanélküliség a családban,
- Felbomlott házasság, széteső család,
- Házasságon kívül született- nem várt gyermek,
- Fejlődési rendellenességgel született, mentálisan retardált gyermek,
- Bűnözés a családban.

### **A gyermekbántalmazás megjelenési formái:**

1. **Elhanyagolás:** a jelenség mindennapos, nagyon nehezen bizonyítható.
2. **Fizikai bántalmazás:** a „nem véletlen sérülés”: a gyermek megtámadása eszközzel, vagy eszköz nélkül.
3. **Érzelmi bántalmazás:** azon túl, hogy a gyermeket nem szeretik, még szóban is kifejezésre juttatják érzéseiket.
4. **Szexuális bántalmazás és zaklatás:** a szülő, hozzátartozó, vagy idegen visszaél a gyermek kiszolgáltatottságával.

A fizikai és szexuális bántalmazás jobban bizonyítható, ezért a törvényi szabályozás szerint büntethető. Az érzelmi bántalmazás, az elhanyagolás sokkal nehezebben megfogható és bizonyítható. Törvényileg a kiskorú veszélyeztetése címén a szülőt felelősségre lehet vonni.

Az egyes bántalmazási formák nem izoláltak, hanem bántalmazási együttesként fordulnak elő.

Sok gyermek maga is azt gondolja, hogy a bántalmazás természetes, hogy ez ellen nincs mit tenni, nincs megfelelő eszközük, hogy kilépjenek ebből a körből.

Ezek után pedig szeretném részletesen megnevezni azokat a **gyanújeleket**, amelyek az előzőekben felsorolt **megjelenési formák** mögött rejlenek.

## 1, Elhanyagolás figyelmeztető jelei a gyermekeken

( Nehéz a felismerés, mert ezeknél a családoknál jellemző a nem túl magas intelligenciaszint, a rossz szociális körülmények; ezért nehéz eldönteni, hogy az elhanyagolás szándékos, vagy pénzühiányból ered! )

- alultápláltság, leromlott állapot,
- fejlődésben való elmaradás,
- fiatal csecsemő kiszáradása a szülő hanyagságára vezethető vissza,
- ápolatlan, feltűnően piszkos bőr, ruházat,
- lehűlt állapotban kórházba, rendelésre kerülő gyermek,
- elhanyagolt fertőzések, impetigo,
- korábbi égésre, forrázásra utaló hegek,
- pediculosis, scabies, pók, poloska egyéb rovar testszerte jelentkező csípése,
- elégtelen ruházat, fáradt, kialvatlan gyermek,
- védőoltások jelentős elmaradása,
- hosszú ideje fennálló és ismétlődő gluteális dermatitis,
- szoptatás hártása, elutasítása,
- az orvosi, védőnői tanácsok be nem tartása, diéta elhanyagolása,
- rövid időn belül indokolatlanul leromlott állapotban visszakerülő gyermek,
- mérgezéssel, alkoholos állapotban kerül kórházba a gyermek,
- a kórházba kerülő gyermeket a szülők nem látogatják, hazaadásakor nem jelentkeznek a gyermekért,
- kontrollvizsgálat elmulasztása, ill. csak késve, súlyos állapotban viszik vissza az orvoshoz,
- látogatáskor tapasztalható családi kapcsolati zavarok, italos állapot,
- gyakran történik „véletlen” sérülés, baleset, mérgezés,
- gyermeküket alkoholos állapotban rendelésre-kórházba vivő szülők,
- a szülő gyermekével türelmetlen, vagy agresszív.

## 2. Fizikailag bántalmazott gyermek bizonyító, gyanút keltő tünetei

- a sérülés nyilvánvalóan nem egyeztethető össze a történettel, amit a keletkezéséről mondanak a szülők,
- a gyermek a sérülést másképp mondja el, mint a szülő,
- a szülő-gondozó hosszú ideig nem fordul orvoshoz sérült, vagy beteg gyermekével, és ezt nem tudja megindokolni,
- kiderítetlen zúzódások, vérömleny, égés, karmolás, verés nyomai a testen, arcon,
- fél éven belül többször járt baleseti ambulancián hasonló sérülésekkel,
- koponya, borda, hosszú csöves csontok ( utóbbiak spirális ) törése,
- régi törésre utaló röntgenképek,
- ütést adó kéz lenyomata, fojtogatás nyoma a gyermekeken,
- a gyermek megretten a váratlan érintésre, fejét elrántja simogatáskor,
- üres, riadt tekintettel néz, vagy éppen nagyon éber,
- túlzottan alázatos-engedékeny, vagy éppen agresszív,
- állandó védekező állás, ellenséges magatartás,
- fokozott bizalmatlanság mindenkivel, így az orvossal, védőnővel szemben is,
- természetes életöröm hiánya, szomorúság.

### 3. Leleki elhanyagolásra, károsításra utaló – gyanút keltő tünetek

- a gyermekben semmilyen arckifejezés sem látszik, üres a tekintete, nem tart szemkontaktust a felnőttekkel, mereven ül, vagy áll órákon át, ( ha semmilyen reakciót nem mutat, úgy gondolja, elkerülheti a fizikai vagy lelki bántalmazást! )
- természetes életöröm hiánya, közömbösség, érdektelenség mutatkozik meg viselkedésén,
- játékban gátlásos, visszafogott,
- korához nem illő komoly viselkedés,
- kezdeményezőkésség hiánya,
- alvászavar, fejfájás, étvágytalanság,
- túlzott alázatosság, engedékenység,
- feltűnő alkalmazkodási készség,
- riadt, szomorú tekintet s viselkedés,
- csökkent önbecsülés,
- izolációs törekvés,
- bizalmatlanság vagy éppen fokozott szeretetigény.

### 4. Szexuális bántalmazás következtében jelentkező, – életkortól, s a bántalmazás jellegétől függő – tünetek

- Pszichoszomatikus tünetek
- Magatartási tünetek
- Pszichiátriai tünetek
- Személyiségfejlődési zavarok.

#### *Kisgyermeknél:*

- ismeretlen okú vérzés,
- nemibetegség,
- genitális – anális viszketés,
- ismétlődő húgyúti infekciók,
- enuresis nocturna,
- alvászavar,
- étvágytalanság,
- illetlen szexuális játék,
- genitáliák mutogatása.

#### *Pubertásban:*

- visszatérő hasi fájdalom,
- fejfájás,
- alvászavar,
- étvágytalanság,
- aszociális magatartás,
- iskolakerülés,
- epileptoid rosszullet,
- provokáló szexuális magatartás.

#### *Serdülőknél:*

- fel nem ismert terhesség,
- promiszkuitás,

- prostitúció,
- droghasználat,
- öngyilkosság,
- hisztériás rosszullet,
- szabados magatartás,
- depresszió.

### **A gyermek elhanyagolásának, bántalmazásának okai**

- Fejlődési rendellenességgel születet, vagy mentálisan retardált a gyermek
- A szülők elváltak, esetleg nevelőapa, vagy nevelőanya van
- Magatartási, pszichés zavarok vannak a családban ( apa, anya, testvér, vagy a gyermek maga )
- Alacsony kulturáltsági szint, iskolázatlanság
- A bántalmazás a „fegyelmezés eszköze”
- „ Engem is így neveltek, mégis felnőttem” szemlélet
- Gyengén tanuló, nehezebb felfogású gyermek
- A gyermek kisajátítása, a hatalom gyakorlása ( „ Az enyém, azt csinállok vele, amit akarok!” )
- A gyermek eszközként való felhasználása ( érzelmi zsarolás, pl.: válás során )
- Minden egyéb, a család egészséges működését vagy a gyermek szocializációját zavaró, akadályozó tényező ( pl.: féltékenység, nemtörődömség, közömbösség, harag, gyűlölet, bosszú, tartós feszültség )

Vizsgálatokkal igazolták a **bántalmazás motivációját, körülményeit**. Arra a következtetésre jutottak, hogy a bántalmazók között vannak **gyenge szellemi képességűek, elmebetegek, nemtörődöm és szadista szülők**, és egyetértés született tekintetben is, hogy a gyermeküket **bántalmazó szülők rendszerint az alacsonyabb nívójú szociális körökhöz tartoznak, intellektuális szintjük az átlagos alatt marad**, és sokszor **súlyos anyagi gondokkal küszködnek**. A szülők magatartása a gyermekkel szemben lehet folyamatosan erőszakos, de előfordulhat egyszeri agresszivitás is. Nem ritka az, hogy a gyermek a szülők egymás iránt érzett haragjának áldozata lesz!

Érdeemes megemlíteni, hogy amíg a fizikai és szexuális bántalmazás esetében van a szülő és gyermek között kapcsolat, addig az elhanyagolás eseteiben a szülők nagyon kis mértékben élik meg és fejezik ki gyermekeik iránti figyelmüket. Extrém esetben úgy tűnik, mintha a szülő nem lenne tudatában a gyermeke létezésének.

Nem szabad figyelmen kívül hagyni azt a tényt sem, mely szerint sok bántalmazó család van, ahol **a bántalmazás generációról generációra „öröklődik”**. Gyakran halljuk a bántalmazott gyermek szüleitől, hogy „ Engem is vertek, mégis ember lett belőlem!” A gyermekkorukban bántalmazott felnőttek kb. 30%-a lesz maga is bántalmazó szülő, de olyan szülők is bántalmazók lehetnek, akik gyermekkorukban nem voltak bántalmazottak.

Gyermekkorukban bántalmazott, gyermekükkel elutasítóként viselkedő, múltbéli tapasztalataikat feldolgozni nem tudó anyák között gyakoribb a rossz bánásmód ismétlődése. Ezzel szemben azoknál az anyáknál, akik képesek voltak feldolgozni korai bántalmazási tapasztalataikat, a bántalmazás valószínűsége lecsökkent. A mélyebb összefüggések megértéséhez a korai anya-gyermek kapcsolatot kell vizsgálnunk, amelyből kitűnik, hogy a bántalmazás hátterében kötődési problémák állhatnak, amelyek bizonytalanságot eredményeznek és az egész életen át fennmaradnak.

Néhány Magyarországi adat a súlyosan bántalmazott, bűncselekmény áldozatává vált gyermekekről, 1990-1995 között. ( Balogh, 1997 )

Év	0-14 év között	14-18 év között
1990	1863	5629
1991	1941	6662
1992	2370	6767
1993	2581	7084
1994	3231	6712
1995	2959	7723

Az adatokból kitűnik, hogy *Magyarországon, a bántalmazott, bűncselekmények áldozatává vált gyermekek száma növekvő tendenciát mutat.* Az adatok növekedésének feltételezett oka, hogy a jogi szabályozásnak köszönhetően nő a felismert esetek száma, ( vagyis állandó lehet a különböző bűncselekményeknek kitett gyermekek száma ) viszont elképzelhető az is, hogy abszolút értékben is állandóan növekvő trenddel számolhatunk.

### **Mit tehet az észlelő a gyermek bántalmazásának megakadályozása, illetve megelőzése érdekében?**

1. Jelezni kell a Gyermekjóléti szolgálat, vagy a Gyámhatóság felé a gyermek bántalmazását, veszélyeztetettségét.
2. Rendőrségen feljelentést tehet kiskorú sérelmére elkövetett bűncselekmény miatt. ( 8 napon túl gyógyuló sérülés esetén, ha szándékosság merül fel, a jelentés kötelező! )

*A gyermek:* gyámhatósági intézkedést kérhet, pert indíthat a szülői felügyelet megszüntetésére, feljelentést tehet a rendőrségen.

*A szülő:* a gyámhatóság intézkedését kérheti, pert indíthat a bántalmazó szülő ellen, feljelentést tehet a rendőrségen.

*A gyámhatóság:* védelembe veszi a kiskorút. Kiemeli a családból ideiglenesen, vagy tartósan. Átmeneti nevelésbe veszi, ha remény van rá, hogy hazakerülhet. Büntetőeljárást kezdeményez kiskorú veszélyeztetése, ill. más bűncselekmény miatt.

*Az ügyész:* pert indíthat a szülői felügyelet megszüntetése iránt. Vádat emelhet a szülő ellen.

*A polgári bíróság* megszüntetheti a szülői felügyeletet, a *büntető bíróság* ítéletet hoz a kiskorú sérelmére elkövetett bűncselekmény ügyében.

Napjainkban mind nagyobb számban nyilvánosságra kerülő bántalmazási esetek számának növekedése, arra készítette az érintett szakmák képviselőit, hogy valamilyen lépést tegyen ezek visszaszorítására. 2000. júniusában Balatonaligán szakmai tanácskozást és képzés sorozatot rendeztek „*A gyermekbántalmazás komplex, koordinált kezelésének tapasztalatai Nagy-Britanniában és perspektívái Magyarországo*” címmel. Erre a konferenciára Angliából hívtak meg szakembereket, előadókat akik már a náluk jól bevált módszereket ismertették a gyermekbántalmazás megelőzésével és kezelésével kapcsolatban. A brit modell kiemelkedő jelentőséget tulajdonít az egyes intézmények és szakmák együttműködésének. Az előadók meggyőzően bizonyították, hogy a jelenséggel szembeni hatékony fellépéshez nélkülözhetetlen a világos szakmai szabályok kidolgozása és következetes alkalmazása. A tanácskozás után

néhány hónappal ajánlásokat fogalmaztak meg – és jutattak a döntéshozókhöz –, amelyek érintik a jogalkotást és a jogalkalmazást, a bűnüldözést, az igazságszolgáltatást és a gyermekvédelmet. ( Ennek tartalmát a Belügyi Szemle 2002/1 száma tartalmazza )

## **Összefoglalás**

A gyermekbántalmazás, mint egyre súlyosbodó szociális probléma és beavatkozásra készítő jelenség csak a XX. században vált egyértelművé. A jelenség nem új: a történelem folyamán mindig voltak szülők, akik elhagyták, eladták, verték vagy dolgoztatták gyermekeiket.

A társadalomnak a gyermekbántalmazással szembeni érzéketlenségét jól tükrözi az a tény, hogy az állatok védelmében előbb született törvény (1875), mint gyermekek védelmében.

Ezt illusztrálja, hogy erről Angliában akkoriban (1874) így írtak: „inkább elfogadnánk a gyermekhalálozás magasabb számát, semhogy egy jottányit is betolakodjunk a családok otthonának szentségébe.”(Stainton Rogers, 1989)

A gyermekbántalmazás előfordulási gyakorisága több tényező függvénye: országonként, kultúránként változó, fontos tényező az agresszió elfogadottsága. További befolyásoló tényezők: a tradicionális gyermeknevelési módszerek, az elvárt fegyelem és az erőszak közötti különbség világos meghatározása, de szerepet kap számos gazdasági rizikófaktor is.

A téma aktualitását jelzi a felderített esetek évről évre növekvő száma, a bántalmazás transzgenerációs jellege, valamint a korai életkorban elszenvedett bántalmazások egész életre kiható súlyos pszichés következményei.

*Stainton Rogers* 1989-ben megfogalmazott véleménye követendő lenne mindenki számára: „ Nem arra van szükségünk, hogy válasszunk: felemeljük-e a gyerekeket egy „egészen” felnőtt státusra, vagy, hogy „védett fajt” kreáljunk belőlük, sokkal inkább arra, hogy úgy tekintsük őket, mint aki jogokkal rendelkezik és a  **felnőttek tiszteljék a gyermeki jogokat!**”

## **Felhasznált irodalom**

**Antal K.:** Néhány gondolat a gyermekbántalmazásról. *Pediáter*, 2000/9 sz.

**Balogh I.:** Gyermekeink veszélyben. *Dr. Info*, 1997/11 sz.

**Morvai K.- Papp E.:** Új perspektívák a gyermekek elleni erőszak megelőzésében és kezelésében. *Belügyi Szemle*, 2002/1 sz.

**Révész Gy.:** A felnőtt világ gyermekekkel kapcsolatos elvárásai és a gyermekbántalmazás. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 1999/LIV sz.

**Velkey L.:** A „bántalmazott, megvert, megkínzott gyermek” szindróma előfordulása és megelőzésének szempontjai. *Aktuális*, 1995/5 sz

# A BETEG EMBER LÉLEKTANA, ÉS A SEGÍTSÉGNYÚJTÁS LEHETŐSÉGEI

Összeállította: *Tasi Judit*

A beteg emberrel való bánásmód megújulásának lehettünk tanúi a közelmúltban, amikor megjelent a bio-pszicho-szociális modell (Engel, 1977.). Ez a modell új szemléletmódot indított el. Mellette megjelent a betegközpontú gondoskodás is. Ennek lényege az individuális gyógyításban jelenik meg. A betegről való gondoskodásban egyre nagyobb hangsúlyt kap a pszichológiai szemléletmód.

Az egészség és a betegség fogalmát a WHO definíciója alapján szoktuk megadni. Így az egészség fogalma alatt azt értjük, hogy az egyén rendelkezik a fizikai, pszichés, szociális jólét képességével, és ez nem pusztán a betegség vagy rokkantság hiányát jelenti.

Az orvostudományban a normalitás és egészség fogalma alatt az átlagos környezethez való alkalmazkodási képességet értjük. Ha a társadalom oldaláról közelítjük meg a fogalmat, akkor azt tekintjük egészségesnek, aki képes a társadalom által rászabott feladatoknak megfelelni, eredményes a társadalmi újratermelésben.

Az egyén oldaláról nézve, az optimális gyarapodást és boldogságot kell figyelembe vennünk. Allport (1943) szerint az egészséges ember csak érett személyiségű ember lehet, akire jellemző, hogy saját szükségleteit kielégíti, dolgozik, egész életvezetését meghatározó életszemlélet szerint tevékenykedik, él, örül. Freud azt tekintette egészséges embernek aki képes dolgozni, és szeretni. Erikson a lelki egészség alatt azt érti, hogy az egyén éli saját valóságát, és a régmúlt időkben élt és a kortársaival közösséget vállalva, velük azonos emberi méltóságot, szeretet, törvényeket, célokat vallva éli az életét. Mind az orvosi, pszichológiai, és egyéb megközelítések közösek abban, hogy az egészség és a normalitás adaptációt jelent a társadalomhoz és a környezethez.

**Összefoglalva** az egészség kritériumai, és az egészséges ember képességei:

- *Általános alkalmazkodóképesség:* sikeres fellépés, rugalmasság, az életcélok megfogalmazása és azok eredményes véghezvitele, a sikerhez illetve a kudarchoz való viszonyulás.
- *Örömképesség:* saját életszükségleteink kielégítése, szexuális örömképesség, különféle társadalmi szerepekkel járó tevékenységek kedvelése.
- *Kompetens interperszonális viselkedés:* társas-társadalmi kapcsolatoknak, szerepeknek való megfelelés, a társadalom által helyesnek ítélt viselkedés, releváns segítség elfogadása, társadalmi felelősségtudat.
- *Intellektuális képességek:* pontos észlelés, ítélőképesség, megfelelő logikai funkciók, a valósággal jó kapcsolat, hatékony problémamegoldó képesség.
- *Érzelmi és motivációs kontroll:* a szorongásokkal, frusztrációkkal képes megküzdeni, van erkölcsi érzéke, bátor, van önuralma, ellenáll a stressznek, lelkiismeretes.
- *Szociális attitűdök:* másokkal való törődés képessége, önzetlenség, képes az érzelmeit kinyilvánítani, empátia készséggel rendelkezik.
- *Produktivitás:* kezdeményezésre való hajlam, kreativitás, képes hasznos tevékenység végzésére.
- *Autonómia:* érzelmeiben önálló, kialakult az identitása, önbizalommal rendelkezik, rendelkezik kellő objektivitással.
- *Integrált egyéniség:* egészséges és egységes életszemlélet jellemzi, önmegvalósítási törekvései vannak, egyensúlyi állapotban van, érett személyiség.
- *Kedvező én-kép:* feladatait képes önállóan elvégezni, eredményeivel elégedett, önelfogadó, problémáival képes szembenézni, képes megoldani azokat.



A beteg ember ezen kritériumok valamelyikének nem felel meg. Amikor gyógyítjuk, kezeljük, ápoljuk őket úgy kell tevékenykednünk, hogy az általunk nyújtott segítséggel érik el ezeket a képességeket.

Minden ember más és más személyiség. Abból a szempontból is különbözünk egymástól, hogy miként végezzük a munkánkat. A betegekkel való konzultációs stílusunk is különböző. A betegközpontú ápolásra, gondozásra jellemző, hogy több aktivitást enged a páciensnek, figyelembe veszi annak problémájáról alkotott elképzeléseit, félelmeit és elvárásait egyformán. Ekkor a gondozó személyét a megértés, a probléma elmagyarázása és a beteg viselkedésére való érzékeny odafigyelés jellemzi. Elmondható, hogy ilyenkor a betegek többsége nagyobb tiszteletet és megértést tanúsít az ápoló-gondozó személye felé.

A beteggel való foglalkozás egyik legfontosabb összetevője a kommunikáció. Alkalmazni kell a kommunikáció eszköztárát, melyet az alábbiakban röviden áttekintünk.

A kommunikáció szükségszerűsége azt jelenti, hogy társas közegben nem lehet nem kommunikálni. Annak hiánya a teljes lemondás is közlésnek tekinthető.

Freudi hagyományokat követve a pszichoterápiás irányzatokban fontos a nondirektivitás elve. A terapeuta a beteget semmilyen vonatkozásban nem irányítja, hanem annak lelki folyamataira hagyatkozik. A segítő kapcsolat a kliens belső történései szerint zajlik.

A kommunikáció többcsatornás folyamat. Az üzenetváltás párhuzamosan fut verbálisan, nonverbálisan, metakommunikáció útján, és vegetatív is.

Közléseinkkel a kommunikációs társhoz fűződő viszonyunkat is kifejezzük. Az ilyen típusú közléseink általában a nonverbális csatornán keresztül futnak.

A kommunikációnak van egy promotív jellege is, akihez szólunk arra mindig valamilyen hatást is gyakorolunk. Így lehet a közlésünk szimmetrikus, aszimmetrikus. A segítő kapcsolatban az aszimmetrikus helyzet valósul meg. Elengedhetetlen a megfelelő szóbeli kifejezések használata, világosság, és egyértelműség.

A segítő beszélgetés alapvető kritériumaival is kell foglalkoznunk. (Rogers 1981.)

Az *empátia* együttérzést jelent. A viselkedésnek a megértett a másik személy lelki állapotába való beleérzést, megértést hangsúlyozza.

A *verbalizáció*, a segítő személy azon törekvése, hogy az átélt tartalmat megfelelő nyelvi formába öntse. Ez a beszélgetés vezérfonalának is tekinthető.

A segítő kapcsolat csak akkor lehet hatékony és eredményes, ha a segítő képes meglátni a beteg értékeit. Minden ember képvisel valamilyen értéket. A segítőnek meg kell tanulni *feltételek nélkül elfogadni* a beteget. Szükséges tehát a pozitív érzelmi odafordulás, nondirektivitás, és a feltétel nélküliség.

A *kongruencia* a segítő személyiségét érintő követelményeket fogalmazza meg. A beszélő fél verbális és nonverbális közlései egymással és a személy belső állapotával fedésben vannak, vagyis egymásnak megfelelnek. Csak ekkor válhat hitelessé a közlés, a magatartás.

A segítő, gyógyító tevékenység során egy közös kreatív tevékenység folyik, amely a problémák meghatározásából, alternatívák felállításából, a döntések sorozatából tevődik össze. Figyelembe véve a segített személy élettörténetét, kulturális adottságait. Kultúránkat áthatja a nyugat-európai gondolkodás, amely a keresztény-zsidó hagyomány, a görög filozófia és a római világnézet talaján alakult ki. Napjainkban a keleti életfelfogás is egyre inkább érezteti hatását. Ezek a kulturális tartalmak akkor is áthatják személyiségünket, ha nem kaptunk vallásos nevelést. Mind az általános, mind a személyiség specifikus valóságfelfogásunkhoz hozzátartozik egy értékrend, adott esetben a vallás is. A segítő hivatás követelménye, hogy saját kialakult világnézetünkre, értékrendszerünkre támaszkodva végezzük munkánkat. Fontos, hogy a beteg segítése során vegyük figyelembe az ő világnézetété tartsuk azt maximálisan tiszteletben.

A hagyományos gyógyítás során többnyire tüneti kezelést alkalmaztak. A betegségek, és a beteg emberek kezelése során azonban komplex ellátásra kell törekedni. A gyógyítás, ápolás folyamatához szorosan hozzátartozik a pszichoterápia. Segítő beavatkozásnak kell tekinteni, amely az emberi kölcsönhatás révén próbál meg változást előidézni. A pszichoterápia gyökerei régre nyúlnak vissza, mégis jellegzetesen a XX. század termékei. Gyógyító szándékú beavatkozás, melynek alapvető eszköze a kommunikáció. A pszichoterápia két vagy több ember között, zárt lélektani térben, megállapodás alapján, rendszeresen, meghatározott kapcsolatban zajlik. A különféle pszichoterápiás iskolák a kapcsolat kialakításában különböznek egymástól. Néhány pszichoterápiás modell:

- *A pszichoanalitikus modell:*

A pszichoanalízis az intrapszichikus struktúrák (tudattalan, én, felettes én) aktív folyamatainak és erőviszonyainak koncepciójára épül. A pszichikus zavarokat a személyiségkonstanciák közötti konfliktus elégtelen, hibás megoldásának tekinti. A pszichikum fejlődése során érzelmi téren elakadás, megrekedés alakulhat ki. A pszichoanalízis célja a hibás, megrekedt fejlődés rendezése. Különböző alkalmazott módszerei révén (rövid terápia, gyermekterápia, standard analízis) a pszichés betegségek széles skáláján használják sikeresen.

- *Viselkedésterápia:*

A kognitív terápia a megismeréssel kapcsolatos. Arra irányul, hogy feltárja az egyén információ torzító, hamis jelentést adó folyamatait, amelyek eredménye a hibás viselkedési reakció. A terápiában három szakaszt különböztetünk meg. A gondolkodási automatizmusok felismerése és kontrollja. Majd a mögöttes tartalom felismerése és módosítása. A harmadik szakasz kiegészítő módszereket tartalmaz.

- *Rogers személyközpontú terápiaja:*

Humanisztikus eljárás. Gyökerei között szerepel a pszichoanalízis is. Leginkább a fenomenológiai irányzatok között tartják számon. A viselkedés megváltozását a személy percepciójának megváltozása közvetítésével tartják lehetségesnek.

- *Relaxációs módszerek és szimbólum terápiaik:*

Az eljárás az ellazulásra való törekvés irányába, a testi-lelki-szellemi egyensúlyteremtés felé terelik a tréningezőket. Oldja a görcsösséget, csökkenti a szorongást. A relaxáció szabaddá válás arra, hogy belső akadályoktól mentesen önmagunk lehessünk. A testi lazítás pszichikus egyensúly helyreállítást eredményez.

- *Hipnoterápia:*

Leginkább más terápiákkal együtt, azok megerősítésére szolgáló technika.

- *Pszichodráma:*

A belső lelki tartalmak, élmények, konfliktusok megjelenítésére törekszik. A módszer konfliktusorientált élményt nyújtó forma. Megromlott kapcsolatokat, kommunikációs zavart, konfliktus okozta nehéz helyzeteket, érzelmi sérüléseket lehet elemezni, feldolgozni, megváltoztatni a terápiás eljárás során.

A betegség természetének feltárását mindig személyes kapcsolattal kell indítani. A beteg, gondokkal küzdő emberhez leginkább a problémához, a beteg szándékához igazodó kifejezések használatával találhatunk utat. A segítő személynek széles körű magatartás-kelléktárral kell rendelkeznie, hogy éppen az aktuális viselkedésformát válassza egy adott beteg problémáinak feltárásához. A megfelelően megválasztott távolság két személy együttes tevékenységéből alakul ki. A ráhangolódo, nyitott, odafigyelő magatartás átsegítheti a beteget és ápolóját a kapcsolat felvétel kezdeti nehézségein.

Az exploráció, az önfeltárás során a beteg szóbeli megnyilvánulásából ismereteket lehet szerezni a betegsége vonatkozó élményiről. Törekedni kell arra, hogy ez a nyitottság megmaradjon a gondoskodási folyamat egészén.

Az exploráció során nyert információkat az anamnézis felvétele során egészítjük ki. Ekkor ismerjük meg a megbetegedés körülményeit, a testi és lelki panaszokat. Az anamnézist felvehetjük közvetlenül a betegtől ez az autoanamnézis, de a beteg környezetében élő valamely más személytől is, ez a heteroanamnézis. Ez utóbbi az objektivitása miatt válik értékesé. A kapott ismeretek birtokában megalkotható a személyes pszichés öszkép. Ehhez még szükség lehet néhány kiegészítő vizsgálatra.

A különféle vizsgálatokban a szubjektív tényezőknek nagy szerepe van. Az eredményeket befolyásolják a találkozás körülményei, a kapcsolat mélysége, ami függ az egyéni alkattól, a beállítottságtól. Ezek mind árnyalják, módosíthatják a leletet. Bizonyos esetekben szükség lehet a pszichés háttér objektív vizsgálatára is, ezt teszik lehetővé a pszichológia tesztek. Ezek lehetnek teljesítmény mérésre szolgáló tesztek, illetve projektív eljárások. A pszichoterápia megtervezésekor, a rehabilitáció formájának meghatározásakor a tesztek nyomán megrajzolható a személyiségkép.

Amikor azt mondjuk valakire, hogy beteg, akkor az egész személyiségre, a teljes emberre vonatkozik ítéletünk? Vagy helyette azt kellene mondanunk, hogy ennek az embernek valamilyen betegsége van? Vannak akik a betegséget gyógyítják, és vannak akik azt mondják az egész embert kell gyógyítanunk, segítenünk. Úgy gondolom az utóbbi szemlélet lehet hatékony.

### **Felhasznált irodalom**

Elekes Attila (szer.): *A beteg ember pszichológiája.*

HIETE Egészségügyi Főiskolai Kar, Jegyzet Budapest 1997.

Tringer László: *A gyógyító beszélgetés.*

HIETE Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest, 1998.

# A RABSÁGBA ESÉS ÉS A SZABADULÁS ESÉLYE

## AZ ALKOHOLIZMUS BÖRTÖNÉBŐL

(Az alkoholizmus kialakulásának, lefolyásának és gyógyulásának  
kronológiája és pszichológiája  
Lucien Aimé Duval: *Miért oly hosszú az éj?*  
[Szent István Társaság Az Apostoli Szentszék Könyvkiadója, Budapest 1986]  
című könyve alapján)

**Összeállította:**  
*Semperger Piroska*

### ***I. Az alkohol***

**Történelem.** Az alkohol egyike az emberiség által leggyakrabban használt pszichoaktív drogoknak. Az alkoholfogyasztás szokása az emberi civilizáció kezdetei óta majd minden kultúrában megtalálható. Az egyiptomiak már ismerték a sörfőzdek intézményét. Egyes kutatók szerint már a kőkorszaki emberiség is fogyasztott alkoholtartalmú italokat.

#### *Az alkohol meghatározása*

A spiritusz, az alkohol orvosi latin neve, mely nem más, mint az etilalkohol (CH<sub>3</sub>-CH<sub>2</sub>-OH). Ez a színtelen, illékony, kellemes illatú, égető ízű, gyúlékony folyadék 78,3 C<sup>0</sup>-on kezd forogni. A cukortartalmú növények, illetve állati nedvek erjedésekor keletkezik. "Alkohol" alatt rendszerint csak az etil-alkoholt és az etanolt értjük, bár ebbe a családba kémiaiilag számos más anyag is beletartozik. A mai tudományos álláspont szerint az alkoholnak nincs semmiféle hasznos hatása a szervezetre nézve, károsító hatása annál több.

#### *Az alkohol hatásai*

Az alkohol sejtölő mérge. Ellene a szervezet védekezik. A májsejtek fokozott tevékenységbe kezdenek, elbontják az alkoholt ecetsavra és vízre, ami már kijut a szervezetből párologtatással, kilégzéssel, vizelettel. Ez lassú folyamat, így a szervezetbe került alkohol jelentős része felszívódik. A felszívódás már a gyomorban megkezdődik, a szer legnagyobb része azonban az emésztőcsatorna felső szakaszának falán keresztül kerül a véráramba. Minél gyorsabban jut át a gyomron, annál hamarabb jelentkezik a hatása. A felszívódást követően viszonylag egyenletesen oszlik el a testfolyadékokban, könnyedén bejut az agyba, ha terhes nőkről van szó, a köldökzsinóron keresztül a magzatba is. Az ittas ember gátlásai oldódnak, önfegyelme és lelkiismereti kontrollja elvesz, ezért nem ismeri fel a fenyegető veszélyt, fokozódik bátorsága, de romlik szellemi és fizikai cselekvőképessége. Az alkohol gyorsan csökkenti a mozgások magas szintű koordinációjáért felelős kisagyi idegműködést, és ezáltal a részeg ember nem képes tudatos, összerendezett mozgásra. Alkoholfogyasztás esetén a gátlások csökkennek, az akarati ellenállás gyengül, felszínessé válik a gondolkodás és elveszik a reális helyzetfelismerés. Mindezek következtében indulatkitörések, erőszakos megnyilvánulások jelentkezhetnek. Hatására az idegműködés lelassul, és depressziót okoz. Az információátviteli és visszakereső képességet is befolyásolja. Az alkohol hatására akár rohamok is felléphetnek.

Jaffe a "Terápiás kezelés farmakológiai alapjai" c. művében megjegyzi: "Az a jelentős szerep, amelyet az alkoholtartalmú italok termelése és fogyasztása a nyugati társadalmak gazdasági és társadalmi életében játszik, nem szabad, hogy elkendőzze előlünk a tényt, miszerint az alkohol egymagában nagyobb problémákat okoz, mint az összes többi drog.

## II. Ki Lucien Aimé Duval?

Az ötvenes években kezdett énekelni és vált híressé a francia jezsuita atya Lucien Aimé Duval. Sikerei és szokatlan apostolkodása a párizsi kávéházakban kezdődött. A zenés „igehirdetésével” Jézus Krisztusról, Duval atya rövid idő alatt a legnépszerűbb előadók közé emelkedett. A kávéháztól a párizsi Olympia színpadáig számára sima út vezetett. Lemezeit sokmillió példányban terjesztették az egész világon. A sikerekben nem csak a gitár és a zene játszott közre, hanem dalainak üzenete is. Duval atya nagyszerűen össze tudta hangolni a teológiát, a mai ember felemelő vágyait és a közérthetőséget.

Duval atya a hatvanas évek közepén váratlanul eltűnt az előadóteremből és a slágerlistákról. Hamarosan a legkülönfélébb híresztelések és találgatások keltek szárnyra: rákja van, kilépett a rendből, stb. Az igazság az, hogy ekkorra már elhatalmasodott rajta az alkohol hatása.

