

Pszichológia & Practicum

ÉLETVITELI ÉS
EGÉSZSÉGPSZICHOLOGIAI MAGAZIN
II. évfolyam 1. szám 2016. március

AKKREDITÁLT TOVÁBBKÉPZÉssel

Felelősségvállalás

- Kie a felelősség?
- Apátlan generáció?
- Neki is fáj, nekem is fáj?
- Éjszakai evés szindróma

PATIKA

GALENUS KIADÓ, A GYÓGYSZERÉSZEK KIADÓJA

Magazin

Egészségügyi ismeretterjesztő folyóirat

Magyarország
legolvasottabb
havilapja

(Nemzeti Olvasottság Kutatás felmérése alapján)



Szakmai támogatás

(Magyar Gyógyszerészi Kamara,
Magángyógyszerészek Országos Szövetsége,
Magyar Gyógyszerésztudományi Társaság.)



Szakemberekből álló írógárda

(orvosok, gyógyszerészek, dietetikus,
gyógytornász stb.)



Szakmai szerkesztés

(Dr. Szarvasházi Judit gyógyszerész)



Több mint félmillió olvasó



Galenus Gyógyszerészeti Lap- és Könyvkiadó
E-mail: galenus@galenus.hu Internet: www.galenus.hu
Telefon: (06-1) 467-8060 Fax: (06-1) 363-9223
Levél: Galenus Kiadó, 1437 Budapest 70., Pf. 275.
Webáruház: www.galenus.hu/shop

Pszichológia & Practicum

ÉLETVITELI ÉS
EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGIAI MAGAZIN
II. évfolyam 1. szám 2016. március



SUO NOMINE

Tartalom.....

Kié a felelősség? • Dr. Buda László PhD	4
Az apák felelőssége • Szendi Gábor	6
Apátlan generáció? • Dr. Györffy Zsuzsa PhD	8
Engedelmesség, felelősség morális dilemma • Bácsván László	10
Inkább az elkerülés • Makai Gábor	12
Orvosnők Magyarországon	13
A szépség gyógyít • Prof. dr. Fejér László	14
Abúzus, szegény, rák • Soma Mamagésa	16
Bemutatkozó – SE • Dr. Hegedűs Katalin PhD	18
Neki is fáj, nekem is fáj? • Dr. Zsiska Beáta	20
Allergia, az immunrendszer főbiája • Dr. Valló Ágnes	22
Éjszakai evés szindróma • Dr. Lelovics Zsuzsanna PhD	24
Testképzavarok • Szalai Tamás Dömötör	26
Új pszichológiai megközelítés • Keresztes Attila	28
Figyelni kell rájuk! • Somorjai Noémi	30
Családi dinamika • Standovár Sára	32
A felelősségvállalás mindenkié • Csonka András	33
Az alvásszabályozó melatonin	34

Ma már rengeteg kórra rámondjuk, hogy népbetegség. Szerintem korunk igazi népbetegsége: a felelősségtől való irtózás. Sokan vannak, akik nem akarják vállalni a felelősséget semmiért, se magukért, főleg nem másokért.

Nem akarnak odafigyelni az egészségmegőrzésre, ha pedig betegek lesznek, majd az orvos és a gyógyszerek meggyógyítják. A túlsúlyosok isszák a fogyókúrás löttyöket, hogy lefogyjanak.

A mozgásszegény életmód miatt kialakult mozgásszervi problémákra majd bekapnak egy tablettát.

Nemigen gyűjtik az emberek szelektíven a hulladékot, mert az pluszmunka.

A média sem mindig vállalja a felelősséget a leírtakért, azok valódiságáért.

Sok párkapcsolatban aránytalan a felelősségvállalás mértéke.

A munkahelyen sokan kibújnak a felelősség alól, másra hárítva, „a főnök

mondta” védekezési mechanizmussal,

vagy egyszerűen el sem vállalnak olyan feladatot, ahol feketén-fehéren kiderül az egyén felelőssége.

És mindezekon felül, a saját cselekvésünkért való felelősséggel szemben még

ott áll a másokért, mindenkiért, mindenkért vállalt is, sőt a legkeményebb,

a „nem cselekvésért” való felelősség.

A saját egészségünk, az emberek, a társadalom, a környezet egyszer benyújtják

a számlát. Mert ha ma nem vállaljuk

a felelősséget, az majd a jövőben visszaüt, és nem bújhatunk ki a felelősségre

vonás alól.
„Felelősség nélkül élni könnyebb, de nincs sok értelme.”

Gorkij

Dr. Saravasházi Judit
főszerkesztő-gyógyszerész
saravashazi.judit@gmail.com

Pszichológia
& Practicum

Pszichológia & Practicum
Életviteli és egészségpszichológiai magazin

Kiadja: Galenus Gyógyszerészeti Lap- és Könyvkiadó Kft. • 1146 Budapest, Dózsa Gy. út 19. • Tel./fax: (1) 467-8060; fax: (1) 363-9223 • Internetelérhetőség: www.galenus.hu

E-mail: galenus@galenus.hu • **Felelős kiadó:** Fári István • **Főszerkesztő:** dr. Saravasházi Judit • **Szerkesztőség:** Galenus Kiadó • 1146 Budapest, Dózsa Gy. út 19.

Tel./fax: (1) 467-8070 • **Tipográfia:** Simon Ilona • **Korrektor:** Körtvélyesi Vali • **Kiemelt ügyfélkapcsolati vezető és médiatanácsadó:** Tollas Dénesné • Tel.: (1) 467-8071,

06-30/924-3001, 06-70/673-0787 • E-mail: tollas.eva@galenus.hu • **Média- és lapmenedzser:** Stok Brigitta • Tel.: (1) 467-8072 • E-mail: stok.brigitta@galenus.hu

Nyomtatás: Pauker Nyomda 1047 Budapest, Baross u. 11-15. • **Felelős vezető:** Vértes Gábor ügyvezető

Sokszorosítás helye: Budapest • **Sokszorosítás ideje:** 2016. március • **Megrendelés sorszáma:** 61 245 • **Megjelenés:** január kivételével a páratlan hónapokban

Megrendelhető: Galenus Kiadó • **ISSN 2415-9859** • Minden jog fenntartva!

Illusztráció: fotók: dr. Feller Antal (címlap, 5., 22., 25., 29., 33. oldal)

A kiadó a szerzői cikkekkel kapcsolatos minden jogot fenntart. Azok bármilyen felhasználása csak a kiadó előzetes írásbeli engedélyével lehetséges.



DR. BUDA LÁSZLÓ PHD

PSZICHIÁTER, PSZICHOTERAPEUTA

Kié a felelősség?

A személyes felelősségvállalás és a testtel folytatott kommunikáció szerepe az egészség megőrzésében.

Az egészségügyi rendszer – a fejlett nyugati országokban szinte kivétel nélkül – óriási kihívásokkal küzd, fenntartása extrém terheket ró a társadalomra, miközben hatékonyságát egyre többen kérdőjelezzik meg. Ma már nem kétséges, hogy a nyugati orvoslás – vitathatatlan érdemei mellett – nem mindenki számára és nem minden egészségi problémára kínál megnyugtató választ. A zömmel sebészeti és kémiai megoldásokra épülő ellátás sokak számára nem kielégítő, sőt, nem egy esetben visszatetsző, akár félelmetes is. Ahelyett, hogy teljes egészében rábíznák magukat egy fehérköpenyes szakember tekintélyére, sokan saját maguk keresik és próbálgatják a működő megoldásokat. És ha ezt sikerül hatásos és adekvát módon tenni, az végül is előnyös mind a személy, mind az ellátó rendszer számára, amely ezáltal tehermentesítéshez jut.

FELVÁLLALNI, DE HOGYAN?

Gyakran felmerülő kérdés, hogy a gyógyszerfogyasztási kultúra és a tekintélyelvű egészségügyi rendszer függővé, kiszolgáltatottá és felelőtlené teszi-e az embereket saját egészségük megőrzésével és helyreállításával kapcsolatban. Ha ez bizonyos mértékig valós probléma, a megoldás nem lehet más, mint erősíteni a „radikális öngondoskodás” formáit, segíteni az egyéni jóllétért való személyes felelősségvállalást. Szemléletet, módszert, eszközöket adni az emberek kezébe, melyekkel nagyobb mértékben tudják kézben tartani saját testi-lelki egészségük alakulását.

PROAKTIVITÁS

Ebben a megközelítésben azt takarja, hogy az ember a figyelmét azokra a tényezőkre fordítja, amelyek felett van befolyása.

Mivel – a szociológiai kutatások szerint – az emberek hajlamosak sok időt eltölteni a környezetük, a politika, a világ kritizálásával, és a pozitív változásokra való tétlen várakozással, hasznos lenne egyre több emberrel megértetni és megtapasztaltatni a gyakorlatban, hogy az egészség, a boldogság, a lelki béke vágyott állapotait

sokkal könnyebb elérni, ha belül, önmagukban kezdik a változtatást.

A felelősség teljes körű felvállalása és az ehhez kötődő proaktivitás viszonylag ritka, ám annál hasznosabb jelenség az egészségmegőrzés és a gyógyulás folyamatában. Ilyenkor az egén felelős döntéseket hoz és megteszi a legjobbat, ami lehetséges – szemben azzal, hogy kiszolgáltatottnak definiálja magát, kifogásokat és hibákat keresgél, miközben áldozattá válik.

Ha valaki rendszeresen lemond arról, hogy magánál tartsa ezt a fajta felelősséget, idővel az „áldozat vagyok” élmény eluralkodhat, életformává merevedhet. Annak, hogy miért „érdemes” áldozatnak maradnia, több indok is felmerül nála:

- az elismerés vágya;
- sajnálkozás,
- a törődés fenntartása;
- egyfajta kontroll megszerzése a környezet felett,
- pénzügyi,
- jogi előnyök stb.

Ugyanakkor, akármennyi előnye is van, aránytalanul nagy árat kell fizetni érte.

RADIKÁLIS ÖNGONDOSKODÁS

Nem azt jelenti, hogy mindent egyedül kell megoldania annak, aki megbetegszik. Sokkal inkább arról van szó, hogy

- az ember érettebb,
- felelősebb módon tudjon döntéseket hozni arról, hogy
- mit csinál,
- mit vesz igénybe,
- kihez fordul,
- milyen kezelést alkalmaz.

Ahhoz pedig, hogy ilyen helyzetekben bölcs döntéseket tudjon hozni, saját testi és lelki folyamatainak alapos ismerete, az önmagával folytatott minőségi kommunikáció az első számú feltétel.



A KULCS: KAPCSOLAT ÖNMAGUNKKAL

Általános jelenség társadalmunkban, hogy az emberek „elidegenednek” saját testüktől, ami ahhoz vezet, hogy az elhanyagolás, a visszaélés és a kényeztetés egészségkárosító mintái észrevétlenül eluralkodnak mindennapjaikban. Negatív véleményt formálnak saját testükről, összehasonlításokba bonyolódnak, gyakran szoronganak a külső megjelenésük miatt, ami – a média torz testkép-kommunikációjával súlyosbítva – egészen a testképproblémáig, evészavarokig, reménytelen fogyókúrákig vezethet. Emellett, **az önmagunkhoz való viszony lelki aspektusa is gyakran sérült**: a szigorú önkritikától az önutálaton át egészen az önbántalmazásig ennek számos megjelenési formájával találkozhatunk, melyek – különösen, ha fiatalkorban kezdődnek – komoly egészségi kockázatokat rejtnek. Ezen a téren hosszú távú és mélyreható változások akkor várhatók, ha az emberek egyre nagyobb számban ismerik fel: ha önmagukkal – és azon belül is, a testükkel – együttérző, megértő és támogató kommunikációt folytatnak, testi-lelki egészségük javul, gyógyulási és rehabilitációs folyamataik felgyorsulnak. Továbbá, mintegy észrevétlen „mellékhatásként”, erősödik önbecsülésük, melynek alappillérei (Branden nyomán) az alábbiak [1].

Tudatos élet: a tények tisztelete, valódi jelenlét, nyitottság az új információk iránt, a külső és belső világ megértésére való törekvés.

Önfogadás: az érzések, gondolatok, cselekvések jóindulatú elfogadása.

Felelősségtudat: felismerése annak, hogy az ember felelős a választásaiért, tetteiért, életéért.

Asszertivitás: hiteles önérvényesítés mások tiszteletben tartása mellett.

Céltudatosság: rövid és hosszú távú célok tisztázása, követése, újraértékelése.

Integritás: becsületesség, tisztesség, feddhetetlenség – az ember mondja, amit gondol és azt teszi, amit mond.

Az erősödő önbecsülés pozitívan hat vissza a személyes felelősségvállalás mértékére, az élet feletti kontroll élményére, ezen keresztül az immunrendszerre és az általános egészségi állapotra is, ahogy azt a modern egészség-pszichológiai kutatások is alátámasztják [2-3]. A saját testtől való elidegenedés feloldása, a testi tünetek és betegségek „üzeneteinek” megértése [4], és ezen keresztül az ember önmagához való felelősségteli és barátságos viszonyának elmélyítése olyasmiről, amit társadalmunkban a legtöbb embernek újra kell tanulni. Ehhez az újratanuláshoz kínál egy lehetséges utat, módszert a szomatodráma [5].

A SZOMATODRÁMA

A szomatodráma egy játékos, kreatív önismereti és terápiás módszer, mely üzeneteket közvetít a testtől a tudatig és vissza, ezáltal egy aktív, értelem- és érzelemmentli kommunikáció lehetőségét nyitja meg az ember belső világával.