A vallásos sanzonok sztárja 1984-ben halt meg. Halála előtt nem sokkal jelentek meg vallomásai életének utolsó éveiről, amelyeket az alkohollal való küzdelemben töltött el, mert végül is sikerült a szesz rabságából kiszabadulnia.

### Ezt írta róla a sajtó:

*„Az egyházi zene nem szóló-műfaj. "Ó nagy Isten jöjj el..." c. ének egy francia pap, A. Duval atya szerzeménye, amelyet gitárral kiállva tanított a francia fiataloknak. A dal egyike volt azoknak az ifjúsági énekeknek, amelyeket fiataljaink a 70-es évek elején megtanultak. S elmondhatjuk, hogy Magyarországon is népénekké vált.”*

„Egyszer az egyik atya, amikor mi, afféle egészséges gyerekek ott hancúroztunk a szobájában, azt mondta: ha egy kicsit elcsöndesednétek, akkor mutatnék nektek valamit, és bekapcsolta régi Tesla magnóját. Aki gitározott és énekelt: Lucien Aimé Duval francia jezsuita pap volt. Az atya azt mondta: ezek a franciák már egyre pogányabbak, nemigen járnak templomba sem. Nos, Duval atya gondolt egy merészet és ezt mondta: - „Dalokat írok, fogom a gitáromat, kimegyek az emberek közé, és énekelek nekik a hitről, Istenről, a szeretetről.” A dal, amit éppen hallgattunk, arról szólt, hogy a Mester visszatér újra és újra, s ha igazán boldog akarsz lenni, akkor találkoznod kell vele.” [Sz.O.]

## III. Az alkoholizmus

### Az alkoholizmus betegség

Szakemberek becslése szerint a hazai felnőtt lakosság 10%-a (!) alkoholproblémákkal küzd, vagy alkoholistá. Közöttük sokkal több a férfi, mint a nő. Testet-lelket rombolóbb hatású betegséget szinte el sem lehet képzelni. A válásoknál is a vezető okok között szerepel.

Az alkoholizmus betegség – tehát nem egyszerűen egy szokás, amellyel csak úgy fel lehet hagyni. Segítség nélkül szinte sosem és súlyosabb esetben segítséggel is csak nagyon ritkán sikerül kigyógyulni belőle (ilyenkor egyedül kísérletezni tilos, mert akár halálos kimenetelű delírium tremens lehet a következménye!). Az alkoholizmus külön csapdája, hogy a betegnek nagyon sokáig nincs betegségtudata, azaz teljesen egészségesnek érzi magát, ráadásul az esetek többségében meg van győződve arról, hogy nem iszik sokat és bármikor abba tudja hagyni. Fontos tudni azt is, hogy a jelenleg hatályos jogszabályok szerint kényszergyógyításra senkit sem lehet kötelezni.

Az alkohol illetve az alkoholizmus számtalan betegségért felelős. Hogy kit mikor és mi ér utol az függ az egyéni alkattól is. Csak néhány, ezzel kapcsolatos (végül nem egyszer halálos kimenetelű) betegség: májkárosodás, hasnyálmirigy gyulladás, idegrendszeri károsodás, elbutulás, cukorbetegség stb. Általában nő az öngyilkosságra való hajlam. A gyakori illetve nagymennyiségű alkoholfogyasztás impotenciát illetve merevedési zavarokat is okoz.

Az alkoholizmuskülönböző formákban jelentkeznek, többféle alkoholbeteg van, a leggyakoribb "típusok":

- Ha valaki azért iszik, hogy a konfliktusokat, feszültségeket oldja. Általában nem jár az önkontroll elvesztésével, "mindössze" naponta/kétnaponta kisebb-nagyobb mennyiségű alkohol elfogyasztásával.
- Az olyan nagyivók, akik kizárólag hétvégén, vagy hetente/kéthetente egy-két napig, de akkor nagyon nagy mennyiségű alkoholt fogyasztanak.
- Azok, akiknél már megjelennek a függőség testi-lelki tünetei (kézremegés, tolerancia és önkontroll elvesztése stb.).
- Azok, akik kontroll alatt tudják tartani az ivást, ritkán vagy sosem lesznek részegek, de hosszú időn át gyakorlatilag minden nap fogyasztanak alkoholt (többnyire bort). Az ebbe a típusba tartozó alkoholizmus nagyon veszélyes lehet, mert ha kórházi kezelés vagy bármi más miatt a beteg néhány napig nem iszik, delírium tremens léphet fel.
- Azok, akiket bizonyos időközönként "ivási kényszer" fog el, ilyenkor gyakorlatilag az eszméletlenségig leisszák magukat, míg máskor egyetlen kortyot sem isznak.

#### IV. Az alkoholizmus kifejlődésének kronológiája

Lucien Aimé Duval: *Miért oly hosszú az éj?* című könyve alapján

##### Kezdő szavak

„...Amikor én is sorra kerültem, és alkoholista lettem, felfedeztem, hogy ez borzalmas, rosszabb mindennél, amit csak el lehet képzelni. Amikor megtudtam, hogy a Franciaországban a lakosság tizenhárom százaléka alkoholista, azaz több mint 6 millióan vagyunk, ...

– Később a szesz segített?

– Igen, ...megtörte a csendet, megcsendítette a dalt és felbátorított az éneklésre...;

– Sajnos, kezdetben az alkohol ösztönzi mindazt, ami jó bennünk, a bátorságot, az igaz utáni vágyat, a meghallgatást, az alkotást....A baj, hogy...észrevétlenül siklik át a következőbe, mely sivár és végzetes.” (5-6.oldal)

##### 1. fejezet:

###### Az úton

„Valóban sok idő kell hozzá, amíg az ember megérteti, hogy az alkoholizmus igen hosszadalmas betegség, de egy kis bátorsággal és sok alázattal kigyógyulhat belőle. Elfelejtettem: egy kis türelem is kell hozzá.” (10. old.)

Semmi sem volt, ami hajlamossá tett volna, hogy egy napon alkoholista váljak belőlem.” 11. old.)”Az érdeklődés, amely a földre húzott le és a vágy, hogy kitörjek, elmeneküljek tőle, ez volt az a két előfeltétel és tényező, amely belevitt az alkoholba.” (14. old.)

## 2. fejezet:

### Lefelé a lejtőn

„Betegségemnek volt egy eufóriás, mámoros szakasza, amely 1958-tól körülbelül 1965-ig tartott. Az ital segített autót vezetni, énekelni, gondolkodni, imádkozni...az emberibb világ utáni sóvárgásomhoz az alkohol adta a kíséretet.” (15. old.)

„Boldogító C<sub>2</sub>H<sub>5</sub>OH, feltépte bennem a hallgatás kapuit, dalt varázsolt ajkamra, és bátorságot adott, hogy kiáltsak. Amikor órát javítottam – órák is voltam – nem kellett a bor...; az ősi homo fabernek bennem tehát csak figyelemre és gondolkodásra volt szüksége. Érzelemre nem:...Melegség önti el a szívemet, ez is jellemző az alkoholistára: a kommunikáció, a kapcsolatteremtés örült vágya. Ha nem értik meg, amit mondok, soha nem lesznek alkoholisták.

Egy nagyon erős érzélem, az együttérzés a kisemberekkel, ez vitt rá az ivásra.” (16.old)

És hogy hol volt mindezekben az alkohol? Ott volt már, nagyon illedelmesen, hozzászegődve lelkem minden indulatához: a sikerhez az ünnepléshez. A test lassan alkoholizálódik, kétségtelen. A lélek azonban, nagyon lassan, életközösségbe lép az alkohollal. És a válás nem lesz könnyű.” (17. old)

„Ezt a betegséget, az alkoholizmust, ezt nem láttam, hogy rám tör. Azt ugyan megéreztem, hogy valami változás történt a lelkemben, viselkedésemben az alkohollal szemben. Szenvedtem valami miatt, de nem tudtam mi miatt. A betegség homályban fejlődik ki, teljes tudatosságban... eljött azonban egy olyan időszak, amikor, ha kiürült az első üveg, magam vittem el, hogy egy másikat hozzak fel. Elannyira, hogy a nap végeztével csak egyetlen üveg butélia maradt a szobámban.” (18. old.)

„Szokásom illetően megváltozása egészen öntudatlanul alakult ki. Csak tíz év múlva ébredtem rá, hogy annak idején valami rendellenes történt. Minden indok jó volt nekem, hogy megakadályozzam magam a tisztánlátásban.” (19 old.)

„Az első súlyos figyelmeztetést 1964-ben kaptam...megittam egy üveg rumot. Nem mintha szeretném a rumot. De el kellett mennem a végletekig. Az eredmény: Útban Hamburg felé, ...egy heveny vérzéses hasnyálmirigygyulladás tört ki rajtam...A betegség már nagyon előrehaladt, amikor az ember azokat a barátait is hajlandó megcsónkítani, amelyeket legtöbbször tart.” (28. old.)

„Önmagába visszatérő kör, circulus vitiosus indul el, amelyből nem tud kiszabadulni: iszom megpofozom őt, furdal a lelkiismeret, iszom, hogy elfelejtsem örültségemet, ő fél, én iszom, hogy elfelejtsem szomorúságomat amiatt, hogy megrémítettem őt, a körforgás egyre fokozódik egyre gyorsul. Minden fél sörrel csak megerősítettem a szomorúságom és az alkohol ördögi házasságát. Csak egy tárgyilagos, semleges, illetékes hangnak lett volna meg az esélye, hogy meghallgatom...Minél többet ittam én, annál nagyobbra nőtt az ő félelmük. ” (29. old.)

„Amint beléptem nyomban elhallgattak. Hallgatásuk kínos volt számomra. Se nekem, se nekik nem volt hozzá erkölcsi erőnk, hogy egymásra mosolyogjunk, vagy hogy közénk telepedjek.” (30. old.)

### 3. fejezet:

#### A mélypont

– Ez a korszakom volt az, amikor úgy könyörögtem, mint egy elítelt. Éjszaka és nappal, főleg éjszaka. Ágyam fejénél egy rézfeszület függött, amellyel a jezsuiták ajándékoztak meg huszadik születésnapomra (34. old.)... „Uram, Jézus.....Jóformán mindent elvesztettem. Rajtad kívül. Ne feledkezz el rólam, ha neked úgy tetszik.”...

– Úgyszólván nem ettem, nem beszéltem, nem is keltem föl már, csak *Immonoctal*-lal tudtam elaludni. Nem volt erőm, hogy bármire elhatározzam magam....

– Egymást váltogatta bennem a csüggedés, a dühroham magam ellen, a fölfokozott sóvárgás a boldogság után, a vágyakozás, hogy elfussak a szobámból, elmeneküljek rendtársaim közül, elmeneküljek hazámból. (35. old)

– Aki elérkezett a vigasztalanságnak ebbe a stádiumába, senkivel sem tud többé kapcsolatot teremteni....Látja az embereket járni-kelni az utcán, de ezek csak árnyékok.....

– Igen beteg állat vagyok, amely az árnyak erdejében kaparja vackát.

- Nem kiálthatott volna segítségér?

- De kihez uram?

Találni egy úgynevezett józan embert, aki a nélkül tud szólni alkoholról, hogy hülyeséget mondana, majdnem lehetetlen. (36. old)

– Hiába vártam semleges, tárgyilagos és illetékes személyre, aki nagy erővel kiáltja fülembé: „Az alkohol betege vagy.” Hiába mert ez a szó megrémíti a jó tisztességeseket s némává teszi őket. Ami a betegeket illeti, nekik oly ijesztő ez a szó, hogy süketekké lesznek tőle.(37. old)

– 1969 februárjában úgy éreztem, nem tudok tovább élni. Nem bírom tovább elviselni magamat olyanak, amilyen vagyok, se a világot olyanak amilyen...Amikor azonban az ember elhatározza magát a nagy távozásra, hogy számolgassa a Sintronokat, a maga bűneit vagy azokat az indokokat, amelyek arra köteleznék, hogy maradjon a földön....(39 old)

– Három héttel ezután négyen elindultunk...– Fouquet doktorhoz..., és társaim máris elhajtottak az én kocsimmal. Az én kocsimmal az egyetlen dologgal, amely az élőkhöz kötött. És amit valamelyest szerettem. (40. old)

### 4. fejezet:

#### A betegség megismerése

„Alkoholizmus. Eszerint erről van szó, ezt jelentették rosszuléteim, szorongásaim, iszonyatos éjszakáim.....”

Akár hiszik akár nem, a dolog revelációt jelentett számomra, amelyben egyenlő adagban vegyült egybe a rémület és a megkönnyebbülés.

„De doktor, eszerint én alkoholistá vagyok?! Mindez, ami velem történik alkoholizmus?”  
...Miért nem tudtam róla eddig? A kérdés elég hamarosan felmerült gondolataimban.

„Az első ok, felületi, noha valóságos. Nem volt időm magammal foglalkozni” (41. old.)

A második ok sokkal komolyabb. Letagadtam magam előtt alkoholizmusom problémáit. Valóban, nehéz elfogadni, hogy az alkohol problémát jelent az embernek, ha nincs rá megoldása. Ha az alkoholistának nincs rá megoldása, folytatja az ivást és belefojtja a problémáját. Elrejtja a problémáját maga előtt és mások előtt... Kiderült, hogy van megoldás, semmi rossz nem származik tehát abból, ha beismerem, hogy problémáról van szó.

Fouquet doktor világosságot teremtett a fejemben.” (42 .old.)

Az alkoholistá folyamatosan előrehaladó és gyógyíthatatlan testi betegségben szenved....



Az alkoholista továbbá, magyarázta nekem Fouquet doktor, lelki betegségben is szenved, amelynek természete és súlyossága igen eltérő. Ennek a betegségnek a gyökere: az ivás vágya és az alkoholszükséglet. Az alkoholistát nem lehet vádolni emiatt a lelki betegség miatt és gyakran (ez volt az én esetem) nincsen is tudatában. A tapasztalatok azt mutatják, körülbelül öt esztendő kell, hogy az ember tisztán lássa magában, megismerje ennek a betegségnek a természetét...(42. old.)

Beteg vagyok nem piszkos fráter, nem nyomorúságos embertípus. És ez a merőben új igazság boldoggá tett...Az alkoholizmus betegség, nem pedig romlottság. Szenvedés, nem pedig öröm. Rabszolgaság, és nem tréfa.

...háromhetes nevelés végén kezdtem magam egészségesen megítélni, először éreztem némi életkedvet magamban, és ez nagy örömet okozott nekem.

„Semmi esetre sem szabad úgy érezni – írta Fouquet, hogy egyedül van a küzdelemben. Csak az egymás iránti rokonszenv és a szívéllyesség légkörében találjuk meg azokat az eszközöket, amelyek lehetővé teszik, hogy győzzünk..” (43. old)

Kezdem megérteni betegségem egyik fontos okát: nem mertem megbántani unokaöcsémet azzal, hogy visszautasítom a pohár – a flóta - pezsgőt.....nem mertem volna kellemetlenséget okozni...Sarokba szorítva éreztem magam. Egy alkoholista a kedélyalkatánál fogva nem szeret másoknak kellemetlenséget okozni.” (45. old.)

Amikor idegeim végkép felmondták a szolgálatot s elhagyott minden bátorságom, egy esztendővel azután, hogy elhagytam Fouquet-t, újra felhívtam őt telefonon. Annyit mondott „Jöjjön”, és én mentem, egyedül, kocsimmal.

Első itt tartózkodásomtól eltérően nem azzal érkeztem, hogy felülkerekedek. Utáltam magam. Nem volt többé mentségem, hogy nem tudom miről van szó. Tudom, hogy nem állhatok meg. Az alkoholtól való tartózkodás szabadsága elpárolgott. Csak a halál lehetett a kiút és én soha nem kívántam ennyire a halált.

„Lucien állapota nagyon aggaszt. Igen letört, fáradt, intoxikált állapotban érkezett.”

– Naphosszat, főként pedig éjszaka sötét gondolatokat forgattam a fejemben. „Nem tudsz többé helytállni, Lucien, fogytán van az erőd, Örömet akarsz szerezni a népnek és gyászhuszár vagy. Vigasztalni akarod az Emberiséget és fogcsikorgatva gyűlöled magadat.”.

– Ha beszélek minderről, azért teszem, mert a hatmillió alkoholistára gondolok, akik közül sokan, ezen a ködös éjszakán érkeznek magányosságuk mélypontjára.” (44. old.)

Sajnos nagyon sokan vannak a világban, és hazánkban is, aki még nem találták meg a „maguk Fouquet doktorát”, és csak idő kérdése, hogy mikor jutnak el erre a mélypontra. A másik út, ami vár rájuk, hogy szervezetük adja fel a küzdelmet, és szervi betegségekbe hálnak bele.

V. Az Anonim Alkoholisták (A.A.) csoportja és szerepe  
(a fejezetekből idézve)

A névtelen alkoholisták mozgalmának 12 pontja:

1. Beismerjük, hogy nincs hatalmunk az alkohol fölött.
2. Az a meggyőződésünk, hogy nálunk nagyobb hatalom rendelkezik józanságunk fölött.
3. Eldöntöttük, hogy életünket ez alá rendeljük.
4. Erkölcsi leltárt készítünk (kinek ártottunk alkoholizmusunkkal).
5. Beismerjük hibáink valódi természetét.
6. Készek vagyunk megváltozni.
7. Kérjük Istent, hogy segítsen.
8. Bocsánatot kérünk.
9. Jóvá tesszük bűneinket.

10. Visszaesésünket beismerjük.
11. Imádkozunk.
12. Segítünk más alkoholistának.

4. fejezet:

Az „A.A.”-k. Az első összejövétel

„A betegségemben én is elindultam a felfelé vezető úton.

1970 húsvét táján Fouquet valami ilyesmit mondott nekem: „ Versailles-ben van egy csoportja az Anonim Alkoholistáknak. Minden héten-pénteken tartanak összejövételt. Ha el akar oda menni felkeresik önt.”(47. old.) „Igazán nem is volt módom dönten...egy szép fiatal lány jelent meg a klinika kapujában; engem akart látni.

– Christiane a nevem, alkoholista vagyok, azért keresem fel, hogy vegyen részt a ma esti összejövételen. Ha akar. – Nagyon szívesen. Veszem a felöltömet.

Összeszorul a torkom, amikor helyet foglaltam a kocsijában. Ez a lány alkoholista és meg is mondja!...Nem tett semmitmondó megjegyzéseket...Szemrehányót se...Én pedig már is úgy éreztem, hogy recsegni-ropogni kezd bennem egy belső sorompó. Igen a merevség, a büszkeség, a szégyenkezés a magányosság sorompója.” (48. old.)

„Ismeretlen lány, első szem azon láncon, amely kihúzott engem a sivatagból, legyen ön áldott...S még egy mérhetetlen nagy valami kezdett bennem hasadozni. A Szégyen. Utána pedig a Merevség. Majd pedig a Reménytelenség, amely utolsó perceit élte bennem, hogy mindörökre eltűnjön.” (49. old.)

„...felolvasta az Anonim Alkoholisták mibenlétének meghatározását: „Az Anonim Alkoholisták olyan férfiak és nők társasága, akik egyesítik, összeadják tapasztalataikat, erejüket és reményüket, közös problémájuk megoldására.”

„Az Anonim Alkoholistáknál nem számít a politikai, bölcséleti, vagy vallásos hovatartozás. Ugyanúgy nem számít a pénz és a presztízs.”

„Az A.A. egyetlen célja megmaradni józannak és más alkoholistákat is hozzásegíteni, hogy azzá legyen. Következésképpen az A.A. olyan személyek csoportja, akik számára az alkohol nagyobb (óh, mennyire az!) probléma lett, és akik elhatározták, hogy egy új életmódot teremtenek maguknak.”

„Nekünk egyesíteni kell erőinket, hogy ki tudjunk lábalni a szerencsétlenségből, ahová az alkohol juttatott bennünket.” (50. old.)

„Azt hittem, hogy egyedül vagyok az esetemmel,...Nem vagy többé egyedül” – ez volt az első felfedezés – „ők is úgy vannak, mint, te.”

A második felfedezésem az volt: éreztem, láttam, hogy nem isznak többé.

A harmadik, távolról nézve a legcsodálatosabb, felfedezésemnek azt tartom, hogy boldogok voltak...Nyugodtak és tiszták voltak, és közönyösek a múltjukkal szemben.” (51. old.)

– Van időd, Lucien. Te már átjutottál módszerünk első szakaszán, amelyből tizenkettő van. Felolvasom neked:

„Mi felismertük, hogy tehetetlenek vagyunk az alkohollal szemben és hogy elvesztettük az uralmat életünk fölött.”

„Szeretnék megállni, de nem tudok.” (52. old.) - Maradj velünk.

„Istenem, adj nekem Derűt, hogy elfogadjam azt, amit nem tudok megváltoztatni, Bátorságot, hogy megváltoztassam azt, amit meg bírok változtatni. És bölcsességet, hogy fel tudjam ismerni a kettő között a különbséget.” (53. old.)

„- Van időd Lucien, - Huszonegy óra egyszerre...– Mert a szégyen és a merengések a múlt fölött megzavarhatnak. Épp úgy, ahogyan a félelem a jövőtől. A szív e

hitvány indulatai visszavihetnek a butykoshoz. Tehát, élj jól öltözötten huszonnégy órát egyvégtében.”

„Szeresd magad.” Új életem egész programjához olyan síkot ajánlott, amelyet én eddig ösztönösen elutasítottam. Amelyre később rá kellett lépnem, hogy újjá szervezhessem az életem.”(55. old.)

6. fejezet:

Az első lépések az új világban

„Egyedül én magam határozok életemről. S ebben van valami felemelő. Azt azonban akkor még nem láttam világosan, hogy önállóságomat – autonómiámat – ki is kell harcolnom.....

...Egy csoportban csupán egyetlen egy a fontos: mindenki feltöltse magát és erőt merítsen, hogy bele ne haljon a magányosságba és a megaláztatásba. Minden egyéb – másodlagos.” (63. old)

„Egy nap elmentem megnézni anyámat.....Ez a független, nagyvonalú asszony, akit csak a lényeg érdekelt, azt mondta nekem:

– Helyes szavamra, ha most már másokon is tudsz segíteni....ez az asszony nem akarta, hogy kárba vesszen a szenvedésem...Egyik rendtársam beszélt velem Nancy-i házukban,...- Jó! ...Visszajött...Nagyon jó... Ne is beszéljünk róla, ne beszéljen róla...Minden el van felejtve...Anyám valóban keresztény volt. Az a másik is jogilag. (64. old)”

7. fejezet:

Felemelkedés

„Ez az. Így megy ez, huszonhárom esztendeje, a kétezer koncert mindegyike után. Csordultig megtelve jó barátok szeretetével elindulok vissza az úton.(67. old.)”

8. fejezet:

Az igazság gyógyít

„Amíg kifelé jöttem az alkoholizmus poklából, a következő megállapításokra jutottam: Semmi hasznát nem vettem bátorságomnak. Mert volt bennem bátorság...Az sem segített, hogy erőszakot próbáltam venni magamon..., de semmit nem segítettek a sírások, könnyek...Nem segített semmit intelligenciám, értelmem se...Az imádság, még az imádság sem segített rajtam....megállapítom, hogy semmi nem tudott semmit elérni, egyet tapasztaltam meg és éltem át: hogy meghalok.” (70. old.)

„Azt, hogy alkoholista voltam és hogy kijutottam belőle, ő is látta. Mert csodálatosan intenzív valaki volt. És azt is, hogy, ha én kikerültem belőle, ő is kijuthat.”

*A következőkben fogalmazta meg az író az A.A.-ák módszerének lényegét:*

„Az alkoholistákban akkora a sóvárgás a felemelkedés után, hogy fűrtökben csimpaszkodnak bele minden reménybe, amely csak valamelyest is elérhető közel kerül hozzájuk. Ez épp oly ösztönös is bennük, mint az A.A.-ák egész módszere. Ez a módszer nem az értelemhez szól. Az életösztönre támaszkodik. Titokzatos.... „hogymeg lehet ez”.....Én sem tudom...De próbáld meg. Gyere, nézd meg, gyere, hogy láss.” (71. old.)

„Jót tesz, ha az ember elmeséli az ilyen banális históriát. Mert mihelyt elmondjuk, ketten vagyunk, akik az emléket cipeljük.

– Alapjában véve ez az első szakasz – gyónás?

Nem...*Egy gyóntatószékben az ember szinte mindenkor azt a rosszat mondja el, amit elkövetett. Az A.A.-nál mindenek fölött azt a rosszat, amely vele történt.*” (74. old.)

Egyes alkoholistákat annyira felőröl az élet, a nevelés, amit kaptak, hogy nem tudnak bízni többé senkiben. Ez ritka eset.

Most viszont annyira belesüppedtek a maguk tévképzeteikbe, hogy még azt sem tudják ők betegek. Ezek kétszer háromszor jelennek meg közöttünk, a feleségük kíséri el őket, aztán eltűnnek a nagyvilágban. Ez is ritka eset.” (77. old.)

9. fejezet:

Másokat mentő szenvedély

„Annak, hogy valakiből névtelen alkoholista váljék, egyetlen feltétele van: legyen meg benne az akarat, hogy abbahagyja az ivás. Nyilvánvaló?...Egyáltalán nem az....(80. old.)

...Ha együtt maradunk, valóban megmenekülünk. Ha elválunk egymástól belehalunk. A tapasztalat értette meg ezt velem. Nem azért maradunk együtt, hogy másoknak cselekedjünk jót, hanem hogy önmagunkkal tegyünk jót...Valóban azért kapaszkodunk össze az A.A.-kban, hogy ne haljunk meg. Ez a tény és ez minden.

Az alkohol ereje velem (velünk) szemben oly vad volt, hogy csak egy még nagyobb, még ősibb, még vadabb erő: az önszeretet segítségével tudtam megvívni vele. Mondjanak erről, amit akarnak: hogy pogány, állati, kereszténység előtti erő, ez volt az egyetlen, ami megakadályozott abban, hogy igyak.” (84. old.)

„...a betegség valódi mivolta sokkal bonyolultabb, és a gyógyításé is, hogy a kényszerzubbony nem gyógyítja meg őket, s hogy talán hibás a társadalom, hibásak a hozzátartozók is...Igyekszünk újból megtanulni, hogyan lehetünk boldogok, rendesek. Hosszú és nehéz vállalkozás ez.” (85. old.)

10. fejezet:

Az érzelmek megfékezése

„– Egy felet, legyen szíves!

Szorongva megiszom. És hogy legyűrjem a szorongásomat, újból csak azt mondom:

– Egy felet, legyen szíves!

Metz-ig mentem, ahol volt egy fiatal nőismerősöm...Vannak napok, amilyen ez is, amikor az alkoholista nem tud megmaradni az ismerős kuckóban, s ilyenkor jobb elmenni otthonról.” (93. old.)

„Thérése, aki a gyűlést vezette, válaszképpen azt mondta, amit vártam:

- Lucien, ez tegnap volt. Ma mindez többé már nem létezik. ma nem ittál. Örülj neki. Velünk vagy. Semmit nem kockáztatsz. A holnap pedig még nincs itt.” (94. old.)

„– Mit tehet az ember, hogy ne essen vissza?

– Soha nem vagyunk biztonságban.

– Mi a legtöbb, amit tehetünk?

– Megváltoztatni életmódunkat.” (95. old.)

## 11. fejezet:

### Merni bocsánatot kérni

„Mostantól kezdve a továbbiakban nem beszélek sokat az alkoholról. Az alkoholos megszállottság, a félelem az alkoholtól fokozatosan eltűnik belőlem. mert nincs rá szükségem többé. Többé semmit nem kell pótolnom...teljesítem, amit a chartánk nyolcadik szakasza előírt, :”Elkészítettük azoknak a személyeknek a névsorát, akiket megsértettünk és elhatároztuk, hogy bocsánatot kérünk tőlük.” (97. old.)

„Mire való ez a nyolcadik szakasz?

Hogy semmiféle szennyest ne hagyjunk magunk mögött...Hogy letakarítsuk az asztalunkat, hogy úgy étkezhesünk az élet lakomáján, ahogy kell.

Az alkohol szorongóvá, átlátszatlaná tette a lelkemet. Igen, ez a megfelelő szó: súlyossá.” (100. old.)

„Az alkoholizmus, súlyos, szomorú és fénytelen lényé tett engem. Amikor bocsánatot kérek, a belső fényem újból felragyog.” (101. old.)

## 12. fejezet:

### *A boldogság ragályos*

„A tizenkettedik szakasz: „Tapasztalataink átadjuk alkoholistáknak.”

Miért hívtam meg betegeket vendégül magamhoz? Magamért. Hogy gyarapítsam a csoportot, amely biztosítja a józanságomat.” (105. old.)

## 13. fejezet:

### A tisztánlátás vágya

„... a negyedik szakasz ... ez az én életemnek is neuralgikus pontja. „bátran nekiláttunk, hogy részletes és aprólékos leltárt készítsünk önmagunkról.” ... Arról van szó hogy megértsem azt a lélektani klímát, amelyben az alkohol mérges virága kihajtott.” (111. old.)

„Ma úgy gondolom, hogy ezt a három szeretetet: az Isten és az emberek iránti szeretetet és önmagunk szeretetét egyforma hőfokon kell megélni.” (117. old.)

## 14. fejezet:

### A csoport titokzatos ereje

„Az A.A.-k barátsága – Megértő .... hűséges ... tevékeny ... Egyetemes ... Vidám és humorral teli ... Összefoglalva: ezt a Barátságot, amely minden tulajdonságot magában hordoz, ezt nevezzük mi Legfőbb Hatalomnak, nem egy elvont fogalomból levezetett, hanem tapasztalatban megélt Hatalomnak.” (127. old)

15. fejezet:

Befejezésül – szabadság

„Azután, hogy elhagytam az alkoholt, és megtaláltam a csoportot, nem kellett fitogtatnom személyem értékét. Ezt megkaptam a csoporttól, amely ismeri nyomorúságom mélységét , és álmaim magasságát ... Nem azért léptem ki az alkoholos alávetettségemből, hogy mások ítéletének legyek most alávetve. Sem azért, hogy elismerésüket keressem.” (133. old.)

„A fontos, hogy öregedő fejjel is, ma is ki tudom mondani: „Luciennek hívnak, alkoholista vagyok.” S van még egy álmom: eljön az idő, amikor a diktátor is kijelenti: „Ikszipzilonnak hívnak, szadista vagyok, háborús uszító és hazug vagyok.”

A látszatokkal ellentétben az alkoholista mélyen erkölcsi lény. Ha ártalmassá válik, önmagára, és másokra nézve, dühében lesz azzá. Ha kijózanodik, a szomorúsága miatt válik azzá. A harag és a szomorúság uralkodik benne, amiatt, hogy azzal, amit tesz, nem tudja összhangban hozni azt, amit álmodik. Ezt álmodja és ezt akarja. (135. old.)

Az író szavait idézve kívántam végig vezetni az olvasót azon a rögzös, de egyedül célravezető úton, ami az alkohol rabságából kivezet. Minden embernek, akinek gondjai vannak az alkohollal, el kellene olvasni ezt a könyvet, hogy meg tudja találni azokat az embereket, aki végig kalauzolják ezen az úton. Igaz egyedül az ő döntése kell, hogy legyen, hogy akar-e ezen az úton menni. De talán az igazolást nyerhetne számára, hogy van kiút, és ez járható, mert van ember, aki végigjárta ezt.

**Albert Hofmann:**  
**LSD bajkeverő csodagyerekem – egy „varázsszer” felfedezése**  
**EDGE 200 – NDI, Budapest, 2003**  
**(szemelvények a műből)**

Összeállította: *Veleczi Viktória*

**Az LSD állatkísérletekben és a biológiai kutatásban**

Az LSD hatása legfőképpen a magasabb és a legmagasabb lelki és szellemi funkciók területén jelentkezik. Így aztán érthető, hogy az LSD esetében csak a magasabb rendű állatoknál számíthatunk specifikus reakciókra.

Ehhez olyan anyagmennyiségekre van szükség, ami még a fejlettebb állatok, tehát például macska, kutya, vagy majom esetében is jóval meghaladják az emberre hatásos LSD dózist.

Míg az **egereknél** csak a mozgászavarok és a nyalási viselkedés megváltozása figyelhető meg, addig az LSD-vel kezelt **macska** olyan jeleket is mutat, mint a borzolt szőrzet és nyálfolyás, amik hallucinációk jelenlétére utalnak a vegetatív szimptómák mellett. Az állatok félve bámulnak a levegőbe, és a szóbeszéd ellenére a macska nem egerész, sőt kifejezetten retteg az egértől.

Az LSD befolyás alatt álló **kutyák** esetében is következtethetünk hallucinációkra a viselkedésükből.

**Csimpánzok** ketrecközössége igen érzékenyen reagál arra, ha valamelyik tag LSD-t kap. Jóllehet egy adott állaton semmi nem állapítható meg, mégis az egész ketrec felbolydul, ugyanis az LSD-vel kezelt csimpánz nyilvánvalóan nem pontosan tartja be a nagyon finoman összezsizolt, hierarchikus családi rend törvényeit.

A **halak** furcsa úszási pozíciókat mutattak, míg a **pókok** esetében a hálószövésben figyeltünk meg LSD okozta módosulásokat. Nagyon alacsony, optimális adagolás esetén a hálók a szokásosnál még sokkal rendszeresebbek és pontosabbak, nagyobb adagok esetében azonban hibásak vagy csak töredékesek. (36-37. oldal)

**Mennyire mérgező az LSD?**

Bármely anyag mérgező jellegének mércéje az LD<sub>50</sub> érték, ami a közepes halálos adag, tehát az a dózis, amelynél a vizsgált állatok ötven százaléka elpusztul. Ez általában állatfajonként erősen változik, ami igaz az LSD-re is.

**Egerek** esetében az LD<sub>50</sub> 50-60 mg/kg i.v., vagyis egy kiló testsúlyra 50-60 milligramm intravénásan beadott LSD-oldat.

**Patkány** esetében az LD<sub>50</sub> testsúly-kilógrammonként 16,5 mg-ra csökken, míg **nyúl** esetében testsúly-kilógrammonként 0,3 mg.

Pár perc alatt kimúlt az az **elefánt**, amelyiknek 0,297 g LSD-t adtak. (.. az elefánt halálos adagja nagyjából ezerszer kisebb mint az egéré.)

Halálos LSD adag esetén a legtöbb állat légzésbénulástól pusztul el.

Ha az állatoknál megfigyelt **halálos adagot** összehasonlítjuk az **emberre hatásos dózissal**, amely testsúly-kilógrammonként 0,003 és 0,001 milligramm között van, akkor azt találjuk, hogy az LSD rendkívül jól tolerálható. ... Az LSD emberre halálos hatású adagját nem ismerjük. Tudomásom szerint még nem ismeretes olyan haláleset, ami LSD mérgezés közvetlen következménye lenne. ... Az LSD veszélyessége nem annak mérgező voltából, hanem **pszichikai hatásainak idegenszerűségéből és kiszámíthatatlanságából** ered.

Az intravénásan beadott LSD csekély maradványtól eltekintve igen gyorsan eltűnik a véráramból, és eloszlik az egész szervezetben. Meglepő módon a legkisebb koncentrációt éppen az agyban találjuk. Itt a köztiagy bizonyos központjaiban halmozódik fel, amelyek az érzelmek szabályozásában játszanak szerepet.

... Mivel az **LSD pszichikai hatásai** azt követően is fennmaradnak, amikor a szervezetben már nem mutatható ki, fel kell tételeznünk, hogy az LSD nem önmagában a maga jelenlétében hatásos, hanem bizonyos biokémiai, neurofiziológiai és pszichikai mechanizmusokat indít el, amelyek a bódulatot okozzák, és amelyek a hatóanyag hiányában is folytatódnak.

Az LSD a szimpatikus idegrendszer központjait stimulálja a köztiagyban, ami pupilla tágulatot, a testhőmérséklet megnövekedését és megemelkedett vércukorszintet okoz.

Az LSD különösen érdekes farmakológiai tulajdonsága ... a **szerootonin-gátló hatás**.

A szerootonin természetes funkcióinak zavarásával magyarázták egy ideig az LSD pszichikai hatásait. ... Az LSD származékai, amelyek nem rendelkeznek hallucinogén hatással, éppen olyan erősen vagy akár erősebben gátolják a szerootonin hatását, mint a nem módosított LSD.

Az **LSD szerootonin-gátló hatása** tehát nem elégséges ahhoz, hogy megmagyarázzuk hallucinogén tulajdonságait.

... Az LSD a legtöbb **dopaminra reagáló központot aktiválja** az agyban, míg másokat gátol. (37-40. oldal)

## **A gyógyszeről a kábítószerig**

### **Nem orvosi kísérletek**

Az első nem orvosi LSD-vel végzett önkísérleteket írók, festők, zenészek és szellemtudományok iránt érdeklődő személyek hajtották végre.

Olyan LSD szeánszokról hallottunk, amelyek rendkívüli esztétikai élményeket tettek lehetővé, és az alkotás folyamatának lényegébe engedtek bepillantást

Létrejött egy különleges műfaj, ami „pszichedelikus művészetként” vált ismertté.

Ez alatt olyan alkotásokat értünk, amelyek LSD és más pszichedelikus drogok hatása alatt jöttek létre, melyeknek során a drog stimulánsként és az ihlet forrásaként játszott közre.

(1) A pszichedelikus műalkotások nem a drog hatása alatt, hanem azt követően, az élmény befolyása alatt jöttek létre.

A mámor állapotának idején nehézkes, ha nem egyenesen lehetetlen bármilyen alkotó tevékenység. A képek áramlása túl hatalmas és túl gyorsan változó ahhoz, hogy rögzíteni, alakítani lehessen. A lenyűgöző látvány bénítja a tevékenységet. Az LSD mámorban létrejött alkotások éppen ezért általában töredékes jellegűek, és nem művészi értékük miatt érdemesek figyelemre, hanem sokkal inkább egyfajta pszichogrammként tekintendők, vagyis betekintést nyújtanak a művész LSD által aktivizált, tudatos szintre emelt, mély lelki struktúráiba.

(2) A vallásos és misztikus tapasztalat kutatása is új impulzusokat adott az LSD kísérleteknek. Teológusok és filozófusok vitatták meg azt a kérdést, hogy vajon az LSD-utazásokon gyakran előforduló ilyen jellegű élmények valódiak-e, tehát egyenértékűek-e a spontán misztikus-vallásos élményekkel és jelenségekkel.

Az LSD kutatás nem orvosi, mégis komoly fázisa ... egyre inkább háttérbe szorult a hatvanas évek elején, ahogy az LSD szinte járvány szerűen és igen gyorsan elrejedt az Egyesült Államokban jelentkező kábítószeres hullám során, mint szenzációs mámorító drog minden társadalmi rétegben. Az Egyesült Államokban a gyorsan növekvő drogfogyasztás nem az LSD felfedezésének következménye volt, ahogy azt a felületes szemlélők gyakran állítják, hanem mélyen rejlő szociológiai okokra vezethető vissza. Olyan okokra, mint a



materializmus, a növekvő iparosodás, és az egyre nagyobb mérvű urbanizáció miatti eltávolodás a természettől, a kielégülés hiánya a szakmai munkában, a munka mechanikus, lélektelen világában, unalom és céltalanság a jólakott jóléti társadalomban, továbbá a vallásos, oltalmat és értelmet nyújtó filozófián alapuló életmód hiánya. ... Nem véletlen, hogy az LSD éppen az Egyesült Államokban került forgalomba kábítószerként. ... Ugyanazkról a tényezőkről van itt szó, amelyek a hippi mozgalom létrejöttéhez és elterjedéséhez vezettek, ami az LSD hullámmal egy időben történt.

Az LSD kísérletekről/kezelésekről népszerű magazinok, napilapok számoltak be.

1959 szeptemberében az amerikai *Look* magazin

*The curious story behind the new Cary Grant* címmel illusztrált cikket közölt. Ez az írás valószínűleg nagyon jelentősen hozzájárult az LSD-fogyasztás elterjedéséhez. A híres filmszínész Cary Grant LSD-kezelésben részesült pszichoterápiás folyamata során. Egy nagy tekintélyű kaliforniai klinikán. A *Look* riporternőjének elmondta, hogy egész életében a belső békét kereste. Sajnos a jóga, a hipnózis és a miszticizmus nem vezetett sikerre. Csak azt LSD-kezelés volt képes belőle új, saját magában megszilárdult embert faragni, aki három sikertelen házasság után végre úgy érzi, hogy tényleg tud szeretni, és boldoggá tud tenni egy asszonyt.

...A kábítószeres világban egyre növekvő LSD-fogyasztással párhuzamosan nőtt a a horrotrip-ek száma, tehát az olyan LSD-kísérletek, amelyek zavarodottsághoz és pánikhoz vezettek, és amelyeknek gyakran súlyos baleset vagy akár bűntény volt a következménye.

A hatvanas évek elején ... a törvény által tiltott drogokról az akkor még legális LSD-re tértek át.

Az LSD körül tapasztalható nyilvánosság 1964 és 1966 között érte el tetőpontját mind ami a drogfanatikusok és hippik az LSD csodahatásairól szóló lelkes beszámolóit illeti, mind pedig ami az LSD hatása alatt bekövetkezett balesetokról, lelki összeomlásokról, bűntényekről, gyilkosságokról és öngyilkosságokról szóló jelentésekre vonatkozik. Valóságos LSD hisztéria tört ki. (58-63. oldal)

Dr. Leary esete

Dr. Timothy Leary az egész világon a „drogapostolként” vált ismertté.

1960-ban Mexikóban nyaralt, és megkóstolt a legendás „szent gombát”. A gomba okozta kábulatban misztikus extázis állapotába került, amit élete legmélyebb vallásos élményének írt le. ... Ettől kezdve teljesen a pszichedelikus drogok hatásával és alkalmazási lehetőségeivel foglalkozó kutatásnak szentelte magát. Kollégájával, Dr. Richard Alperttel együtt különböző tanulmányi projektekbe kezdett az egyetemen, melyekben LSD-t és pszilocibint, tehát a mexikói szent gomba időközben általuk izolált hatóanyagát használta. 1963-ban Learyt és Alpertet elbocsátották a Harvard egyetem tanári karából.

Leary megalapította az IFIF (International Federation of Internal Freedom = Nemzetközi Szervezet a Belső Szabadságért) elnevezésű szervezetet, mely előbb Mexikóban, majd Millbrookban (New York Államban) működött.

Leary indiai utazása után, 1965-ben áttért a hindu vallásra. A rákövetkező évben vallási közösséget alapított League for Spiritual Discovery néven, melynek rövidítése megegyezik az LSD rövidítésével.

A teszt-sorozatok LSD-partikká változtak. ... Az LSD volt a menetjegy a lelki és testi tapasztalás új világába tett kalandos utazáshoz. Az egyetemi ifjúság köreiben az LSD-trip lett a legújabb izgalmas divat, ami a Harvardról kiindulva hamarosan az ország összes egyetemén elterjedt.

Leary egy interjúban elmondta, hogy az LSD-divat egyik legfontosabb oka a szexuális élmény intenzitása, illetve a szexuális extázis LSD általi felfokozása volt.

Leary fiatalokhoz intézett kiáltványa, amit híres szlogenjében foglalt össze: „turn on – tune in – drop out” (pörögj fel – rezegj rá – lépj ki), a hippie mozgalom egyik központi hitvallásává vált. Leary a hippie kultusz egyik alapító atyja. A három parancsolat közül főleg a legutolsó bír szociális és politikai jelentőséggel. Drop out: lépj ki a polgári életből, fordíts háttal a társadalomnak, hányj fittyet az iskolára, a tanulásra és a munkára, szenteld magad maradéktalanul a belső univerzumnak és idegrendszered tanulmányozásának, és mindezt az után, hogy LSD-vel felpörgetted magad (turn on – ez a felszólítás túlmutatott a pszichológiai és vallási kereteken. ... Rendőrségi felügyelet alá került, megfigyelték, majd végül börtönbe zárták. (LSD és marihuána birtoklása miatt 10-10 évre, marihuána csempészéséért 30 évre ítélték. 1970 szeptemberében megszökött a börtönből, Svájcban politikai menedékjogot kért. (73-76. oldal)

#### Találkozásom Timothy Learyvel

1971. szeptember 30-án találkoztam vele Lausanne-ban a pályaudvar büféjében. ... Középtermetű, karcsú, rugalmas, mozgékony férfi, arcát barna, kicsit már öszülő, enyhén hullámos haj keretezte, fiatalos benyomást keltett, és világos, nevető szemeivel inkább teniszbajnoknak tűnt, mint volt harvardi docensnek.

Legsúlyosabb szemrehányásom Leary felé [mégis] jazzal volt kapcsolatos, ahogy az LSD-t a fiatalok körében népszerűsítette. Leary nem próbált szembehelyezkedni nézeteimmel, ami az LSD fiatalokra gyakorolt különleges veszélyeit illeti. Elmondta azonban, hogy nem indokolt a szemrehányásom, miszerint drogfogyasztásra csábított volna éretlen embereket, ugyanis az Egyesült Államokban a tinédzserek ugyanazon a szinten állnak, mint Európában a felnőttek, legalábbis, ami a tájékozottságot, és a külső élettapasztalatot illeti. Szerinte ezek a fiatalok már nagyon korán elérik az érettség állapotát, ezzel egy időben viszont a túlzott jóllakottság és a szellemi stagnálás állapotát is. Ezért gondolta úgy, hogy az LSD megtapasztalása az ilyen, éveik számát tekintve még nagyon fiatal emberek számára is értelmes, hasznos és produktív. ... Szerinte az LSD annyira pozitív hatással volt főleg az amerikai társadalom fiatalabb generációjára, hogy a helytelen használatából eredő csekély károk és sajnálatos balesetek ehhez képest súlytalanok, és olyan kockázatot jelentenek, amit vállalunk kell.

... Határozott különbséget tett a pszichedelikus drogok (LSD, pszilocibin, meszkalin, hasis) között, amelyek jótékony hatásáról meg volt győződve, és a függőséget okozó kábítószer, tehát a morfin, a heroin, stb. között, amelyek használatától újra és újra óva intett.

Ez a személyes találkozás Learyvel egy szeretetreméltó személyiség benyomását hagyta bennem, aki meg van győződve küldetéséről, és aki nézeteit, ha tréfálkozva is, kompromisszumokat nem ismerve képviseli. Olyan személyiség, aki a pszichedelikus drogok csodálatos hatásába vetett hittől és az ebből eredő optimizmustól vezetve szinte a fellegekben jár, és hajlamos arra, hogy alulbecsülje vagy akár figyelmen kívül hagyja a praktikus nehézségeket, a nemkívánatos tényeket és veszélyeket.

... 1972 februárjában ismét találkoztam Learyvel. Úgy tűnt, hogy Leary megváltozott. Szórakozottnak és szétszórtan tűnt, úgyhogy ezúttal nem volt termékeny a beszélgetés.

Az év végén [Leary] szerelmével, Joanna Harcourt-Smith-szel elhagyta Svájcot, miután elvált feleségétől Rosemarytól. ... Az amerikai titkosszolgálat ügynökei letartóztatták a kabuli repülőtéren, és visszaszállították a San Luis Obispo börtönébe, Kaliforniába. Sikertelenül kijárnia szabadlábra helyezését, de csak 1976 tavaszán bocsátották el. A barátaitól megtudtam, hogy az útutazás pszichológiai problémáival foglalkozott, illetve az emberi idegrendszer kozmikus megfelelőit kutatta a csillagközi térben, tehát olyan problémákat vizsgált, amelyek tanulmányozása nyilván már nem okoz nehézséget a hatóságokkal.

(76-79. oldal)

Találkozás Aldous Huxley-val  
(156-161. oldal teljes szövege a rajzzal együtt következik.)

Az ötvenes évek közepén két olyan könyv is megjelent Aldous Huxley tollából, a *The Doors of Perception* (Az érzékelés kapui) és a *Heaven and Hell* (Menny és pokol), amelyekben a hallucinogén drogok okozta kábulattal foglalkozik. Mesterien ábrázolja ezekben az érzékelés és a tudat módosulását, amiket a szerző meszkalinnal végzett önkísérletekben tapasztalt. Huxley számára a meszkalin-kísérlet látomásos tapasztalat volt. Új fényben látta a dolgokat; azok felfedték előtte saját, időtlen létüket, ami a hétköznapi pillantás előtt rejtve marad.

Mindkét könyv alapvető megfigyeléseket tartalmaz a látomásos megélés lényegéről és arról, hogy mi a jelentősége a világ ilyenféle felfogásának a kultúra történetében, ami a mítoszokat és a vallásokat, illetve a művészi alkotófolyamatot illeti. Huxley a hallucinogén drogok jelentőségét abban látja, hogy az egyébként a misztikusokra, szentekre és nagy művészekre jellemző spontán látomásos jelenségekre képtelen embereknek is lehetőséget adnak arra, hogy ilyen szokatlan tudatállapotokat éljenek meg. Ez Huxley szerint a vallásos vagy misztikus tartalmak mélyebb megértéséhez és a nagy műalkotások újszerű észleléséhez vezethet. Ezeket a drogokat kulcsként tekinti, amelyek talán a tapasztalás új kapuit nyitják meg, kémiai kulcsok más bevált, de fáradtságosabb „ajtónyitók” mellett, mint a meditáció, az izoláció és a böjtölés, vagy bizonyos jógagyakorlatok.

Már korábban is ismertem e jelentős író munkásságát. Különben már az 1932-ben megjelent *Szép új világ* című regényében is szerepet kap egy pszichotróp anyag, amit ő „szómának” nevez, és ami az embereket eufórikus állapotba hozza. A szerző említett két másik művében figyelemreméltó fejtegetéseket találtam a hallucinogén drogok által indukált tapasztalásáról, és így mélyebben megérthettem saját LSD-kísérleteim élményeit is.

Örömteli meglepetés volt tehát, amikor Aldous Huxley 1961 augusztusában egy délelőtti telefonon felhívott a laboratóriumomban. Feleségével átutazóban volt Zürichben. Feleségemmel együtt ebédre hívott a Sonnenberg szállodába.

Igazi úriember, gomblyukában sárga frézia, magas, előkelő jelenség jóságos kisugárással – így emlékszem Aldous Huxley-ra erről az első találkozásról. Az asztal körül folyó beszélgetés főként a mágikus drogok problémája körül forgott. Huxley és felesége, Laura Huxley Archera már kipróbálta az LSD-t és a pszilocibint is. Huxley ezt a két anyagot inkább nem akarta „drognak” nevezni, mivel a „drug” szó az angolban – ahogy egyébként a „Droge” is a németben – gyanúsán hangzik, és mert szerinte fontos, hogy az ilyen fajta hatóanyagokat nyelvi szempontból is megkülönböztessük a többi drogtól. Úgy vélte, hogy a látomásos tapasztalatokat nyújtó ágensek nagy jelentőséggel bírnak az emberi fejlődés adott szakaszában. A laboratóriumi körülmények között folyó kísérleteket kevésbé tartotta értelmesebbnek mivel – a rendkívül felfokozott érzékenység és a külső benyomásokra való fogékonyság miatt – meghatározó fontosságú a környezet. Azt javasolta feleségemnek – éppen a hegyek között meghúzódó szülőfalujáról beszélünk –, hogy egy alpesi mezőn vegyen be LSD-t, aztán nézze egy encián virág kék kelyhét, mert abban a teremtés teljes csodáját megpillanthatja.

Amikor elbúcsúztunk egymástól, Huxley a találkozó emlékéül hangszalagon átadta *Visionary Experience* című előadása egy példányát, amit egy héttel korábban tartott Koppenhágában, egy alkalmazott pszichológiáról szóló kongresszuson. Az előadásban a látomásos tapasztalás mibenlétéről és jelentéséről beszélt, és a világ szemlélésének ezen módját szükséges kiegészítésként állította szembe a valóság verbális és intellektuális megragadásával.

A következő évben jelent meg Aldous Huxley új, utolsó könyve, az *Island* (Sziget). Azzal a kísérlettel foglalkozik, hogy a Pala nevű utópisztikus szigeten a természettudományok és a technikai civilizáció vívmányait keleti bölcsességgel vegyítse, és így új kultúrát teremtsen,

olyat, amiben a ráció és a misztikum termékenyen egyesül. Pala népének életében fontos szerepet játszik egy mágikus drog, a moksha-gyógyszer (a moksha szó megváltást, megszabadítást jelent), amit egy bizonyos gombából nyernek. Használata a döntő életszakaszokra korlátozódik. Pala fiataljai beavatási szertartásokon kapják; a regény hőse élete kritikus szakaszában fogyasztja egy pszichoterápiás beszélgetés keretében, amikor egy hozzá lélekben közel álló személlyel együtt élvezi; a haldoklónak pedig megkönnyíti a földi lét elhagyását és a másik világba történő átlépést.

Zürichi beszélgetésünk során már megtudtam Huxleytől, hogy új regényében ismét foglalkozik majd a pszichedelikus drogok problémájával. Nos, kaptam is egy példányt a Szigetből, benne kézzel írt ajánlással: „To Dr. Albert Hofmann, the original discoverer of the moksha-medicine, from Aldous Huxley”.

Huxley 1962. február 29-én kelt levele is mutatja, milyen reményt fűzött ahhoz, hogy a pszichedelikus drogok segíthetnek a látomásos élmények előhívásában, illetve hogy ezeket hogyan lehet hasznosítani a hétköznapi életben:

*Azt remélem, hogy ez és a hasonló munkák a látomásos tapasztalás valódi Természettudományának kialakulásához vezet majd annak minden változatosságában, ahogy azt a testalkat, a temperamentum és a foglalkozás különbözőségei meghatározzák, és egyben elérik az „Alkalmazott miszticizmus” technikáját – olyan technikát, amely lehetővé teszi az egyén számára, hogy transzcendentális tapasztalataiból a lehető legtöbbet nyerje és hogy a „Másik világból” szerzett benyomásait az „Evilági ügyeiben hasznosítsa. (Eckhart mester fogalmazott, hogy „Amit értelmekkel befogadsz, azt szeretetben add vissza”.) Alapvetően tehát ezt kell elérniünk – annak művészetét, hogy szeretetben és intelligensen adjuk vissza azt, amit a látomásainkban befogadunk, illetve azt, amit az önmagunkra vonatkozó transzcendenciákból és az Univerzummal létező szolidaritásból tapasztalunk.*

1963 nyarának végén Aldous Huxley-val közösen vettem részt a World Academy of Art and Science (WAAS) éves találkozásán Stockholmban. Az Akadémia ülésein alapvetően az ő javaslatokai és vitaindítói határozták meg a tárgyalásokat, azok tartalmát és lefolyásuk formáját.

A WAAS megalakítása azon terven alapult, hogy a világ problémáit leginkább hozzáértő szakemberek dolgozzák fel egy olyan nemzetek fölötti, az egész földet átfogó szempontok szerint szerveződő világnézeti és vallásos tekintetben nem elkötelezett grémium keretei között, amely a felelős kormányok és megvalósító szervezetek rendelkezésére bocsátja az eredményeket, javaslatokat és gondolatokat megfelelő publikációk formájában.

Az 1963-as konferenciát megelőző WAAS találkozó a népességrobbanással és a föld nyersanyagtartalmának és élelemforrásainak kimerülésével foglalkozott. A megfelelő vizsgálatokat és javaslatokat a WAAS második kötetében *The Population Crisis and the Use of World Resources* cím alatt foglalták össze. Mi tehát már utaltunk ezekre a világproblémákra és megoldási javaslatokat tettünk a föld döntéshozói felé egy évtizeddel azelőtt, hogy a „születésszabályozás”, a „környezetvédelem” vagy az „energiaválság” fogalmi címszavakká váltak volna. Az említett területeken, azóta megfigyelhető katasztrofális fejlemények nyilvánvalóvá teszik a felismerés, az akarat és a cselekvőképesség közötti tragikus ellentmondást.

Aldous Huxley azt javasolta a stockholmi találkozón, hogy a *World Resources* (globális erőforrások) téma mellett kiegészítésül foglalkozzunk a *Human Resources* (emberi erőforrások) problematikájával, tehát az emberben rejtőző, még nem hasznosított képességek kutatásával és feltárásával. A magasabb fejlettségi szintű szellemi képességekkel, a létezés felfoghatatlan csodája iránt szélesebb tudattal rendelkező emberiség valószínűleg földi létezésének biológiai és anyagi alapjait is jobban fel tudná ismerni és tisztelni tudná. Éppen ezért főként a túlfejlett racionalizmussal jellemezhető nyugati ember számára lenne evolúciós jelentőségű azon képesség fejlesztése és kibontása, hogy a valóságot közvetlenül, a szavak és

fogalmak torzítás nélkül, az érzelmek szintjén élje meg. Huxley a pszichedelikus drogokat is az ilyen irányú fejlődés egyik segédeszközének tartotta. A pszichedelikus szerek ésszerű alkalmazási lehetőségeiről szóló beszámolójával megtámogatta Huxley gondolatát a kongresszuson ugyancsak résztvevő Dr. Humphrey Osmond pszichiáter, aki eredetileg bevezette a „psyhedelic” („a lelket kibontó”) fogalmat.



A stockholmi konferencia volt az utolsó alkalom, hogy Aldous Huxley-val találkoztam. Külső megjelenésén már látszott súlyos betegsége, de szellemi kisugárzása töretlen maradt.

Ugyanezen év november 22-én, ugyanazon a napon, amikor Kennedy elnököt meggyilkolták, Aldous Huxley is elhunyt. Laura Huxley asszonytól megkaptam Julian és Juliette Huxley-nak írt levele egy másolatát, amiben férje utolsó napjáról tudósítja sógorát és sógornőjét. Az orvosok drámai végre készítették őt fel, mivel a légzőszervek rákbetegsége (Aldous Huxley ebben szenvedett) a végső fázisban általában görcsökkel és fulladásos rohamokkal jár. Ő azonban nyugodtan és békésen távozott.

**Aznap délelőtt, amikor már annyira gyenge volt, hogy beszélni sem tudott, egy darab papírra ezt írta föl: „LSD – try it – intra muscular – 100 mmg”<sup>26</sup> Huxley asszony értette, hogy mire gondol, és a jelenlévő orvos fenntartásaival nem törődve saját maga adta be neki a kért injekciót – a moksha-gyógyszerrel segített rajta.**

## **Bevezetés**

Albert Hofmann könyvének megjelenése óta kis híján negyedszázad telt el. Lezárult a hippikorszak, vesztített erejéből a pszichedelikus mozgalom<sup>1</sup>. Az LSD pszichoterápiás használata már korábban tiltás alá került, s bár a téma nem tűnt el teljesen az irodalomból<sup>2</sup> – sőt valószínűleg a gyakorlatból sem –, legális keretek között érdemben<sup>3</sup> ma sem folytatható ilyen jellegű tevékenység. Az LSD mindazonáltal továbbra is jelen van az ifjúsági szubkultúrákban, s használatával kapcsolatosan ma is rengeteg kérdés merül föl. A következőkben az LSD jelenlegi használatával kapcsolatos legfontosabb jellemzőket foglalom össze.

## **A használat elterjedtsége a normál populációban**

A hippikorszak lezárultával, a 70-es évek közepétől jelentősen csökkent az LSD-t kipróbálók aránya. A mintegy másfél-két évtizedes alacsonyabb fogyasztási arány után azonban a 90-es évek elején ismét emelkedni kezdett az LSD-t használók aránya. Az Egyesült Államokban a 80-as évek alacsony kipróbálási értékeit követően 1991-től tapasztaltak növekedést. Az emelkedés azonban nem tartott sokáig, 1996-tól kezdődően ismét csökkenés volt tapasztalható<sup>4</sup>. 1997-ben a 12. évfolyamon tanulók 13,6%-a jelezte, hogy használt már valaha életében LSD-t, míg az elmúlt havi használat aránya 3,1% volt. 2002-re ezek az értékek jelentősen csökkentek: 8,7%, illetve 0,7%.

Magyarországon, 1999-ben a második osztályos középiskolások 4,5%-a jelezte, hogy használt már életében LSD-t vagy valamilyen egyéb hallucinogén szert<sup>5</sup>. A hazai trendekre jellemző, hogy ez az érték négy évvel korábban ennek harmada, 1,4% volt<sup>6</sup>. Felnőtt (18-65 éves) populáció esetében a kipróbálók aránya hazánkban 1,6%. Az európai átlagérték ennek valamivel több, mint kétszerese, 3,6%<sup>7</sup>.

## **LSD a parti-látogatók körében**

Az LSD használatának a kilencvenes évek elejére tehető fellendülése egyértelműen a partikultúra megjelenéséhez köthető. A Chicagóban és Detroitban megjelenő új elektromos zenei irányzat, az „acid house” a nevében is magában hordozta az LSD-t. Bár a

---

<sup>1</sup> BAYER I. *A drogok történelme. A kábítószeres történelme az ókortól napjainkig*. Aranyhal könyvkiadó, Budapest. 2000.

<sup>2</sup> L. pl. FELDMÁR A. A kapcsolat fontossága az entheogénekkal segített pszichoterápiában. *Addiktológia*, 2003/1: pp. 105-112., Buda B. Gondolatok Feldmár András írásához. *Addiktológia*, 2003/1: pp.113-116.

<sup>3</sup> Mint látni fogjuk néhány kísérleti alkalmazás történet az elmúlt években.

<sup>4</sup> JOHNSTON, L. D., O'MALLEY, P. M., BACHMAN, J. G. 2003. *Monitoring the Future. National Results on Adolescent Drug Use. Overview of Key Findings*. U.S. Department of Health and Human Services, Fochville. 2002.

<sup>5</sup> A hallucinogén drogok olyan kémiai anyagok, amelyek elsődleges hatása az érzékelés, az észlelés és a tudatállapot módosítása. Ilyen szerek az LSD mellett a meszkalin, a mágikus gombák, a PCP (angyalpor), ketamin stb.

<sup>6</sup> ELEKES ZS. ÉS PAKSI B. *Drogok és fiatalok. Középiskolások droghasználata, alkoholfogyasztása és dohányzása az évezred végén Magyarországon*. ISMertető 8. Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest. 2002.

<sup>7</sup> ELEKES ZS. ÉS PAKSI B. *A felnőtt népesség droghasználata és alkoholfogyasztása Magyarországon*. Kézirat, Budapest. 2002.

partikultúrában a későbbiek során lényegesen nagyobb szerepre tett szert az MDMA (ecstasy)<sup>8</sup>, az LSD sem szorult ki ebből a fogyasztói körből. Sőt, bizonyos típusú partikon (ilyen például a goa irányzat) egyértelműen dominál.

Egy hazai felmérés szerint<sup>9</sup> a táncos szórakozóhelyeket látogató fiatalok<sup>10</sup> 25,8%-a próbált már ki valamilyen hallucinogén szert, de hatalmas különbségek mutatkoztak az egyes helytípusok szerint. Így a hagyományos diszkókban a kipróbálók aránya relatíve alacsony, 12,2% volt, míg a partikon még az elmúlt havi használat is magasán meghaladta a diszkókban megkérdezettek között mért kipróbálás mértékét. Így a diszkókban 2,1%, a partikon 17% nyilatkozott úgy, hogy a megkérdezést megelőző 30 napban használt valamilyen hallucinogén szert.

A hallucinogén szerek között az LSD bizonyult a domináns szernek, 19,5% próbálta ki életében legalább egyszer ezt a szert, s pontosan a megkérdezettek 3%-a jelezte, hogy a kérdezést megelőző hónapban is használta.

Mint azt korábbi tanulmányok is jelezték az LSD esetében nem jellemző az intenzív használat. Ezt jelzi az elmúlt havi használat viszonylag alacsony aránya a valaha használókhoz képest, illetve az is, hogy az elmúlt hónapban használók 46%-a úgy nyilatkozott, hogy mindössze egyetlen alkalommal használta az LSD-t ebben az időszakban. További 49% az elmúlt hónapra vonatkozóan heti-kétheti gyakoriságot jelzett, míg ennél intenzívebb használat az esetek 5%-ában fordult elő. Napi használatra egyáltalán nem volt példa.

Hasonló értékekkel találkozunk Európa nagyvárosaiban. Egy hét városra kiterjedő vizsgálatban 21% és 67% között változott a hallucinogén szereket kipróbálók aránya a partikon megkérdezettek körében<sup>11</sup>. A legalacsonyabb értéket Rómában (21%) és Bécsben (35%) mérték, míg Berlinben, Prágában, Madridban, Zürichben és Amszterdamban egyaránt 40% fölött volt a kipróbálók aránya. Az elmúlt havi használat gyakorisága 8% és 19% között változott.

## **A parti--kultúra**

Mint jeleztük fentebb, az LSD használata a kezdetektől szorosan kapcsolódott a parti-kultúra megjelenéséhez. A mai elektronikus zenei irányzatok közül talán a goa mutatja a legszorosabb kapcsolatot az LSD használatával. A drog tudatállapot-módosító hatásánál fogva hozzájárul a partiélmény<sup>12</sup> kialakulásához. Fejér<sup>13</sup> rámutat, hogy a parti sok szempontból hasonlatos a törzsi társadalmak táncos rítusaihoz. Maga a parti zenéje is táplálkozik ezekből a törzsi forrásokból.

<sup>8</sup> DEMETROVICS ZS. Ecstasy: szakirodalmi áttekintés. *Addictologia Hungarica*, 2002/2: pp. 84-113., 2002.

<sup>9</sup> DEMETROVICS ZS. *Droghasználat Magyarországon táncos szórakozóhelyein*. L'Harmattan Kiadó, Budapest. 2001.

<sup>10</sup> A vizsgálat 1999 őszén-telén zajlott. Összesen 1507 fő töltött ki kérdőívet szórakozási szokásaira vonatkozóan Budapesten, illetve négy vidéki nagyvárosban. A megkérdezettek átlagéletkora 21 év volt, mintegy kétharmaduk 17 és 24 év közötti.

<sup>11</sup> TOSSMANN, P., BOLDT, S., TENSIL, M. D. The use of Drugs within the Techno party Scene in European Metropolitan Cities. *European Addiction Research*, 2001/1: pp. 2-23.

<sup>12</sup> RÁCZ J., GERESDI ZS. Az underground partikultúra értékvilága Magyarországon. *Educatio*, 2001: pp. 530-542.

<sup>13</sup> FEJÉR B. LSD és popkultúra. In: Demetrovics Zs. (szerk.) *A szintetikus drogok világa. Diszkódrogok, drogfogyasztók, szubkultúrák*. Animula, Budapest. 34-69., 2000.

A parti egyszerre individuális és társas élmény. Egyszerre magány a tömegben, hiszen a dübörgő zene elszigetel, nincs mód a beszélgetésre, s egyszerre feloldódás a tömegben, hiszen ugyanez a zene, a közös ritmus, a közös tánc, az órákon át tartó közös ekstázis összeköt, sőt a beszámolók szerint megismételhetetlen közösségi élményt eredményez. A parti tehát a bizonyos fokú elszigeteltség ellenére is jellegzetesen kollektív élmény, amely az együttléten, a közös táncon, az élményben való közös feloldódás megélésén alapul. A jelenséget jól jellemzi a house-kultúra mottója: „A house mindenkié”, vagy egy népszerű szám klasszikussá vált sora: „A harmónia a kulcs testvéreim”<sup>14</sup>. A kezdetektől jellemző volt a partik légkörének elfogadó attitűdje, a diszkrimináció bármiféle megnyilvánulásának teljes elutasítása. Az elmúlt tizenöt évben azonban a parti világa is jelentősen differenciálódott. A legkülönbözőbb irányzatok jöttek létre, s ezek gyakran teljesen eltérő szubkulturális jellemzőket alakítanak ki, s egyben jelzik is a más irányzatoktól való elkülönülésüket.

Bár a zene és a monoton tánc önmagában előidézhetheti a módosult tudatállapotot, sokan különböző drogokkal élnek az élmény elérése érdekében. Mint említettük, az LSD egy, s ma már nem is a legnépszerűbb ezen szerek közül. A hatvanas években az író, Ken Kesey volt az, aki az első LSD használathoz kötődő partikat megrendezte. Ő, Leary óvatos, a belső világra koncentráló önmegismerést elősegítő megközelítésével szemben, a külső ingerek fokozását, az érzések kiélését, kifelé való megnyilvánulását, kitörését tartotta fontosnak. Az úgynevezett Acid-tesztek (az acid itt megint csak az LSD-re utal) hatalmas partik voltak, dübörgő zenével, foszforeszkáló színekkel, folyamatos táncsal. Ezek az események a mai partik egyértelmű elődjeként tarthatóak számon. A 80-as évek végén, elsőként Chicagóban és Detroitban, megjelenő acid-partik és a 60-as évek Acid-tesztjei közötti hasonlóság megdöbbentő<sup>15</sup>. Különbséget elsősorban a jelenlegi zene elektronikus voltában találunk, bár a 60-as években már megjelentek olyan hangszeres zenei irányzatok, melyek a maihoz hasonlóan a dallamossággal szemben előtérbe helyezték a ritmikusságot, illetve a monotóniát.