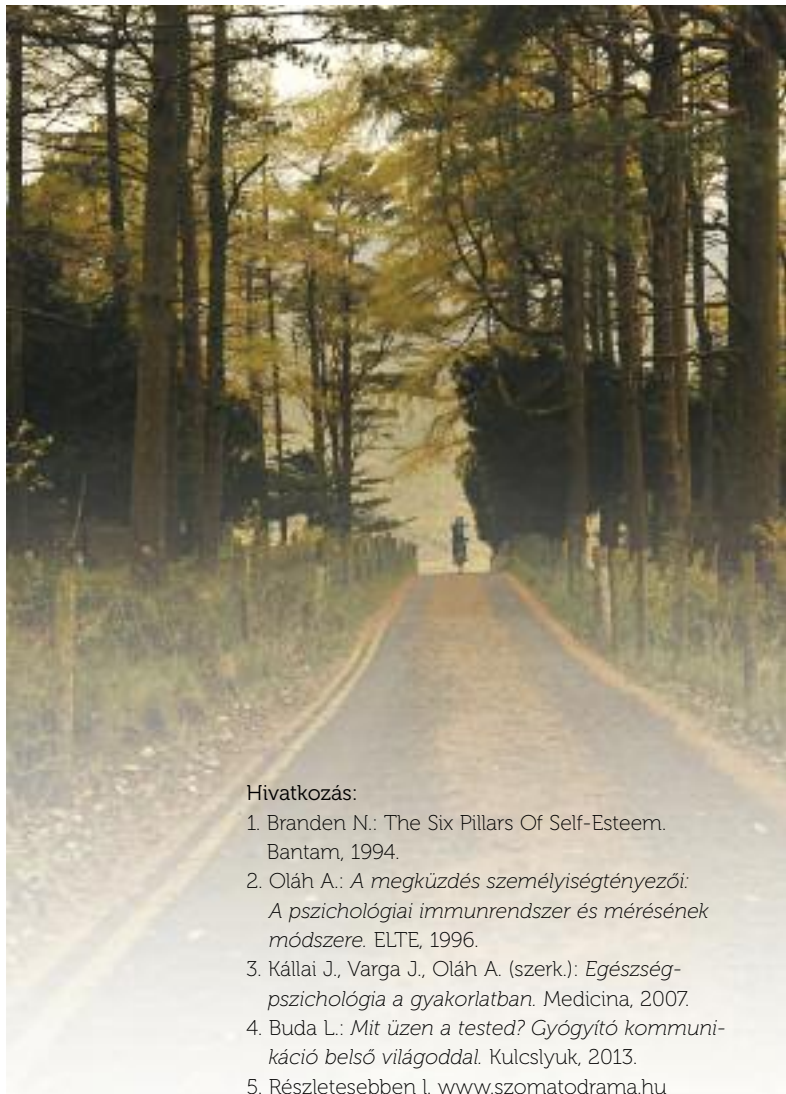
A módszer azon az elven alapul, hogy a saját testről alkotott elképzelések térbeli kivetítése, mélyebb megismerése és kreatív átalakítása gyógyító folyamatokat indíthat el a szervezetben. Mindez a személyes kapcsolatfelvételt,

a testüzenetek szeretetteljes elfogadása, az érzelmi elakadások feloldása, a játékban feltáruló helyzet átrendeződése révén valósulhat meg.

A „szomato” szó arra utal, hogy a gyógyító játékok során a testi tapasztalatokra, tünetekre, betegségekre fokozott figyelmet kell fordítani, és engedni, hogy a test bölcsessége irányítsa a tudatosság ébredését. A „dráma” pedig itt annyit jelent, hogy élőben, „élesben”, konkrét találkozások, konfliktusok, érzelmek átélésével és a szükséges lépések azonnali cselekvésével elhárítani a gyógyulás belső akadályait és közelebb jutni a vágyott testi-lelki harmóniához.

A szomatodráma módszere lehetővé tesz olyan elzárt, sokszor fájdalmas érzésekkel való találkozást, melyek tudattalanul irányítják az ember életét, majd testi tünetek, betegségek formájában manifesztálódnak. A drámajáték során mély érzelmi átéléssel oldódnak a feszültségek, gyengéden elhárítva a már szükségtelenné vált akadályokat, hogy az öngyógyítás folyamata – lelki és testi szinten is – elindulhasson. A szomatodráma a test útmutatását és információs közeget felhasználva segít az önszeretet és önfogadás gyakorlásában, hogy valódi, teherbíró, szeretetteljes kapcsolatot lehessen kiépíteni önmagunkkal, testi, lelki és spirituális szinten egyaránt.

www.szomatodrama.hu



Hivatkozás:

1. Branden N.: *The Six Pillars Of Self-Esteem*. Bantam, 1994.
2. Oláh A.: *A megküzdés személyiségtényezői: A pszichológiai immunrendszer és mérésének módszere*. ELTE, 1996.
3. Kállai J., Varga J., Oláh A. (szerk.): *Egészség-pszichológia a gyakorlatban*. Medicina, 2007.
4. Buda L.: *Mit üzen a tested? Gyógyító kommunikáció belső világoddal*. Kulcslyuk, 2013.
5. Részletesebben l. www.szomatodrama.hu



SZENDI GÁBOR

KLINIKAI SZAKPSZICHOLOGUS, ÍRÓ

Az apák felelőssége

Ha a felelőségről esik szó, bevallom, nekem mindig az apák felelőssége jut eszembe. Nemcsak azért, mert apa vagyok, nemcsak azért, mert annyi felelőtlen apát látok, hanem azért is, mert az apaság és a felelőség szavak bonyolult viszonyban vannak egymással.

Szeretek a kályhától elindulni, s az én kályhám az evolúció. Sokáig úgy gondolták, az erkölcs emberi találmány, mára kiderült, hogy csak részben van így. Számos alapvető morális kérdésben ösztönösen tudjuk a helyes választ, mielőtt még gondolkodtunk volna rajta. Az evolúciós morálkutatók rafinált történeteket

eszel ki, hogy bizonyítsa, erkölcsi dönté-

Emberben

seink automatikus folyamatok

is, de állatokban

következménye, amit általában

is, genetikailag kódolt

utólag ruháznak fel érzévekkel.

erkölcsi érzék működik,

Kétségtelen, hogy az erkölcsi

amely kritikus

szabályok olyasmiket írnak elő, ill.

helyzetekben

tiltanak, amiket az emberek

„megmondja”, mi

maguktól nem feltétlen tartanának

a teendő.

be. Ennek oka, hogy az erkölcsi

előírások gyakran a közösségi érdeket,

vagy az egyén távoli érdekeit képviselik,

aminek az azonnali érdek gyakran ellentmond. Tipikus példája ennek az altruizmus. A minap láttam egy videót két majomról. Mindketten egy megoldandó feladatot kaptak, amit az egyik majom elbukott, a másik pedig megoldott.

Utóbbi jutalmul kapott egy banánt, amit elfelezett és

odaadott a hoppon maradt majomnak. Világos, hogy az

aktuális helyzetben a szerencsés majom sokkal szívesebben

megette volna a banánját, minthogy elfelezte a másikkal, és

nem azért osztotta meg, mert előre gondolkodott volna,

hogy jól jön ez még neki fordított helyzetben. De erkölcsi

érzéke olyan viselkedést sugallt neki, ami hosszú távon az ő

érdekeit is szolgálta.

A NŐ, A FÉRFI ÉS A GYERMEK

A nő is, a férfi is génei elterjesztésében érdekelt. Csakhogy míg a férfinak ehhez elvileg öt perc aktivitás is elég, a nő befektetése kilenc hónap terhesség, egy nem minden veszély nélküli szülés, és 15 év gyermeknevelés. Ezt a befektetési aránytalanságot a nő sokféle módon igyekszik csökkenteni, például gondos párválasztással, rejtett ovulációval, feltételekhez kötött szexszolgáltatással, stb. Tekintve, hogy a férfiak és a nők aránya minden társadalomban nagyjából egyenlő, ezért a nők szabad teherbevitelében a férfit a többi férfi korlátozza. Ha a férfi szaporodni akar, márpedig ez létének a célja és értelme, akkor meg kell felelnie a nő szabta feltételeknek. A nő akkor választja a férfit, ha az hajlandó

a közös élet terheit megosztani, pl. segít élelmet szerezni, védelmet nyújt a különféle támadásokkal szemben, kedves és figyelmes, stb. De ha már a férfi ennyit fektet a kapcsolatba, szeretne biztos lenni abban, hogy a közösen nevelt gyermekek valóban tőle származnak. Ezért sokat kell a nő körül sürgölnödnie, hiszen a rejtett ovuláció miatt bizonytalan a nő megtermékenyülése. A nő pedig nem feltétlen a „férjétől” szeretne megtermékenyülni, találhat ő erre alkalmasabb férfit is, ha a „férj” nem elég szemfüles.

Az anyaság mindig biztos, csak az apaság lehet kétséges.

A nyugati társadalmakban a kakukkfiókák arányát átlagosan 10%-ra becsülik. A férfi-nő kapcsolat egy évezredek alatt kicsiszolt keretrendszer tehát, ami viszont sosem jelentett abszolút garanciákat a férfi felelősségvállalását illetően. Lássuk be, a férfi igazi érdeke apaságának biztosításáig terjed, a gyermek felnevelése már soktényezős dolog. Abban segíteni fognak a nagyszülők, mai világunkban pedig még a szociális intézmények is. A férfinak tehát személyisége függvényében nagy a mozgástere abban, hogy áldozatos, gondoskodó, gyermekszerető apaként, vagy léha alkoholistaként vegyen részt a család életében.

AZ APASÁG – NAPI 15 PERC?

Az apaság evolúciósan meglehetősen bizonytalanul kidolgozott szerep. A természeti népek vizsgálata betekintést enged az ősemberi lét rejtelseibe is, hiszen akik ma kőkorszaki körülmények között élnek, ugyanígy éltek 50–100 ezer évvel ezelőtt is. Vannak természeti népek, ahol az apa gondoskodó, vannak természeti népek, ahol egy gyermeknek több apja van, de a természeti népek többségében az apa csak úgy vagyogat, de túl sok terhet nem vállal magára.

A kínai Na népnél pedig nem is ismerik az apaság fogalmát, a gyerekeket mindig a nő rokonai nevelik fel.

Antropológusok úgy becsülik, hogy a férfiak átlagosan napi 15 percet foglalkoznak a gyerekekkel, az is inkább csak játék, nem pedig gondoskodás. Még ennyi energiát sem ölnek mostoha gyermekeikbe. Mivel a törzseknek a párok időnként felbomlanak és új párok alakulnak ki, a nők viszik magukkal előző kapcsolataikból származó gyerekeiket, így a mostohaapaság inkább szabály, mint kivétel. Azt se higgyük, hogy a férfi a családfenntartó. A vadászó-gyűjtögető népeknél az ennivaló 60–70%-át a nők gyűjtik össze, ugyanígy a bogyók és gyökerek biztosabban fellelhetőek, míg

a vadászat kockázatos dolog, a férfiak gyakran térnek vissza üres kézzel. Sok törzsnél az asszonyok a férfi említések csak legyintenek, mert szerintük **sokat esznek, de kevés hasznot hoznak**.

Összességében nézve az apák a gyerekekkel a vadászó-gyűjtőgető társadalmakban foglalkoznak a legtöbbet, már kevesebbet a kertgazdálkodást űző népeknél, s a pásztornépeknél az apák nem sokat törődnek a gyerekekkel. A későbbi korokban az apa vagy dolgozott, vagy harcolt, a gyerek ellátása az asszony dolga volt.

A manapság elvárt apaszerepek tehát igazából az evolúciós előtörténete szórványos. Sosem szabad elfelejtenünk, hogy agyunk a kőkorszakra van optimalizálva, mai nemi szerepeinket a mi korunk igényei és ideáljai termelték ki.

A MODERN FÉRFI-NŐ KAPCSOLAT

Az utóbbi harvan évben alaposan megváltozott a férfi-nő kapcsolat, amit az ipari forradalom munkakézi-igénye idézett elő. A nő munkába állása egyrészt távlatilag megteremtette a **gazdaságilag önálló nő** lehetőségét és kitermelte a fogamzásgátlás szükségességét. A régebbi korokban monogám világunkban a férfi nemi életének egyetlen biztonságos és legális módja a házasság volt. A férfit csak akkor tekintették társadalmilag felnőttnek és megbízhatónak, ha már házas volt. Ehhez igyekezett a férfi először egzisztenciát teremteni, s a házasság majd a gyermekáldás volt a férfi élet megkoronázása.

A fogamzásgátlás megjelenésével a szex kockázatmentessé vált mind a férfi, mind a nő részére. A szex végleg elvált eredeti evolúciós értelmétől, a gyermeknemzéstől. A szex kockázatmentessé válása radikálisan átalakította a férfi-nő kapcsolatot. A férfinak többé nem kellett a szexért házasodnia, és feleségért, gyermekért felelősséget a nyakába vennie. A megváltozott keretrendszerben egészen más személyiségű férfiak és nők nőnek fel, akik merőben mást kezdenek gondolni házasságról, családról, gyermekvállalásról. A nők végre tanulni akarnak, a férfiak pedig egyre messzebbre szeretnék kitolni a legényélet végét, és szeretnék jó sokáig felelőtlenül élvezni az élet gyönyöreit. A nő mi más tehet, kényszerűen alkalmazkodik a helyzethez. Egy ideig egy nőnek ez nem is esik nehezére, hiszen a nők végre először a történelemben, tanulhatnak, és kiélhetik önmegvalósítási vágyaikat. Ám amikor a biológiai óra jelez, hogy most már ideje lenne a gyermekvállalásnak, a nő, ha körülnéz, csupa elköteleződni nem akaró korabeli férfit lát, akik élvezni akarják az életet, nem pedig terhek és felelősség alatt nyögni. E helyzet szülte azt, hogy ma már a legtöbb gyermek élettársi kapcsolatban és nem házasságban születik.

A GYERMEK ÉS AZ APUKÁJA

Egyre több lélektani és szociológiai tanulmány és könyv jelenik meg a hiányzó vagy távollévő apa okozta rejtett traumákról. Régebben a válás nemcsak azért volt ritka, mert sokáig szinte lehetetlen volt elválni, hanem mert a felek komolyan gondolták a holtomiglan-holtodiglan esküjét. A XX. századi individualizmus terjedésével a válás is egyre

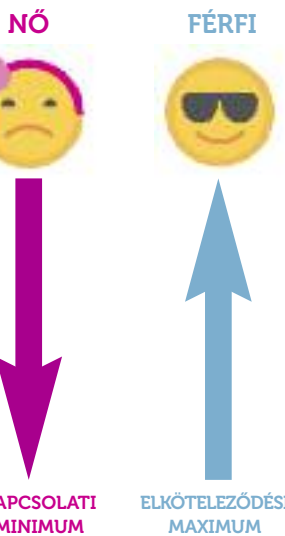
könnyebbé vált, s ma már a házasságok fele válásba torkollik. Nem ritka a két-három gyermekes párok szétválása sem. Az élettársi kapcsolatok pedig még bomlékonyabbak.

Az élettársi kapcsolat olyan kompromisszum, amiben a nő lement a kapcsolati minimumig, ami viszont a férfinak az elköteleződés maximuma. Az élettársi kapcsolat minden szempontból bizonyíthatóan hátrányt jelent, egyedül azt a célt szolgálja, hogy a férfi szabadnak érezhesse magát. Sok férfi bizonygatja, hogy a házasság „csak papír”, de ha „csak papír”, miért is ne lehetne aláírni? Az élettársi kapcsolat valójában „mintha” kapcsolat, ami van is, meg nincs is. Visszatükröződik ez abban is, hogy a férfiak az élettársi kapcsolatban keresnek a legkevesebbet, az ilyen kapcsolatokban felnőtt gyerekek nélkülöznek a legtöbbet, s az élettársi kapcsolatokban a legbizonytalanabb a felek anyagi helyzete is. Mindez azért van, mert évekig-évtizedekig lebegtetve van, meddig

is fog tartani a kapcsolat, s a bizonytalanba senki nem akar tiszta erőbedobással mindent beleadni. Sok férfi fél vállalni az elköteleződéssel járó felelősséget, s az ilyen átmenetiségben született gyerekek felvállalása is csak immel-ámmal történik. Ma már válni sem nehéz, de az élettársi kapcsolatot felbontani még könnyebb: elég csak elköltözni, hátrahagyva a korábbi életet, gyerekestül, élettársastul.

Olyan világot teremtettünk, amiben a férfi a legrosszabb tulajdonságait valósíthatja meg.

ÉLETTÁRSI KAPCSOLAT



A FÉRFI ÉS A FELELŐSSÉG

Jó okunk van azt gondolni, hogy sok férfitől meglehetősen idegen a gyermekért vállalt felelősség gondolata. Sok férfi gond nélkül lelép, mások ugyan döcögve ellátják apai feladataikat, de sokszor csak a társadalmi elvárásoknak akarnak ezzel eleget tenni. A gyermek evolúciósan fogyóeszköz volt. A felelősségvállalás erkölcsi kategória, azaz eszmények és ideák nevében önként vállalt áldozat, aminek megtérülése nem garantált. Individualista korunk az egyén boldogulását főlébe helyezi a család és a gyermek érdekeinek. Egyre több a diszfunkcionális család, s az ebben felnőtt fiúk megismétlik gyermekeikkel saját sorsukat: nem vállalnak igazi, mély felelősséget a felnevelésükért és boldogulásukért. A társadalom egyre inkább kettéválik annak mentén, hogy lesznek majd az elkötelezett házasságok, melyekben a férfi és a nő együttesen vállalják a felelősséget gyermekeik felneveléséért, de egyre több gyermek fog felnőni laza, gyakran változó összetételű mozaik családokban.



DR. GYÓRFFY ZSUZSA PHD
EGYETEMI ADJUNKTUS, SE

Apátlan generáció?

Napjaink egyik legforróbb témája a munka és a családi szerepek összeegyeztethetőségének kérdése, és ezzel párhuzamosan a házasságok és a vállalt gyerekek számának alakulása. De vajon milyen lehetőségek állnak a mai fiatalok előtt?

A címbeli kérdés nem teljesen költői: a hazai tizen-, huszonéves és az annál idősebb generáció tagjai gyakran panaszkodnak, hogy életük során kevés időt töltöttek az édesapjukkal. Vagy azért, mert a család férfitagja látástól vakulásig dolgozott a megélhetésért, vagy azért, mert a válás szétválasztotta a családokat, nem is beszélve a középkorú férfiak korai halandóságáról...

Ha távolról közelítünk a kérdéshez, elmondhatjuk, hogy a családszerkezet átalakulása, a nők szerepének megváltozása több mint százéves folyamat eredménye, amely sok-sok makrogazdasági és társadalmi mutatóból áll össze.

A nők belépése a munka, a politika és az oktatás világába a XX. század „nagy háborúit” követően gyorsult fel.

A gyerekszám csökkenése azonban már egy korábban elindult „folyamat” eredménye: a mezőgazdasági munkák hátrébe szorulásával a gyerekek egyre kevésbé végeztek termelőmunkát, viszont az eltartási költségeik (például a hosszabb oktatás) egyre inkább nőttek. E folyamat eredményeképpen már a XIX. század végétől, a XX. század elejétől a családok egyre kevesebb gyermeket vállaltak (Chronholm, 2007).

OSSZUK MEG TESTVÉRIESEN! NEM LEHET INKÁBB FELE-FELE?

A gyerekvállalás csökkenéséhez hozzájárult a nők oktatási rendszerbe való belépése és nagyarányú munkavállalása, azonban a háztartási munkák megosztásában továbbra sem volt változás a párok között: a nők egyre növekvő terhekkel néztek szembe mind a munkaerőpiac, mind pedig a háztartási munkák frontján. Az erőforrások pedig végesek, így a lehetséges válasz a családméret, a gyerekek számának csökkentése lehetett a „terheket egyedül cipelő nők számára”. A terhek megosztásának pozitív példájaként álljanak itt a skandináv államok: míg az 1970-es években a fejlett országokban még ott született több gyermek, ahol a nők kisebb hányada dolgozott a munkapiacon, addig ma azokban az országokban magasabb a vállalt gyerekek száma, ahol a férfiak támogatják a nőket „új” szerepeikben. Vagyis ott, ahol az apa besegít a gyermekgondozásba, és ahol a háztartási feladatok megosztanak a házastársak között, ahol komoly intézkedések történtek a családalapítási és ellátási terhek megosztásában a nők és a férfiak között.

„Nem is tudod, mit veszítesz a munkával, amíg nem voltál otthon a gyerekekkel” – mondja az „apasági szabadság” témájában készült nagyszabású kutatás egyik interjúalánya. Svédországban a „gyes” megfelelő a szülők között,

sőt az apáknak 2 hónapot „kötelezően” otthon kell tölteniük gyermekükkel ahhoz, hogy megkapják a legmagasabb családtámogatást. Egyéb „rejtett” ösztönzők is vannak az apák otthon maradásának elősegítésére: a munkába visszatérő anyák (ők 80%-ban ezt választják Svédországban!) fizetése minden olyan hónap után emelkedik, amelyet az apa tölt otthon a gyermekkel. Segítség az is, hogy a gyerek(ek) 8 éves koráig van lehetőség arra mindkét szülő számára, hogy rész munkaidőben dolgozzon. Lényeges, hogy nem csupán a gyermekgondozás idejének megosztásáról van szó, hanem a házimunka is egyenlő arányban oszlik meg a két fél között. **Kinek jó a fent ismertetett rendszer?** A tágabb és a szűkebb környezetnek egyaránt.

- Ezekben az országokban lényegesen több gyermek születik (Magyarországhoz viszonyítva mindenképpen), sőt kifejezetten „divat” a három gyermek vállalása.
- A válások száma jelentősen csökken.
- A férfiak várható élettartama növekszik.

A „robotos” demográfiai mutatók mellett természetesen nem elhanyagolhatók a pszichoszociális előnyök sem: az apákkal szocializálódott gyermekek bizonyítottan jobb szociális és kognitív képességekkel rendelkeznek, nem beszélve a kötődés és a „mintakövetés” jelentőségéről.

EZZEL SZEMBEN...

Magyarországon nem egészen ez a helyzet. Különösen nem az egészségügyben dolgozók számára, akiknek az esetében különleges feladat a munka és a családi terhek összehangolása. **Az előre nem tervezhető helyzetek** (például az, hogy a beteget a munkaidő vége előtt 5 perccel is el kell látni, ami természetesen meghosszabbítja a benntartózkodás ide-

MI A TITOK?

A skandináv modell(ek) azt mutatják, hogy ha az apák jobban részt vesznek az otthoni feladatokban, az anyák pedig a munkahelyi feladatokban, akkor sokkal inkább családbarát környezet, munkahely, társadalmi miliő alakul ki mindkét nem számára, ez pedig nagymértékben elősegíti azt, hogy a kívánt gyermekek megszülessenek.

jét, vagy hogy az egyes műtétek időtartama túlnyúlik az óvodai nyitva tartás időszakán), a **hosszú munkaidő**, az **ügyeleti munka** mind-mind speciális faktorai az orvosi hivatásnak. Ennek fényében különösen érdekes, hogy a magyar orvosnők meglehetősen „családcentrikusak”. Kevesebb közöttük az egyedülálló szülő, alacsonyabbak a válási arányok, mindezek túl még a vállalt gyermekek száma is magasabb az orvosnőknél a diplomás foglalkozásokkal való összehasonlításban (Gyórfy, 2015).

„Tudomásul kell venni, hogy minden nem megy egyszerre. A munkahelyen ugye 100%-osan meg kell felelni, aztán amikor hazajön az ember, fáradt, és tele van napi gondokkal. Nagyon nehéz megmondani egy kicsit, meg hogy én most a legszörvénnyel megkímélnék, meg hogy én most a legszörvénnyel megkímélnék. Hétfői 36 órási ügyelet után elmegyek egy kisgyerekekhez, amikor 2 napig nem látott, hogy most hagyjál békén, aludnom kell... Büntudatom volt folyamatosan, noha erőmön felül teljesítettem.”

Interjú vizsgálatunk az idézetben is szereplő számos nehézség mellett a felmerülő megoldási lehetőségekre is rávilágítanak. Sok interjúalany fogalmazta meg, hogy az életút bizonyos szakaszaiban „jól jött volna” a **részmunkaidős munkavállalás**. A munkaidő hosszúságából fakadó nehézségek egyik megoldási stratégiája (nemcsak az orvos-orvos házaspárok esetében!) a **rugalmas munkavállalás**. Érdekes megfigyelés az, hogy a nyugat-európai országokban, valamint Észak-Amerikában a férfi orvosok feleségei gyakran részmunkaidőben dolgoznak, de az orvosnők férjei szinte kivétel nélkül teljes állásúak. A skandináv országokban ismét „üditő kivételt” találunk.

Eset



Gjerberg kutatásai ugyanis azt mutatják, hogy az orvos-orvos házaspárok esetében a férjek jelentős mértékben „csak” részmunkaidős állást vállalnak Norvégiában (Jolly, 2014; Gjerberg, 2013).

A részmunkaidő általánosságú válása mellett nyilvánvalóan más utak is elképzelhetőek ahhoz, hogy az orvoslás „családbarát” foglalkozássá váljon. A statisztikák azt mutatják, hogy egyre több nő dönt a gyógyítói munka mellett, és nem kíván választani a számára fontos hivatás és a családi teendők között, hanem szeretné az élet e területeit összehangolni. Ennek nyilvánvalóan az egyik lehetséges módja, hogy lehetőség nyíljon a részmunkaidős vagy a flexibilis foglalkoztatásra. Ugyanakkor nem szabad figyelmen kívül hagynunk azt a tényt sem, hogy míg a nők nagyarányú beáramlása az elmúlt 50–60 évben fontos változása volt a munkaerőpiacnak, addig a férfiak „feminizációja” ezzel a változással nem tartott lépést. A skandináv példákat leszámítva a férfiak nem jelentek meg nagy számban a „hagyományosan feminin” foglalkozást űzők között, és nem vették át a nőktől az „informális” munka (háztartás, gondozói tevékenység) terheit sem (Nagy, 2015, 39. o.). Minden bizonnyal akkor fog „családbaráttá” válni az orvoslás, ha nemcsak a nők nyitnak a férfiasnak gondolt foglalkozások felé, hanem ezzel

„Nagyon gyakran eszembe jut, hogy egy átdolgozott ügyeleti éjszaka után, ha egy férfi hazamegy, akkor az egész család körberajongja, és azt mondja, hogy a papa fáradt, aludjon csak nyugodtan. Ezzel szemben én hazamegyek, már utba ejtve a piacot, és számos szatyjossal érkezem meg. A büntudattól vezérelve pedig valami extra vacsorát próbálok összedobni, mert szegény családom az előző este nem kapott semmit az ügyelet miatt. Azt is látom, hogy a munkaidő vége felé a nők egyre idegesebben pillognak a bevásárlószatyjuk és a csizmájuk felé, a férfi kollégák pedig ráérősen átnézik még az asztali betegeket, akár elolvassnak egy szakmai folyóiratot...”

párhuzamosan a férfiak is mindinkább helytállnak a háztartási munka „frontján”.

A „MAGYAR” VÁLASZ

Vizsgálataink azt jelzik, hogy a szerepek közti konfliktus jelentős kérdés a magyarországi orvosnők életében. E területen „hungarikum” a részmunkaidő lehetőségének szinte teljes hiánya, illetve a „családbarát” és megfizethető jóléti szolgáltatások elterjedésének késése.