Mint említettük az LSD használata a legjellemzőbben a goa nevű irányzathoz kötődik. Az a leginkább pszichedelikusnak tekinthető irányzat szoros szálakkal kötődik az amerikai pszichedelikus mozgalom eszméihez<sup>16</sup>. Bizonyos értelemben annak továbbéléseként is értelmezhető.

Más irányzatokon azonban egyre inkább más szerek kezdtek dominálni. Egyes – elsősorban gyorsabb – irányzatoknál jelentősebb szerephez jutott például az amfetamin használata, de a legszélesebb körben az ecstasy vált használatossá. Ez a szer nem hordozza magán az LSD hallucinogén hatásait, ugyanakkor növeli a közösségre való nyitottságot, érzékenységet.

Az amfetamin és az ecstasy mellett számos más drog is megjelenik, és sok közülük hamar el is tűnik az illegális drogpiacon. Szokás ezeket az újabb előállítású szereket – néha tévesen a régebbieket is – a designer drug elnevezéssel illetni, utalva arra, hogy olyan anyagokról van szó, amelyek „megalkotásának” célja nem más, mint egy illegális listára került szer helyett egy hasonló hatású, de attól eltérő kémiai szerkezetű, s ily módon még nem illegális szer kikísérletezése, létrehozása. Úgy tűnik azonban, ezen drogok mellett is megmarad az LSD népszerűsége.

---

<sup>14</sup> KOSTER S. Manapság kell a house. In: Demetrovics Zs. (szerk.) *A szintetikus drogok világa. Diszkódrogok, drogfogyasztók, szubkultúrák*. Animula, Budapest. 28-33., 2000.

<sup>15</sup> ADELAARS, A. XTC. *Alles over Ecstasy*. Globe Pockets 38, In de Knipscheer, Amsterdam. 1996.

<sup>16</sup> RÁCZ J., GERESDI ZS. Az underground partikultúra értékvilága Magyarországon. *Educatio*, 2001: pp. 530-542.



## Az LSD hatásmechanizmusa

Hofmann is jelzi könyvében, hogy az LSD hatását elsődlegesen a szerotonin rendszeren keresztül fejt ki. Ez a mechanizmus még ma sem teljesen tisztázott. Úgy tűnik különböző szerotonin receptorok, az agy különböző területein más-más módon érintettek<sup>17</sup>. Külön érdekesség azonban az LSD hatásmechanizmusával kapcsolatosan, hogy az LSD azon kevés drog közé tartozik, amelyek nem hatnak az agy úgynevezett örömközpontjára. A legtöbb illegális szer pozitív megerősítő hatása – amely alapvető szerepet játszik a függőség kialakításában, az ismételt használat szükségletének megjelenésében – ezen az örömközponton, vagy gyönyörközponton keresztül valósul meg. Az LSD és néhány más hallucinogén szer kivételt jelent ebből a szempontból. Ez a különbség természetesen a pszichés hatások szintjén is jelentkezik. Míg a legtöbb drog esetében – az akut hatást tekintve – pozitív élmények várhatóak, addig az LSD és más hallucinogén szerek esetében ez nem így van. A hallucinációk, az „utazás” iránya nagy mértékben befolyásolja, hogy az élmény végül pozitív vagy negatív színezetet ölt. Talán a hallucinogén szerek esetében a legjelentősebb a set és a setting tényezők szerepe a hatás alakulásában<sup>18</sup>.

## LSD és pszichoterápia – a kilencvenes évek

A kilencvenes évek során valamelyest elindult az LSD szerepének újraértékelése, mind Európában, mind az Egyesült Államokban<sup>19</sup>. Ennek első lépéseként a Swiss Academy of Medical Sciences szervezésében sor került egy szimpózium megtartására, amelynek konklúziója a korábbi kutatások újraértékelésének és újabb vizsgálatok elindításának szükségessége volt. A kilencvenes évek közepén Rick Strassman az Új-Mexikói Egyetemen, míg Franz Vollenweider Svájcban kapott lehetőséget a hallucinogének támogatta pszichoterápia vizsgálatához.

## Az önmegismerés kérdése

Végezetül érdemes röviden megemlékezni arról a kérdésről, amely az LSD önmegismerést elősegítő hatásával kapcsolatosan merül fel. Ez a használati irány, amely Kesey-vel szemben inkább Timothy Leary nevéhez fűződött, majd értelemszerűen a pszichoterápiás alkalmazás mentén erősödött tovább, ma is jelen van a társadalomban. Bár a használatot látszólag a parti világa uralja, beszámolóik jelzik, hogy ezzel a domináns és „hangosabb” használati formával szemben, a kevésbé feltűnő, a befelé fordulásra, a spirituális élményre, az önmegismerés

<sup>17</sup> PECHNICK, R. N., UNGERLEIDER, J. T. Hallucinogens. In: Lowinson, J. H., Ruiz, P., Millman, R. B. and Langrod, J. G. (eds.) *Substance Abuse. A Comprehensive Textbook*. Williams & Wilkins, Baltimore. 230-238., 1997.

LIN, G. C., GLENNON, R. A. *Hallucinogens: An Update*. NIDA Research Monograph 146. U.S. Department of Health and Human Services, Rockville. 1994.

<sup>18</sup> A set tényezőkön alapvetően a droghasználó személy különböző jellemzőit értjük, úgymint testi-, lelki állapotát, aktuális hangulatát, korábbi tapasztalatait, a droggal kapcsolatos elvárásait. A setting tényező ugyanakkor a fizikai és szociális környezet jellemzőire utal. Azaz, hol, milyen helyszínen, milyen társaságban történik a droghasználat. A drog pszichofarmakológiai hatása mellett ezek a tényezők is jelentősen befolyásolják a kialakuló hatást; úgy tűnik azonban, hogy az egyes szerek esetében – ilyenek a hallucinogének – ez a befolyásoló erő kifejezettebb, mint más szereknél. A témáról lásd ZINBERG, N. E. *Drug, Set, and Setting. The Basis for Controlled Intoxicant Use*. Yale University Press, New Haven-London. 1984.

<sup>19</sup> GRIFFITHS, P., VINGOE, L., JANSEN, K., SHERVAL, J., LEWIS, R., HARTNOLL, F., NILSON, M. *New Trends in Synthetic Drugs in the European Union: Epidemiology and Demand Reduction Responses*. EMCDDA Insights series, No 1. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Luxembourg. 1997.

lehetőségére hangsúlyt helyező csoportosulások, szubkultúrák is működnek. Különösen főiskolás, egyetemista körökben erős az elképzelés, miszerint az LSD hatásos utat jelent az önmegismerés felé. Az elmúlt évtizedek tapasztalatai azonban azt jelzik, hogy a képlet korántsem ilyen egyszerű. Nem véletlen ugyanis, hogy az LSD pszichoterápiás alkalmazása során is gondos előkészületek és tervezés mellett történt a drog alkalmazása. Az LSD az elfojtott élmények, érzések hozzáférhetővé válásában, felszabadulásában működik közre. Ez a folyamat valóban alapja lehet az önmegismerésnek, de alapja lehet egy pszichózis belobbanásának is. Az önmismeret nem pusztán az elfojtott tartalmak felszínre hozását jelenti, ehhez szervesen kapcsolódnia kell az élmények (és itt alapvetően traumatikus élményekről van szó, hiszen ezért kerültek elfojtásra) személyiségbe történő integrálásnak is. Ehhez azonban az LSD egyáltalán nem nyújt segítséget, sőt magát az integrációs folyamatot feltehetőleg inkább nehezíti. Nem szabad elfelejteni, hogy az elhárítás, normál mértékben, adaptív működése a személyiségnek. Nem tudunk, nem is lehet valamennyi minket érintő eseménnyel, traumával, tapasztalattal aktívan megküzdeni; ezért kerül ezen tapasztalatok egy része a tudat nem hozzáférhető tartományaiba. Tudjuk, hogy az elhárítások túlzott mértéke neurotikus folyamatok kialakulásához fog vezetni, hiszen ezekben az esetekben az egészséges működéshez szükséges dolgok is a tudattalanba száműzetnek. Ilyenkor szükséges ezek felszínre hozása, ami azonban egy terápiás folyamatban fokozatosan történik, mindig lehetővé téve a folyamatos integrációt is. Az LSD veszélye abban rejlik, hogy ezek a tartalmak az integráció lehetősége nélkül szabadulhatnak rá a használóra. Fontos emlékeznünk arra, hogy még az LSD-t alkalmazó pszichoterápiák radikálisabb változata, a pszichedelikus terápia során is, az intenzív (nagy dózisu) LSD hatást intenzív feldolgozás követi. Ennek – szakember vezette – hiányában azonban sajnos inkább a kockázatok, mint a jótékony hatások kerülnek előtérbe.

DEMETROVICS ZSOLT

ELTE Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszék  
Nemzeti Drogmegelőzési Intézet

## MI AZ EGÉSZSÉG ?

(A.E. Bedworth & D.A. Bedworth: The profession and practice of health education. Wm.C. Brown Publishers, 1992, Chapter 2: What is health? pp 36-72, magyar nyelvű összefoglalása, ábrái)

Összeállította: dr. Sipos Kornél

### Bevezetés

A minőség fontosságát a szerző a könyvben minden eszközzel igyekszik hangsúlyozni:

– az élet minősége

az egészség megőrzésének minősége

az orvosi diagnózis és gyógyítás minősége

az oktatók és a szervezők minősége

az oktatási program felépítésének és alkalmazásának minősége

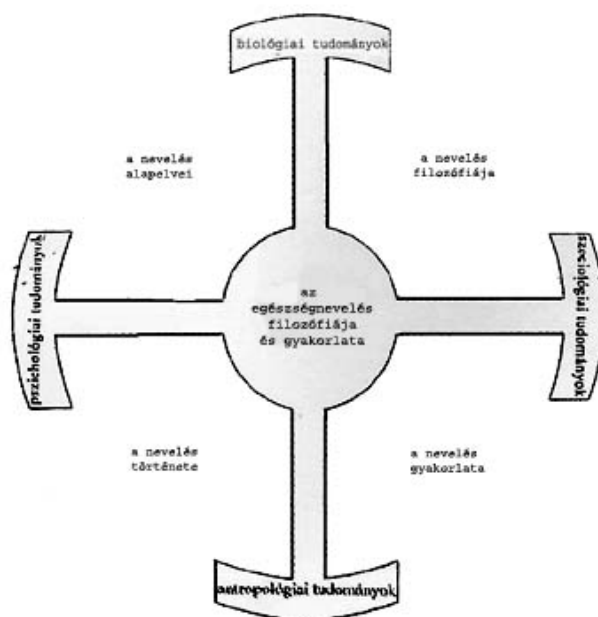
az oktatás környezetének minősége

az oktatás módszertan minősége

az oktatás céljainak és gyakorlatának minősége

a tanítás és a tanulás értékelésének a minősége

AZ EGÉSZSÉGNEVELÉS INKÁBB EGY FOLYAMAT MINT EGY KÉSZ MŰ.



## MI AZ EGÉSZSÉGNEVELÉS FILOZÓFIÁJA?

- Az egészségnevelés filozófiája és gyakorlata  
– az emberek többdimenziós természetét;  
– örökletes és környezeti tényezők által meghatározott  
    (a) hasonlóságait és  
    (b) különbözőségeket;  
– a kultúrának az egészségre gyakorolt hatását;  
– az emberek egészséges viselkedésre való képességét  
    tartja szem előtt.

### Fogalmak

#### Az egészség

az ember testi, lelki és szociális funkcióinak minőségével határozható meg, ami az embernek önmagával és másokkal való kapcsolatban – személyes és társas helyzetekben – a sikerességet biztosítja.

#### A nevelés

megtervezett és spontán tanulási tapasztalatok összessége, amely az egyén önértékelését – a szociális, pszichológiai és fizikai környezethez való alkalmazkodásban – befolyásolja.

#### Az egészségnevelés

a neveléstudomány speciális ágaként az egészséget és a nevelést egyszerre alkalmazza. Az előre megtervezett, vagy véletlen tapasztalatok, amelyek az embernek saját egészségével- és az őt körülvevő társadalom egészségével kapcsolatos *gondolatait, érzéseit, és cselekedeteit* befolyásolják, mind az egészségnevelés részét alkotják.

#### A tudomány

„tanulás vagy gyakorlás által megszerzett tudás birtoklása”, és lényegét „meghatározott tények sokaságára vonatkozó általános törvények feltárására való törekvés” jellemzi.

#### Az egészségtudomány

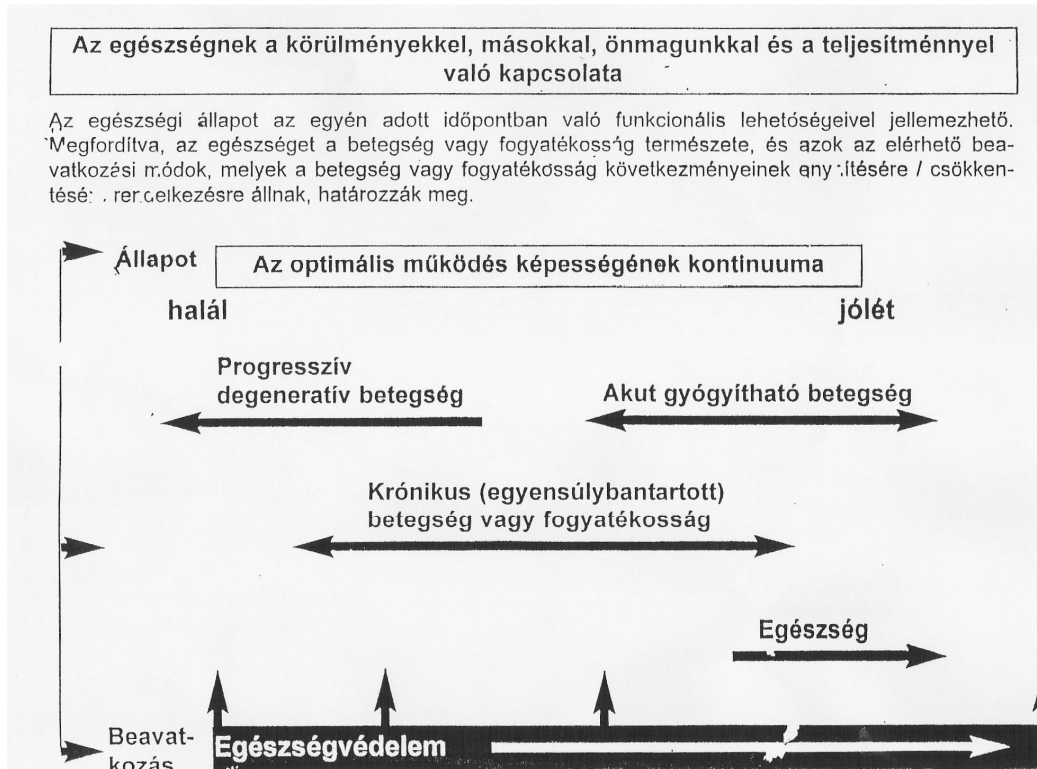
oktatása az egészségneveléshez viszonyítva szűkebb fogalom. – Az egészségnevelésben egy kompetens személy az egészségtudomány elveit – a nevelési folyamat segítségével – alkalmazza.

#### Az egészségnevelés filozófiája és gyakorlata

az évszázadok során sokat változott, csak egyetlen cél, a túléléshez szükséges egészséggel kapcsolatos elemi ismeretek biztosítása, maradt változatlan.

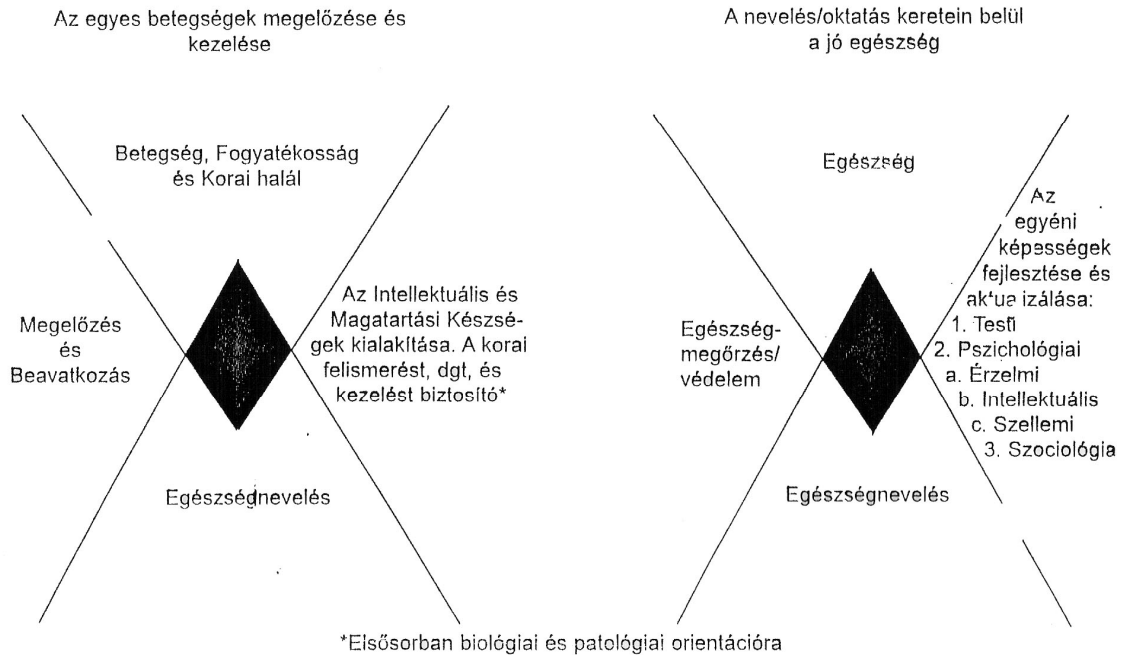
Napjainkban ezt a célt az egyénnek és a társadalomnak a maximális lehetőségek eléréséhez nyújtott segítséggel egészítjük ki, amit az önérvényesítés fejlesztésével érhetünk el.

2.2. ábra



2.3. ábra

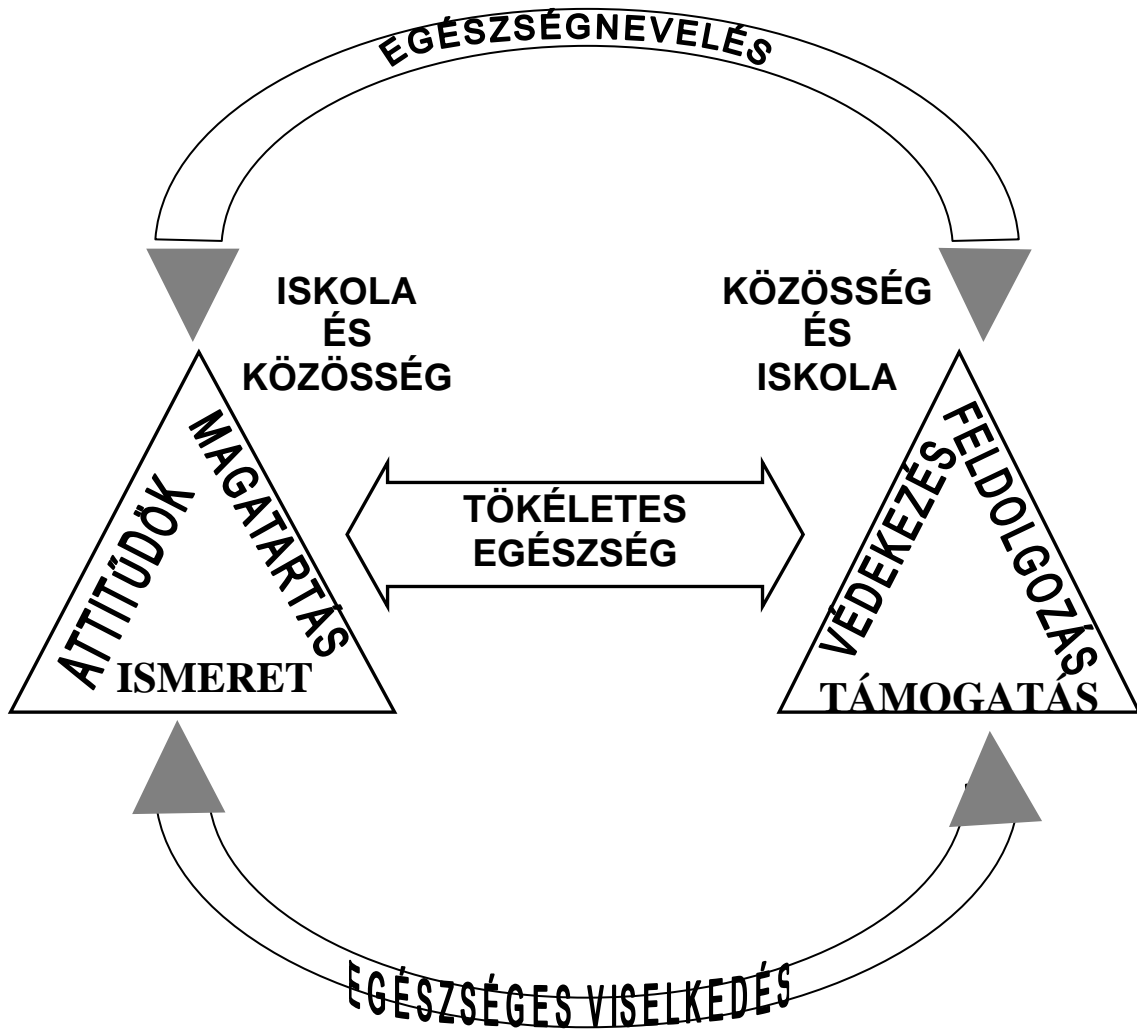
**A megelőzés és beavatkozás központú-, és az egészségvédelemre irányuló Egészségnevelés összehasonlítása**



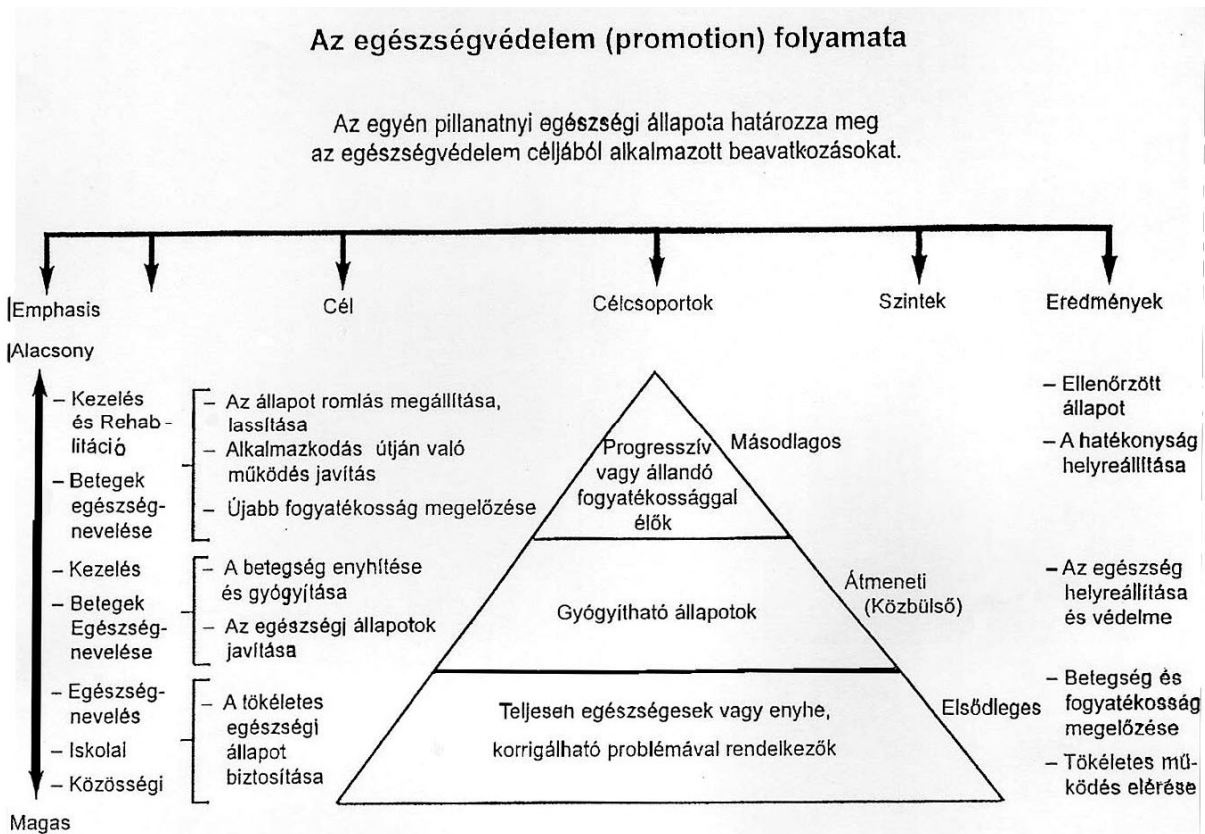
2.4. ábra

A tökéletes egészség elérése

Az iskola és a környezet szerepe a tökéletes egészség elérésében eltérő hatást fejt ki, ennek ellenére mindkét területen szükséges az egészségnevelés



## 2.5. ábra



**AZ EGÉSZSÉGNEVELÉS MINT SZAKMA**  
gyakorlatának és újraértékelésének, a jövő feladataira való felkészüléshez  
a sürgősen megvalósítandó feladatokat

**Helen S. Ross (1976)**  
7 területen jelölte meg.

1. Drámai változások az egészségügy szervezeti és működési rendszerében.
2. Annak a tudatosítása, hogy az egészségi állapot jelentős javulása az egyének egészségmagatartása nagyfokú megváltozásától várható.
3. Az egészségnevelés presztízse az egészségbiztosítás és hasonló programok hatékony működése által növelhető.
4. Az egészségnevelők szakmai felkészítését szükséges javítani.
5. A modern magatartástudományi kutatások alkalmazása az egészségnevelés számára különösen fontos.
6. Azok az egészségnevelők, akik a menedzsment vagy a közigazgatás különböző szintjein tevékenykednek a korábbi felkészítő programok által biztosított ismeretanyagtól eltérő tudással kell, hogy rendelkezzenek.
7. Az egészségnevelőknek a szakmaszámára kidolgozott etikai előírások szerint kell tevékenykedni.

[Helen S. Ross: Redefining the Future of Health Education, 7 (4) 1976, 5]

**Helen S. Ross által 2001-re kidolgozott cselekvési csomag 20 tételből áll:**

- (1) a táplálkozás javítása
- (2) a fizikai aktivitás és fittség növelése
- (3) a dohányzás csökkentése
- (4) az alkohol és egyéb drogok okozta problémák csökkentése
- (5) felelősség teljes (mai szóhasználat: biztonságos) szexuális magatartásra való buzdítás
- (6) az erőszakos- és másokat károsan érintő (abusive) magatartás csökkentése
- (7) idősök életkedvének, önállóságának biztosítása
- (8) a környezet egészségre gyakorolt hatásának javítása
- (9) a munkahelyi egészségvédelem javítása
- (10) balesetek, sérülések megelőzése
- (11) anya- és csecsemővédelem javítása
- (12) az immunizációs tevékenység fokozása
- (13) a fertőzőbetegségek előfordulásának csökkentése
- (14) a HIV fertőzés előfordulásának csökkentés
- (15) szexuális úton terjedő betegségek előfordulásának csökkentése
- (16) a rák előfordulásának és a rák okozta haláleseteknek a csökkentése
- (17) egyéb krónikus betegségek előfordulásának csökkentése
- (18) a szájhigiéne javítása
- (19) a lelki és magatartási problémák megelőzése
- (20) az egészségnevelés és a megelőzési tevékenység hatékonyságának javítása

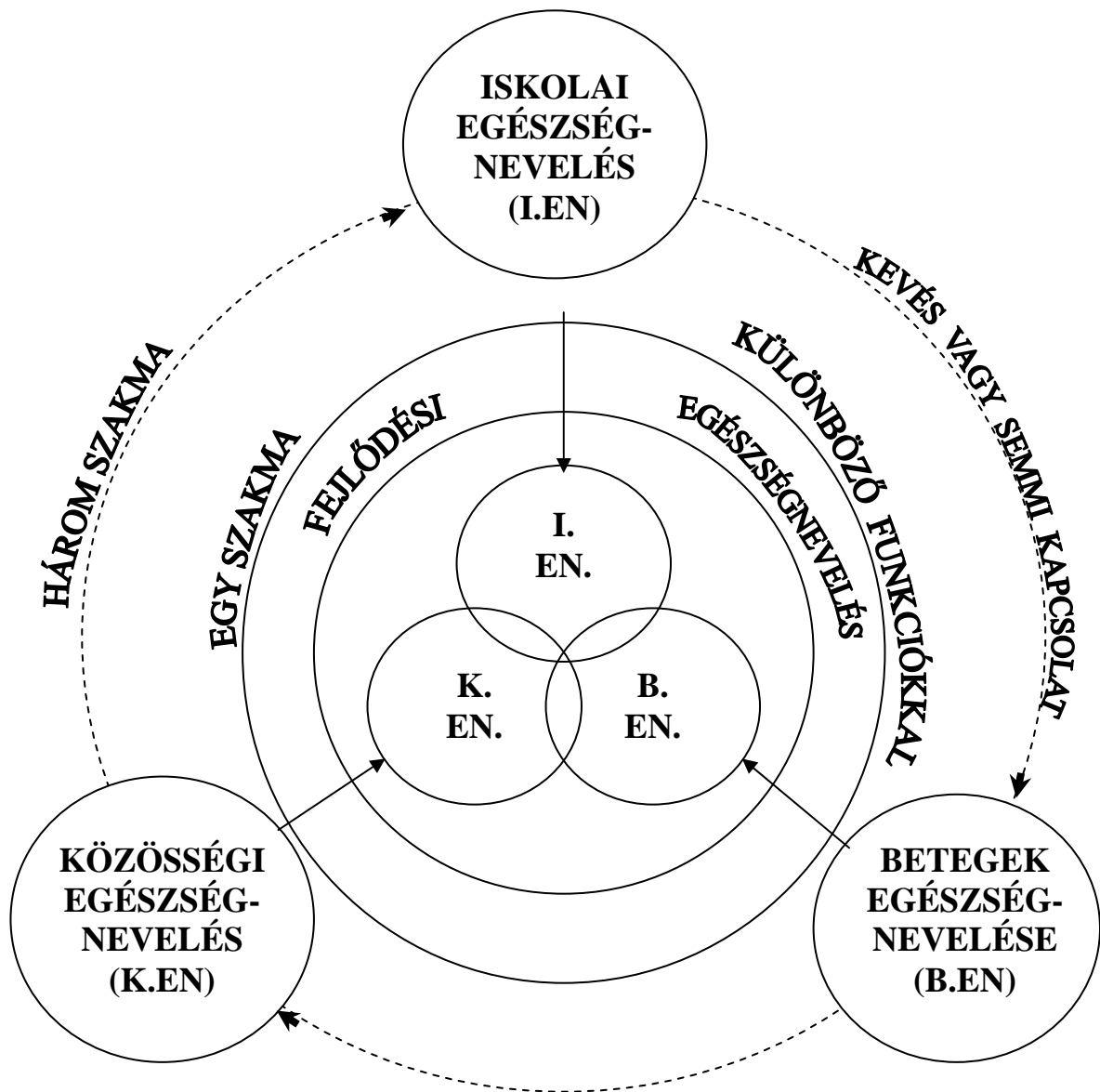


## 9.2. ábra

Az egészségnevelő szakma három, egymással kevésbé érintkező területe

Az ábra külső körén látható szövegnek megfelelően

- a három egészségnevelési terület egymástól függetlenül működik;
- a belső körön belül látható, hogy
- ugyanarról a foglalkozásról van szó, és
  - különböző területei egymással kapcsolatban vannak.



**Fizikai aktivitás (testmozgás) és testi egészség**  
**(Handbook of Health Psychology)**  
**A. Baum, T.A. Revenson, & J.E. Singer (Eds.)**  
**Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, London, 2001, 629-632**

*Fordította: Rugina I. Barna*

**A testmozgás és az ok szerinti - valamint az összes halálozás**

Napjainkban tekintélyes mennyiségű adat bizonyítja, hogy a testmozgás és a fizikai állóképesség nagymértékben összefügg az összevont-, és a különböző ok szerinti halálozási arány csökkenésével valamint a várható élettartam kismértékű növekedésével. Tervezési hiányosságok miatt, sajnos megfelelő mintán és időtartammal végzett klinikai vizsgálat a fenti hipotézist nem tesztelte, de számos megfigyelés eredményei megfelelnek annak az értelmezésnek, hogy a halálozás csökkenésében és a hosszabb élettartamban a fizikailag aktív életmód független változóként szerepet játszik.

Úgy tűnik, hogy ha a középkorú férfiak életük során korábban rendszeresen mozogtak vagy fokozatosan rátértek a rendszeresen testmozgásra, akkor nagyobb az esélye annak, hogy idős kort éljenek meg, mint ha fizikailag passzívak maradtak volna. Azok a 35 és 39 év közötti férfiak, akik és ülőmunkát végeznek, de hetente több mint 2000 kcal-át elégetnek szabadidejükben (ezt már rendszeresen végzett enyhe intenzitású testmozgással el lehet érni), 2,51 évvel hosszabb várható élettartamra számíthatnak, mint azok a hasonló korú férfiak, akik hetente kevesebb, mint 500 kcal-át égetnek el. 55 és 59 év között, ez a különbség 2,02 évre csökkent, míg 65 és 69 évesek körében a két csoport közötti különbség már csak 1,35 év. Abból a feltételezésből kiindulva, hogy 1990-ben a 65 éves amerikai férfiak várhatóan még további 15,1 évet éltek, a fizikailag aktívabb férfiak várható életkora mintegy 9%-kal haladta meg az ülőmunkát végző kortársaikét. Ezek a Paffenberger és kollégái által kapott adatok hasonlóak ahhoz, amit a vidéki területeken élő finn férfiak esetében tapasztaltak. Abban a tanulmányban, a várható élettartam korrigált növekedése 2,1 évvel növekedett azoknak a középkorú férfiaknak a körében, akik magas fizikai aktivitást mutattak.

Férfiakkal kapcsolatos más tanulmányok is alátámasztják az élettartam növekedésével kapcsolatos eredményeket. Az aktívabbaknál jóval alacsonyabb az életkor specifikus halálozási arány, valamint az életkorra korrigált összevont halálozási arány, mint az inaktív férfiaknál. A fizikailag aktívabb életmódra visszavezethető élettartam növekedés nagy valószínűséggel a testmozgásnak abból a hatásából ered, hogy az csökkenti az érrendszeri megbetegedések-, és a II. típusú cukorbetegség által okozott halálozást. További tényező lehet az alacsonyabb halálozási arány kialakulásában (különösen az idősebb fizikailag aktív emberek esetében) a szívinfarktus kisebb előfordulási aránya, valamint a hipertónia és néhány fajta rák kisebb előfordulási aránya is. Nőkre vonatkozóan kevés adat áll rendelkezésre, megfelelő elemszámú mintán végzett vizsgálatokból, amelyek a magasabb arányú testmozgás és fizikai állóképesség és az élettartam növekedés közötti összefüggést támasztják alá. Ezek az adatok ugyanakkor a fitt fiatal és idős hölgyek esetében szintén kisebb halálozási arányszámokat mutatnak, ami a férfiaknál végzett megfigyelésekből származó adatokkal egyezik meg.

## **A testmozgás és a szív- és érrendszeri betegségek rizikótényezői**

Véletlenszerű mintavételen alapuló, megfelelő módszertanú, kontrollált vizsgálatokat nem hajtottak végre annak vizsgálatára, hogy a több testmozgás vagy magasabb edzettség milyen hatással van a szívbetegségek elsődleges megelőzésére. Ugyanakkor, jelentős mennyiségű adat utal arra, hogy a testmozgás pozitív hatással van a szív- és érrendszeri betegségek rizikófaktorainak mérséklésére.

### **Hipertónia**

A hipertónia a szív- és érrendszeri betegségek egyik független rizikófaktoraként azonosították. Nagy számú kontrollált vizsgálat eredményei alapján, az Amerikai Sportorvosi Egyetem nemrégiben hozott nyilvánosságra egy állásfoglalást arról, hogy a hipertónia kezelésében valamint annak elsődleges megelőzésében milyen lehetséges pozitív hatásai lehetnek a testmozgásnak. A testmozgás megelőzésben alkalmazható pozitív hatásaira vonatkozó következtetések az állatkísérletek során megszerzett bizonyítékokra valamint a járványtani kísérletekre épülnek, és általánosságban azok a hipotézisek is alátámasztják, amelyek szerint a rendszeres testmozgás csökkenti a hipertónia kockázatát. Például, a Harvard Egyetemen (USA) férfiak körében végzett vizsgálat szerint, akik aktívan sportoltak a hipertónia előfordulási aránya 35%-kal volt alacsonyabb egy 6-10 éves időszak alatt, mint a hasonló inaktív férfiak esetében. Ehhez hasonlóan a Cooper Aerobic Kutató Intézetben, egy 4 éves követési időszak alatt, fizikailag edzett férfiak és nők esetében a hipertónia előfordulása mintegy 52%-kal volt alacsonyabb, mint az edzetlenek esetében.

Bár úgy tűnik, hogy a rendszeresen végzett testmozgás összefügg a hipertónia alacsonyabb előfordulási arányával, a bizonyítékok szerint az egészség–testmozgás kapcsolat viszonylatában a végzett testmozgás típusa szerint megkülönböztetések még nem kifarrottak (pl. enyhe intenzitású testmozgás mellett) csak általánosságban állapítható meg a hipertónia alacsonyabb előfordulási aránya. Bár a Pennsylvanai Egyetem végzett hallgatóinál egy epidemiológiai felmérésből származó nagy mennyiségű adatsor szerint igaz, hogy az egyetem után rendszeresen sportolók körében alacsonyabb volt a hipertónia előfordulási aránya az inaktív életmódot folytatókhoz képest, de ez enyhe sportot végzőkre vonatkozóan ez a különbség már nem volt kimutatható. Ezzel szemben, nemrégiben hipertóniára genetikusan hajlamos patkányokon végzett kísérletekből nyert adatok az enyhe testmozgás fontosságát támasztják alá. Egészen pontosan ezek a kísérletek azt mutatták, hogy az enyhe intenzitással edzett egyedek vérnyomása alacsonyabb volt, mint a nem edzetteké, míg a rendszeresen- és intenzíven edzett egyedek vérnyomása az edzetlenekhez képest nem mutatott nagyobb eltérést, mint az enyhén edzetteké. Ezekben a kísérletekben az enyhe testmozgás eredményeképpen csökkent az életkorral járó vérnyomás emelkedés előfordulása, de a vérnyomás eredeti szinthez viszonyított tényleges csökkenésére nem került sor. Amennyiben a patkányokon végzett kísérletek eredményei emberek esetében is igaznak bizonyulnak, akkor az életkor növekedésével járó vérnyomás növekedés megakadályozása a hipertónia alacsonyabb előfordulási arányához vezetne. Ennek alátámasztására, a rendszeres testmozgás vérnyomásra gyakorolt hatásainak vizsgálatára irányuló kiterjedt vizsgálatot hajtottak végre, amelyek azt bizonyították, hogy azoknál a hipertóniában szenvedő betegeknél, akik rendszeres magas intenzitású testmozgást végeztek a szisztolés és diasztolés vérnyomás mintegy 9 Hgmm-rel csökkent. Azoknál a betegeknél, akiknek a vérnyomása a magas és normál határán van mintegy 6, akik pedig normál vérnyomással rendelkeznek mintegy 3 Hgmm-rel történő vérnyomás csökkenést tapasztaltak. Ezt a fajta testedzés hatására

bekövetkező vérnyomáscsökkenést 60 év fölötti férfiak és nők esetében egyaránt tapasztalták bizonyos (bár nem mindegyik) klinikai teszt esetében.

Bár az embereken végzett vizsgálatok- és az állatkísérletek adatai a fizikai aktivitás és a szívelégtelenség, valamint a testmozgás és a szívbetegségek által okozott halál kapcsolatát vizsgáló irodalomban alapvetően összecsengenek, az enyhe és az intenzív testedzés megelőzésben betöltött szerepének alátámasztására elsősorban a különböző etnikai csoportokhoz tartozó (nem csak fehér és spanyol eredetű emberek), nők és más életkorban lévő emberek esetében további vizsgálatok szükségesek.

### **Fizikai aktivitás és más krónikus betegségek**

Bár az Amerikai Egyesült Államokban továbbra is a szívbetegségek által okozott halál a leggyakoribb, az egyes életkorra korrigált szívbetegségre visszavezethető halálozási arányok egyre csökkentek, míg a különböző rákbetegségek által okozott halálozási arányok növekedtek. Egyre növekvő terjedelmű irodalmi adat utal arra, hogy a testmozgás és a rák által okozott halálozási arány közötti kapcsolat negatív jellegű. Mindazonáltal, mivel az egyes rákos megbetegedések vélhetően más-más okra és biológia tényezőkre vezethetők vissza, külön érdemes vizsgálni a férfiak és nők esetében az egyes testrészekre jellemző rákos megbetegedéseket.

### **Mellrák**

A jelentések szerint az intenzív, de akár az enyhe testmozgás is megszakíthatja a menstruációs ciklust az ösztrogén és progeszteron szint csökkenéséből kifolyólag és a mellben rákos sejtek elszaporodásához vezethet. Az ezzel kapcsolatos kutatások ugyanakkor ellentmondásosak, mivel a rák és a fizikai aktivitás közötti pozitív kapcsolat mellett, más munkák semmilyen ilyen kapcsolatra nem utaltak. Frisch először arról írt egy több mint 5000 volt egyetemi hallgatóból álló kohorsz vizsgálata alapján, hogy az egyetemen sportoló hölgyek körében alacsonyabb volt a mellrák előfordulási aránya, mint a sportot nem űzők körében. Thune arról számolt be, hogy a szabadidőben végzett intenzívebb sport összefüggésben áll a mellrák előfordulásának kisebb valószínűségével (életkorra, testtömeg indexre, magasságra, hasonlóságra valamint lakóhelyre korrigált adatok alapján). A rendszeres testmozgás végző nők csoportjában, a munka során végzett fizikai aktivitás arányában is, kisebb volt a mellrák kockázata a fiatalabb és a klimax előtti korban lévő nőknél. Ezzel ellentétben Pfaffenberger, Hyde és Wing nem találtak összefüggést a mellrák és az egyetemi évek alatt végzett testmozgás között. Bár Albanes és kollégái egy nem szignifikáns nagyságrendű inverz kapcsolatról számoltak be az első Nemzeti Egészségi és Étkezési Felmérés résztvevői által közölt testmozgási adatok és a klimax utáni mellrák előfordulása között. Ugyanakkor ez a tanulmány arra is utalt, hogy a klimaxot megelőző időszakban is van összefüggés a mellrák előfordulásának valószínűsége és a testmozgás között. Ez utóbbi megállapítást Dorgan által végzett Framingham Szív Felmérés is alátámasztotta. A szerzők azt tapasztalták, hogy a fizikai aktivitás növekedésével egyre növekszik a mellrák kialakulásának kockázata. Gammon nemrégiben a mellrák és a fizikai aktivitás kapcsolatát vizsgáló szakirodalom kritikai elemzését végezte el. Mindegyik tanulmányt a koherencia, az érvényesség és az elfogultság szempontjából megvizsgálva azt állapította meg, hogy az járványtani tanulmányok többsége arra a következtetésre jut, hogy a nagyobb munkahelyi és szabadidős fizikai aktivitás a mellrák kisebb valószínűségével hozható összefüggésbe, ahol a mellrák előfordulásának

kockázata 12 és 60% közötti csökkenést mutatott. A rendelkezésre álló adatok ugyanakkor nem voltak elegendőek ahhoz, hogy a különböző dózisra (edzésmennyiségre) adott válaszok mértékének eltérését (más-más mértékben csökkent a rák előfordulási arány) alátámasszák, vagy hogy az edzés gyakorisága, intenzitása vagy időtartama szempontjából megkülönböztetésekre alkalmasak legyenek. Ugyanakkor a tanulmányokban szereplő fizikai mozgás intenzitása legalább enyhe volt minden esetben. A testmozgás szerepének további megvilágításához újabb tanulmányok szükségesek, amelyek több előrettekintő és retrospektív kohorsz vizsgálatát végzik el, és jobban kihasználják a testmozgás mérésére alkalmazható megbízhatóbb módszereket is.

## **Végbélrák**

Konzisztens kapcsolatokat tapasztaltak a vizsgálatok során a munkavégzés során végzett fizikai aktivitás mértéke és a végbélrák alacsonyabb előfordulási aránya között. Az a kevés számú epidemiológiai vizsgálat, ami a szabadidős tevékenységek hatásait vizsgálta, elsősorban testmozgáshoz kapcsolódó tevékenységeket (például túrázás és sportolás) vizsgált, ami megnehezíti annak megítélését, hogy a mostanában ajánlott átfogóbb tevékenységek (mint a mindennapi élet enyhe intenzitású tevékenységei, házimunka, stb.) milyen kapcsolatban vannak a végbélrák előfordulási gyakoriságának csökkenésével. Például a kutatásokban használt mérési módszerek gyakran egyetlen zárt kérdést tartalmaztak a testmozgás mennyiségére vonatkozóan vagy nem számoltak a nap során intenzívebb testmozgással (pl. úszással, biciklizéssel vagy tánccal) naponta eltöltött idővel. Az egyik tanulmány, ami különböző tevékenységek teljes skáláját vizsgálta (pl. lépcsőzés, hány utcasaroknyit sétál az illető, aktív sportolás) azt mutatta, hogy azok a Harvardon végzett diákok, akik enyhe (1,000-2,500 kcal), vagy intenzív (>2,500 kcal) testmozgást végeztek az egyetem elvégzése után nem mutatták a rák kialakulásának alacsonyabb kockázatát két egymástól független időpont egyikében sem. Ezért egyértelmű, hogy a testmozgás mérésére alkalmas módszertan kidolgozása elengedhetetlen a jövőbeli kutatások szempontjából, hogy a betegségek előfordulására gyakorolt hatásukat megvizsgálhassuk. A jövőbeli mérési módszereknek alkalmasnak kell lennie az enyhe testmozgások hatásainak mérésére is, amelyek nők életében rutinfeladatoknak számítanak (pl. gyereknevelés és házimunka).

## Táplálkozási zavarok

**Összeállította: Juhász Rita**

A táplálkozási zavarok iránti érdeklődés manapság növekedett, mivel úgy tűnik, hogy ezek a betegségek elbűvölték a médiát. Az érdeklődés talán az étkezési zavarok és a hírességek összekapcsolódásának köszönhető, például Karen Carpenter énekesnő anorexiával vagy Jane Fonda bulimiával kapcsolatos problémáinak nyilvánosságra kerülése.

A táplálkozási rendellenességek - röviden evési zavaroknak is nevezett állapot - két fő csoportja az anorexia nervosa és a bulimia nervosa. A két forma átmeneti variánsai is léteznek, amit bulimarexiának neveznek. Pszichopatológiai szempontból az önfenntartási késztetés (ösztön) zavarai közé tartoznak, klinikailag pedig jellegzetesen pszichoszomatikus tünetcsoportnak tartják. Mindkét betegség azt a kóros vágyat tartalmazza, hogy a személy ne hízzon.

A két rendellenesség ellenkezője is ismert, a pszichogén elhízás (kényszeres evés). Ez az evési probléma is a táplálkozási rendellenességek közé tartozik, de a későbbiekben ezt nem részletezem.

### **Történeti áttekintés**

Sokan úgy hiszik, hogy a táplálkozási zavarok viszonylag új keletű betegségek, amelyeket a modern társadalom stressz hatásai és annak a fiatalsághoz, a szépséghez és a karcsúsághoz való már-már rögeszmés viszonya hívott életre. Holott a táplálkozási rendellenességek ősi eredetűek. A bulimia előfutára az ókorban a szibariták lakomája volt, ahol a vendégek fésztelen mértéktelenséggel faltak, majd mindent kihánytak, hogy még többet ehessenek. Sok kora keresztény szenten is ilyen szigorú koplalásból és mértéktelen evésből álló periódusokat figyeltek meg. Sienai Szent Katalin egyike volt a „koplaló” szenteknek. 1868-ban William Gull angol orvos hivatalosan leírta az anorexia nervosát, mint a karcsúság elérését célzó koplalás okozta betegséget, amit betegségként nem definiáltak. Gull először anorexia hysterica néven írt ezen esetekről, majd később használta az anorexia nervosa elnevezést. Tőle függetlenül 1873-ban Lasèque is írt róla. A bulimia nervosa önálló kórképként 1979-től jelenik meg (Russell). Az anorexiát a század elején a hipofízis elégtelen működésére vezették vissza. Később derült ki, hogy a kórkép hátterében pszichológiai tényezők játszanak döntő szerepet. Ettől kezdve a pszichoszomatikus betegségnek tekintették.

### **Az evészavarok meghatározása**

Az evészavarokat az elhízástól való fóbiás félelem, a testi önkép zavara (torz önészlelés) és az evési magatartás anomáliái jellemzik. Az anorexiában ezen túlmenően jelentős súlyvesztés (min. 15%) és amenorrhoea következik be, bulimiában pedig falási rohamok (minimum kétszer hetente) lépnek fel, és a beteg különféle purgatív módszerekkel (önhánytatás, hashajtók, vízhajtók, beöntések alkalmazása...) igyekszik a bevitt tápláléktól megszabadulni.

Egyéb, *nem specifikus táplálkozási zavarok* kategória is létezik, amelybe azon nőbetegek tartoznak, akiknek a tünetei megfelelnek az anorexia nervosa tüneteinek, de még menstruálnak.

#### Az anorexia nervosa DSM-IV kritériumai:

- Az életkornak és a testmagasságnak megfelelő minimális vagy e fölötti normál testsúly fenntartásának elutasítása (például a fogyás az adott esetben elvárható testsúly 85%-nál kisebb súlyhoz vezet, vagy képtelenség a kívánt súlygyarapodás elérésére a növekedés során, amelynek következtében a testsúly az elvárható érték 85%-a alatt marad).
- A súlygyarapodástól és az elhízástól való igen erős félelem, holott súlyhiányról van szó.
- Zavar a saját testsúlyának és alakjának a megítélésében, a testsúly és az alak aránytalanul nagy hatást gyakorol a páciens önértékelésére, vagy az adott alacsony testsúly súlyosságának tagadása.
- Ivarérett nőben amenorrhoea, azaz legalább három egymást követő menstruációs ciklus kimaradása.

#### Altípusok:

- *Korlátozó típusú:* ha az anorexia nervosa aktuális időszaka folyamán a beteg nincs rendszeresen a falással vagy a purgálással elfoglalva.
- *Faló/purgáló típus:* ha az anorexia nervosa aktuális időszaka alatt a beteg rendszeresen a mértéktelen evéssel vagy purgálással van elfoglalva.

#### A bulimia nervosa DSM-IV kritériumai:

- Ismétlődő falási időszakok. A falási időszakot az alábbi két ismérv jellemzi:
  1. Meghatározott idő alatt (például bármely kétórás periódus alatt) akkora ételmennyiséget elfogyasztása, amely határozottan több mint amennyit az emberek többsége elfogyasztana hasonló idő alatt és hasonló körülmények között.
  2. Az evés feletti kontroll elvesztésének érzése ebben az időszakban (például olyan érzés, hogy képtelen abbahagyni az evést vagy kontrollálni, hogy mit és mennyit eszik).
- Ismétlődően helytelen módszerek alkalmazása a súlynövekedés megelőzésére, mint például: önhánytatás, vízajtók és beöntések vagy egyéb gyógyszerek helytelen alkalmazása, koplalás vagy túlzott mértékű sportolás.
- A falási és a helytelen ellensúlyozó szokások egyaránt átlagosan legalább heti két alkalommal és három hónapon át fordulnak elő.
- Az önértékelésre aránytalanul nagy hatást gyakorol a testforma és a testsúly.
- A zavar nem kizárólag az anorexia nervosa epizódjai alatt fordul elő.

#### Altípusok:

- *Purgáló típus:* ha a bulimia nervosa aktuális időszakok folyamán a beteg rendszeresen az önhánytatással vagy hashajtók, vízajtók vagy beöntések helytelen alkalmazásával van elfoglalva.
- *Nem purgáló típus:* ha a bulimia nervosa aktuális időszaka folyamán a beteg „természetes”, más, nem megfelelő kompenzáló módszereket alkalmaz, mint

például koplalás vagy túlzott mértékű sport, és nincs rendszeresen önhánytatással vagy hashajtók, vízajtók, illetve beöntések helytelen alkalmazásával elfoglalva.

Habár a két betegség különböző, a beteg akármelyikben is szenved, egyaránt az a légfőbb gondja, hogy milyen az alakja és a testsúlya. Ezen kívül elég jelentős a diagnosztikai átfedés is a két rendellenesség között, és természetes történetük is az összefonódás felé mutat.

Az anorexia nervosa diagnosztizálásának kulcsa a testsúly és a testsúlyról alkotott kép közötti diszkrepancia. Az anorexiások örülnek a súlycsökkenésük miatt, és hízástól való félelmüknek adnak hangot. A bulimiás betegek általában leplezni tudják falánk és purgáló magatartásukat, és gyakran normális a testsúlyuk.

## **Epidemiológia**

A táplálkozási zavarok viszonylag ritka kórképek, de prevalenciája növekszik, és számos vizsgáló szerint az anorexia nervosa manapság gyakrabban fordul elő. Valószínű, hogy a betegség nyilvánosság előtti ismertté válása vezetett a betegség egyre gyakoribb felismeréséhez. Mivel a kezelés is elérhetővé vált, talán a betegek is jobban igénylik az orvosi segítséget.

Mindkét rendellenesség a nők körében fordul elő nagyobb arányban. Az anorexia leggyakrabban 13-18 éves korban, a bulimia 17-25 éves korban kezdődik. Az anorexia a 18-35 éves nők körében 1-4% gyakorisággal fordul elő. A bulimia mintegy két- háromszorosa az anorexia gyakoriságának. Férfiak körében mindkét betegség gyakorisága a nőkre jellemző arányszám egytizedére tehető, az esetek mintegy 10%-ban fordul elő. Számos enyhébb, szubklinikus forma is előfordul.

A táplálkozási zavarok mellett többnyire más pszichiátriai tünetcsoport is diagnosztizálható. Így depresszió 80%-ban, kényszeres, fóbiás tünetcsoport az esetek mintegy harmadában fordul elő. Gyakran szövődik az állapot (főleg a bulimia) deviáns viselkedésmódokkal, szuicid kísérletekkel.

Azt tartják, hogy ezek a betegségek a gazdagabb társadalmi rétegekben gyakoribbak: különösen az anorexia nervosa az iparilag fejletlen országokban szinte alig fordul elő. Viszont bizonyos foglalkozások esetén, amelyek megkövetelik az alak szigorú karbantartását (például fotómodell, balett - táncos) feltűnően nagy gyakorisággal figyelhetők meg. Kollégiumi közösségekben az anorexia „járványszerű”. A maratoni futók között gyakori a bulimia.

## **Etiopatogenezis**

A táplálkozási rendellenességek etiológiáját pszichológiai, genetikai és biológiai mechanizmusokkal magyarázzák.

Az evési zavarban szenvedők személyisége sajátos vonásokat mutat. Anorexiásoknál inkább neurotikus személyiségjegyeket észlelünk: kényszeresek, depresszióra hajlamosak, perfekcionista. Bulimiásoknál gyakrabban találunk személyiség problémákat: impulzuskontroll zavarokat, deviáns megnyilvánulásokat. A betegek családját sok esetben rigid struktúra, csekély problémamegoldó készség, konfliktuskerülés jellemzi, a beteg köré szerveződik.

A pszichológiai elméletek azt tartják, hogy az anorexia nervosa olyan, a táplálékra adott phobiás válasz, amelyet a pubertás alatt keletkezett szexuális feszültségek okoznak. A pszichodinamika szerint az anorexiás betegeknek szájon át történő megtermékenyüléssel kapcsolatos fantáziáik vannak. A bulimia nervosát néhány kutató az alkoholfüggőséghez vagy az obsessiv-compulsiv zavarhoz hasonlítja.



A tanulásemélet a testsúly és az önértékelés közötti szoros kapcsolatot hangsúlyozza. Ezen betegeknel a testi „énideál” nagymértékben eltér az önpercepciótól (önmagát túlsúlyosnak éli meg), a személyben állandó a késztetés testsúlyának csökkentésére. Ennek érdekében még a biológiai étvágnak is ellenáll, tagadja, hogy éhes lenne (anorexiás), illetve, mivel ellenállni nem tud, hánytatja magát (bulimia).

A pszichoanalitikus elképzések szerint az anorexia a szexuális késztetésektől való szorongásra, a felnőtt szexualitás elutasítására vezethető vissza. Ugyanakkor a szülő-gyermek viszony is patológiás (domináns anya, oedipális apakonfliktus).

Az örökölhetőségre vonatkozó tanulmányok azt jelzik, hogy az anorexia nervosa öröklődhet a családokban (az anorexiás páciensek nőrokonainak 6-10%-ában megfigyelhető a betegség). Ikervizsgálatok is megerősítik a genetikai hajlamot. Anorexiában az egyetűjű ikrek konkordanciája 50%, a kétpetűjűké 10%.

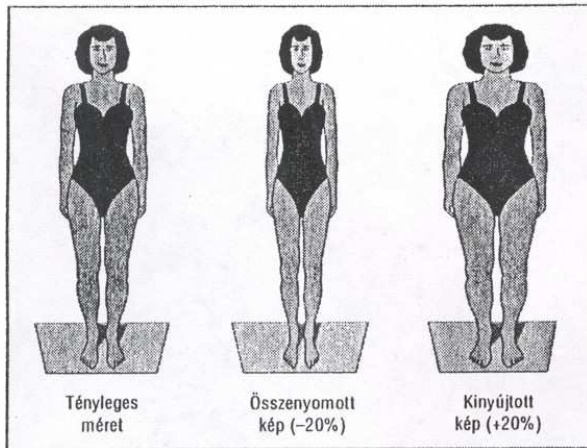
A biológiai elméletek a hypothalamus szerepét hangsúlyozzák. A neurotranszmitterekre vonatkozó tanulmányok a hypothalamus primer rendellenességére utalnak, ugyanis az az anorexiás betegek liquorában emelkedett corticotrop hormon releasing faktor szintet mértek. A súlycsökkenést megelőző menses kimaradás is hypothalamicus zavarra enged következtetni. Súlyos anorexiában az alutápláltság, a hiányos fehérjebevitel következtében az endokrin apparátus működése is alacsony szinten ál be (például alacsony T3-, LH-, FSH -, stb. szint). További bizonyíték, hogy az anorexiás és bulimiás páciensek legállandóbb tünete a csökkent noradrenalin- aktivitás és -forgalom. Egy bizonyos ponton túl a pszichológiai és endokrin eredetű zavarok összefonódnak.

A szociális elmélet az amerikai ifjúág, szépség és karcsúság ideálnak való megfelelési igény fontosságát húzzák alá, azt gondolva, hogy érzékenyebb egyéneknek a test alakjával való túlzott foglalatossága vezethet táplálkozási rendellenességek kialakulásához. Az anorexia gyakran tudatos, valamilyen cél érdekében megkezdett fogyókúrával kezdődik, amelyet a páciens azután nem tud abbahagyni. Előfordul, hogy serdülő lányok körében szinte fogyókúra járványok törnek ki.

### **Az anorexia nervosa klinikai képe**

Az anorexia első tünete az evési szokások megváltozása. A beteg válogatni kezd, szélsőséges vagy speciális diétába fog vagy vegetáriánus étrendre tér át, bizonyos ételeket nem fogyaszt (pl. kalóriadús ételek), a családtagokkal vagy nyilvános helyen való étkezést megtagadja. Egyre csökken a felvett táplálék mennyisége is. Tipikus esetben a család kompenzálni próbálja kalóriamennyiséget, így a betegnek egyéni, speciális ételeket készítenek, amiből előbb-utóbb feszültségek, konfliktusok alakulnak ki az étkezés körül. A beteg saját maga „eszeget”, az evés rendkívül lassú és hosszú ideig tart. Előfordul, hogyha nem látják, titokban „csipeget” valamit. A nagyfokú fogyás miatt a beteg a család központi problémájává válik. Nem ritka a 40-45%-os súlyvesztés sem, a 25-30 kg-os „csontvázak” már állandó életveszélyben vannak.

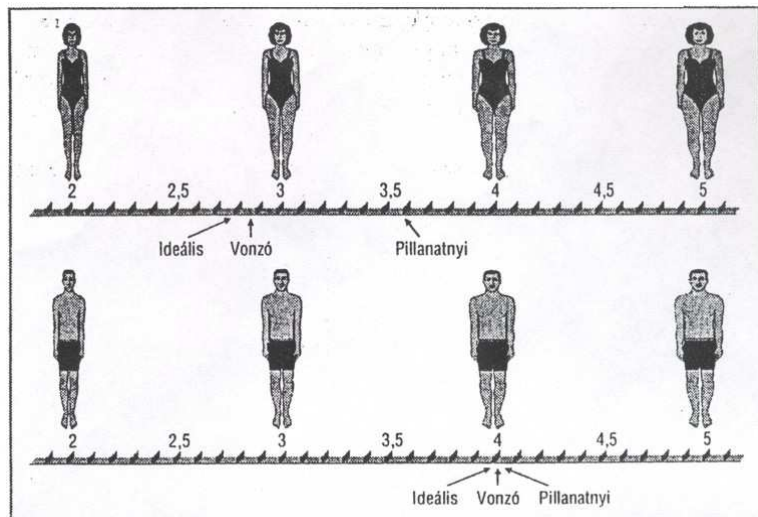
Figyelemre méltó, hogy a nagy súlyvesztés és annak súlyos következményei ellenére a tipikus anorexiás tagadja, hogy bármi problémája lenne, és visszautasítja, hogy hízzon. Sőt az anorexiások úgy vélik túl kövérek, ami arra utal, hogy az anorexiásoknak torzult a testképük, kövérebbnek látják magukat, mint amilyenek valójában. Erre a testkép torzulásra kísérleti bizonyítékok (Garfinkel és Garner nyomán, 1982.) is vannak.



A testkép torzulásai. Anorexiások és kontrollszemélyek embereket ábrázoló fényképek szélességét az eredeti méret  $-20$  és  $+20$  százaléka között változtathatták. Az anorexiások (a kontrollszemélyekkel ellentétben) a saját magukat ábrázoló képeket rendszerint a valóságos méreteiknél nagyobbra állították be (Garfinkel és Garner, 1982 nyomán)

Ilyen eltorzult testképpel bizonyos mértékig társadalmunkban sok egyetemista korú nő rendelkezhet, ami megmagyarázza, miért a nők válnak legvalószínűbben anorexiássá. Ezt az elképzelést kísérlet is bizonyítja (Fallon és Rozin nyomán, 1985.).

**Egyetemisták testképe.** Egyetemistáknak saját nemükkel egyező nemű figurákat mutattak. Feladatuk az volt, hogy mutassák meg azt a figurát, amelyik a) a pillanatnyi testalkatukra a leginkább hasonlít, b) az ideális lenne, c) a legvonzóbb lenne az ellenkező nem számára. A férfiak mind a három kérdésre igen hasonló képeket választottak, míg nőknél a jelenlegi alkatuknak megfelelő képtől mind az ideális, mind pedig a legvonzóbb figura igen távol esett (Fallon és Rozin, 1985 nyomán)



Az anorexiás személyek gyakran szokatlan érdeklődést mutatnak az ételek iránt, amely rácsófol a hízástól való félelmükre. Ez az érdeklődés receptek gyűjtésében, kivágdosásában, szakácskönyvek nézegetésében, barátok és rokonok számára gondosan kiválasztott ételek készítésében és a táplálkozás érdeklődés kialakulásában nyilvánul meg. Annak ellenére, hogy a rokonok és a barátok aggódnak soványságuk miatt, ők kitartanak amellet, hogy súlyuk nem abnormális, és valójában még mindig túlsúlyosak. A csonttá-bőrré lefogyott beteg is az elhízástól retteg, egy minimális ételmennyiség elfogyasztása után is kellemetlen teltségérzésről panaszodik. Sokan a fogyás érdekében hashajtókkal, vízhajtókkal és izgatószerrel kezdenek visszaélni.

Az anorexiás személyek igyekeznek átlag fölötti eredményeket elérni, tökéletességre törekvők, és általában teljesítmény orientált családból származnak. Sokuknak viszonylag gyenge a szexuális szabályozottsága, aminek alapján néhány klinikus arra következtetett, hogy az anorexia nervosa tulajdonképpen kísérlet a gyermekkor meghosszabbítására és menekülés a felnőttkori kötelezettségek elől. Az anorexiás személy a szexuális fejlődésben elmaradott, szexuális érdeklődésük csökkent, és ez együtt jár betegségük kialakulásával.

Az anorexiás személyekben gyakran alakul ki nagyon erős, szinte rögeszmés érdeklődés a testedzés iránt, és gondosan kidolgozott edzési tervet készítenek. Tény, hogy sok tornász, balett-táncos és női atléta (például maratoni futó) szenved ebben a betegségben. Férfi sportolók között a birkózóknál gyakoribb, hiszen szigorúan meg kell felelniük a súlyelőírásoknak. Ez a körülmény vezetett oda, hogy néhány államban már korlátozzák a birkózóversenyek előtt megengedett súlycsökkentés mértékét.

Az evési magatartás változása mellett egyéb zavaró tünetek is felléphetnek. A beteg hangulati állapota labilissá válik, többnyire depressziós irányba változik. Befolyásolhatatlan, makacs, iskolai teljesítménye enyhébb esetben nem hanyatlik. Az anorexiások egyébként is általában az átlagnál intelligensebbek. Időnként sajátos, motoros hiperaktivitás mutatkozik, ilyenkor hatalmas fizikai teljesítményekre képesek (például naponta több km-t gyalogol vagy fut). Betegség belátásuk nincs vagy részleges, a kezeléssel nem vagy hiányosan működnek együtt.

A fogyással párhuzamosan számos testi tünet mutatkozik. Elmarad a menstruáció már a fogyás kezdetén, és sokszor még a teljes gyógyulás után sem tér vissza, csak hónapokkal később. Férfiaknál a szexuális érdeklődés csökkenése vagy impotencia fordulhat elő. A haj hullik, a körmök töredeznek, fokozott szőrnövést indul meg, főleg a karokon (*lanugo*). A vérnyomás alacsony, a pulzus lassú. Laborvizsgálatokkal alacsony elektrolitértékeket, anémiát lehet kimutatni. A hormonális vizsgálatok alacsony szintet adnak. Oedema is megjelenhet. Hosszú idő után osteoporosis, patológiai törések léphetnek fel.

Előfordul, hogy az anorexiás is purgálja magát, ennek következtében a fogak zománca tönkremehet (gyomorsav), nyelőcsővérzések léphetnek fel.

A súlyvesztés kiszámításához különféle indexeket vehetünk alapul. A Quetelet-féle index (más néven BMI, vagy testtömeg index)=testsúly (kg)/testmagasság<sup>2</sup> (m<sup>2</sup>). Anorexiásoknál ezen index értéke 17,5 vagy kevesebb.

Másodlagos anorexia szindrómák is előfordulnak súlyos testi vagy pszichés traumák után. Ez esetben azonban az anorexiára jellemző sajátos evési anomáliák hiányoznak, nincs testképzavar, és többnyire könnyen felderíthető, milyen pszichés traumák vezettek a súlyos fokú testi leromláshoz. A differenciáldiagnosztika nagyon fontos a kivizsgálás során.

Anorexia nervosának két típusa van: A retrospektív anorexia (a betegeknek falásrohamai nincsenek, nem purgálja magát) és a purgáló vagy bulimiás anorexia (a betegeknek falásrohamai vannak és purgálja magát).

Az anorexia krónikus lefolyású betegség. Évekig, akár évtizedig is elhúzódhat. Javuló időszakok mellett gyakoriak a relapszusok is. Még ma is magas a halálozási arány (4 év után 5%, 20 éves fennállás esetén 15-20%). A halál többnyire interkurrens betegségben vagy hirtelen szívmegállás miatt következik be. Az esetek 40%-a meggyógyul (normál testsúly és menses, az egyén emocionálisan és társadalmilag is jó állapotba kerül), 25-30%-ban kedvezőtlen a betegség kimenetele. Kedvezőtlen kimenetelt jeleznek a következők: a betegség már régóta tart, idősebb korban kezdődött, korábbi pszichiátriai osztályos gyógykezelésekre került sor, a betegség előtti rossz társadalmi beilleszkedési készség és ha személyiségzavar társul a betegséghez. A korai kezdetű kórképek prognózisa rosszabb. Némelyik anorexiás páciens jelentősen javul, de sokukban továbbra is megmaradnak a betegségre jellemző tünetek, mint például a testükről alkotott torz elképzelés. Hosszú távon a tüneti kép átalakulhat. Előfordul, hogy bulimiás állapotba megy át vagy anorexiás és bulimiás időszakok váltják egymást. Néha a korábban anorexiás beteg évek múlva súlyosan elhízik.