Magyarországon különösen nehéz helyzetben vannak azok az anyukák, akik 3 év alatti gyermeküket szeretnék megfelelő helyen tudni. Így talán az sem véletlen, hogy az OECD országok közül nálunk a legalacsonyabb a kisgyermekes nők foglalkoztatási rátája, és a statisztikák azt is mutatják, hogy a gyese/gyeden lévők kb. 50%-a nem tud elhelyezkedni – vagy azért, mert eleve nem volt munkahelye, vagy pedig azért, mert az megszűnt.

Mint látjuk, ezekre a nehézségekre az egyik **lehetséges válasz** a gyerekvállalás elhalasztása vagy a gyerekszám csökkentése. Sajátosság továbbá az is, hogy nem a legmagasabb iskolai végzettségű csoport körében csökken a termékenység: hazánkban a középfokú végzettségűek körében a legalacsonyabb a vállalt gyermekek száma. Azaz **nem az „önmegvalósítás” állja útját a gyermekvállalásnak**, vélhetően inkább a bizonytalan társadalmi klíma és a nagyfokú munkaerő-piaci kiszolgáltatottság.

Mindemellett a magas iskolázott nők, így az orvosnők helyzete sem teljesen „rózsaszínű”, hiszen sok esetben ezek a hölgyek hatalmas teljesítménymotivációkkal, perfekcionizmussal próbálják szakmai és magánéletüket egyaránt menedzselni, és az óriási munkamegterhelés mellett még a fiatalabb generációk tagjai is gyakran egyedül végzik a háztartási munkát és gondoskodnak gyermekeikről. Mindennek pedig komoly ára van: hazánkban az orvosnők testi egészsége elmarad diplomás kortársaikétól. Ezt a tényt pedig érdemes tágabb perspektívában nézni, hiszen a gyógyítók jóléte és testi-lelki egészsége az egészségügyi rendszer működésének és a lakosság egészségi állapotának minden kétséget kizáró módon meghatározó tényezője.

www.gyogyonkert.hu

Semmelweis Egyetem AOK Magatartástudományi Intézet

A Hivatkozások a szerkesztőségben megtalálhatók.



BÁCSVÁN LÁSZLÓ
SZOCIÁLPSZICHOLÓGUS

Engedelmesség, felelősség, morális dilemma

A felelősségvállalásnak van egy másik oldala is, a felelősségáthárítás. A „parancsra tettem” vagy a „körülmények áldozata vagyok” típusú érvelések, melyekkel sokszor nem is elsősorban a környezetünket, hanem saját magunkat próbáljuk meggyőzni, megőrizve pozitív énképünket. Ezt persze sok más módon is megtehetjük, de ez esetben, az említetteket vesszük szemügyre, a szociálpszichológia egyik leghíresebb kísérletének tükrében.

A HÁTTÉR

A nyugati, főleg amerikai szociálpszichológia a második világháború után kezdett fokozottan érdeklődni a téma iránt, amikor például a Nürnbergi per kapcsán azzal szembesültek, hogy a náci rezsim egészen magas rangú vezetői is előszeretettel alkalmazzák mentségükül a „parancsra tettem” formulát. Vagyis bűneikért a felelősséget megpróbálták egyfeljebb tolni, a felettük álló autoritásokra áthárítani. A társadalomlélektan kutatóit érdekelné kezdte, hogy ez a fajta felelősségáthárítás mennyire gyakori, mennyire általános emberi sajátosság. Illetve, hogy ennek mekkora szerepe lehetett a normálisnak tűnő átlagpolgárok kíméletlen gyilkossá válásában. Hisz a pogromok végrehajtói vagy a koncentrációs táborok működtetői nem harci helyzetben és nem saját életük védelmében öltek, pusztán engedelmességéből.

Az ez irányba induló kutatások egyik leghíresebb momentuma volt az az 1961–62-ben végzett kísérlet, amelyet Stanley Milgram, a Yale Egyetem kutatója tervezett és vezényelt le, részben Solomon Asch hasonló témájú kutatásai, részben saját korábbi vizsgálódásai folytatásaként. Létrejöttében közrejátszottak Adolf Eichmann náci háborús bűnös jeruzsálemi perének, a nürnbergihez hasonló tapasztalatai is. A kísérlet azt demonstrálta, hogy az emberek az engedelmesség keretében igen agresszív cselekedetekre is képesek, ha egy felsőbb hatalom vállal(hat)ja érte a felelősséget.

A KÍSÉRLET

A kísérleti szituáció lényege az volt, hogy az újsághirdetés útján toborzott résztvevőknek (20 és 50 év közötti férfiaknak) azt mondták, egy tanulási kísérletben vesznek

részt, ahol azt vizsgálják, a büntetés milyen hatással van az emberek tanulási képességére, hajlandóságára. A büntetés ez esetben áramütést jelentett, amelyet a jelentkezőnek kellett egy kapcsolótáblán keresztül adnia a másik szobában ülő kísérleti alanynak, ha az rossz választ adott a kísérletvezető által feltett kérdésekre.

Mindketten, tehát az önkéntes és a kísérleti alanyt játszó színész is „véletlenszerűen” (igazából előre leosztva) kaptak egy „tanuló” és „tanár” feliratú kártyát, ahol persze mindig a színész lett a tanuló, a kísérlet vélt alanya, az önként jelentkező pedig a „tanár”.

Mert Milgram kísérletének igazi alanya természetesen az önként jelentkező résztvevő volt. Arra voltak kíváncsiak:

- meddig megy el a büntetésben, a „kísérlet” érdekében,
- mekkora áramütést hajlandó adni egy ismeretlennek, a kísérletvezető utasítására.

Az elrendezés úgy nézett ki, hogy az önkéntes (a beépített színésszel együtt) az elején kapott egy 45 voltos áramütést, hogy tisztában legyen az arányokkal. Majd átment egy másik szobába, ahol egy kapcsolótáblán harminc kapcsoló volt, melyeknél a jelzett feszültség 15 voltontként emelkedett, 15-től 450-ig, vagyis a halásos áramütést jelentőig.

Eset



Ezután kezdődött a kísérleti folyamat, ahol a „tanár” szó párokat tartalmazó listát olvasott fel a beépített „tanulónak”. Helyes ismétlés esetén mentek tovább a következőre, rossz válasz esetén pedig jött az áramütés. Minden rontás után egy fokozattal nagyobb feszültséggel. A „tanuló” természetesen semmiféle áramütést nem kapott, a rontások pedig előre eltervezett módon következtek, miként a „tanuló” reakciói is. Ő 150 voltnál kérte a kísérlet leállítását, amit a kísérletvezető a kutatás fontosságára hivatkozva persze nem engedélyezett, így aztán a „tanuló” egyre fáj-

dalmasabb reakciókat produkált a szomszéd szobából, a végén már fájdalmasan kiabálva kérte a „kísérlet” leállítását. Ha a „tanár” megingott, a kísérletvezető közölte vele, hogy ő, mint vezető, mindenért vállalja a felelősséget, a „tanár” folytassa csak tovább.

Milgramék pedig azt figyelték, hogy a „tanár” ilyen körülmények között meddig hajlandó elmenni. **Az eredmény megdöbbentő volt.**

ADATOK ÉS KÖVETKEZTETÉSEK

Az eredeti 1961–62-es kísérletben a résztvevők 65%-a elment a 450 voltig, tehát a halálos áramütésig, és egyikük sem állt meg 300 volt alatt! Ráadásul a később sok helyütt megismételt kísérlet helytől vagy kultúrától szinte függetlenül mindig hasonló eredményeket hozott, legfeljebb néhány százalékot térve el Milgram eredeti adataitól.

Az emberek nagyjából kétharmada hajlandó lenne villamosszékben kivégezni egy másik embert, ha erre elég határozott utasítást kap, illetve ígéretet arra, hogy nem kell vállalnia érte a felelősséget.

A következtetés igencsak nyugtalanító volt. Persze ezt az egyszerű következtetést több tényező is árnyalja. Nem mindegy, milyen magas státusza van a kísérletvezetőnek és a „tanulónak”, azaz mennyire magasra értékelt személyként tűnnek fel a résztvevők szemében, mint ahogy az sem mindegy, mennyire személyes viszony jön létre köztük, és a kísérlet alanya között.

Ha a „tanuló” nemcsak egy név, hanem előtte beszélget, ismerkedik a kísérleti alannyal, kisebb az esélye a magas áramütésnek, mint ahogy akkor is, ha gazdag/magas rangú/fontos személyként mutatják be. Ha a kísérletvezetővel ugyanez a helyzet, nagyobb az esélye, hogy az alany elmenjen a végsőig. Az viszont egyértelmű, hogy az alanyok nem élvezték a helyzetet, lelkiismeretük ellen kellett cselekedniük, és ez meglehetősen stresszel járt.

Érdekes, hogy a kísérletet férfiak helyett nőkkel elvégezve is hasonló eredmények születtek, a különbség mindössze annyi volt, hogy a nők nagyobb stresszről számoltak be.

A KÍSÉRLET HATÁSA

Milgram nyilván egy igen extrém helyzetet szimulált laboratóriumi körülmények között. Olyan szituációt hozott létre, melybe nemigen kerülhetünk, ha csak nem egy háborús övezetben, vagy egy totalitáriánus diktatúrában élünk. Azonban enyhébb formában a mindennapi életünk is tele van olyan helyzetekkel, amikor vakon engedelmeskedünk az utasításoknak, egyfelől mert ezt érezzük természetesnek, másfelől meg azt gondoljuk, a mi felelősségünk a pontos végrehajtás, a következmények pedig az utasítás kiadójára tartoznak. Ez a szemlélet szükséges minden hierarchikus szervezet működtetéséhez, ugyanakkor a gyengéje is azoknak, mert visszاسorítja az egyéni mérleget.

Az elszabadult engedelmesség felülírja az egyébként beépített korlátokat.

... Pl.

Amikor például a kórházi nővérek automatikusan hajtják végre az akár szabályellenes orvosi utasításokat, vagy amikor a rabok szó nélkül alávetik magukat a börtönőrök önkényes és abszurd szabályainak is.

Hisz ott ez a „természetes” hierarchia következménye.

Eset

Részben erről szól egy másik híres eset, a Philip Zimbardo-féle stanfordi börtönkísérlet is, ahol az átlagos egyetemistákból véletlenszerűen kiválasztott „rabok” és „őrök”, napok alatt teljesen átvették kiutalt szerepüket a szimulált börtön falai között.

A „raboknak” az alávetettség és engedelmesség vált természetessé, az „őröknek” meg ezzel párhuzamosan az önkényeskedés. Mert minél erősebben hierarchizált a szervezet (és a börtön nagyon erősen az), annál nagyobb az esély az elszabadult engedelmességre, azaz az ésszerűség, a lefektetett szabályok és a mindennapi morál figyelmen kívül hagyására.

És ahogy a stanfordi esetről, úgy a Milgram-kísérletnél is megjelenik az érvelés, hogy „de hát mit tehettem volna?” A felelősségáthárításnak ugyanis ez esetben fontos összetevője, hogy a szereplők eleve adottnak tekintik a körülményeket (a célt, az eszközöket, a tekintélyt, a hierarchiát, a szerepeket stb.), így fel sem merül bennük azok megváltoztatása, csak a kereteken belül mozogva próbálnak meg érvényesülni. Az áramütéses kísérletben résztvevők nem voltak szadista vadállatok, nem élvezték azt, hogy másokat kínozzanak, mint ahogy a Stanford Egyetem börtönört alakító diákjai sem, pusztán alkalmazkodtak a helyzethez.

Egész társadalmunk tele van erősen hierarchizált szervezetekkel (iskola, kórház, gyár, hivatal) és a személyiség egészét legyűrő totális intézményekkel (mint pl. börtön, laktanya, kolostor), és mi ezek világában szocializálódunk.

Az emberek nagy többségének van egy normális erkölcsi mércéje és lelkiismerete, Stanley Milgram viszont arra mutatott rá, hogy képesek vagyunk ezek ellenére cselekedni, ha egy erős hierarchiába helyezkedve természetessé válik a belső kontroll nélküli engedelmesség és a felelősség áthárítása a fölöttünk álló és helyettünk döntő autoritásra.

A felelősségáthárítás ilyen eseteiben egyszerűen lemondunk a döntés lehetőségéről és követjük a parancsokat, utasításokat, mert **a legkisebb ellenállás irányába tartunk**, és ha rossz döntéseinkért és azok következményeiért nem kell felvállalnunk a felelősséget, az segít megóvni önképünket. Hisz nem mi cselekedtünk rosszul, mi csak eszközök voltunk egy külső akarat kezében, és ahogy a kés sem hibás a hasbaszúrásban, mi sem vagyunk azok a halálos áramütésben. Hisz csak parancsra tettük.

A helyzet meg is változtathatták volna, vagy ha az nem megy, ki is léphettek volna belőle, de nem tették.

Hivatkozás:

1. Stanley Milgram: Obedience to Authority: An Experimental View (Harper Perennial Modern Classics, 2009)



MAKAI GÁBOR

KLINIKAI SZAKPSZICHOLOGUS, PSZICHOTERAPEUTA, MPE KANDIDÁTUSA

Inkább az elkerülés

Kevés olyan ember van, aki szívesen megy bele konfliktusokba. Ez így van jól, azonban létezik egy olyan személyiségtípus, aminek fő mozgatórugója a felelősség és a konfliktusok elhárítása, vagyis ezen embereknél dominál az állandó elkerülés. Ez így bizony nem mindig adaptív.

Az értékek kialakulása általában szocializációs folyamat által történik, amikor az egyén a környezetéből olyan normákat, értékeket, szokásokat vesz át, amelyeket fontosnak vél. A szocializáció során a gyermek minden megnyilvánulását minősíti a környezete, elsősorban és elsőként centrális kapcsolata: az anya, család, iskola, kortárs csoportok. A gyermek viselkedése ezen értékelések köré szerveződik, majd egyre inkább kiemelkedik egyéni arculata, vagyis fejlődik a személyisége, amit integrál a mindennapokban. Felnoftkorára az egyén kialakult értékrenddel rendelkezik, de továbbra is fennáll a változás lehetősége.