### **A bulimia nervosa klinikai képe**

A vezető tünet a falásroham. A beteg nem tud ellenállni evési készletének. Hatalmas mennyiségű ételt képesek rövid időn belül elfogyasztani, például egy egész tortát, egy liter

fagyaltot és egy egész doboz kekszet. Lehet, hogy a család mit sem tud a falásokról. A mértéktelen evés kezdetben megszabadíthatja a pácienszt a feszültségtől, de aztán ezt a kis megkönnyebbülést elkerülhetetlenül büntudat és undor követi, önvádolás, lelkiismeretfurdalás lép fel. Ekkor a beteg meghánytatja magát, kezdetben a torkába ledugott ujjával, de később már képes lehet akaratlagos hányásra is. Némelyek hánytató szereket használnak, mint például ipekakuánát. Sokan lopással (kb. 10%-uk), áruházi szarkaként vagy egyéb tiltott módon szerez ételt. A bulimiás személyek igyekeznek mértéktelen evéseiket és purgálást titokban végezni. A tipikus bulimiások hányás után, a hányadékot kis műanyag dobozokban tárolják elrejtve (ágy alatt), és az edény ürtartalmának ismerete által figyelemmel kísérik és összehasonlítják a hányadék és az előtte bevitt táplálék mennyiségét. Nem ritka, hogy a falási roham éjszakánként lép fel. Gyakori a kifejezett szénhidrátéhség.

A beteg testsúlya a normál övezetben lehet. Ugyanakkor az elhízástól való fóbiás félelem is fennáll, és torz a testi önészlelés is (önmagát kövérnek tartja).

A bulimiások (szemben az anorexiásokkal) inkább extravertált típusúak. Hajlamosak egyéb impulzuskontroll zavarra is (lopkodás, alkohol- és droghasználat, öndesztuktív viselkedés, öngyilkossági kísérletek). A beteg személyiségproblémái gyakran elérik a határeseti személyiségzavar mértékét. A bulimiás szexuális aktivitása, szemben az anorexiáéval, megmaradhat.

Más, szokatlan, étellel kapcsolatos szokások is kialakulhatnak. Némelyik beteg játszik a tányérján lévő étellel, pici darabkákra vagdossa fel a húst, vagy óriási mennyiségű cukorkát vásárol. Amikor a rossz tulajdonságokra figyelmeztetik őket, hajlamosak a tagadásra.

A bulimiás személyeken is megjelenhetnek testi változások, a kézháton bőrkeményedések alakulnak ki (a torokba nyúlókálás okozta irritáció miatt), a fogakon erosio és szuvasodás jelenik meg, és néha még nyelőcsőerosio is kialakul, ezeket a bajokat mind a gyakori hányás okozza. Azokon a betegeken, akik önmagukat hánytatják vagy hashajtókkal, vízajtókkal élnek, hypocalcaemia vagy hypokalemiás alkalosis is előfordulhat. Az elektrolit zavarok gyengeséget, letargiát vagy szívritmuszavarokat eredményezhetnek. Fültömrigy-megnagyobbodás és megemelkedett szérumamilázsint is kifejlődhet. Súlyos bulimiás esetekben a nyelőcső is perforálódhat az ismételt hányások következtében, ami életveszélyes is lehet.

Fontos diagnosztikai kritérium a kontrollvesztés élménye („nem tudja abbahagyni”) és a hatalmas mennyiségű étel bevitele rövid idő alatt és a bevitt kalóriáktól való megszabadulásra való törekvés.

Néhány bulimiás nő nyíltan bevallja, hogy betegsége annak a problémának a megoldása, hogyan ehet nagy kalóriatartalmú ételt úgy, hogy mégis olyan karcsú maradjon, ahogyan azt a kulturális normál előírják. Amint egy bulimiás nő megfogalmazta: „Azt hittem, megoldottam a problémát. Nem értettem, mások miért nem esznek és hánynak.” (Granfinkel és Garner, 1982.). Ebből is érezhető, milyen nagy szerepe van a társadalmi tényezők közül a soványabb női ideál túlhangsúlyozásának.

A bulimiának is megkülönböztetjük a purgáló és a nem purgáló típusát.

A bulimia kórlefolyása is krónikus. Prognózisa általában kedvezőbb, mint az anorexiáé. A betegek egyharmada viszonylag jó állapotban van, másik egyharmada valamelyest javul, egyharmada viszont változatlan. Spontán gyógyulás ritka esetben előfordulhat. A lefolyást nagymértékben meghatározzák a szövődmények, amelyek részben a purgálás velejárói (caries, oesophagitis stb.), másrészt az evési zavarhoz társuló, egyéb magatartási problémák (alkohol, kábítószer, deviáns magatartásmód) szabják meg.

## A táplálkozási zavarok orvosi szövődményei

- Testi megnyilvánulások: amenorrhea, hidegérzékenység, székrekedés, alacsony vérnyomás, bradycardia, hypothermia, lanugo szőrzet, hajhullás, pontszerű bőrvérzés, carotinaemiás bőr, Fültőmirigy-megnagyobbodás, fogerosio, fogszuvasodás, alszároedema, száraz bőr
- Endokrin elváltozások: emelkedett növekedési hormon szint, emelkedett plazmacortisol és a napi ingadozás megszűnése, csökkent gonadotropszintek, alacsony T3, magas T3RU, csökkent TRH-érzékenység, kóros glukóztolerancia-teszt, kóros dexamethasonsuppressió teszt
- Laboratóriumi eltérések: dehydratio, hypokalaemia, hypochloroemia, alkalosisi, leukopenia, emelkedett transzaminázszint, emelkedett szérumkoleszterin, carotinaemia, emelkedett BUN (vér urea/carbamid/nitrogén), emelkedett amilázszint.

## Klinikai kezelések, terápia

A táplálkozási rendellenességben szenvedők gyógykezelésének két alapvető célja van. Az első és egyben a legfontosabb helyreállítani a beteg tápláltsági állapotát. A második cél megváltoztatni a beteg eltorzult étkezési szokásait. Ez segít majd súlyát a normális határok között tartani és megállítani, de legalábbis mérsékelni a falást, a hashajtást és az egyéb kóros táplálkozási szokásokat.

A terápia eredményessége elsősorban a hosszú távú, megalapozott orvos-beteg kapcsolaton múlik.

A kezelési programnak integrálnia kell a szomatikus beavatkozásokat és a különféle pszichoterápiás technikákat.

Anorexiásoknál cél, hogy súlyukat visszaállítsuk a normál határokon belülre, bulimiásoknál pedig az, hogy biztosítsuk a metabolikus egyensúly elérését.

A gyógykezelést rendszerint járóbeteg-ellátás keretei között folytatják, de elég sok beteg igényel kórházi ellátást. Kórházi kezelés akkor javasolt, amikor a beteg kiéhezett állapotban van, igen nagy a súlyhiánya, vagy hypotenzioja, hypotermiája van, illetve felborult az elektrolit-egyensúlya. Az öngyilkossági gondolatokkal foglalkozó depressziós és pszichózisban szenvedő páciens is kórházi kezelést igényel. A kórházi kezelés szükségességének egyéb indokai: a járóbeteg-kezelés eredménytelensége, amit az jelez, hogy nincs súlygyarapodás, vagy a súlyos falási-purgálási periódusokról való leszokás sikertelensége.

A táplálkozási rendellenességek kezelésére rendszerint a viselkedésterápiát kombinálják az egyéni pszichoterápiával. A viselkedésterápia célja a normális étkezési szokások visszaállítása. A kórházban ezt a célt szigorú protokollok szerint valósítják meg, amelyben az anorexiás beteg részére bizonyos testsúlyér tékeket határoznak meg (elérendő napi súlynövekedés mértékét), valamint bizonyos abnormális szokások korrekcióját veszik célba (például bulimiásoknál a hányások mennyiségének csökkentését). A pozitív megerősítés módszerének alkalmazása segít a beteget azoknak a céloknak az elérésében, amelyeket a beteg egyetértésével a kezelési szerződésben meghatároztak. Kedvezményeket von meg vagy alkalmaz attól függően, hogy teljesítik-e a kitűzött célt vagy nem.

A betegek súlyát naponta mérik, mégpedig korán reggel, az első vizelés után, amikor csak a kórházi köpenyt viselik. A napi folyadékfogyasztást és – leadást fel kell jegyezniük. A betegeket az étkezés után legalább két órán át megfigyelés alatt tartják, hogy megakadályozzák a hányást. Sokszor kísérő megy ki velük a fürdőszobába. Általában olyan diétával kezdik, amely 500 kalóriával több napi kalória bevitelt biztosít, mint ami az akkori súlyuk szinten tartásához lenne elegendő, és ajánlatos, hogy a kalória bevitelt lassan növeljék.

Eleinte célszerű a napi ételmiszer-mennyiséget hatnál több étkezésre szétosztani, hogy az evés miatti diszkonfort érzést elkerüljük. Mesterséges táplálásra is szükség lehet olyan betegeknél, akik nagyon soványak vagy nehéz bármilyen súlynövekedést elérniük. Szükség esetén szondán keresztül vagy intravénásan táplálják a betegeket, a vitális funkciók monitorizálása mellett. Sürgős esetben, extrém fokú elutasító magatartás vagy stuporos állapot miatt elektrokonvulzív kezelés is szóba jöhet, amely általában gyorsan oldja a súlyos állapotot és így életmentő lehet.

Bizonyos betegek kezelése is indokolt lehet. Gyógyszereket használnak a purgálási szokások csökkentésére, valamint antidepresszánsokat és olyan gyógyszereket is, melyek elősegítik a súlygyarapodást. Phenotiazinokat és benzodiazepineket használnak az újratáplálás kezdeti erőfeszítéseivel együtt járó szorongás csökkentésére. Külön figyelemmel kell lennünk a gyógyszer felszívódási viszonyaira, tekintettel a beteg purgatív magatartására.

Az étkezési rendellenességben szenvedők segítésében a legjobb megközelítés a gyakorlatias és célorientált pszichoterápia, különösen betegségük akut szakaszában. A pszichoterápia a testi önképpel való foglalkozásra célzottan kitér. Erre kognitív orientációjú terápiák, valamint a testtel különösen foglalkozó relaxációs, szimbólumterápiás módszerek vagy az ún. testterápiák alkalmasak. Amennyiben az evési magatartás közvetlen kontrollja is szükségessé válik (pl. falási rohamok miatt), úgy magatartás terápia módszereket alkalmaznak (pl. válasz-prevenció módszere: a purgáció megakadályozása és a következményes feszültség kezelése).

A kezdeti tünetellenőrzés után a pszichodinamikus megközelítések eredményesek lehetnek azért, hogy segítik a beteget azoknak a problémáknak a megoldásában, amelyek hozzájárultak kóros étkezési szokásaik kialakulásához vagy erősítették ezeket. A családterápia is segíthet, különösen akkor, ha a beteg otthon él, és táplálkozási szokásai problematikus családi kapcsolatai miatt állandósultak, vagy kóros evési szokásai már nehézségeket okoztak a családtagoknak.

A csoportpszichoterápia hatásosnak bizonyult a bulimia nervosa kezelésében. A viselkedésterápiás megközelítést hangsúlyozó intenzív programok- beleértve a táplálkozással kapcsolatos oktatást, a kognitív újrastrukturáló módszereket és a pszichoszociális támogatást- látszanak a leghatásosabbnak.

Sok evési zavarral küzdő paciens saját jószántából nem kér gyógykezelést, és tagadja, hogy beteg. Leginkább a családtagok vagy a barátok viszik őket akaratuk ellenére orvoshoz, ők ellenállhatnak az orvosi kezelésnek, illetve az orvosi tanács ellenére elhagyhatják a kórházat. Az anorexiás és a bulimiás betegekről a kórházban az a hír járja, hogy kritikusak, viselkedésük manipulatív, rendszerint az étkezési zavarok kezelési előírása a kritikájuk célpontja. Jellemzően újra meg újra követelődznek, hogy rávegyék az orvost a kezelési előírás módosítására. Véget nem érő folyamat indulhat így el, míhelyst az orvos beleegyezett a módosításba, máris megszületik az újabb módosítás iránti igény. A legbiztosabb módszer mindenféle módosítási igény elutasítása, ha már egyszer a viselkedési szerződés létrejött.

A pszichoterápia vezetésében következetességre és ugyanakkor nagyfokú rugalmasságra van szükség. A betegek gyakran megszakítják a kezelési programot. A kezelések ma még nehezen hozzáférhetőek.

## Sport és a táplálkozási problémák

A női sportolók sebezhetőbbek étkezési szokásaikat illetően, mint az átlagnépesség, és a helytelen étkezés bizonyos sportágakban, a nők 60%-ára jellemző (Sundgot-Borgon, 1994; Petrie, 1993.). Ezek a problémák általánosak azokban a sportágakban és sportolóknál, ahol az alacsony testsúly, testzsír, a vékony fizikum észrevehetően előnyösebb.

Sovány testalkatú sportok	Hosszútávfutás, kerékpározás, lovaglás, távfutás
Esztétikus sportok	Torna, műkorcsolya, balett, verseny aerobic, testépítés, fitnes, szinkronúszás
Súlycsoportos sportok	Cselgáncs, karate, súlyemelés, testépítés, ökölvívás

### I. Táblázat. Helytelen étkezés-magas kockázatú sportágak

Az okok különbözőek a sportágtól függően. Gátfutóknál nagyobb a kockázat az étkezési szokásokat illetően, mivel közeli a kapcsolat az alacsony testsúly és teljesítmény között. Azok számára, akik esztétikai sportágakban versenyeznek (tánc, testépítés, torna, ritmikus gimnasztika), még nagyobb kockázatot jelent, hiszen a siker a test alkatától, a technika és az ügyesség színvonalától függ. Azok a sportolók, akik súlycsoportos sportágakban versenyeznek (cselgáncs, súlyemelés), valószínűbb, hogy kialakul a helytelen étkezés problémája a súlyhatár elérésének nyomása miatt. Erre a problémára és ennek megváltoztatásával kapcsolatos törekvésre már a fentiekben kitértem.

Eddig is láttuk, hogy a helytelen étkezésnek nincsenek egyszerű okai. Bizonyos sportágaknak vagy edzésprogramoknak a követelményei, vagy az edzők elvárásai, hogy a sportoló fogyjon, kialakíthatja a helytelen étkezést. Előfordulhat, hogy étkezési problémákra hajlamos embereket bizonyos sportágak vonzanak. Tanulmányok azt mutatják, hogy azok a sportolók, akik olyan sportágban versenyeznek, ahol a soványság magasabb foka az elvárt, rosszabb testképpel rendelkeznek, elégedetlenebbek a testsúlyukkal és a testalkatukkal, mint az átlagnépesség. Kutatók úgy találták, hogy a profi sportolók tulajdonságai nagyon hasonlóak azokéhoz, akik helytelenül étkeznek: megszállottság, versenyzés, maximalizmus, kényszer.

Az edzés a fogyás egyik eszközává válik, ami egy pozitív kapcsolat a soványság és a teljesítmény között, szabályozza a sportolók törekvését.

Mindenkiben felmerülhet a kérdés: Hogyan tudják folytatni az edzést a helytelenül étkező sportolók?

Rendkívülinek tűnik, hogy azok a sportolók, akik alacsony kalóriamennyiséget vesznek fel, tovább tudják folytatni az edzést és a versenyt az intenzitás csökkenése nélkül. Kétségtelen, hogy fiziológiai és pszichológiai faktorok együttese van jelen. Élettani oldaláról az anorexiások képesek motiválni és ösztönözni magukat az edzésre kimerültségük ellenére. Erős akaratúak, és nagyon vágynak a sikerre.

Néhány tudós szerint a sportolók kevesebb táplálékmenyiséget vullanak be, mint amennyit valójában megesznek. Például az Indiana University tanulmány szerint kilenc nagyon edzett tájfutó esetében találták, hogy 2100 kcal-t ettek naponta, de a becsült energiafelhasználás 3000 kcal volt (Edwards, 1993). Egy magatartással kapcsolatos kérdőív eredményének analizálása után úgy találták, hogy sokuknak rossz volt a testképzetük, és nem pontosan számoltak be arról, hogy mit ettek a kísérlet során.

Pszichológiai oldalról valószínűleg a test alkalmazkodott az anyagcsere szintjének lecsökkentéséhez (10-30%). Ez tette lehetővé a sportolók számára, hogy eddzenek, megtartsák az energia-egyensúlyt a szükségesnél kevesebb kalóriával. Néhány tudós szerint a nagyon erős edzés során végzett diétázás fokozhatja az anyagcsere csökkenését.

A fizikai és érzelmi fáradtság ellensúlyozására sok bulimiás és anorexiás koffeintartalmú italokat fogyaszt, ilyenek az erős kávé, diétás kóla, különböző energitalok és pezsgőporok azonban hosszú távon a teljesítmény leromlik. Mivel a glikogén- és tápanyagraktárak krónikusan kiürülnek, a sportolók egészsége leromlik, és az optimális teljesítményt nem tudják fenntartani. A maximális oxigénfelvétel lecsökken, krónikus fáradtság áll be, és a sportolók hajlamosabbak sérülésre, gyulladásra.

## Prevenció és felismerés

Elsősorban fontos lenne a táplálkozási problémák és rendellenességek megelőzése és időbeni felismerése. Egészségtan óra keretében az általános iskolákban, és osztályfőnöki óra keretében a gimnáziumokban a diákok felvilágosítása a helyes táplálkozásról, egészséges mértékéről a táplálkozásnak és a sportnak is, valamint ezek egészséges viszonyáról, a felmerülő problémák megoldási lehetőségeiről, a segítő szakemberekről. Nemcsak a diákok felvilágosítása a fontos, a szülőknek is tudniuk kell, hogyan lehet felismerni ezen rendellenességeket és mi a teendő, ha ilyen észlelnék.

A következőkben egy kérdőívet mutatok be, ami segítség lehet a táplálkozási problémák kialakulásának kockázatának a feltárására és így további segítség kérésére. Szeretném kihangsúlyozni, hogy ez nem pótolja a diagnosztizáló módszert és nem helyettesíti a táplálkozási tanácsadó szakértelmét.

Ha az alábbi kérdéseknél hatra vagy többre igennel válaszolunk meg van az esélyünk a fentiekben ismertetett táplálkozási rendellenességek kialakulásának kockázatára.

- Megszámolja a kalóriát, amit egész nap eszik?
- Sokat gondol a táplálkozásra?
- Aggódik a hízás miatt?
- Aggódik a testalkata miatt, vagy nem szereti az alakját?
- Erőteljesen diétázik?
- Érez büntudatot étkezés alatt vagy után?
- Úgy gondolja, hogy a testsúly az életnek egy olyan aspektusa, amit ellenőrizni tud?
- A barátai és a családja kitart amellett, hogy sovány, míg Ön kövérnek érzi magát?
- Szokott a testsúlya drámaian ingadozni?
- Szokott azért edzeni, hogy kompenzálja az elfogyasztott pluszkalóriákat?
- Étkezés után megindított-e valaha hányást?
- Elidegenedett a családjától és barátaitól?
- Szokott büntudatot érezni, ha a normál étrendje vagy edzőmunkája félbeszakad?
- Visszautasít olyan összejöveteleket, ahol hizlaló ételek is előfordulhatnak?



## Felhasznált irodalom

- Nancy C. Andreasen, Donald W. Black: *Bevezetés a pszichiátriába*, Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1997.
- Rita L. Atkinson, Richard C. Atkinson, Edward E. Smith, Daryl J. Bem, Susan Nolen-Hoeksema: *Pszichológia*, Osiris Kiadó, Budapest, 1999.
- Anita Bean: *Modern sporttáplálkozás*, Goold Book, 2000.
- Kurt Buser, Ursula Kaul-Hecker: *Orvosi Pszichológia, orvosi szociológia*, Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1998.
- Tringer László: *A pszichiátria tankönyve*, Semmelweis Kiadó, Budapest, 2001.

## Melléklet

### Az súlyos anorexia nervosa tulajdonságai

Fizikai jelek	Pszichológiai jelek	Magatartási jelek
<ul style="list-style-type: none"><li>• Jelentős súlyvesztés</li><li>• Jóval átlag alatti súly</li><li>• Lesoványodott megjelenés</li><li>• Menstruáció megszűnik vagy rendszertelenné válik</li><li>• Szőrzet megjelenése arcon, karon, lábon</li><li>• Hideg érzet, kékes végtagok</li><li>• Nyugtalanlás, álmatlanság</li><li>• Kiszáradt, sárga bőr</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Megszállottság a diétázást és a vékonyságot illetően</li><li>• Kövérség érzése, amikor sovány</li><li>• Megszállott félelem a hízástól</li><li>• Alacsony önbecsülés, depresszió</li><li>• Aggódás</li><li>• Maximalizmus</li><li>• Szociális visszavonulás</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kevés étkezés</li><li>• Könnyörtelen edzés</li><li>• Nagy figyelem a táplálékra és a kalóriára</li><li>• Aggodalom és vita a táplálkozásról</li><li>• Társaságban az étkezés visszautasítása</li><li>• Hazugság az étkezéssel kapcsolatban</li><li>• Megszállott súlymérés</li><li>• Szertartásos evés</li></ul>

### A súlyos bulimia nervosa tulajdonságai

Fizikai jelek	Pszichológiai jelek	Magatartási jelek
<ul style="list-style-type: none"><li>• Fogromlás</li><li>• Puffadt arc a duzzadt nyálmirigyek miatt</li><li>• Normális és extrém testsúly váltakozása</li><li>• Horzsolás az ujjperceken a hányás megindításától</li><li>• Menstruációs rendellenességek</li><li>• Izomgörcsök, gyengeség</li><li>• Gyakori dehidráltóság</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alacsony önbecsülés és önkontroll</li><li>• Depresszió, aggódás, harag</li><li>• Elégedetlenség a testet illetően</li><li>• Csak a táplálkozással, megjelenéssel, súllyal foglalkozik</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ellenőrizhetetlen mennyiségű táplálék felvétel (több mint 5000 kcal)</li><li>• Étkezés rosszzullétig</li><li>• Büntudat, szégyen, visszavonultság a nagy evési roham után</li><li>• Hányás</li><li>• Gyakori testsúlymérés</li><li>• Étkezés utáni eltűnés, hogy meg tudjon szabadulni a tápláléktól</li><li>• Étkezés titokban</li></ul>

## SZEXUÁLIS ÚTON TERJEDŐ BETEGSÉGEK (AIDS)

**Összeállította:** Szabó Katalin

Napjainkban a serdülők egyre korábban kezdik a nemi életet. Sajnos ez a nem kívánt terhességek és a nemi úton terjedő betegségek számának növekedését vonja maga után annak ellenére, hogy mindkettő ellen lehet védekezni.

A **nemi betegség** szexuális érintkezés útján, a nemi szerveken keresztül terjedő fertőző betegség.

**A fertőzést mikrobák okozzák:** baktériumok, gombák, vírusok, protozoonok és ektoparaziták. Ma több mint 20-féle nemi betegséget tartanak nyilván.

A nemi betegség mindkét nemnél előfordul, ha a pár egyik tagja megkapja, a partnert is kezelni kell, mert a ping-pong módjára újra visszakapható, ha nem egyszerre kezelik a párt.

### **SZTB (népegészségügyi jelentősége):**

A meddőség és a méhen kívüli terhességek okai gyakran az SZTB-k.

A második generációt érintő jelenség a fertőzést követő koraszülés, az újszülöttek kis súlya, a veleszületett syphilises elváltozás, az újszülött kori conjunctivitis, az esetleg halálhoz is vezető újszülött kori herpesz fertőzés.

Egyéb kórokozók pl. hepatitis-, papillomavírus onkogén hatásúak.

Az SZTB ilyen arányú terjedése, demográfiai, társadalmi, és magatartásbeli okokra vezethető vissza.

A demográfiai átrendeződés, a fiatalok arányának növekedése, a veszélyeztetett populáció számát növeli.

Sok fiatal korán kezdi a nemi életet, több partnerrel találkozik, míg monogám kapcsolatot létesít.

A gazdasági változások, az ebből adódó népességmozgások, az átmeneti lakosság kialakulása, a társadalmi kapcsolatok fellazulásai szintén segítik az SZTB-k terjedését.

A szegénység, a prostitúció, a kábítószer-élvezés, a bűnözés e járványfolyamatok rizikótényezői.

Magatartásbeli kockázati tényező, a sok szexuális partner, a kockázatos közösülési forma, a gyakori nemi közösülés.

**A fertőződés valószínűsége függ:** a kórokozók fertőzőképességétől, a szervezetbe kerülő kórokozók számától, esetlegesen jelenlévő más SZTB-től. Pl. a herpesz, a papillomavírus-fertőzés növeli az AIDS-re való fogékonyságot.

Függ az egyén nemi szerveinek állapotától, a fogamzásgátlási módtól, és a korábbi fertőzésekből visszamaradt immunitástól.

A trichomoniasis és a gonorrhoea nyári szezonális.

Az előbbiért a fertőzött fürdővizek tehetők felelőssé, míg a gonorrhoea nagyobb gyakoriságát részben a szabadságokból adódó szabadabb szexuális viselkedésre, részben a téli időszakban más megbetegedések miatt használt antibiotikumok hatásának az elmaradására vezetik vissza.

### **Az SZTB-k megelőzésének általános szabályai:**

- Olyan fogamzásgátlót kell alkalmazni, amely akadály típusú, vagyis kondomot, spermaölő szereket.
- A szexuális partnerek számát csökkenteni kell, csak megbízható, hosszú távú kapcsolat az előnyös (hűség).

- Az első gyanús jeleknél orvoshoz kell fordulni.

### **A szexuális úton terjedő leggyakoribb betegségek:**

#### ***Bakteriális fertőzések:***

##### **1. Chlamydia trachomatis fertőzés a leggyakoribb SZTB-kórokozó.**

Világszerte a lakosság 10-15%-a fertőzött.

*Kórokozó:* Chlamydia trachomatis

*Lappangási idő:* 1-3 hét

*Tünetei:* kevés, halványsárga, gennyhez hasonló váladék, gyakori vizelési inger, égő érzés vizeléskor, fájdalmas közösülés, kismencedei gyulladás lányoknál, prosztatata- és mellékhere-gyulladás fiúknál, mindkettőnél meddőséget okozhat.

##### **2. Gonorrhoea – tripper, kankó**

*Kórokozó:* Neisseria gonorrhoea

*Lappangási idő:* 2-10 nap

*Tünetei:* gennyes folyás a húgycsőből, vizeléskor égő, fájó érzés, prosztatata- és mellékhere-gyulladás, nőknél 50-60 % -ban tünetmentes. Férfiaknál fertőzés esetén a húgycsőből reggel gennyes, nyákos folyadék távozik: ez a „bon jour”-csepp.

##### **3. Szifilisz – lues, vérbaj**

*Kórokozó:* Treponema pallidum

*Lappangási idő:* 10-15 naptól 8-10 hétig, általában 2-3 hét

*Tünetei:* változatos, a fertőzés helyén (nemi szervek, végbél, ajkak, emlő stb.) bőrtünetek (papulozus-plakkos), fekélyképződés, tömött, vöröses, gyulladásszerű beszűrődés, felszínből kiemelkedő, elfekélyesedő, fájdalom nélküli elváltozás. 3 stádiuma van, az első stádium látszólag spontán gyógyul, de ez csak a fertőzés első szakasza. A második a fertőzés 8-9 hetében alakul ki, nem viszkető bőrelváltozások, nyirokcsomó-megnagyobbodás. A harmadik szakasza súlyos szöveti reakciót vált ki, elfekélyesedő bőrfolyamatok (ma már a gyógyszerek hatására ez nem alakul ki), a késői végstádiumában súlyos idegrendszeri elváltozások jelennek meg.

#### ***Gombás fertőzés:***

##### **1. Candidiasis**

*Kórokozó:* Candida albicans

*Lappangási idő:* néhány naptól néhány hétig (a betegség formája szerint)

*Tünetei:* sárgás folyás, fluor, viszketés, bőrelváltozás.

Gyakran kialakulhat tartós antibiotikum, orális contracepcio alkalmazása esetén. A trichomonas és HIV fertőzés hajlamosító tényező lehet a kialakulásában.

#### ***Vírusok:***

##### **1. Szemölcs, Verucca vulgaris, condyloma acuminatum**

*Kórokozó:* DNS verucca vírus

*Lappangási idő:* 1-8 hónap

*Tünetei:* anogenitális tájon tünetek nélkül kialakuló, a felszínhez kocsánnyal kapcsolódó szemölcs.

## **2. Herpes genitális**

*Kórokozó:* herpes simplex vírus

*Lappangási idő:* 3-12 nap

*Tünetek:* a nemi szervek felületén csoportokban megjelenő fájdalmas, nedvedző hólyagocskák, amelyek később egybefolyó sebbé alakulnak ki. Nyirokcsomó-duzzanat, általános rossz közérzet, fejfájás, esetenként magas láz is kialakulhat.

## **3. Hepatitisek**

*Kórokozó:* Hepatitis A RNS picornavírus (HAV), Hepatitis B DNS-tartalmú vírus (HBV)

*Lappangási idő:* A vírusnál 15-40 nap, B vírusnál 40-180 nap

*Tünetei:* általános fertőzési tünetek: láz, hasi panaszok, lép- és májmegnagyobbodás.

Váladékkal, vérrel terjed. Fogékonyabbak az alkoholisták.

## **4. HIV-fertőzés**

*Kórokozó:* HIV retrovírus (HIV-1, HIV-2)

*Lappangási idő:* változó, 1-3 hónap múlva kimutatható a vérből

*Tünetek:* fáradékonyság, éjszakai izzadás, izületi fájdalmak, nyirokcsomó-duzzanat, néha elszórt kiütések, testsúlycsökkenés.

### ***Protzoonok:***

*Kórokozó:* Trichomonas vaginalis

*Lappangási idő:* 4-15 nap

*Tünetei:* viszkető, égő érzés, „rothadó káposzta” szagú váladék, sárgászöld színű, gyakori vizelés, fityma bőrén égető érzés.

Nem csak nemi úton terjed, fertőző váladékokban órákig életben marad (fürdővíz, nedves törülköző, WC-deszka, lepedő stb.)

Nők 77,6 %-ban, férfiak 68 %-ban fogékonyak a fertőzésre.

### ***Egyetlen védekezés nélküli szexuális aktus is elegendő a fertőzéshez!***

A betegség fázisai: fertőzés, lappangási idő, betegség fizikai jelei.

Többszöri fertőződés is lehet, egy betegség kigyógyulása nem ad immunvédelmet.

Súlyos következményei vannak a nem kezelt, nem gyógyult betegségeknek.

A gyakori fertőződés meddőséget is okozhat.

A baj korai felismerése segíthet e problémán, azonnal orvoshoz kell fordulni.

Néha csak alapos diagnózis és laboratóriumi vizsgálat után derül ki melyik fertőzésre, milyen gyógyszerrel kell alkalmazni.

Rizikó magatartással (promiszkuitással, felelőtlen futó kapcsolattal) nagyobb az esély a fertőződéshez: gyakori partnerváltás, alkalmi kapcsolatok, prostituáltak, biszexuálisok között, anális közösülésnél, drogosok, alkoholfüggőségben, rendszertelen tisztálkodás, serdülők körében gyakoribb az előfordulása, ha nem alkalmaznak óvszert.

## AIDS

**„The AIDS is bigger challenge than apartheid.”**

(Nelson Mandela, 2003.)

### **A HIV / AIDS járvány kezdete:**

Az AIDS kórokozója valószínűleg Közép-Afrikából származik. Innen az ENSZ-szolgálatban lévő haiti értelmiségiek révén kerülhetett Haitiba. Az amerikai homoszexuálisoknak viszont ez a közép-amerikai sziget volt a kedvelt nyaralóhelye és innen ők hurcolták be a fertőzést az USA-ba, mégpedig elsősorban azokba a régiókba, - így Kaliforniába és ezen belül is San Franciscóba, - ahol a legtöbb homoszexuális él. A járvány később innen terjedt Európa felé. Ismert azonban néhány olyan európai beteg is, akik Afrikában kapták a fertőzést.

1980 májusában egy 32 esztendő New York-i homoszexuális férfit a manhattani Mount Sinai Medical Center felvett meghatározhatatlan betegsége miatt.

Tünetei: légzési nehézség, testszerte kiütések, lesóványodás, verejtékezés, tüdőgyulladás.

A páciens háromhavi intenzív ápolás után meghalt.

Szinte egy időben Európában is és Amerikában is egyre több hasonló esetet közölnek különböző szakmai lapok. Egyben azonosak, egyszerű fertőzések kezelhetetlenné válnak, és a betegek meghalnak.

Viszonylag fiatal emberek, általános panaszaik, az immunrendszer folyamatos romlása, majd működésképtelensége.

A Morbidity and Mortality Weekly Reportban (1981. július) közzölt adatok szerint 1979 óta 26 fiatal homoszexuális férfiban diagnosztizáltak Kaposi-szarkómát.

Mivel a rejtélyes betegség egyelőre főleg a homoszexuálisokat érintette, először „GCS” (Gay Compromised Syndrome) nevet kapta.

Amikor a rendszeresen fellépő immungyengeséget felfedezték, hívták „GRID”-nek (Gay Related Immunodeficiency).

1982 szeptemberében 593 összegyűjtött esetet analizáltak.

Az elemzés eredményeként megfogalmazták a betegség új, máig is használatos definícióját, és először használták az új kór megjelölésére az Acquired Immune Deficiency Syndrome elnevezést, amelynek egy betűszó a rövidítése: AIDS.

1992 decemberében a CDC nyilvánosságra hozta az AIDS kiterjesztett definícióját, amely 1993. január 1. óta érvényes. Ez magában foglalja az összes olyan személyt, akiknél a HIV-fertőzést megerősítették, s akiknek CD4 T-lymphocytá száma  $0.2 \times 10^6$ -nél kevesebb, tekintet nélkül a klinikai manifesztációkra. Ezen felül az AIDS 23 indikátorbetegségének listáját.

### **Mi az AIDS?**

Az **AIDS** = Szerzett Immunhiányos Tünetcsoport: **A**cquired **I**mmune **D**eficiency **S**ndrome

A fertőzés rohamosan terjedve országhatárokon át az egész világot fenyegető járvánnyá fejlődött.