A felelősségvállalás is egyfajta érték. Ezért fontos, hogy a serdülő tisztaban legyen azzal, hogy függetlenedési törekvésének következménye van, ez pedig a felelősség. Aki mindig csak elkerüli a felelősséget, az „hiteltelen, infantilis felnőtt” lesz. Nem áll még készen a felnőtt életre.

KONFLIKTUSKERÜLÉS, MINT A FELELŐSSÉG IGNORÁLÁSA

Pszichoterápiás praxisom során sok olyan páciens keresett már fel, aki azt hangsúlyozta, hogy ő fél bizonyos társas helyzetektől. Az esetek többségében negatív kimeneteket vetít előre, amiben a másikkal képest alulmarad, megszégyenül. Az ilyen emberek nem mernek felelősséget vállalni, inkább kimenekülnek és elkerülnek minden helyzetet, amit „veszélyesnek” tartanak.

... Pl.

Lássunk egy példát. A páciens olyan társas helyzeteket jelenít meg, amikor azt látja a legjobb megoldásnak, ha a konfliktust elkerüli. Munkahelyén nem tudja, hogy jól teljesít-e. Állandó pozitív megerősítésre van szüksége, mert gyakran ő maga se értékeli magát realisan.

A főnökétől tart, kerüli a társaságát, inkább saját magánál alacsonyabb pozícióban lévő emberekkel barátkozik, hogy a félelmét csökkentse. Önmagát negatívan, mintha önbizalom nélkül írná le, azonban vannak tervei, céljai és a terveinek megvalósítását pozitívan mutatja be. Tart a megszégyenüléstől, hogy lelepleződik, és rámutatnak a gyengeségére. Fizikai tünetei felerősödnek, amikor azt érzi, hogy nem tudja kellő mértékben kontrollálni a helyzetet. Megjelenít egy apát, aki elérhetetlen volt,

noha ő felnézett rá, kereste volna a társaságát. Az apa azonban sokszor kiszámíthatatlan volt, gyakran még félelmet is keltett az alkoholos magatartása miatt. Az édesanyját is – noha részben védelmező volt és a biztonságot jelentette – sokszor veszélyesnek tartotta. Amikor kiabált az édesapjával, nem egyszer rá is negatív, leértékelő mondatokat tett. ...

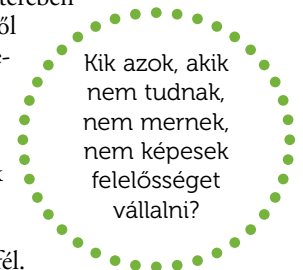
Ezek a típusú emberek szinte egy állandó készenléti állapotban vannak, akik paranoid módon figyelnek és résen állnak, hogy mikor csapnak le rájuk. A világ számukra kettéhasadt: vannak a jó emberek, akiktől várják a biztonságot, és vannak a rossz emberek, akik fenyegetőek, kiszámíthatatlanok. Mindezek háttérben a megalázástól és megszégyenüléstől való félelem áll. Ösztönösen kezdenek el működni és gondolkodni. Számukra a kiút az csak a menekülés, azaz minden olyan helyzet, konfliktus elkerülése, ahol a másik ember őt kellemetlen helyzetbe hozhatja. Kerüli a konfliktust, de eredendően a felelősségvállalástól fél.

Ennek a következménye az elkerülés, hiszen számára nagy a tét, nagy a fantáziált félelem. Mindemögött narcisztikus személyiségműködés áll.

NÁRCISZTIKUS SZEMÉLYISÉGSZERVEZŐDÉS

A „narcisztikus” jelzőnél az emberek többsége arra asszociál, hogy „önző, önimádó, empátia nélküli”. Pedig a fent leírt működésmód háttérben is narcizmus áll. Az elkerülő magatartás mögött nem az a domináns, hogy érzéketlen az egyén, hanem pontosan az ellentettje, a narcisztikus személyiségműködés gyökere a felelősségvállalástól való félelem. Különbséget kell tenni az vékony- és vastagbőrű narcisztikus típus között, mert csak így érthető meg a konfliktuskerülő, s ezzel a felelősséget hárító egyének pszichodinamikája.

De legyen akár túlérzékeny (vékonybőrű) vagy vastagbőrű egy személyiségszerveződés, mindkettőben közös az önértékelési sérülés. Konfliktuskerülésre vonatkoztatva: ha valaki fél a megszégyenüléstől, az azért van, mert ő maga alulértékeli saját magát, a másikat viszont, akitől



A TÚLÉRZÉKENY („VÉKONYBŐRŰ”) NÁRCISZTIKUS TÍPUSRA JELLEMZŐ

- Figyelme folyamatosan másokra irányul.
- Közben folyamatosan kritika vagy támadás után kutat.
- Gátlásos, szégyenlős, kerüli a figyelem középpontját.
- Belső világa középpontjában a szégyen áll.
- Viszont grandiózus vágya, hogy megmutassa magát.
- Úgy védi magát a sérüléstől, hogy elkerüli a veszélyes helyzeteket, és figyeli a többieket, hogy miként kéne viselkednie.
- Saját énjét elutasítja, projektív módon a többi embernek tulajdonítva ezt.

fél, túlbecsüli. Így a páciens folyamatosan leértékeli önmagát és torz módon idealizálja a fölötte állót. Gyakori érzet a lelepleződéstől való félelem. A páciens azt feltételezi, hogy akitől fél, az meglátja az ő gyengeségeit, előbb-utóbb arra rámutat, így lehull a lepel, és ő megszégyenül.

A NÁRCISZTIKUS JELLEM KAPCSOLATI DINAMIKÁJA

A nárcisztikus páciens, gyakran intim kapcsolatainak a minőségére is panaszokodik, melyek sokszor nem kielégítőek és rövidek. Miután a kapcsolat kezdeti fénye meg-

kopik, a páciens érzelmi világa a párja irányába leértékelésbe vagy unalomba fordul. Ekkor visszahúzódik a kapcsolattól és új partner után néz, aki a csodálat, megerősítés, feltétlen szeretet, valamint tökéletes ráhangolódás iránti vágyát ki tudja elégíteni. Nem meglepő, hogy a nárcisztikus személyiségzavarral élő páciensek házasságában visszatérő nehézségek merülnek fel. Ha párterápiára jelentkeznek, akkor szexuális problémák, depresszió vagy impulzív viselkedés lehet az ok. A panaszok mögött gyakran attól való félelem húzódik meg, hogy a házastárs előtt megszégyenülnek. A nárcisztikus férj például azzal vádolhatja a feleségét, hogy szándékosan próbálja megszégyeníteni őt, ahelyett, hogy elismerné. Ugyanez a férj végül eljuthat a krónikus nárcisztikus düh állapotába, amikor már nem elkerül, hanem konfrontálódik. Engesztelhetetlen sérelmet és keserűséget élhet át felesége iránt, mivel úgy érzi, nem kapja meg tőle azt a bánásmódot, amelyet érzése szerint megérdemelne. Az ilyen párok nagy ellenállást tanúsítanak a párterápiával szemben, mivel a nárcisztikus fél a sértést oly nagyra értékeli, hogy a megbocsátást eleve kizárja. A végső lépése egy nárcisztikusnak a másik fél leértékelése, elutasítása, annak érdekében, hogy az ő saját gyenge önértékelése ne sérüljön még jobban.

Semmelweis Egyetem, Klinikai Pszichológia Tanszék

Hivatkozás

1. Glen O. Gabbard: *A pszichodinamikus pszichiátria tankönyve.* Léleklben Otthon Kiadó, 2008.



GYÖRFFY ZSUZSA: Orvosnők Magyarországon

Mi az oka annak, hogy annyi fiatal választja ma az orvosi hivatást? Elsősorban a pénz, vagy az embereken való segítség vágya tereli őket a szakma felé? Milyen problémákkal szembesülnek az orvosegyetemi évek alatt, és mi várja őket az egészségügyben? Létezik-e nőies és férfias orvoslás? Hogyan befolyásolják a gyógyítók munkáját és a páciensek helyzetét a napjainkban zajló radikális változások, a legújabb digitális és mobil eszközök, a modern kezelési eljárások? Ma már több orvosnő végez és praktizál Magyarországon, mint férfi orvos – milyen társadalmi következményekkel jár ez, és miként befolyásolja az orvos-beteg kapcsolatot? Törvényszerű-e, hogy kiégjenek az orvosok, és milyen módon lehet küzdeni ellene? Hogyan próbálják összeegyeztetni családi szerepeiket és karrierjüket a hazai orvosnők? Miért vannak speciális helyzetben az orvos-házaspárok? És végül, de nem utolsósorban: mit jelent a „magyarországi orvosnő-paradoxon”?



Az Orvosnők Magyarországon hiánypótló összegzés: három és fél évtizede nem vizsgálták átfogóan a hazai orvosok helyzetét. A kötet alapjául több, már az ezredforduló után készített országos reprezentatív kutatás szolgál, emellett orvostanhallgatókkal és gyakorló orvosokkal felvett interjúk egészítik ki a képet. A gyógyítók testi-lelki egészségének feltérképezése mellett

a könyv részletesen elemzi az orvosnők helyzetét, akiknek a jelentős része „szupernőként” próbál egyszerre a legmagasabb színvonalon helytállni hivatásában és a magánéletében.



PROF. DR. FEJÉR LÁSZLÓ
FILOZÓFIATÖRTÉNÉSZ

A szépség gyógyít

Honnan ered a szépség? Az ideák világából, az isteni eredeten át a körülöttünk lévő materialista világ valódiságáig, s míg gyönyörködünk, érzékszerveinken keresztül visszatükröződik a világ. A szerző, cikkében elvezet minket ahhoz a felfedezéshez, hogy a szépség, és annak megtapasztalása egészségünk része.

Nézzük a festményt, azt mondjuk rá, hogy szép. Ugyanez a helyzet a Hősök terének szobrait szemlélve. Olvassuk a regényt, hallgatjuk József Attila versét Latinovits Zoltán előadásában, szépnek találjuk. A zenehallgatás szintén a szépség élményét nyújtja. Ezeket emberek, művészek alkották, hogy gyönyörködtessenek bennünket, hogy élvezzük a szépséget.

Egy hegyikristály, az alpesi panoráma látványa, a havas hegycsúcsok, az erdei tó tündöklése, a nyugodt vagy háborgó tenger szintén a szépség érzetét nyújtja. Egy állat, egy ló, egy kutya, egy cica ugyancsak szép. Az emberi arc, a kéz, a meztelen test is sokszor tűnik szépnek.

A SZÉPSÉG TÖRTÉNETÉRŐL

Hogyan van ez? Az itt felsorolt, tisztán természeti tárgyak is szépek tudnak lenni, a szépség élvezetét nyújtják.

Az ókorban a görögök kultuszt teremtettek a szépségből. Platón az ideák világából származtatta a szépséget, Arisztotelész az isteni tökéletességgel azonosította.

A görög demokrácia a szépség fénykora is volt. Pheidiasz szobrai mindmáig a szépség csúcspontjai. A görög színház, a theatron – a hely, ahonnan az istenek látszanak – a társadalmi élet egyik középpontjává vált. A görög dráma a szépség élvezetével segített az embereknek életük, koruk megértésében és alakításában.

A középkor szépségideálja a katolikus egyház isteni tökéletességről szóló tanításainak felelt meg. A skolasztikus szemlélet, melyet Aquinói Szent Tamás fejtett ki, szépnek az örök, változatlan istenit tekintette.

Az egész földi életünket rövid, átmeneti, jelentéktelen utazásként fogta fel. Igazi szépség ezen felfogás szerint csak halálunk után, isten közelében létezhet. Ebben a korszakban is születtek időtálló műalkotások, melyek a XXI. század embereit is gyönyörködtetik. Gondoljunk csak a gótikus templomokra, szobrokra, a gregorián zenére.

A reneszánsz az ókor klasszikus művészetét felelevenítve felfedezte a szépséget a természetben, a földi életben, az emberi testben. A festészet, a szobrászat, az építészet, az irodalom és a zeneművészet addig soha nem látott csúcokra jutott Itáliában. Gondoljunk csak Leonardo, Michelangelo, Raffaello műalkotásaira, Dante, Petrarca,

Boccaccio irodalmi műveire és a velencei muzsikára.

Az újkorban, a modern polgári társadalmak felépítésével a művészetek világa kiteljesedett. A képzőművészet, az irodalom, a zeneművészet önálló társadalmi tudatformákká váltak. Fejlődésük saját törvényszerűségeik szerint gyorsult. Megértésükre és történetük feltárására önálló tudományok alakultak – a művészettörténet, az irodalomtudomány, a zenetudomány. A filozófián belül önállósult az esztétika, mint külön tudomány. A filozófusok definiálták a szép fogalmát. Egyesek a gyönyörrel, a gyönyörködtetéssel azonosították, míg Immanuel Kant az érdek nélküli tetszéssel azonosította.

MÉGIS, MI A SZÉP?

Miért is gyönyörködtet bennünket egy darab kézbe vett kő vagy kristály, az Alpok panorámája, a háborgó tenger? Hiszen ezek a természeti tárgyak, jelenségek még semmiféle ember általi átalakításon nem mentek keresztül. Szóval a szépség már ott van eredendően a természetben is?

Igen, de sajátos értelmet nyerve. A természeti tárgy, jelenség a forma és a tartalom egysége.

Nincs üres forma és forma nélküli tartalom. A forma az ember

érezékszerveivel felfogott jelenség, amely a tartalmat, az emberi értelem, gondolkodás számára a lényeg hordozza.

Amikor a kristálydarabot kézbe véve egyszer csak a látványtól megborzongunk, akkor pusztán érzékelés útján,

a fénytörés csodálatos színeiben, káprázatában felsejlik számunkra a lényeg a jelenségben. Nevezetesen az a szabályos, törvényszerű rend, amely a kristályt, a szerkezetét létrehozta és fenntartja. Vagyis tisztán érzékelés útján jutottunk el a lényeghez, fedeztünk fel, értettünk meg valami újat a környezetünkben.

Az alpesi erdők, hegyek látványa, a tenger morajlása, vagy a magyar pusztai téli csendje új felismeréshez, új ismeretekhez vezet bennünket. Kiemel egy kis időre hétköznapi világunkból, kötöttségeinktől felszabadít. Egy kicsit önmagunk és környező világunk fölé



emelkedünk, és ezáltal a szépség tudatosulásával meg is szabadulunk terheink egy részétől. Jobban megértjük önmagunkat és környezetünket. Ezt a folyamatot, élményt jelenti a katarzis, mely mindig erkölcsi megtisztulást eredményez. Magát azt a folyamatot, viszonyt, amely által az ember számára a forma a tartalmat, a jelenség a lényegét tükrözi, esztétikumnak nevezzük. A tükröződés maga a természetben is jelen van. Gondoljunk csak a hegyi tó víztükrén megjelenő hegy-csúcsokra. Az Új-Guineában élő kunyhóépítő, kis madár léte re óriási vesszőkunyhót épít, melynek bejáratába színes virágokat, terméseket, gyümölcsöket és kavicsokat halmoz művészi tökélyvel. A szépség a természeti lények számára a formában, a jelenségben, a színek játékában az ösztönös rendet, lényegét jelenti.

A MŰALKOTÁS SZÜLETÉSE

„Poeta natur” „a művész születik” – mondták a rómaiak. Valóban velünk született különös képességek szükségeltetnek a műalkotások létrehozásához. Képességek, melyek lehetővé teszik olyan érzékelhető formák megalkotását, melyek képesek a művész szándéka szerinti tartalom megjelenítéséhez. Minden művészi tevékenység tanulással, felfedezéssel kezdődik. A művész felfedez, megismer valami újat a környező világában – külső és belső világában – és ehhez

alkotja meg a formavilágát, a maga választotta közvetítő közegben, homogén médiumban.

A festő számára a vászon és a festékek, a szobrász számára a márvány és a bronz, az író számára a szavak jelentik a homogén médiumot. A katarzis a műalkotás folyamatában mindig felfedezéssel, egy új igazság megértésével kezdődik. Az új tudás a művész ihletett lelkiállapotában kikényszeríti a mű megalkotását. Az új igazság érzéki megjelenítését lehetővé tevő harmonikus formákból a művész önmagán és környezetén felülemelkedve valósággal megszüli, kiszervezi magából a művet.

A műalkotás egy önálló világként, birodalomként jelenik meg, melybe pusztán érzékszerveinkkel juthatunk. Tehát koncentrált esztétikum. Vagyis a művész által teremtett formavilág, mely a művész szándéka szerint hordozza a művész által felfedezett új igazságot. A katarzis lényegéből fakadóan az új igazság minden esetben erkölcsi jellegű. A műben a művész szubjektív módon fejezi ki számunkra a jót és persze a rosszat is. Az erkölcsi tartalom, mondanivaló pedig a valóság – külső és belső valóságunk – mindennapi, gyakran tudományos, vagy ezoterikus igazságaiba burkolódik. Az esztétikum a lélek képessége a világ felfogására, megértésére, élvezetére.

Minden művész pályája és művészete tanulással kezdődik. Az istenadta tehetség csak tanulás által bontakozik ki. A művész elsősorban saját művészeti ágával ismerkedik meg. Az addigi történettel, korábbi mesterekkel, műalkotásokkal éppúgy, mint saját kora művészeivel, művészetével. Mozart, a csodagyerek is rengeteg tanulással, gyakorlással, tanítói és a kortárs

művészek kritikájával vált a zene óriásává.

A művészi géniusz nagyon is prózai, mindennapi erőfeszítések által bontakozik ki és szüli a csodát, a műalkotást, a katarzist.

A MŰ ÉLVEZETE A KATARZIS

A művet, a műalkotást érzékszerveink által vehetjük birtokba. Nézzük a festményt, a szobrot, az épületet, olvassuk a regényt, hallgatjuk a zenét. Amikor a regényt olvassuk, már néhány mondat után kezdjük elveszíteni a kapcsolatunkat a hétköznapi valóságunkkal. Egy új, ugyancsak érzékelhető világba érkezünk, amelyben látunk, hallunk, szagolunk, érezzük a finomságok ízét. A műalkotás világában elkezdjük jól érezni magunkat, mert minden ismerős. Környezetünk embertársaira, tárgyaira, állataira ismerünk. Gyakran pedig önmagunkra. Azonosulni tudunk a regény szereplőjével.

A műalkotás felidéz – evokatív – jellegű, mert koncentrált esztétikum. Beleélve magunkat – a hétköznapiság szintjének szorításaitól, visszahúzó erejétől megszabadulva – egy magasabb szintre, a nembeliség, a humánium szintjére emelkedünk. A műélvező katarzisa saját nembeli, emberi lényegével való egyesülése, tudatosulása. Mindez csakis magasabb rendű lelki működésünk, lelkünk szárnyalása által lehetséges.

ERKÖLCSI MEGTISZTULÁS – EGÉSZSÉG

A műalkotás élvezete, a regény olvasása, mint látjuk, katarzishoz vezet. Ugyanis visszatérve a regény birodalmából a hétköznapi valóságunkba, már nem ugyanolyanok vagyunk, mint amikor elkezdtük olvasni a regényt. A regényben valami újat értettünk meg, valami mást fedeztünk fel saját valóságos világunkból. Sokszor pozitív, tudományos vagy ezoterikus ismeretekre is szert teszünk. A történelmi regények történelmi tudatunkat gazdagítják.

A katarzis azonban közvetlenül erkölcsi megtisztulást jelent. Erkölcsi megkönnyebbülést. Világosabbá válik számunkra, hogy mi a jó és mi a rossz. Hogy valóságos világunk szereplőit, társainkat, családtagjainkat hogyan értékelhetjük cselekedeteik, magatartásuk és viselkedésük szerint. Saját magatartásunkat tudatosabbá tehetjük. Szándékunk szerint jobbá válhatunk, kerülhetjük a rosszat.

Az erkölcsi megtisztulás gyakorlati eredménnyel is szolgál. Életünket tudjuk ezáltal pozitív irányba változtatni. Rájövünk, hogy mire vagyunk igazán képesek, és így megvalósítható, adekvát célokat fogalmazhatunk meg. **Céljaink elérése pedig lelki megújuláshoz vezet.** A lelki töltődés erősíti az összhangot saját lényegünkben. A test, a szellem és a lélek magasabb egysége, harmóniája bontakozhat ki. A szépség okozta gyönyör, tehát egészségünk egyik fontos alappillére.



SOMA MAMAGÉSA
ÉLETMÓD-TERAPEUTA

Abúzus, szégyen, rák

Olyan, mintha a rák, mint valami hatalmas mérges pók, elkezdte volna szőni körülöttünk a hálóját. Mi zajlik azokban, akik rákosak, mik lehetnek az okok, a közös jellemzők, az átélések?

Nem vagyok orvos, sem szakember ebben a témában, de mint életvezetési tanácsadó rengeteg testi-lelki problémával küzdő emberrel kerültem kapcsolatba. Kilenc hónapon át vezettem (saját szervezésben karitatíve) egy 28 fős, onkológiai betegséghez köthető női csoportot, ezért elég sok élményre, észre, meglátásra tettem szert.

2014 őszén indítottam el a Női Teljesség Csoportomat, amibe háromféle nő (vagy nőiséghez köthető rákbeteg) jelentkezhetett.

1. Akik most rákosak.
2. Akik ebből meggyógyultak, avagy tünetmentesek.
3. Akik attól félnek, hogy rákosak lesznek, mert valamely közeli hozzátartozójuk ebben a betegségben halt meg.

Mielőtt belemennék a személyes tapasztalatok részletezésébe, le kell hogy írjam egy általános tapasztalásomat.

Eset

Az elmúlt hét év alatt közel 1400 nővel dolgoztam kurzusaimon, nyári táboraimban, méhtisztító szertartásaimon. Majd minden alkalommal megkérdeztem őket, hányat abuzáltak, erőszakoltak, molesztáltak. Szinte mindig a csoport egyharmada jelentkezett.

Tudom, ez nem reprezentatív felmérés (még az is lehet, hogy én vonzom a bántalmazott nőket – engem is abuzáltak), de több helyen olvastam hasonló adatokról (pl. a Nők Joga internetes oldalon).

És tegyük hozzá, hogy ez a statisztika mára sokkal jobb, mint őseink idejében. Ráadásul egy bántalmazott nő ma több helyre is fordulhat segítségért. Nagyanyáink idejében csak a rendőrségen tehetett panaszt, ahol ezzel nem foglalkoztak. Sőt még a kialakult hitrendszerek is támogatták ezt a borzalmat. Ismerjük a mondást: „Pénz számmolva, asszony verve jó.” Na de kinek jó ez?!

BENNÜNK ÉL NAGYMAMÁNK SORSA?

És ha már behoztam a nagymamákat, elengedhetetlennek tartom, hogy korunk egyik legnevesebb gyógyítójának, Bert Hellingernek (a családállítás módszere megalkotójának) a tapasztalatairól ne szóljak. Hellinger több tízezer családállítás után azt szűrte le, hogy a nagyszülők traumái jellemzőbben az unokák életében hagynak nyomot, kulminálódnak tovább. Ő ezt hívta „dupla eltolódásnak.” Több mint száz családállítást láttam – lenyűgöz-

zőnek tartom a módszert – és bizony számomra is egyértelművé, láthatóvá vált Hellinger megállapítása.

Dr. Skinner, a Washington State University sejtbiológusa, állatkísérleteire és tapasztalataira hivatkozva azt állítja, hogy a nagyszülők, sőt dédszülők élettapasztalatai változásokat okoztak petesejtjeikben és spermiumaikban, melyeket így adtak tovább gyermekeiknek, unokáiknak, dédunokáiknak. (Ezt nevezik transzgenerációs epigenetikus öröklésnek.) És bár semmilyen statisztikát nem ismerek arra vonatkozóan, hogy milyen összefüggés van a bántalmazás, abúzus, és a rák között, de azt el kell hogy mondjam, hogy a csoportomból két asszony is meghalt. Az egyiket a férje verte, alázta huszonéven át, a másiknál ugyanez történt az anyai nagymama szintjén. Nyilván ilyenkor felmerül a gondolat, hogy kiből válik áldozat (ezzel foglalkozik a viktimológia), de az is, hogy úgy a bántalmazás, mint a rák (akár egymástól függetlenül is), hogyan ölthet ilyen méreteket?

(A női onkológiai megbetegedésekről itt olvastam bővebben: http://www.medicalonline.hu/rakregiszter/cikk/a_nogyogyaszati_onkologiai_betegek_ellatasarol)

Tudom, hogy tudományos háttér nélkül nem kompetensek a meglátásaim, de engem (aki igenis tudom, hogy nemcsak a női lelkek kutatója, ismerője, de szeretője is vagyok) jelenleg semmi nem tud eltéríteni az álláspontomtól.

TAPASZTALATOM

A nőiségükben sérült, alacsony önértékeléssel rendelkező nők jellemzően több nőgyógyászati problémával (akár onkológiaival is) küzdenek, mint a nőiségüket harmonikusan megélik.

Eset

A Női Teljesség Csoportomból távozott nők egyikét különösen jól ismertem. Hat éven át járt hozzám különféle kurzusaimra, és úgy éreztem, amit akkor tudtam, megtettem érte. Erősen megérintett a halála, hónapokon át gondolkodtam rajta, mit adhattam volna még neki, illetve miért halt meg ilyen fiatalon (54 éves volt).

Mígnem a sokéves információból összeállt a kép (legalábbis az én szubjektív, róla alkotott képem). Halálának egyik fő oka az volt, hogy nem volt képes megbocsátani saját magának, amiért huszoneven át élt a testileg-lelkileg bántalmazó férjével.

A tudattalanba lenyomott haragok, szégyenek, büntudatok hosszú távon nyomot hagynak a testben és a lélekben egyaránt.

Erről mi sokszor beszélgettünk, de csak halála után láttam, éreztem meg, hogy ez milyen mélyen benne maradt. Nem tudta – vagy talán nem is akarta – szóval **nem volt képes ezt kidolgozni magából.** Nem tudta

megbocsátani a saját gyengeségét, hogy a fiatal éveiben nem kiteljesedett, hanem megalázott nő volt, és hogy a gyerekeinek is ezt a példát adta tovább.

Mondhatnánk, hogy ez csak egy történet, de azért emeltem ki, és tartom különösen tanulságosnak, mert jó néhány bölcsletben megtalálható a tisztulás hét szintje. A legalacsonyabb szinten van a test megtisztítása, a legmagasabb szinten pedig az, hogy saját magunknak képesek legyünk megbocsátani.

A SZÉGYEN OLYAN, MINT A SAVÓ

Szinte minden csoportomban – a Női Teljesség Csoportban kiemelten – fontosnak tartom a szégyennel való belső munkát. (Idekapcsolódóan ajánlom Dr. D. R. Hawkins: Erő kontra erő című könyvét. Ő is – mint sok-sok pszichológus – a szégyent tartja a legnegatívabb, leginkább lehúzó érzelemnek.) A szégyen megállás nélkül mar belülről, mindaddig, amíg az ember meg nem látja, fel nem oldja, ki nem szabadítja magát. Ezt mindenkinek ajánlom! Ha nem megy egyedül, hát segítséggel. (Mint mindenben, igazából ebben is olyan ember kompetens segíteni, aki a saját szégyeneit feloldotta, kidolgozta magát.)