*Kórokozója a HIV (Human Immunodeficiency Virus) az emberi immunhiányt okozó vírus. Az immunrendszert támadja, amely normál esetben megvédi a szervezetet a fertőzésektől.*

A vírus egy bizonyos fajta fehérvérsejtet támad meg, amelynek neve CD4+ sejt. A vírus behatol a sejtbe, beilleszti saját génjeit a gazdasejt DNS-ébe, és így arra használja, hogy újabb vírusokat termeljen, amelyek megfertőzik a többi sejtet.

A CD4+ gazdasejtek végül meghalnak, bár a tudósok nem tudják, hogy pontosan miért és hogyan.

Ahogy a szervezet CD4+ sejtszáma csökken, az emberi test egyre kevésbé képes harcolni a betegségekkel. Végül a CD4+ sejtszám eléri azt a kritikus szintet, amelyet szerzett immunhiányos tünet-együttesnek, vagyis AIDS-nek nevezünk.

A HIV retrovírus, amely egy különleges vírusfajta. A retrovírusok felépítése egyszerűbb, mint a többi vírusé, a szervezetnek mégis nehezebb ellenük harcolni.

A retrovírusok beágyazzák génjeiket a megtámadott sejt DNS-ébe, tehát minden olyan további sejt, mely ebből a gazdasejtből alakul ki, fertőzött lesz.

A retrovírusok nagyobb hibaeséllyel másolják be génjeiket a célsejtbe. Figyelembe véve a HIV vírus magas replikációját, ez azt jelenti, hogy a vírus ugyanúgy mutálódik, ahogyan terjed.

Az a burok, amelyben a HIV vírusrészecske található, ugyanolyan összetételű, mint némelyik emberi sejt. Ez tovább nehezíti az immunrendszer feladatát, mivel sokkal bonyolultabb a vírus és az egészséges sejtek megkülönböztetése.

## **Hogyan terjed?**

A HIV vírus megtalálható a fertőzött testnedveiben, vagyis a vérben, az ondóváladékban, a hüvelyváladékban és az anyatejben. Fertőzésről akkor beszélhetünk, ha e testnedvek valamelyike egy másik ember szervezetébe jut.

### ***A HIV fertőzés átadható:***

- Fertőzött személlyel folytatott védekezés nélküli szexuális kapcsolat útján ;
- Fertőzött személlyel közös tű- vagy test piercing felszerelés használatával;
- Fertőzött vérrrel vérátömlesztés során;
- Fertőzött testnedv nyílt sebbe juttatásával;
- Fertőzött személy megfertőzheti újszülöttjét a terhesség, a szülés, illetve anyatejjel való táplálás során.

A HIV vírus megtalálható a fertőzöttek nyálában is, de nem fertőző mennyiségben. Ha a fertőzött testnedvek felszáradnak, a vírus átadásának esélye szinte a nullával egyenlő.

A HIV vírus terjedésének legjobb megelőzési módszere nem létesíteni szexuális kapcsolatokat fertőzött, vagy feltételezetten fertőzött személlyel, illetve gumióvszerrel való védekezés.

A gumióvszer anyaga nem engedi át a HIV méretű részecskéket. Helyes és folyamatos használatával nagyon hatékony a fertőzés átadásának megelőzésében, noha a teljes önmegtartóztatáson kívül semmilyen más módszer nem garantál 100%-os biztonságot. Az intravénás drogokat használók csökkenthetik a fertőzés veszélyét, ha nem osztóznak az injekciós tűkön.

**A HIV fertőzés nem adható át:**

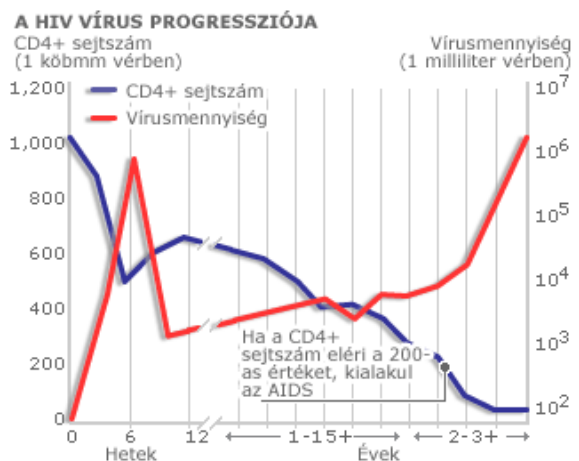
- Levegőn keresztül, köhögéssel, tüsszentéssel
- Csókolózással, érintéssel és kézrázással
- Közösen használt főzőedényekkel illetve evőeszközökkel
- WC ülőkén keresztül
- Bogár vagy állat marásával, csípésével
- Úszómedencében
- Fertőzött személy által készített ételen keresztül

**Korai stádiumok**

A fertőzöttek felénél a fertőzés utáni második és negyedik hét között náthára emlékeztető tünetek észlelhetők, úgymint láz, fáradtság, kiütések, ízületi fájdalmak, fejfájás és duzzadt nyirokcsomó.

A jobb oldalon levő ábra megmutatja egy tipikus HIV fertőzés időbeli kialakulását és lefolyását. A CD4+ sejtszám a CD4+ sejtek száma egy köbmilliméternyi vérben. Ez a szám a vírus progressziójával fokozatosan csökken.

Egy egészséges immunrendszer esetében a CD4+ sejtszám 600- 1200 közti értékű. Ha ez a szám 200 alá süllyed, a páciens AIDS-esként kezelik.



A vírusmennyiség a vírusrészecskék száma egy milliliter vérben. Ez a mennyiség folyamatosan növekszik, a vírus gyors szaporodásával a véráramban.

Néhány HIV fertőzött embernél több évig sem alakul ki az AIDS, egészségesnek érzik magukat, a fertőzésnek semmilyen jelét nem tapasztalják.

Más fertőzötteknél vannak olyan tünetek, mint súlyvesztés, láz és izzadás, gyakoriak a fertőzések, kiütések, és nem ritka a rövid távú memóriazavar sem.

**HIV tesztek:**

- A leggyakrabban használt HIV teszt egy bizonyos antitestet, vagyis a betegség ellen küzdő fehérjét mutat ki



- Az antitestek a HIV vírus válaszreakciójaként termelődnek, de csak 6-12 héttel a fertőzés után
- A vírussal szemben nem nagyon hatékonyak, de eléggé megbízhatóan jelzik, ha a vírus jelen van a szervezetben
- A fertőzött személy azonnal megfertőzhet másokat, noha tesztje még pár hétig nem lesz pozitív

## Az AIDS kifejlődik

A vírus előretörésével az immunrendszer legyengül, egyre kevésbé tud harcolni a betegségekkel, és a fertőzések életveszélyessé válhatnak.

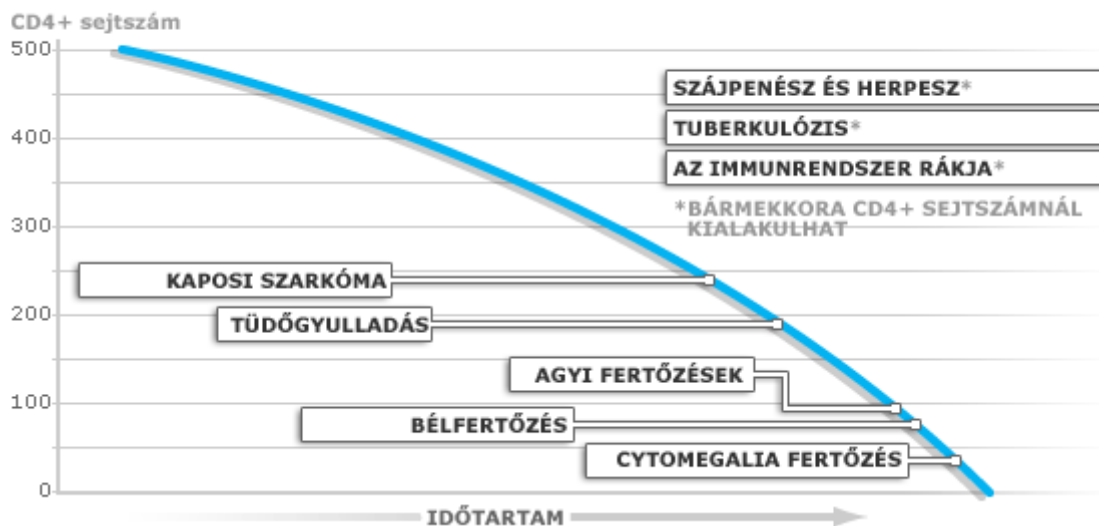
A HIV pozitív emberek hajlamosabbak elkapni olyan betegségeket, mint a tuberkulózis, a malária, a tüdőgyulladás, és az övsömör. Ahogy csökken a CD4 + sejtszámuk, egyre sebezhetőbbek.

A HIV páciensek érzékenyebbé válnak az ún. „*opportunist*a fertőzésekkel” szemben is. Ezeket egyszerű baktériumok, gombák és élősködők okozzák, amelyeket az egészséges szervezet le tud győzni, a legyengült immunrendszerű fertőzöttek esetében azonban akár halálosak is lehetnek.

E betegségek közül néhány a megfertőződés után pár hónappal is jelentkezhet, de a legtöbb csak akkor támad, ha a páciens eléri az AIDS stádiumot, tehát a CD4+ sejtszáma 200 alá süllyed.

Ha rendelkezésre áll orvosi ellátás, akkor a betegek kaphatnak az „*opportunist*a fertőzések” némelyike ellen gyógyszereket, de ezek nagyon drágák és mellékhatásai is súlyosak.

### A CD4+ SEJTSZÁM CSÖKKENÉSE MIATTI FERTŐZÉSVESZÉLYEK



#### Szájpenész és herpesz

A szájpenész vagy kandidiázis gombás fertőzés, amely legtöbbször a torkot, száját és a hüvelyt érinti.

A herpesz simplex vírus herpeszt okozhat a szájon vagy a nemi szerveken. Mindkét fertőzés eléggé gyakori, de különösen a HIV fertőzötteket érinti, és viszonylag magas CD4+ sejtszámnál is jelentkezhet.

**Tünetek:** A szájpenész fehér kinövéseket okoz, kiszárítja a száját és megnehezíti a nyelést. A herpesz fájdalmas hólyagokat alakít ki a fertőzött területeken.

#### Tuberkulózis

A tuberkulózis az AIDS haláljai közül a leggyakoribb, több országot egyszerre sújt a HIV és a tuberkulózis járvány. A betegséget okozó baktériumot sok ember hordozza, de az emberiség egy része immúnis a kórra. A tuberkulózis-baktériumot hordozó HIV fertőzötteknek harmincszor több az esélye a betegség megkapására, mint a nem fertőzötteknek.

A tuberkulózis először a tüdőt támadja, de továbbterjedhet a nyirokcsomókra és az agyra is.

**Tünetek:** Fulladó és véres köhögés, mellkasi fájdalom, fáradtság, fogyás, láz, éjszakai izzadás.

### *Az immunrendszer rákja*

A HIV fertőzötteket különösen veszélyezteti a Non-Hodgkin limfóma (NHL), vagyis az immunrendszer rákja. Az NHL a test bármely részét megtámadhatja, beleértve a gerincvelőt és az agyat is.

A betegség halált okozhat egy éven belül. Bármekkora CD4+ sejtszámnál előfordulhat, és általában kemoterápiás kezeléssel gyógyítják.

**Tünetek:** Duzzadt nyirokcsomók, láz, éjszakai izzadás, fogyás.

### *Kaposi szarkóma*

A Kaposi szarkóma egy rákhoz hasonlító betegség, amely gyakori a HIV fertőzött férfiak körében. A bőrön vörös és bíbor sebeket okoz, de érintheti a szájat, a nyirokcsomókat, a béltraktust és a tüdőt is – ebben az esetben halált okozhat a kór. Általában a 250-nél alacsonyabb CD4+ sejtszámú pácienseket támadja meg a betegség, és főként azoknál halálos, akiknek immunrendszere ennél is gyengébb.

**Tünetek:** Sebek a bőrön, légszomj, ha a kór a tüdőt támadja, és vérzés, ha a béltraktust.

### *Tüdőgyulladás*

A pneumocystis carinii által okozott tüdőgyulladás egy opportunistá fertőzés. Általában a tüdőt támadja meg, de érintheti a nyirokcsomókat, a lépét, a májat vagy a csontvelőt. Régebben az egyik fő AIDS halálok volt, de manapság megelőzhető és gyógyszerekkel kezelhető. Általában a CD4+ sejtszám 200 alatti értéke esetén jelentkezik.

**Tünetek:** Láz, száraz köhögés, nyomásérzés a mellben, légszomj.

### *Agyi fertőzések*

A HIV páciensek főleg két agyi fertőzésre érzékenyek. Az egyik a toxoplazmózis, amelyet egy állatokban található élősködő okoz, és a betegség agykárosodást eredményezhet. A másik az agyhártyagyulladás, amelyet a cryptococcus nevű, földben található gomba okoz. Ez a betegség egy, a gerincagyat és az agyat érintő fertőzés, és a beteg kómába eshet, illetve meghalhat. Ezek a fertőzések azoknál a betegeknél jelentkeznek, akiknek CD4+ sejtszáma kevesebb, mint 100.

**Tünetek:** Fejfájás, láz, látászavarok, émelygés és hányás (mindkettőnél), a test egyik oldalának gyengesége, nehézségek a beszédnél és a járásnál (toxoplazmózis), merev nyak (agyhártyagyulladás).

### *Bélfertőzés*

Olyan fertőzés, melyet egy vízben, porban, földben és madárürülékben élő baktérium (mycobacterium) okoz. A beleket támadja, és végül továbbterjedhet a vérbe és a test további részeibe. A bélfertőzés a 75 alatti CD4+ sejtszámnál jelentkezik leggyakrabban.

**Tünetek:** Gyomorgörcs, émelygés és hányás lázzal kísérvé, éjszakai izzadás, étvágytalanság, fogyás, fáradtság, hasmenés.

### *Cytomegalia fertőzés*

A Cytomegalia fertőzés egy vírusos fertőzés és a herpesz vírussal van összefüggésben.

A HIV fertőzötteknél legtöbbször retinitist okoz, amely a szemfenéken levő retinasejteket öli meg. Ha nem kezelik, nagyon gyorsan vakrágot okozhat. A Cytomegalia fertőzésre van gyógyszeres kezelés, de a vírus megtámadhat más testrészeket is. Nagyon ritkán fordul elő 100 CD4+ alatti betegeknél. Általában az 50-nél alacsonyabb CD4+ sejtszámú betegeket veszélyezteti.

**Tünetek:** Látási zavarok, úgymint mozgó fekete foltok, homályos látás, és vakfoltok.

## HIV elleni gyógyszerek

- Kezdő inhibitorok: Ezek a HIV vírus külsején levő fehérjékhez kapcsolódnak, így megakadályozzák, hogy a vírus hozzákapsolódjon és betörjön a CD4+ sejtbe. Eddig egyetlen ilyen gyógyszer, a Fuzeon került piaci forgalmazásra.
- Nukleozid reverz transzkriptáz inhibitorok: Ezek megakadályozzák, hogy a vírust lemásolja saját génjeit. A nukleozidok a gének építőteglái, és a gyógyszerek úgy szakítják meg az örökítő anyagok másolását, hogy a hibás nukleozidokat alakítanak ki.
- Nem nukleozid reverz transzkriptáz inhibitorok: Ezek a gyógyszerek szintén a másolófolyamatot zavarják meg, úgy, hogy hozzákötik magukat ahhoz az enzimhez, amely ellenőrzi a folyamatot.
- Proteáz inhibitorok: Ezek a gyógyszerek a fehérjebontó enzimhez rögzítik magukat, amely kulcsszerepet tölt be az új vírusrészecskék összekapcsolódásában.

A HIV járvány kezdete óta egy sorozat gyógyszert fejlesztettek ki, és mivel ezek megakadályozták a vírus szaporodását, ezért jelentősen meghosszabbították a HIV fertőzöttek életét.

Ezek a gyógyszerek, lelassítva a páciens CD4+ sejtszámának csökkenését, késleltethetik az AIDS állapot bekövetkezését, de magát a betegséget nem gyógyítják.

Az antiretrovirális gyógyszereket kombinálva kell szedni. Általában három különböző gyógyszert két csoportból kombinálnak egyszerre.

A HIV mutálódik, és a vírus néhány verziója ellenálló bizonyos gyógyszerekkel szemben, így ha többfajta szert alkalmaznak egyszerre, a vírus ellenőrzésének nagyobb az esélye.

Manapság néhány ember a vírusnak olyan törzsével fertőződik meg, amelyre már nem hatnak bizonyos gyógyszerek.

## Mellékhatások

### *Általános mellékhatások:*

- émelygés
- hányás
- fejfájás
- fáradtság
- kiütések
- hasmenés
- álmatlanság
- érzéketlenség a száj körül
- hasi fájdalmak

### *További mellékhatások:*

- hasnyálmirigy-gyulladás
- máj-és hasnyálmirigy-károsodás
- sérülések a száj körül
- a testalkat megváltozása
- az idegek károsodása
- vérszegénység
- izomfájdalom
- gyengeség

## Nemzetközi AIDS – statisztika

Az ENSZ által az AIDS elleni küzdelemre létrehozott szervezet, az UNAIDS a július 11-16-i bangkoki nemzetközi konferencia alkalmából kiadott jelentésében a járványról a következő fő adatokat tette közzé.

### **HIV-vírussal fertőzött személyek száma 2003 végén:**

*Világszerte: 37,8 millió* (A statisztikák és becslések hibahatárát figyelembe véve ez azt jelenti, hogy legalább 34,6 és akár 42,3 millió lehet a számuk - a továbbiakban az első szám a becsült számot, a második a becsült minimális, a harmadik a becsült maximális számot jelzi.)

A fertőzöttekből a *15-49 év közötti felnőttek száma 35,7 millió* (32,7-39,8 millió).  
**2,1 millió** (1,9-2,5 millió) a *15 évnél fiatalabb gyerekek száma*.  
A fertőzött felnőttek közül **17 millió** (15,8-18,8 millió) a *nő*.

### **Regionális megoszlás (felnőttek és gyerekek együtt):**

*Fekete-Afrika: 25 millió* (23,1-27,9 millió)  
*Észak-Afrika és Közel-Kelet: 480 ezer* (200 ezer-1,4 millió)  
*Latin-Amerika: 1,6 millió* (1,2 millió-2,1 millió)  
*Észak-Amerika: 1 millió* (520 ezer-1,5 millió)  
*Nyugat-Európa: 580 ezer* (460 ezer-730 ezer)  
*Kelet-Európa és Közép-Ázsia: 1,3 millió* (860 ezer-1,9 millió)  
*Kelet-Ázsia és Csendes-óceáni térség: 900 ezer* (450 ezer-1,5 millió)  
*Dél- és Délkelet-Ázsia: 6,5 millió* (4,1-9,6 millió)  
*Óceánia (Ausztrália, Pápua-Új-Guinea): 32 ezer* (21-46 ezer)

### **Új HIV-fertőzöttek 2003-ban:**

*A világon összesen: 4,8 millió* (4,2-6,3 millió), amiből **4,1 millió** (3,6-5,6 millió) a *felnőtt* és **630 ezer** (450-580 ezer) a *15 év alatti gyerekek*.

### **AIDS-ben elhunytak száma 2003-ban:**

*A világon összesen 2,9 millió* (2,6-3,3 millió), amiből **2,4 millió** (2,2-2,7 millió) *felnőtt* és **490 ezer** (450 ezer-580 ezer) *15 év alatti gyerekek*.

**Magyarországon** alacsony a HIV-fertőzöttek száma.

Magyarországon 1985-től 2004. szeptember végéig **1155 HIV-pozitív** embert vettek nyilvántartásba - közölte az Országos Epidemiológiai Központ járványügyi főorvosa december 1-jén Budapesten.

A nyilvántartottak mintegy *30 százaléka külföldi állampolgár.*

A legvesélyeztetettebbek közé sorolhatók az úgynevezett rizikócsoporthoz tartozók, például a homoszexuálisok, a bevándorlók, a prostituáltak és a kábítószer-élvezők - mondta sajtótájékoztatón *Csohán Ágnes* az AIDS-világnap alkalmából rendezett szakmai programok szünetében.

A regisztrált külföldi állampolgárságú HIV-fertőzöttek 42 százaléka afrikai, 44 százaléka pedig 23 európai országból érkezett Magyarországra.

A kiosztott tájékoztató anyag szerint Magyarországon az első HIV-pozitív betegeket 1985 augusztusában, az első AIDS-beteget pedig 1986 decemberében fedezték fel.

Az utóbbi öt évben újonnan regisztrált HIV-fertőzések évi átlagos száma 68 volt.

A regisztrált HIV-pozitívak közül 889 férfi és 157 nő.

A HIV-pozitív nők aránya 1990-ig 6 százalék, 1995-ig 9 százalék, az utóbbi öt évben 21,5 százalék volt. A felmérés idején a HIV-pozitív nők mintegy fele a 20-29 éves volt, az 1985 óta regisztráltak 90 százaléka heteroszexuális kapcsolat útján fertőződött meg. A fertőzött nők mintegy egyharmada külföldi, illetve külföldi szexuális partnertől, gyakran prostitúció révén fertőződött.

2004. szeptemberéig bejelentett magyar HIV-pozitív emberek 50 százaléka homoszexuális érintkezéssel fertőződött meg. Arányuk a vírust hordozók között az utóbbi években jelentősen csökkent, míg a heteroszexuális kapcsolat során fertőzöttek aránya nőtt. A heteroszexuális fertőzöttek aránya 1985 és 1990 között öt százalék volt, míg az 1996 óta eltelt időszakban elérte a 28 százalékot.

Intravénás kábítószer-használat kapcsán 14 HIV-pozitív embert vettek nyilvántartásba. Közülük tizenketten nem magyar állampolgárok, ketten pedig külföldön fertőződtek meg.

A tájékoztató szerint 2004. szeptember 30-ig összesen **462 HIV-fertőzöttnél fejlődött ki az AIDS és közülük 26-an haltak meg.**

Az 1987-es év óta az újonnan jelentett AIDS-betegek száma 7 és 46 között változott, évente átlagosan 25 volt, és minden évben általában 15-en haltak meg az AIDS következtében.

A világban 1997-ben az összes fertőzött 41 százaléka volt nő, jelenleg már közel a fele, a szubszaharai Afrikában pedig majdnem 60 százaléka. A nők veszélyeztetettsége nagyobb a férfiaknál, mivel kétszer olyan nagy valószínűséggel adja át férfi nőnek a vírust, mint nő férfinak.

**Jakab Ferencé**, az egészségügyi tárca címzetes államtitkára arról beszélt: két éve jött létre a Nemzeti AIDS Bizottság és a közelmúltban elkészült a 2004-2010-re szóló Nemzeti AIDS Stratégia, amely kiemelt szerepet szán a megelőzésnek, különösen az úgynevezett magas rizikójú csoportok és a fiatalok esetében.

Várhatóan a jövő év elején jelenik meg az a miniszteri rendelet, amely egyharmadára csökkenti a prostituáltak számára a szexuális úton terjedő betegségek szűrővizsgálatainak költségeit, valamint jövő év február-márciusától egy mobil szűrőbusz is segíti ezt a munkát.

A tájékoztatón bemutattak egy multimédiás CD-t is, amelyet kezdetben hat bázisiskolában használnak majd a 11-17 év közöttiek szexualitással, párkapcsolatokkal, családtervezéssel, nemi betegségek megelőzésével és egyéb témával összefüggő kérdésekkel kapcsolatos oktatására.

A Fővárosi *Szent László Kórházban* kezelik a hazai regisztrált AIDS-betegeket.

**Dr. Bánhegyi Dénes**, az 5-ös számú, immunológiai és tropikus betegségekkel foglalkozó osztály vezetője számol be tapasztalatairól.

A Szent László Kórházban, ahol a magyarországi HIV-fertőzötteket kezelik, sehol nem olvasható a kór neve az eligazító táblákon. Pedig a Magyarországon nyilvántartott mintegy 460 HIV-fertőzött közül összesen öt AIDS-beteget kezelnek a kórházban; kettő csak azért került az osztályra, mert más betegség miatt megoperálták. A többiek otthon vannak, vagy éppen kint "az életben".

"Nagyjából úgy élnek, mint mások, 80 százalékuk munkaképes, 60 százalékuk dolgozik, csak éppen naponta beszednek egy maroknyi gyógyszert, és küszködnek a mellékhatásokkal" - mondta dr. Bánhegyi Dénes, aki most idehaza tartotta a frontot, míg kollégái Bangkokban, a 2004. július 11-16. között sorra kerülő 15. AIDS-világkonferencián vettek részt.

A betegség neve az osztály elnevezésében sem szerepel, csak a kórházi folyosón látható egy asztalon néhány felvilágosító kiadvány, amelyből következtetni lehet, hogy itt foglalkoznak HIV-fertőzöttekkel. Az osztály két laboratóriummal is rendelkezik, mert a HIV-fertőzés kimutatása, a kezelések a szokásosnál is több vizsgálatot igényelnek, ráadásul Magyarországon minden érintettet ide irányítanak. Három orvos és a kórteremhez beosztott összesen tíz nővér foglalkozik a betegekkel.

"A kilencvenes évek elején az AIDS-esek termében állandóan 10-14 súlyos beteg küzdött a halállal, ám a betegség kifejlődését fékező gyógyszerkeverékek bevezetésének köszönhetően az utóbbi években gyökeresen változott a helyzet" - mondja a főorvos. Az év első három hónapjában három AIDS-beteg halt meg, tavaly összesen tíz. Magyarországon járványügyi szempontból az AIDS-helyzet a fejlett európai országokéhoz hasonlítható.

"A fertőzöttek nagy többsége férfi (március 31-én 458 regisztrált HIV-fertőzöttből 410), többségüknél homoszexuális kapcsolat következménye a betegség. Heteroszexuális kapcsolatból eredő fertőzés főleg olyan külföldiektől származik, akik súlyosan fertőzött térségekből, elsősorban Afrikából érkeztek, de egy szafari is végződhet tragikusan, ha a magyar utazó elfelejti, hogy Afrikában a prostituáltak 90 százaléka szeropozitív" - figyelmeztet dr. Bánhegyi Dénes.

A különböző antiretrovirális gyógyszerek kombinációi ("koktélok") hatékonyan akadályozzák a vírus kifejlődését és szaporodását a szervezetben - de ennek "ára van". A gyógyszerkoktélok kellemetlen anyagcserezavarokat, a tartós kezelések más mellékhatásokat okozhatnak, arról nem beszélve, hogy rendkívüli fegyelemre van szükség: ha a páciens elfelejti bevenni a pontos időpontban az esedékes adagot, akkor akár az egész keverék hatástalanná válhat, és új terápiát kell kipróbálni.

Dr. Bánhegyi Dénes a megelőző oltóanyag kifejlesztését belátható időn belül nem tartja elképzelhetőnek, viszont a terápiás védőoltást, amely a beteg immunrendszerét erősíti a vírus elleni küzdelemben, biztató lehetőségnek tekinti: ennek különböző változataival külföldön már folynak kísérletek. Véleménye szerint sokat ígér az úgynevezett SMART-program, amelynek résztvevői bizonyos időszakokra szüneteltetik az eredményesnek bizonyult gyógyszeres kezelést, és csak akkor újítják fel, ha a vírus is újra támad. Ez kevesebb gyógyszert, kevesebb mellékhatást, elviselhetőbb életet jelent. A kilencvenes évekkel ellentétben, amikor "még a székfű is kezelést kapott, ha köze volt az AIDS-hez", ma a nyilvántartott fertőzött személy gyógyszeres kezelését is csak akkor kezdik meg, amikor az már indokoltá válik. (A hazai 460 betegből 90-nél nem jutott még el a kór ebbe a szakaszba).

A főorvos az AIDS elleni küzdelemben a beteg felkészítését tartja különösen fontosnak. Tájékoztatni kell a beteget arról, hogy milyen orvosságot kap, miért, mennyit s hogyan kell szednie, milyen súlyos következményekkel jár, ha nem teszi stb. Amiként azt is, hogy vigyáznia kell, mert megfertőzhet másokat, ha nem védekezik. Tudatában kell lennie, hogy miként kell megváltoztatnia életmódját, és folyamatosnak kell lennie az ellenőrzésnek, a vizsgálatoknak is.

Aggasztó viszont, hogy a regisztrált HIV-pozitívok száma a szakember véleménye szerint alig egyötöde lehet az összes fertőzöttnek. Az orvos szemében erre utalnak azok az esetek, amikor más betegségek kezelésénél, műtéténél derülnek ki régebbi fertőzések. Az sem titok, hogy vannak, "akik inkább a Bécsi út másik végén", Ausztriában vagy más országban kezeltetik titkolt betegségüket. Megint másokról sohasem derül ki, hogy haláluk igazi oka az AIDS volt.

„az AIDS jóval több kísérteties és kíméletlen betegségnél.  
Egy olyan kor szimbólumává vált, amelyben a félelem,  
az előítélet és az irracionalitás küzd az értelem,  
a felelősség és a közösségi erőfeszítések ellen.”  
Jeffrey Weeks



# VÉGELÁTHATATLAN KÜZDELEM A DOHÁNYZÁS ELLEN

Összeállította: *Sarlós Eszter*

## 1. Bevezetés

Egészségtan tanár leszek, és nem véletlenül kerültem erre a szakra, hanem direkt ez volt a választásom. A magyarázat nagyon egyszerű: az egészséges életmód megszállott híve vagyok, és ez magába foglalja azt, hogy az ártalmas dolgoktól iszonyodok. Ezek közé tartozik a dohányzás is. Amióta csak tehetem, teszek is azért, hogy a környezetemben ne gyűjtsen rá senki. Már egészen kicsi koromban volt rá precedens, (világ életemben jó gyerek voltam nem voltak magatartási problémáim soha) hogy kivertem édesanyám kezéből a cigarettát. Ez a düh, amit akkor érzek, amikor cigarettázó embert látok nem hagyott alább, sőt ismereteim bővülésével csak nőtt.

Amióta a Tf egészségtan-tanári szakára járok, gondolkodom azon, hogyan tudnám ezt a „cigaretta undort” átadni azoknak a gyerekeknek, akiket tanítani fogok. Az úgy látszik eredménytelen próbálkozás, hogy azzal traktáljuk a gyerekeket, hogy „a cigitól fekete füstös lesz a tüdőd, és előbb fogsz meghalni” ezt amolyan tanári okoskodásnak veszik, daccolnak vele és csak azért is cigarettáznak.

„...a Magyar dohányzók több mint 70%-a húszéves kora előtt szokik rá a dohányzásra...”  
(Prof. Dr. Simon Tamás)

Ezért én a stratégiámat egészen másképp fogom felépíteni. A gyerekeket arról próbálom majd meggyőzni, hogy:

- Milyen gazdasági jelentősége van a dohányzásnak *egy ember életében rövidtávon*
- Milyen gazdasági jelentősége van a dohányzásnak *egy ember életében hosszú távon (10 év)*
- Milyen gazdasági jelentősége van a dohányzásnak *a család életében*  
(Ezt nem veszem külön fejezetnek, hiszen az előző kettő összefoglalása)
- Milyen gazdasági jelentősége van a dohányzásnak *a társadalomra nézve*  
(Egészségbiztosítási Pénztár, Államháztartás)

Mivel napjainkban a közgazdaságtan a gyerekek körében is divatos, és elismert tudomány, reménykedem benne, hogy erről az oldalról megközelítve jobban meg fogom tudni „nyerni őket”, mint a biológia oldaláról.

Ez a szemlélet sok nehézségbe is ütközik, ugyanis hiteles adatokat szeretnék a gyerekek elé tárni. Nagyon sok statisztika nem foglalkozik külön azzal, hogy a dohányzás külön mennyi veszteséget vagy nyereséget okoz számtanilag. Ezért trükkös utánajárást és sok számolást igényelnek azok az adatok, amikkel dolgozom. Ezen kívül nehézséget jelent az is, hogy a cigaretták ára márkánként és boltonként más és más. Nagyon sok epidemiológia adat nem a cigarettázást jelöli meg halál vagy műtéti okként, hanem annak következtében létrejött betegséget, így nehezebb következtetni a tényleges „anyagi kárra”.

Gondolok itt arra, hogyha valaki dohányzás következtében tüdőrákot kap, a kórházba, a társadalombiztosítás területén nem dohányzás következtében fellépő költségekként fogják ezt elszámolni, hanem daganatos betegségek közé fogják besorolni.

## 2. Milyen gazdasági jelentősége van a dohányzásnak egy ember életében rövidtávon

Az ember életében a dohányzás okozta gazdasági következmény az, hogy mennyit költ dohányzásra az illető egy hónap és egy év alatt, és ez hány %-a a fizetésének.

Az európai Népegészségügyi jelentés a következőket írja (2002):

„Az egy főre eső cigarettafogyasztás hazánkban évente 2400 szál/fő. Ez az arány az EU-ban 1600 /fő”. Ez átlagosan 10 doboz cigarettát jelent a magyar lakosságra nézve. Szintén ez a tanulmány azt mondja, hogy a lakosság 47%-a dohányzik. Magyarország népessége 2003. Január 1-én **10' 142' 362** fő volt. Számoljunk egy kicsit!

Magyarország lakossága 2002-ben: 24'341'668'800 szál cigarettát szívott el. Mivel „csak” a lakosság 47%-a dohányzik, ezért ez a szám csak ő közöttük oszlik el → Tehát, ezt a rengeteg cigarettát 4'766'910-en szívták el. Ez fejenként: 5106 cigaretta szál egy év alatt.

( Követhetőség kedvéért táblázatba foglalom)

	Elfogyasztott cigaretta száma			Elfogyasztott doboz száma		
	egy év alatt	egy hónap alatt	egy nap alatt	egy év alatt	egy hónap alatt	egy nap alatt
összesen	24 341 668 800,0	2 028 472 400,0	66 689 503,6	1 217 083 440,0	101 423 620,0	3 334 475,2
fejenként	2 400,0	200,0	6,6	120,0	10,0	0,3
dohányzók között	5 106,4	425,5	14,0	255,3	21,3	0,7

Mo.lakossága 2003.jan 1. én            10 142 362,00  
Ebből a dohányzók száma            4 766 910,14

Ebből a táblázatból kitűnik, hogy mennyi a dohányzók által naponta elfogyasztott dobozok száma. Ez azért fontos, mert így tudunk tovább számolni, hogy az milyen költségekkel jár az illetőre nézve évre, hónapra és napra nézve. Ezeket a kiadásokat szintén táblázatban jelöltem a jobb áttekinthetőség érdekében.

Cigaretára fordított kiadás			
	egy év alatt	egy hónap alatt	Egy nap alatt
összesen	620 212 383 123,29 Ft	51 684 365 260,27 Ft	1 667 237 589,04 Ft
fejenként	130 107,84 Ft	10 842,32 Ft	349,75 Ft
fejenként	931 284,00 Ft	77 607,00 Ft	2 503,45 Ft
jövedelem/cigi %			13,97%
*	500 Ft-os dobozárral számolva		

Ebből a táblázatból láthatjuk, hogy „csak” 500 Ft dobozonkénti árral számolva mennyibe kerül az illetőnek a cigarettázás. Ebből láthatjuk azt is, hogy mennyi a cigarettára fordított pénz aránya -itt hangsúlyoznám, hogy országos átlagokkal számolva. Megítélésem szerint ez a pénz rengeteg. Ha csak abba belegondolunk, hogy egy hónap alatt kb. 11'000 Ft, ami már egy jó márkájú autónak a havi törlesztő részlete lehetne.

Fontosnak tartom még megemlíteni, hogy aki ilyen mértékben dohányzik további anyagi károkat szenvedhet attól, hogy bizonyos mértékben antiszociálissá válik. Ez alatt azt értem, hogy komolyabb, jól fizető munkahelyeken nem tűrik azt, hogy valaki félóránként, óránként kimenjen dohányozni, azt meg végképp nem, hogy az irodában vagy valamilyen közös helységben gyújtson rá.

Szintén ide tartozik, hogy az illető bűdössé válik, ápolatlan lesz a külseje, ami tovább rontja az elhelyezkedési feltételeit. A mai világban az állásinterjúkon rákérdeznek a dohányzási szokásokra, ugyanis a munkáltató is tisztában van azzal az egyszerű biológiai ténnyel, hogy majdnem az összes betegség rizikó faktora között szerepel a dohányzás, és nem érdeke olyan embert alkalmazni, aki gyakran és sokáig van betegállományban.

A következő megállapítás a hölgyekre nézve nem túl szívderítő. Rengeteg pénzt költenek arra, hogy öregedés jeleit palástolják, leplezzék. A cigaretta és füstje ezeket a kiadásokat jelentősen növeli és a kezelések, krémek nem biztos, hogy meghozzák a várt hatást.

Tehát az egyszerű gazdasági kiadásokon túl, napjainkban már számolni kell azzal is, hogy a fizetési és elhelyezkedési feltételek is romlanak abban az esetben, ha valaki rabja –e káros és kellemetlen szenvedélynek.

### 3. Milyen gazdasági jelentősége van a dohányzásnak egy ember életében hosszú távon (10 év)

Az előző fejezetben megtárgyalt „hátrányoknak” igen sok hosszú távú következménye is van. A bevezetőben említett okok miatt, most nem térek ki arra, hogy 10 év erős dohányzás távlatában már elkezdődik a szövődményes betegségek megjelenése. De azt azért érdemes számításba venni, hogy bármilyen aprónak tűnő betegség kikezelése költségesebb abban az esetben, ha az illető dohányzik. Ez érinti mind az egyént, mind a társadalombiztosítást.

Megint egy olyan dologról kell említést tenni, ami a nőket érint. A fogamzásgátló gyógyszerek nem TB támogatottak, és azok a hölgyek, akiknek már jelentős mennyiségű nikotin van a szervezetében, nem élhetnek az úgynevezett alacsony hormontartalmú készítményekkel, hanem erősebb gyógyszerek kellene, amik drágábbak is! És a férfiakról is ejtek egy-két szót. A nemzőképesség is romlik, gyakran már az első gyerek vállalásához szükség van mesterséges megtermékenyítésre, ami megint csak pénzt emészt föl.

Vegyük számításba, hogy mi minden értéktelenedik el és megy tönkre az ember környezetében ilyen hosszú idő alatt a cigaretta füstje és bűze miatt. Az szinte evidens és nem is kell említeni, hogy az illető személyes holmijai, a jól ismert áporodott dohányszagot árasztják magukból, de szoros gazdasági értelemben ez nem jelent anyagi veszteséget.

Sokkal inkább az, hogy a lakókörnyezet, a lakás értéke lecsökken. Senki sem vesz szívesen olyan lakást, amiből ez a szag kiűzhetetlen, csak akkor, hogyha jóval áron alul kínálják eladásra.

Ez nincs másképp az autóval sem. (Személyes tapasztalatból tudom, hogy használt gépjármű kereskedéssel foglalkozó cégek egyáltalán nem vesznek meg olyan kocsit, amiben a tulajdonos dohányzott.)

Ebben a megközelítésben az ingóságok és ingatlanok leértékelődése a tulajdonosnak akár milliós károkat is okozhat. Idesorolhatjuk még azokat a „baleseteket” is, amik abból adódnak, hogy a hosszú évek használata alatt a parketta, szőnyeg, kárpit itt-ott ki is éghet.

### 4. Milyen gazdasági jelentősége van a dohányzásnak a társadalomra nézve

Ebben a fejezetben az állam, társadalombiztosítás oldaláról próbálom megközelíteni a dohányzást. Az adatok amikkel, számításaimat végzem, egy telefonbeszélgetés alapján kaptam Félix Pétertől a Magyar Füstirtók Egyesületének elnökétől. Ő Barta Juditra, a GKI

munkatársára hivatkozott, aki az egyetlen ember Magyarországon, aki tényleges számadatokban próbálta kimutatni a dohányzás okozta anyagi veszteséget állami szinten.

Ebben a tanulmányban 700 milliárd Forintos kiadásról olvashatunk, amit a Társadalom Biztosító a kórházakban és egyéb egészségügyi intézményekben a dohányzás okozta megbetegedések gyógyítására költ, illetve gyógyszerekre fordított támogatás, ami szintén a dohányzás miatt felmerülő többletköltség.

Félix Péter ezzel a tanulmánnyal szemben aggályait fejezte ki mondván, hogy nagyon egyoldalú a megközelítés. A tanulmány csak a megbetegedésekkel foglalkozik, és a gyógyításokkal. Van azonban egy nagyon morbidnak tűnő tény, ami gazdasági szempontból viszont igaz. A dohányzás okozta nyugdíjkorhatár előtti elhalálozás az államnak nyereség. Mivel a nyugdíjas korosztály az ma Magyarországon, amelyik a „legtöbbe” kerül. Azok a szerencsétlenül járt emberek, akik a nyugdíjkorhatár előtt dohányzás következtében elhunynak, nyereséget jelentenek az államnak, még akkor is, ha haláluk előtt költséges kezelésben részesültek. A nagy számok törvénye alapján kijelenthetem, -bár nekem ez nagyon fáj, és minden porcikámmal küzdeni fogok ellene, hogy ez ne így legyen, -hogy a Magyar Állam a dohányzás rossz szokásán gazdaságilag nyer.

Ez a tény csak fokozódik azzal, hogy a dohánytermékek magas adó tartalma is mind az állam zsebébe fut be. A dohányzók védelmében hozott törvény, tiltja 18 év alatti gyermekek dohánytermékkel való kiszolgálását. Napjainkban akárhány kísérletet tennénk és elküldenénk egy fiatakorút, hogy vegyen cigarettát, biztos, hogy a második boltban kapna. Ez miért baj? Mert azt jelenti, hogy a törvény nem működik, a betartásában semelyik fél sem érdekelt. A boltosnak nem érdeke, hogy ne adjon el, mert nem lesz nyeresége. A gyermekek a tiltást csak vörös posztónak tekintik és „csak azért is” megveszik. Tehát az a benyomásom, hogy megint csak az volt a törvény lényege, hogy az állam nyerjen a büntetésekből pénzt. Tehát azt tudjuk, hogy Magyarországon 28'000 ember hal meg évente dohányzás következtében. Tehát ezek a nem kifizetett nyugdíjak és orvosi ellátások olyan sokba kerülnek az államnak, hogy inkább nem tesz látványos lépéseket a dohányzás megfékezése érdekében.

Egy olyan résszel szeretnék még foglalkozni, amiről hiteles adatom nincs, de azt hiszem nem is szükséges. Nagyon erős kijelentés, hogy a nyugdíjkorhatár előtt dohányzás következtében elhunytakon az állam anyagilag nyer. De vajon hosszútávon is megéri ez az államnak? A nagyszülők szeretete nélkül maradt családok könnyebben „esnek” szét. A családanyák segítség nélkül, amit a nagyszülők jelentenek, gyakran megrokkannak, maradandó betegségeket kapnak el. (Gondolok itt a középkorú cukorbeteg, gyomorfekélyes, pajzsmirigy túlműködésben szenvedő nők drasztikus számának emelkedésére)

Az a meglátásom, hogy nincsen rá konkrét adat, mert egy nagyon sok tényező rendszeréről van szó, de senkinek és soha nem fogja megérni, hogy a társadalom dohányzik.

## 5. Összefoglalás

Az előző fejezetekbe talán nagyon szívtelen módon kiforgattam a dolgok jelentését és mögöttes tartalmát. Remélem célt érek vele, azoknál a gyerekeknél, akiket tanítani fogok. Kár, hogy a mai világ ilyen fásult, hogy egyszerű észérvekkel nem lehet hatni a fiatalságra.

A másik probléma, amivel folyton szembetalálkoztam az volt, hogy az adatokhoz nagyon nehéz hozzáférni, ami adat nyilvános helyen elérhető, az pedig már elavult. Ennek ellenére remélem, hogy sikerült a problémát újszerűen és jó szemszögből megközelítenem, amivel talán sikerül majd elérnem, hogy a fiatalok ne dohányozzanak se most, se később.

### **Felhasznált irodalom:**

- KSH honlap: Magyarország számokban
- A Természet világa különszám: egészség-életmód
- GKI: Bartha Judit
- Félix Péter (telefonbeszélgetés)
- Eü. Minisztérium honlapja

# A CSALÁDON BELÜLI ERŐSZAK – A NŐBÁNTALMAZÁSRÓL

Összeállította: Szabó Noémi

## Családon belüli erőszak meghatározása

A családon belüli erőszak testi vagy lelki bántalmazás az elkövetővel közeli vagy bensőséges kapcsolatban álló vagy állott személy ellen. Ebbe a fogalomkörbe tartozik a házasságban vagy élettársi kapcsolatban már nem élő személyek közötti erőszak, valamint a családban élő gyerekek, nagyszülők vagy más rokonok sérelmére történő bántalmazás is.

Kiemelten fontos, hogy az erőszak fogalomkörébe a testi bántalmazáson túl a lelki bántalmazás is szerepel. A lelki erőszak külön kiemelését az indokolja, hogy az áldozatok az erőszak e fajtáját rendkívül súlyosan élik meg.

## A családon belüli erőszak tehát előfordulhat:

- Együtt-, illetve különélő pár,
- Házastársi, vagy élettársi kapcsolatban élő illetve elvált felek
- Gyermekes vagy gyermektelen pár,
- Heteroszexuális és meleg vagy leszbikus pár esetében.

## Családon belüli erőszak fajtái

- Szóbeli erőszak: Ha valaki bántalmazással, veréssel félemlíti párját, ha azzal fenyegetőzik, hogy elviszi a gyerekeket, vagy, hogy öngyilkosságot követ el, ha lekicsinyli, sértegeti a másik felet, ha gúnyolódik vele, vagy ha nevelés tárgyává teszi.
- Megfélemlítés: Ha a bántalmazó tör-zúz, megrongálja az értéktárgyakat, csapkod, félelemkeltően viselkedik, támadóan faggatózik vagy életveszélyesen vezet.
- Lelki erőszak: Letagad lényege dolgokat, elzárkózik a másik féltől, kizárja őt gondolataiból, érzéseiből. Az áldozatot ellenőrzés alatt tartja, féltékenykedik, a másik önbizalmát lerombolja, önálló döntéseit rendszeresen megkérdőjelezi, vagy akár meg is semmisíti. Mindenért a másikat okolja, még az agresszióért is, nem hajlandó megbeszélni a problémákat.
- Elszigetelés: Ha a bántalmazó megszabja, hogy a másik mit csinálhat, mit nem csinálhat, kivel találkozhat, kivel beszélhet, hová mehet, mit vehet föl. Nem engedi, hogy másokkal barátkozzon, a családjával beszéljen, munkát vállaljon, pénzt tartson

magánál. Mindenhová elkíséri, folyamatosan az ellenőrzése alatt tartja otthon, munkahelyen, iskolában stb., átkutatja zsebeit, táskáját, állandóan gyanakodik.

- Testi erőszak: Ha az erőszakot elkövető az áldozatot megüti, megpofozza, fojtogatja, haját húzza, belerúg, megharapja, megégeti, fegyverrel fenyegeti, vagy bántja.
- Szexuális erőszak: Ha olyan szexuális tevékenységre kényszeríti a másikat, amit ő nem akar, ha a szexuális kapcsolattal fájdalmat okoz, vagy megalázza, ha megerőszakolja, bántalmazza intim testrészeit, vagy kényszeríti, hogy másokkal közösjön.
- Legalapvetőbb jogok megtagadása, mozgásszabadság, elemi igények korlátozása: Ha nem engedi a bántalmazó, hogy a másik félnek tőle független magánélete legyen, bezárja, kizárja, megkötözi, éheztet, nem engedi tisztálkodni, elrejt, szükséges gyógyszereit.
- Gazdasági, anyagi erőszak: Nem engedi, hogy a nő dolgozni járjon, vagy legyen saját pénze, illetve ha van, azt elveszi, és saját belátása szerint ad csak belőle.

A statisztikai adatokból tudjuk, hogy 95 %-ban a férfi az elkövető és csak 1 %-ban a nő (2-2 %-ban azonos neműek), ezért általában joggal nevezhetjük a férfiakat *bántalmazóknak*, a nőket, pedig *áldozatoknak*.

### **A nők elleni erőszak az ENSZ meghatározása szerint**

„A nők elleni erőszak bármely olyan a nőket nemük miatt érő erőszakos tett, mely testi, szexuális vagy lelki sérülést okoz, vagy okozhat nőknek, beleértve az effajta tettekkel való fenyegetést, valamint a kényszerítést és a szabadságtól való önkényes megfosztását, történjen az a közéletben vagy a magánszférában.

Beleértendő, de nem korlátozandó a testi, szexuális és lelki erőszakra, melyet az áldozat a családon belül szenved el, ide értve a bántalmazást, a leánygyermekkel való szexuális visszaélést, a házasságon belüli nemi erőszakot.” (Deklaráció a Nők Elleni Erőszak Megszüntetéséről, 1993)

Elszomorító tény, hogy a nők és a gyerekek sehol nincsenek olyan veszélyben, mint pont saját otthonukban.



## **A bántalmazó férfiakra jellemző leggyakoribb vonások**

A férfiak erőszakos viselkedésének hátterében a rájuk vonatkozó merev nemi szerepeknek való megfelelés áll. A fiúk már korán megtanulják, hogy a nőket régtől fogva a férfiak tulajdonának tekintették, akik ellenőrzésre, irányításra és fegyelmezésre szorulnak, illetve, hogy a nemi szerepek között „természetes” alá-fölérendeltségi viszony van.

Az okokat vizsgálva lényeges tény az is, hogy a bántalmazók mintegy 92 %-a gyermekként erőszak áldozata volt, vagy rendszeresen tanúja volt családon belüli erőszakos cselekményeknek. Akit gyakran bántalmaztak, az megtanulta, hogy az erőszak megfelelő eszköz a problémák megoldására.

### Néhány jellemző vonás:

- Önértékelésük alacsony: sikertelenségei miatt jobbra másokat vagy a társadalmat teszik felelőssé
- Hisznek a férfi hagyományos uralkodó szerepében a családon belül
- Ok nélkül nagyon féltékenyek, erős bennük a birtoklási vágy
- Nehezen tudnak kérni, vagy kívánságaikat pozitív módon kifejezni
- Kettős személyiséggel rendelkeznek: minden idegennel „jó fejként” viselkednek, kivéve a feleségüket, családjukat
- Nem hiszik, hogy durva viselkedésük helytelen, vagy hogy negatív következményei lehetnek
- Extrém módon reagálnak a stresszre, alkoholhoz, kábítószerhez, erőszakos eszközökhöz folyamodnak
- Nem tanulták meg kezelni a haragot, dühöt, a konfliktusokat
- Nem tanulta meg, hogyan közölje megfelelően az érzelmeit, nem mondja el, ha bántja valami, hanem inkább megsértődik
- Gyermekkorukban agresszió áldozatai voltak

## **A bántalmazott nő ismérvei**

A szocializáció során a nők is megtanulják a hagyományos nemi szerepeket. Úgy nevelik őket, hogy elhiggyék: a legfőbb céljuk az igazi partnerre várni, majd jó feleségként anyává válni, és megfelelni mások elvárásainak. A női szerepmodellek értelmében feladatuk boldoggá tenni a férjüket, családjukat. Az erőszakról a nők is ugyanazt tanulták, mint a férfiak:

- Az igazi férfi uralkodik a családján
- A nőnek igazat kell adni férjének
- Sem a család, sem a társadalom nem ítéli el, ha egy férfi veri a feleségét
- Erőszakkal meg lehet oldani a problémákat

#### Néhány jellemző vonás:

- Elmondja, mennyire retteg a férfi dühétől
- Túlságosan aggódik, hogy mit fog szólni a férfi ahhoz, amit ő csinál
- Szinte kizárólag a férfi érzéseivel és hangulatával foglalkozik
- Zavarban van, ha beszélnie kell a dolgról, próbálja kerülni a témát
- Sérüléseire zavart, homályos, ésszerűtlen magyarázatot ad
- Bagatellizálja a sérülései súlyosságát
- Láthatóan nem tud a saját érdekeinek megfelelően cselekedni
- Elszántan igyekszik a bántalmazó kedvére tenni, mivel reméli, hogy ezáltal irányíthatja, vagy elkerülheti az erőszakot
- Úgy szervezi az idejét, hogy biztos lehessen benne, partnere minden igényének meg tud felelni

#### Figyelmeztető jelek:

- Sok alkoholt vagy kábítószerrel használ
- Ismételt suicid kísérletei, vagy gondolatai vannak
- Krónikus megfoghatatlan panaszok, amelyekre nincs orvosi magyarázat
- Feltűnően jól tűri a fájdalmat
- Többször járt a kórház baleseti osztályán
- Különböző gyógyulási fázisban lévő sérülései vannak
- Sérülések, amelyek nem konzisztensek a magyarázattal
- Ha megérintik, elhúzódik, megretten, összerezzen, és ijedtnek látszik
- Lehangolt, szorongó

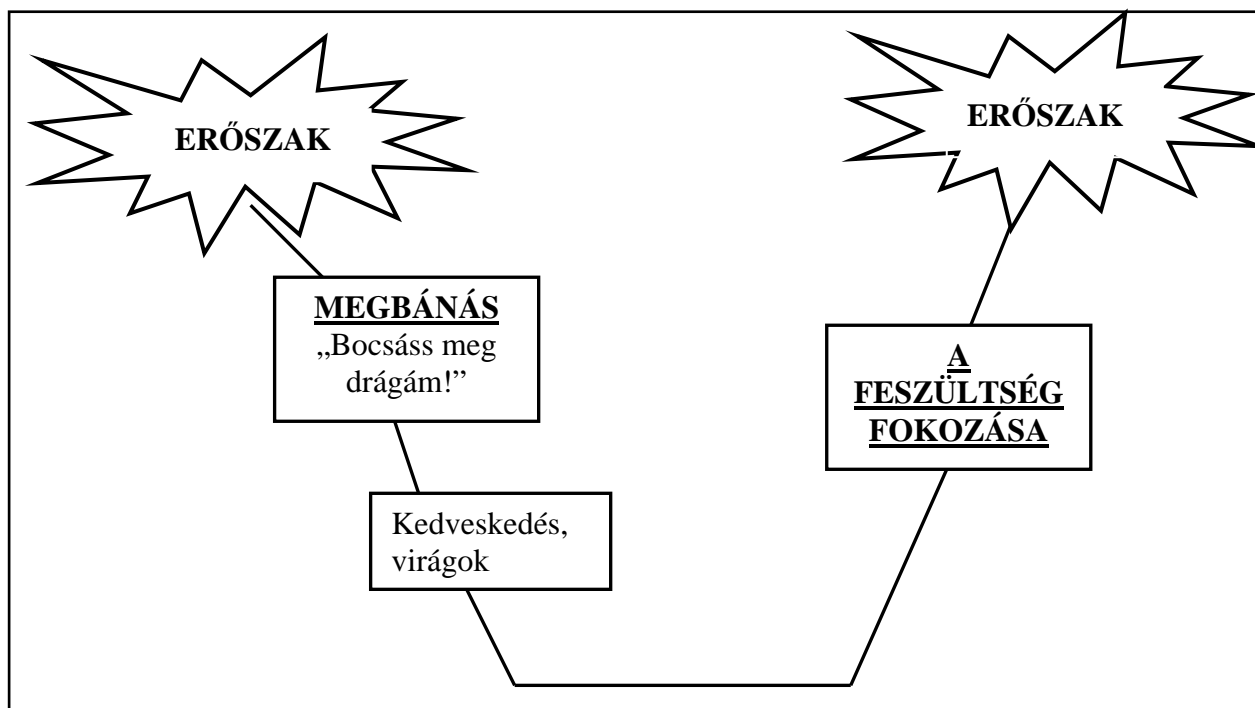
#### Ha partnerével együtt jelenik meg a nő

- A férfi kisajátítóan, féltékenyen viselkedik
- A férfi túlságosan sokat törődik vele, túlvédő és gondoskodó
- A nő állandó szemkontaktusban áll a férfival
- A férfi válaszol a nő helyett, vagy ő veszi el a nőnek nyújtott tárgyat

- A nő viselkedése megváltozik, amikor a férfi elhagyja a szobát

### Bántalmazó kapcsolat természetrajza

Az erőszak ciklusai (1. ábra)



Dr. Lenore Walker, pszichológus elmélete az „erőszak ciklusának” fogalma. Az elmélet szerint majdnem minden bántalmazó kapcsolatot három jól elkülöníthető szakasz jellemez:

1. Feszültségfelgyülemelés
2. Erőszakos kitörés
3. Megbánás

A feszültség felgyülemelésének idején a kapcsolatban egyre sűrűsödnek, és súlyosbodnak a konfliktusok: a férfi mindenben hibát talál, verbálisan bántalmazza a nőt. Ez feszültség a férfi kitöréséig egyre csak növekszik, majd az erőszakcselekményben oldódik. A bántalmazást követően az elkövető mélységes megbánást tanúsít, bocsánatot kér, kedvesen viselkedik, fogadkozik, hogy többé nem fordul elő.

Az erőszak ciklusa újra és újra megismétlődik, sőt idővel felgyorsul az erőszak kitörések egyre gyakoribbá, és durvábbá válnak. Az évek során a három fázis összeolvad és eltűnik a megbánó szakasz.

## **Az erőszakos kapcsolatban maradás okai**

- Anyagi függés: „Ki tartana el engem és a gyerekeket?”
- A gyerekek: „még mindig jobb egy erőszakos apa, mintha nem volna apjuk.”
- Félelem az egyedüllétől és attól, hogy nem tud egyedül megbirkózni a gyerekek nevelésével és a háztartással.
- Szeretlem: „Szeretem a férjem, amikor nem erőszakos nagyon jó ember.”
- Hűség
- Sajnálát
- Gondoskodás
- Identitás: „Képtelen vagyok úgy élni, hogy nincs mellettem férfi.”
- Tagadás: „Annyira azért nem rossz a helyzet.”
- Kötelességérzet
- Felelősségérzet: (társadalmi nyomás): „A családnak mindenképpen együtt kell maradnia.”
- Félelem a férfi öngyilkosságától: „Azt mondta, megöli magát, ha elhagyom.”
- Érzelmi zsarolás: „Azt mondta nem tud nélkülem élni.”
- Bűntudat: „A férjem szerint miattam van olyan sok problémánk.”
- Alacsony önértékelés: „Biztosan az én hibám.” „úgyse találnék jobbat.”
- Szégyenérzet, megalázottság: „Jobb, ha nem tud erről senki.”
- Bizakodás: „Majd csak megváltozik.”
- Félelem a férfi bosszújától, a túlélés, a kisebbik rossz választása: „Megfenyegetett, hogy bárhová is megyek, megtalál, és megöl a gyerekekkel együtt.”
- „Tanult tehetetlenség”, bénultság: A nő könnyen elhiszi, hogy lehetetlen helyzetén változtatni

## A nő eleinte marad, mert:

- szereti a férfit
- hiszi, hogy a férfi megváltozik
- azt hiszi, hogy észérvekkel meg tudja győzni a férfit
- hisz a bocsánatkérésben
- retteg a rendőrségi beavatkozástól
- azt hiszi, hogy ha megteszi, amit a férfi akar, akkor elkerülheti a bántalmazást
- nagyon szégyenkezik mindkettőjük viselkedése miatt

- azt hiszi, hogy maradásával meggyőzi a férfit a szerelméről, és akkor a férfi nem lesz féltékeny

#### Nő későbbiekben marad, mert:

- még mindig reménykedik, hogy a férfi megváltozik
- családja és ismerősei elvárják, hogy maradjon
- azt hiszi, hogy soha senki nem fogja szeretni
- egyre jobban fél partnere erőszakosságától
- depressziós lesz, nehezen dönt
- kontrollvesztett állapotba kerül, reményvesztettnek, tehetetlennek érzi magát
- úgy hiszi nincs más választása, tudatbeszűkülés, csőlátás alakul ki

### **A bántalmazó kapcsolat végkifejlete**

I. Az áldozat kilép a kapcsolatból: Amikor a kapcsolat felbomlik, a bántalmazó a következő partnerével is erőszakos lesz, hiszen az erőszakosságot nem az okozza, hogy egy pár nem illik össze, hanem az, hogy a férfi így tanulta meg levezetni a feszültségeket.

II. A kapcsolat fennmarad: A családon belüli erőszak gyakran veszélyes mértékűvé fokozódik, és katasztrofális következményekkel járhat:

1. Testi egészség: - szomatikus tünetek

- rossz szubjektív egészség
- maradandó fogyatékoság
- extrém elhízás

2. Negatív egészségügyi magatartás: - dohányzás

- alkohol, gyógyszer, drog abúzus
- mozgáshiány
- önvészélyeztető szexuális magatartás

3. Reprodukív egészség: - nem kívánt terhesség

- nemi úton terjedő betegségek
- nőgyógyászati panaszok
- kockázatos abortuszok
- terhességi komplikációk – vetélés

4. Pszichés egészség: - poszttraumás stresszbetegség

- depresszió
- szorongás
- fóbiák, pánikbetegségek
- evési rendellenességek
- szexuális díszfunkciók
- alacsony önértékelés
- anyagabúzus

5. Letális hatások: - gyilkosság, öngyilkosság

- szülést követő halál
- AIDS

III. A bántalmazó segítséget kap: A családon belüli erőszak nem magánügy!

Külföldön már évek óta léteznek olyan terápiás programok, amelyek önuralmat tanítanak, és megértetik a résztvevőkkel, miért bántalmazzák partnerüket. A programok hatásosan növelik a bántalmazott partner fizikai biztonságát, mivel az elkövetőtől elvárják, hogy azonnal hagyjon fel az erőszakos viselkedéssel.

Tudatosítsuk az áldozattal, hogy van segítség! Már számos olyan jogi eszköz létezik, amely segítségével az állami szervek felléphetnek a családon belüli erőszak ellen.

- NANE Segélyvonal Segítség krízishelyzetben, lelki támasz, jogi és egyéb tanácsok bántalmazott nők és gyerekek részére
- Eszter Ambulancia Pszichoterápia szexuális erőszakot elszenvedett felnőttek és gyerekek számára
- Kék vonal
- Átmeneti szállás lehetőségek

**Családon belüli (nők ellen elkövetett) erőszak számokban**

A családon belüli erőszak az egész társadalmat érintő probléma és rendkívül káros jelenség, amely azért volt képes a mai napig fennmaradni társadalmunkban, mert többnyire rejtve zajlik. A családon belüli erőszakot a társadalom hallgatása élteti. Az elkövetőket ritkán vonják felelősségre, az áldozatok félnek beszámolni a történekről, azok, akik pedig nem érintettek elfordítják a fejüket.

Magyarországon 1998- ban végezték az első nagyszabású felmérést a nők elleni erőszakról. Az adatok azt mutatják, hogy nők mintegy egynegyedét éri párkapcsolatában valamikor erőszak.

- A testi bántalmazás okozza a nők sérüléseinek legnagyobb százalékát.
- Magyarországon körülbelül minden ötödik párkapcsolatban veri rendszeresen a férfi a nőt.
- Magyarországon a meggyilkolt nőknek 65 %- a saját otthonában válik áldozattá.
- Magyarországon a felnőtt párkapcsolatban élő nők 31%-a élt meg fenyegetettséget partnere által.
- Az elvált nők között a megverték aránya 60%.
- Magyarországon minden hat és fél órában követnek el családon belüli erőszakot.
- Magyarországon minden héten egy nő hal bele a partnere/volt partnere által okozott sérülésekbe.

A szomorú statisztikai adatok bizonyítják, hogy a családon belüli erőszakos cselekedetek a mindennapok részévé váltak. Mindannyian tehetünk az erőszak ellen, és mindannyian felelősek vagyunk érte.

### **Felhasznált irodalom**

1. Dr. Morvai Krisztina: terror a családban. A feleségbántalmazás és a jog. Kossuth Könyvkiadó Budapest, 1998
2. Herczog Mária (szerk): A gyermekekkel szembeni szexuális visszaélésekről Család Gyermek Ifjúsági könyvek Budapest, 2002
3. Tóth Olga: Erőszak a családban TÁRKI Társadalompolitikai Tanulmányok, 12. 1999. június
4. Miért marad? A családon belüli erőszak: feleség-és gyermekbántalmazás Hogyan segíthetünk? NANE Egyesület, 2000
5. HVG 2001. dec.22 Morvai Krisztina: Magánügy?
6. Védőnő Magyar Védőnők Egyesületének Lapja IX. évf. 99/2
7. Védőnő Magyar Védőnők Egyesületének Lapja VI. évf. 96/4
8. Védőnő Magyar Védőnők Egyesületének Lapja XII. évf. 2002/1

---

**EGÉSZSÉGPSZICHOLOGIAI  
SZIGORLATI TÁMÁK**

- (1) **FLOW –AZ ÁRAMLAT** (1-8. oldal)  
Összeállította: *Hummel Noémi*
- (2) **AquaNatal – SZÜLÉS-ELŐKÉSZÍTŐ  
MOZGÁS-FORMA KISMAMÁKNAK** (9-17. oldal)  
Összeállította: *Józsa Erika*
- (3) **KÖLDÖKZSINÓR VÉR, ŐSSEJTEK** (18-24. oldal)  
Összeállította: *Dobosi Mária*
- (4) **NEMI ÚTON TERJEDŐ BETEGSÉGEK  
– FELVILÁGOSÍTÓ ELŐADÁS DIÁKOKNAK** (25-34. oldal)  
Összeállította: *Nemes Zsuzsa*
- (5) **AIDS ÉS AZ IMMUNRENDSZER** (35-39. oldal)  
Összeállította: *Roth Richárd*
- (6) **A KÁBÍTÓSZER RÖVID TÖRTÉNETE** (40-46. oldal)  
Összeállította: *Lovas Ottó*
- (7) **DOHÁNYZÁSSAL KAPCSOLATOS CIKKEK** (47-58. oldal)  
Összeállította: *Tróznai Zsófia*
- (8) **„HULLÁMTÖRÉS” ....** (59-65. oldal)  
*Dr. Freund Tamás előadása (2004. november 22.)*
- (9) **KÖRNYEZETPSZICHOLOGIA** (66-69. oldal)  
Összeállította: *Ridly István*
- (10) **AZ EGÉSZSÉGMEGŐRZÉS – EMBERSÉGÜNK  
KITELJESÍTÉSE** (70-77. oldal)  
Összeállította: *Laczkó Gáborné*
- (11) **AZ EGÉSZSÉGVÉDŐ MAGATARTÁS KIALAKÍTÁSÁNAK  
EGY LEHETŐSÉGE AZ ÁLTALÁNOS ISKOLÁBAN** (78-84. oldal)  
Összeállította: *Dr. Gasztonyi Zoltánné*
- (12) **AZ EGÉSZSÉGMEGŐRZÉS NÉHÁNY TERÜLETE** (85-91. oldal)  
*Jelinek Zsófia (2000) pszichológus előadása*
- (13) **A DEPRESSZIÓ** (92-103. oldal)  
Összeállította: *Virág Tünde Ibolya*



- (14) GONDOLATOK A GYERMEKBÁNTALMAZÁSRÓL  
– FELISMERÉS ÉS FELELŐSSÉG**  
Összeállította: *Somodiné Balázs Andrea* (104-111. oldal)
- (15) A BETEG EMBER LÉLEKTANA** (112-115. oldal)  
Összeállította: *Tasi Judit*
- (16) A RABSÁGBA ESÉS ÉS A SZABADULÁS  
ESÉLYE AZ ALKOHOLIZMUS BÖRTÖNÉBŐL** (116-126. oldal)  
Összeállította: *Semperger Piroska*
- (17) LSD – BAJKEVERŐ CSODAGYEREKEM** (127-138. oldal)  
(SZEMLEVÉNYEK Albert Hofmann könyvéből)  
Összeállította: *Veleczi Viktória*
- (18) MI AZ EGÉSZSÉG?** (139-145. oldal)  
(What is health? In A.E. Bedworth & D.A. Bedworth :  
*The profession and practice of health education.*  
Wm.C.Brown Publishers, 1992, 36-77,  
– magyar nyelvű összefoglalás, ábrák)  
Összeállította: *dr. Sipos Kornél*
- (19) FIZIKAI AKTIVITÁS (TESTMOZGÁS)  
ÉS TESTI EGÉSZSÉG** (146-149. oldal)  
Fordította: *Rugina I. Barna*
- (20) TÁPLÁLKOZÁSI ZAVAROK** (150-162. oldal)  
Összeállította: *Juhász Rita*
- (21) SZEXUÁLIS ÚTON TERJEDŐ BETEGSÉGEK  
KLINIKUMA, EPIDEMIOLOGIÁJA** (163- 175. oldal)  
Összeállította: *Szabó Katalin*
- (22) VÉGELÁTHATATLAN KÜZDELEM  
A DOHÁNYZÁS ELLEN** (176-180. oldal)  
Összeállította: *Sarlós Eszter*
- (23) A CSALÁDON BELÜLI ERŐSZAK  
– A NŐBÁNTALMAZÁSRÓL** (182-190. oldal)  
Összeállította: *Szabó Noémi*

\*

(Szerkesztette, a szöveget gondozta: Dr. Sipos Kornél)

2005. február  
(kézirat)