Eset

Ebben a bizonyos Női Teljesség Csoportomban a következő találkozás előtt egy hónap-pal feladtam házi feladatnak, hogy a résztvevők írják össze a szégyeneiket. Főképp a legerősebbeket vegyék elő, amiket talán még senkinek, vagy csak 1-2 embernek mertek elmondani. Alljanak el a saját útjukból, és emeljék föl a szégyeneiket saját magukhoz. Emeljék a sötétből a fényre, a ki nem mondottból a kimondottba, felvállaltba.

„Amikor a szégyeneiket kellett összeírni, még csak házi feladatnak emlékezni, már akkor az felkavart. És ahogy elkezdtem emlékezni, egyre több jött. Mintha visszamentem volna egy időutazásba. És közben láttalak benneteket lányok, és erősített, hogy ti is ezen dolgoztok, gondolkodtok, és tudtam, hogy majd ha együtt leszünk, egyikünk a másikat fogja bátorítani. Írás után már nyugodtabb lettem. Természetesebb lett a történet bennem, kevésbé zaklató. Amikor pedig elővet-tük a foglalkozáson? A sötétben tájékozódás utáni kimondásokkal ez tovább oldódott. Könnyebb, felszabadultabb lettem.”

„Ezúttal is nagy élmény volt. Rájöttem, hogy az önszeretemben még nagyon sokat kell fejlődnöm, s hogy túl szigorú vagyok magammal. Arra is rájöttem, hogy még mindig kínoznak a múlt sebei, hiába igyekszem tudatosítani magamban, hogy az már nincs, elmúlt... És közben azt is éreztem, hogy ahogy kimondom a szégyeneimet, elkezdenek elolvadni. El is mosolyodtam, mert hirtelen beugrott különféle vámpírok képe, akik ahogy nap éri őket, elpusztulnak. Körbenéztem, és éreztem a rengeteg szeretetet, ami tőletek érkezett. Olyasmi békés, boldog érzés volt, mint mikor elcsitul minden hajnalban, épp mielőtt cicseregni kezdenének a madarak. Ezúttal nagyon határozottan sikerült látnom magam egészségesen és boldogan. Épp úgy, ahogy többször leírtátok. Köszönöm Nektek!”

„Miközben írtam össze a szégyeneimet, arra is rájöttem, hogy talán ezek megléte miatt is, egy csomó mindent nem engedtem meg magamnak, hogy túl sokszor akartam másoknak megfelelni, és ez elindított bennem egy változást. Minden szinten (fizikai, érzelmi, szellemi) egyre több új dolog felé fogok nyitni, új örömeim, merészebb gyönyörök felé. Az, hogy elkezdem a saját életemet élni, gyógyítani fog.”

Elmondhatatlanul gyönyörű folyamatok indultak meg! (Persze én élen járok a példával, a legdurvább sztorimat veszem elő.) Most, hogy a cikk írása kapcsán megkerestem a nőtársaim

visszajelzéseit, idézek tőlük.

Mindezt javaslom beteg és egészséges embertársaimnak egyaránt. De ehhez be kell gyűjteni az erőt, hiszen a saját félelmeinkkel, szégyeneinkkel, árnyék-énünkkel való (erről már korábban írtam) szembenézéshez is erő, energia kell. Meg kell találnunk ehhez a megfelelő pillanatot, rá kell hangolódni erre. Így akár még egy szertartás, rituálé is lehet belőle, amikről pedig tudjuk, hogy minden korban és kultúrában igen nagy jelentőséget tulajdonítottak nekik. Hogy miért? Mert segített elengedni, és lezárni egy korábbi korszakot.



DR. HEGEDŰS KATALIN PHD
EGYETEMI DOCENS, SE

Bemutatózó – SE

Kopp Mária nyomában a Magatartástudományi Intézetben

Dr. Kopp Mária professzor asszony 23 éve, 1993-ban hozta létre a Magatartástudományi Intézetet a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karán.

Kopp Mária így írt egy visszaemlékezésében a motivációjáról: „Amikor négy évtizeddel ezelőtt az orvosi egyetemre jelentkeztem, az emberi jelenlét, annak gazdagsága, sokszínűsége érdekelt, és úgy gondoltam, hogy sehol máshol nem ismerhetem meg jobban, mint orvosként. Nagy élmény volt számomra az anatómia, az élettan, a biokémia, a gyógyszerészet logikus rendszereinek megértése, azonban súlyos hiányérzetem támadt, hiszen arról, hogy az embernek személyisége, pszichéje, tudata van, gyakorlatilag semmit nem tanultunk akkoriban. Már hallgatóként elhatároztam, hogy mindent megteszek azért, hogy ezt az egyoldalú, szakbarbár szemléletet megváltoztathassuk, és az orvoslás művészetét, az emberi személyiség újra súlyának megfelelő helyet kapjon az orvostudományban.” [1]



Kopp Mária (1942–2012)

A professzor asszony számos fiatal tehetséget hívott az új intézetbe és fáradhatatlan munkával, lelkesedéssel valósította meg az intézet hármass küldetését:

- valódi tudományos iskolát,
- oktatóközpontot és
- pszichoszomatikus szakrendelőt teremtett munkatársaival.

Meg kellett küzdenie a sokszor konzervatív egyetemi szemlélettel, amely csak a szomatikus orvoslást tekintette fontosnak, hasznosnak – de a szemlélet lassan megváltozott és a példáját követte a három másik orvosi egyetem is.

Az intézet egyik fő sajátossága az interdiszciplinaritás: a kollégák között ugyanúgy megtalálhatók pszichiáterek,

pszichológusok, mint jogászok, szociológusok, filozófusok vagy kulturális antropológusok. Ez a sokszínűség nagyszerű szellemi műhelyt teremtett, amely elsősorban a Kopp Mária által elindított Hungarostudy vizsgálatok köré szerveződött. A Hungarostudy vizsgálatok 1988 óta hét- illetve háromévente (1995, 2002, 2005/2006, 2013) adtak számot a magyar népesség egészségi állapotának alakulásáról, lehetővé téve a népegészségügyi szempontból legjelentősebb egészségproblémák és okaik bemutatását. Az eredményekből három tanulmánykötet is született. [2] Jelenleg az **alvász- és évszavarak** kutatása a fő profil, ez utóbbit Túry Ferenc professzor, a jelenlegi igazgató vezeti. Emellett – többek között – tanatólogiai, munkahelyi stresszt kutató és a stresszkezelés különböző módszereivel, valamint a gyógyítók egészségével foglalkozó kutatócsoportok is működnek az intézetben.

Kar	Hallgatói létszám	Külföldiek száma	Külföldiek aránya a karon (kerekítve)
Általános Orvostudományi Kar	4 536	2199	48,5%
Fogorvostudományi Kar	879	410	46,6%
Gyógyszerésztudományi Kar	850	152	17,9%
Egészségtudományi Kar	3 649	464	12,7%
Egészségügyi Közzolgálati Kar	551	17	3,0%
Doktori Iskola	433	14	3,2%
Összesen	10 898	3256	29,9%

Hallgatói létszámok a Semmelweis Egyetemen, 2015
Forrás: Semmelweis Egyetem

A nyugati világban is modernnek számít a **magatartástudományi koncepció**. A különböző karokon tanuló hallgatók gyakorlatilag az egész képzésük során találkoznak magatartástudományi tárgyakkal: szinte már attól a naptól kezdve, hogy belépnek az egyetem kapuján, egészen addig, amíg a klinikai tevékenységük válik meghatározóvá. Ehhez érdemes áttekinteni, hány hallgatóról is van szó a Semmelweis Egyetemen (fontos tudni, hogy a magyar mellett angol és német nyelven is folyik magatartástudományi képzés) (l. táblázat).

KÖTELEZŐ TÁRGYAK

Az intézetben oktatott első tárgy az **orvosi kommunikáció**, amelynek segítségével a medikusok megismerkednek az orvos és a beteg közötti kapcsolat főbb elméleti kérdéseivel. Mivel terepgyakorlatot is folytatnak: megfigyelik a különböző kommunikációs helyzeteket a szakrendeléseken, a háziorvosi rendelőben vagy a kórházi osztályokon, ezért a gyakorlatba is betekintést nyernek már akkor, amikor még nincsenek klinikai tárgyaik. Érdekes módszer többek között az ún. oktató betegek bevonása: kiképzett „páciensek” játsszák el pl. a szívinfarktuson átesett vagy a szexuális problémával küzdő beteg kommunikációját a szituációs gyakorlatok során.

Az **orvosi szociológia**, az **orvosi pszichológia** és az **orvosi (bio-) etika** is kötelező tárgyak a legtöbb karon és egymásra épülnek. A cél valamilyen egységes magatartástudományi (bio-pszicho-szociális) szemlélet kialakítása a kurrikulumban előre haladó hallgatókban. Az utolsó kötelező tárgy a **pszichoterápia az orvosi gyakorlatban** (közösen a Pszichiátriai Klinikával), amely a negyedéves orvostanhallgatók számára összegzi az előző években tanultakat. Mindegyik kurzus esetközpontú, hiszen az oktatók klinikai gyakorlattal rendelkező szakemberek. Rendszeresen alkalmazunk szerepjátékokat, csoportmunkát, filmelemzést is az oktatás során.

SZABADON VÁLASZTHATÓ TÉMÁK

Nagyon sikeresek a szabadon választható kurzusaink is. Néhány népszerű téma a 22-ből: a pszichoszomatika elmélete és gyakorlata; a tanulás művészete; éghajlatváltozás és egészség; halál, kultúra, művészet; antropológia; HuMánia pályaszocializációs műhely (ezt kiképzett hallgatók vezetik szupervízióval); istenhit és orvostudomány; közösségi média az orvoslásban; tanatólogiai ismeretek – haldoklás és gyász kérdései az orvosi gyakorlatban; vis maior a betegágynál; gyógyszerészeti kommunikáció. Azok az orvosok, szakpszichológusok vagy gyógyszerészek, akik még nem tanulták ezeket a tárgyakat vagy jobban elmélyülnének benne, a témába vágó CME kurzusokból válogathatnak [3].

KÖTELEZŐ TOVÁBBKÉPZÉSEK

2013 óta minden rezidens számára kötelező továbbképzésként szerepel az orvosi kommunikáció, pályaszocializáció, stresszkezelés (40 óra) és az akut és krónikus fájdalomcsillapítás, palliatív terápia (40 óra), amelynek előadói elsősorban intézetünk közül kerülnek ki.

EGYÉB TEVÉKENYSÉGEK

A kutatás és oktatás mellett az intézethez Pszichoszomatikus Szakrendelő is tartozik (dr. Purebl György vezetésével), amelynek profilja:

- Evés- és testképzavarok: anorexia, bulimia, falászavar stb. Olyan evés- és testképzavaros betegek kezelését vállalja a szakrendelő, akik nem szorulnak kórházi kezelésre, vagyis testsúlyuk nem csökken egy kritikus érték alá, és nem áll fenn esetükben az önsértő magatartás kockázata.
- Egyes speciális alvászavarok: alvajárás és furcsa éjszakai viselkedések, rémálomzavarok, valamint olyan álmatlanság (inszomnia) és a napszaki ritmus zavarai, amelyek nem más betegség tüneteiként jelennek meg [4]. Feltétlenül meg kell említenünk az intézet diáktanácsadó- és egészségfejlesztési tevékenységét is. A diáktanácsadó 3 nyelven áll rendelkezésre a hallgatók számára, akik pl. tanulási nehézségekkel, stressz és szorongás kezelésének nehézségeivel, kapcsolati és/vagy párkapcsolati illetve különböző veszteségekből adódó problémákkal vagy más, élethelyzetből adódó krízisekkel fordulhatnak a kollégákhoz. Az egészségfejlesztés területén a Magatartástudományi Intézet legfontosabb programjai, amelyek a médiában is elég nagy visszhangot kapnak:
- az OSPI program (Optimalizált öngyilkosság-megelőzési intervenció),
- a népesedési kerekasztal és a „Három királyfi, három királylány” mozgalom,
- a Williams Életkészségek magatartás-orvoslási modell-program,
- a munkahelyi stresszcsökkentő, egészségfejlesztő programok.

Volt kollégánk, Buda Béla szavaival összegezzük az intézet bemutatását: *„kívánom, hogy Kopp Mária nagyszerű víziója és életprogramja fejlődjön tovább. Az intézet ne csak az orvosegyetem megújulásának egyik tényezője, hanem – ahogyan elkezdte – az egész nemzet lelki egészségét, a »magyar lelkiállapotot« is előnyére változtassa meg”*. [5]

Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet oktatási igazgatóhelyettes



Hivatkozások

1. A Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének 10 éve. Semmelweis Egyetem, 2003. 5.
2. Kopp M., Kovács M. E. szerk.: *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006. 551.
3. Kopp M. szerk.: *Magyar Lelekiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008. utánnymás 2009. 621.
4. Susánszky É., Szántó Zs. szerk.: *Magyar lelkiállapot 2013*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2013. 268.
5. <http://magtud.semmelweis.hu/okt/pontszerz-kepzesek>
6. <http://magtud.semmelweis.hu/gyogyitas-10/szakrendel>
7. A Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének 10 éve. Semmelweis Egyetem, 2003. 12.



DR. ZSISKA BEÁTA

REUMATOLÓGUS, HOLISZTIKUS ORVOS

Neki is fáj, nekem is fáj?

A tükörneuronok miatt mi is érezzük azt, amit a pácienseink?

A szakmánk során bármennyire is próbálunk objektívek maradni, az agyunkban levő tükörneuronok miatt saját élményként élhetjük meg nap mint nap azt, ami a pácienseinkkel történik vagy amit velük teszünk.

Az egyetlen ok, amiért „mintha” marad az érzés és nem tekintjük saját élménynek, az bőrünk receptorainak visszajelzése. Azaz az érintést és a fájdalmat érző receptoraink biztosítanak arról, hogy ez mégsem velünk történik. De tudunk-e így megfigyelők maradni, ha idegsejtjeinken keresztül kapcsolódunk, sőt érezzük azt, amit a másik érez?

NEM IS OLYAN RÉGEN...

A tükörneuronok felfedezésére véletlenül került sor a 1990-es években majmokon végzett motoros funkciók vizsgálata során.

Eset

A makákók kéz- és szájmozgatásáért felelős idegsejtjeit neurofiziológusok vizsgálták úgy, hogy a majmok agykérgébe elektródákat vezettek, miközben az állatoknak tárgyakat kellett megfogni és azokkal műveleteket végrehajtani. Több cselekvést vezérlő idegsejtet kötöttek össze mérőműszerekkel anélkül, hogy az idegsejteket megzavarták volna, így pontosan meg lehetett állapítani, hogy az egyes neuronok mikor tüzelnek.

Ezzel a módszerrel a kutatócsoportnak sikerült az egyes cselekvést vezérlő idegsejteket azonosítani és konkrét cselekvéshez társítani. Egy-egy ilyen idegsejt csupán akkor – és csak akkor – tüzel, amikor az állat egy bizonyos cselekvést végzett. Ilyen volt az a mozdulat például, amikor a majom egy tálcán lévő mogyoróért nyúlt. Ha az állat csak ránézett a mogyoróra, vagy ha csak úgy valami után nyúlt – tehát nem a mogyoróért – akkor a sejt teljesen inaktív maradt. Továbbá észrevették azt is, hogy a neuron aktivitást mutatott akkor is, amikor a majom csak megfigyelte, hogy valaki felveszi az ételt.

MI EBBEN A SZENZÁCIÓ?

Az, hogy a más által kivitelezett cselekvés megfigyelése a megfigyelőben is hasonló programot aktivál, és a gyakorlatba tudná ültetni az adott cselekvést.

Tükörneuronoknak

neveztek el azokat az idegsejteket, amelyek a saját testünkben kivitelezni tudnak egy meghatározott cselekvésprogramot, és amelyek akkor is aktiválódnak, amikor csak megfigyeljük, vagy valami más módon átéljük azt, ahogy egy másik ember azt a cselekvést végrehajtja. Ezek a tükörneuronok azonban nem csak a megfigyelésünkön reagálnak. Christian Keysers és kollégái bizonyították, hogy a tükörneuronrendszer egyes cselekvések hangjára is aktiválódik. Az embereknek elegendő meghallaniuk, hogy valaki egy cselekvésről beszél, és máris aktiválódnak a tükörneuronjaik.

Önkéntelenül eltorzul a legtöbb ember arca, ha egy hozzájuk közel álló ember egy fájdalmas orvosi beavatkozásról, például körömtávoltításról beszél.

Nemcsak elképzeljük, hanem részben át is éljük a másik ember fájdalmát.

Az emberi agyban eleinte csak közvetett módon állt rendelkezésre bizonyíték a tükörneuronrendszerről. Majd 2010-ben 21 terápiarezisztens, epilepsiában szenvedő beteg agyában végeztek egyedi idegsejtre vonatkozó méréseket és igazoltak tükörneuron tulajdonságokkal rendelkező sejteket.

Majd kutatók egymástól függetlenül felvetették, hogy a tükörneuronrendszer szerepet játszhat az empátia kialakulásában is. Az elvégzett vizsgálatok végül bizonyították, hogy bizonyos agyterületek jelentős aktivitást mutatnak akkor is, ha valaki érzelmeiket él át (pl. undor, öröm, fájdalom) és akkor is, ha csak más személyen látják ezeket az érzelmeiket. Tehát **kétfajta tükörneuronrendszer** létezik.

- Az egyik a mozgás utánzását, tanulását, a célok megértését segíti.
- A másik az érzelmeik átélését, vagyis az empátia képességét adja meg.

Ezek alapján tehát nem csak elképzeljük a másik örömet vagy fájdalmát, hanem az agyunkban lévő idegsejtjeinken keresztül részben át is éljük azt.

AMI KINT, AZ BENT?

Miért fontos ez az információ nekünk gyógyítóknak, akik sok esetben a fájdalommal és annak különböző arcaival találkozunk minden nap? Ha azt gondoljuk, hogy

- a fehér köpeny és a gyógyítói tudat véd minket,
- mi a másik oldalon állunk,
- a dolgok nem velünk történnek,
- csak a testtel foglalkozunk és mással nem,

mindez elég a védelmünkben, akkor nem látunk valamit, ami ott lehet a fejünkben és a lelkünkben. Ezek ismeretében elgondolkodtató, hogy az öngyilkosság valószínűségét növelő faktorok között szerepel az orvosi és fogorvosi hivatás.

Eset

Egy, az 1980-as évek közepén az Egyesült Államokban született tanulmány szerint „*az Egyesült Államokban évente annyi orvos dobja el magától az életet, amennyi megfelel egy orvosi egyetem teljes végzős évfolyamlétszámának*”. 2012-ben egy kutatás során több mint 25 ezer sebésznek küldtek szét kérdőívet a munkájukra, életmódjukra és közérzetükre vonatkozóan. A 7197 válaszadó 15%-a jelzett alkoholproblémákat.

Korábbi tanulmányok szerint az általános népesség körében ez az arány 9%. A tanulmány nem vizsgálta, hogy a sebészek körében miért gyakoribb a jelenség. A férfi sebészek 13,9%-ánál, a nőknél viszont 25,6% esetében észleltek alkoholproblémákat a kutatók, de az eltérésre nem tudtak pontos magyarázatot adni. A válasz talán itt lehet: tükrörneuronok esetében a vizsgálatok azt is nézték, hogy valóban létezik-e a nemek közötti eltérés az empátiát illetően.

Eset

Yawei Cheng által elvégzett vizsgálat kimutatta, hogy a nők neuronjai az adott feladatokban aktívabban működtek, így létezik nemi különbség a tükrörneuron-rendszerben.

NEKÜNK IS FÁJ...

Az orvoslásban a tükrözés és a ráhangolódás a gyógyítás egyik leghatásosabb eszköze, a pszichoterápiában pedig a terápiás folyamat lényeges alapja. Így az agyunknak nincs könnyű dolga, ha szét akarja választani az ént a másik ember képétől. Ezért lehetséges, hogy ilyen érzelmileg terhelt környezetben tévesen ítéljük meg a saját érzéseinket. Hány kollégát ismerünk, akinek betegségét későn diagnosztizálták?

Eset

1988-ban hazánkban egy tanulmány azt találta, hogy az elhunyt orvosnők 37,7%-a még nyugdíjaskora előtt halálozott el, illetve, hogy az orvosnők születéskor várható élettartama mindösszesen 68 év volt – csaknem hat évvel elmaradva a hazai női átlagéletkortől.

A „fájdalmaikat magukban csillapítani próbáló” gyógyszerfüggő orvosok gyakran testi betegséggel, munkastresszel, túlmunkával vagy családi problémákkal indokolják függőségük kialakulását. Kézénfekvőnek tűnik a könnyű hozzáféréssel magyarázni a visszaélést, de a fogorvosok és a gyógyszerészek körében végzett vizsgálatok ezt megcáfolni látszanak.

Az „emberekkel foglalkozó szakmák” magukban hordozzák a kiegészítő szindróma veszélyét, azt az állapotot, amikor az egyébként motivált, érzelmgazdag személyiség telítődik azokkal a problémákkal, amelyekkel naponta találkozik.

A lelki-fizikai megterhelések, és a velük való megküzdés hiánya elvezethet a pszichoszomatikus tünetek megjelenéséhez, alvászavarokhoz, krónikus fáradtságérzéshez, kóros mértékű koffein-, nikotin-, alkohol- és gyógyszer-

függőséghez, szorongáshoz, depresszióhoz, teljesítménycsökkenéshez, valamint szakmai és önértékelési problémákhoz. Stressz és szorongás hatására azonban erőteljesen csökken a tükrörneuronok által kibocsátott jelek aránya, ilyenkor nagyon **nehézzé válik az együttérzés, az egymásra hangolódás**. Ha pedig erre nem vagyunk tudatosak, akkor ezt visszük haza a családnak.

GYÓGYÍTÁS EGY ÚJ DIMENZIÓBAN

Kellő tudatossággal, önismerettel és belátással a kiégés nem egy kötelező jelenség. Tudásunkat nemcsak betegeink, hanem önmagunk számára is felhasználva és adaptálva, lehetőség van egy új gyógyítói hozzáállás kialakítására. Ebben nagy segítségünkre lehet Bálint Mihály magyar származású orvos és pszichoanalitikus múlt században kidolgozott módszere. Ő úgy véli, **fontos időt szánni a betegre**.

Alapelve szerint nem a betegséget, hanem a beteget kell gyógyítani, melyhez legfőbb gyógyszer maga az orvos. Úgy gondolta, hogy nagyon sok múlik a beteg és a gyógyító közötti kommunikáción. Amíg az egyik iatrogén (orvosi képzésből eredő) diagnózist fogalmaz meg, addig a másik autogén (önmagából eredő) állapotot jelenít meg, így **a kommunikáció két különböző szinten megy**. Elméletébe beleveszi a Ferenczi Sándor által leírt kommunikációs zavart, a gyermek és a felnőttek között, melyet a beteg és a doktorok közötti nyelvhasználatbeli különbségekhez hasonlít. Ez részben a szociális különbségekből, részben az orvosi szaknyelvből is eredhet. Ha mi képesek vagyunk a páciens szintjén beszélni, akkor képes kialakulni egy bizalmi légkör, amit Bálint „*kölcsönös befeketései társaságnak*” nevezett, hiszen ez egy olyan befeketés, mellyel mindkét fél jól jár. Ha munkánk folyamán pácienseinknél nemcsak a fizikális problémákat kezeljük, hanem időt teremtünk arra, hogy oldjuk a panaszok hátterében felmerülő belső feszültségeket is, az esetünkben is egy pozitívabb emocionális állapothoz vezet, azaz mind a ketten valami jobbat látunk, ha belenézünk a tükrünkbe. Ez a típusú gyógyítás viszont már egy kölcsönösségen alapuló kapcsolatot feltételez, ahol mindenkinek megvan a maga felelőssége mellett a saját szabadsága is.

„*Én én vagyok magamnak,
S neked én te vagyok.
S te én vagy magadnak.
Két külön hatalom.
S ketten mi vagyunk.
De csak ha vállalom.*”

Radnóti Miklós

A betegre szánt több idő, számunkra is időt jelent.



DR. VALLÓ ÁGNES

BELGYÓGYÁSZ, EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ MENTÁLHIGIÉNIKUS

Allergia, az immunrendszer fóbiája



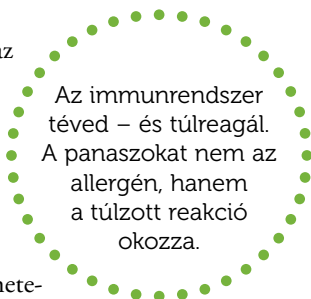
Az allergia azt jelenti, hogy az immunrendszer túl erősen reagál egy – voltaképpen ártalmatlan – külső hatásra. Olyan ez, akár a fóbia. Aki fóbiásan irtózik, fél például a póktól, annak aránytalanul hevesek a reakciói, ha megpillant vagy akár csak elképzeli egy pókot. Pánikba esik, remegni, verejtékezni kezd, szíve vadul kalapál, sőt el is ájulhat. A logikus gondolkodás nem segít, hiába tudja, hogy a legrosszabb, ami történhet, egy kellemetlen, viszkető csípés. Vagyis a reakció jóval súlyosabb, veszélyesebb, mint az, ami kiváltotta.

Ugyanez a helyzet az allergiánál. A kiváltó anyag, az allergén voltaképpen teljesen veszélytelen, ártalmatlan virágpór, fű, macskaszőr, vagy házi por. Ezek az anyagok – még a legveszélyesebb parlagfűvet is beleértve – az égvilágon semmilyen problémát nem okoznak azoknak, akik nem allergiások rájuk. Az allergiás betegek immunrendszere mégis veszélyesnek minősíti őket.

A „tévedés” a sejtbiokémia szintjén ott történik, hogy az allergén ellen az immunsejtek egy különleges, IgE típusú ellenanyagot termelnek. Az IgE azután hízósejtekhez kötődik, amelyekből hisztamin szabadul fel. Ez a hisztamin felelős azután az allergia tünete-ért. A hisztamin tágítja az ereket, fokozza vízáteresztő képességüket, szűkíti a hörgőket. Az allergiás reakció fajtája attól függ, hogy a hisztaminfelszabadulás hol történik:

- a bőrben csalánkiütést,
- az orr nyálkahártyáján szénanáthát,
- az alsóbb légutakban asztmát okoz.

Ha az allergén – pl. injekcióban beadott gyógyszer, vagy méhméreg – közvetlenül a vérkeringésbe jut, és itt szabadul fel nagy mennyiségű hisztamin, akkor akár életveszélyes anafilaxiás reakció (vényomásesés, sokk, a vérkeringés összeomlása) lehet a következmény.



Látjuk tehát, hogy az immunrendszer túlzott reakciója az enyhe kellemetlenségtől, mint amilyen néhány viszkető kiütés vagy tüsszögés, a súlyos asztmás rohamon át, egészen az életveszélyes anafilaxiás sokkig igen sokféle tünetet okozhat.

Az allergiás betegségek a fokozódó környezetszennyezés, az egyre több szintetikus termék – gyógyszerek, vegyszerek, kozmetikumok, tartósítószeres stb. – használata következtében mind gyakoribbá válnak. Ezen túlmenően paradox módon a túlzott tisztaság, fertőtlenítés („még a perem alatt is!”), higiénia is kedvez az allergiának.

Eset

David P. Strachan angol gyermekgyógyász 1989-ben írta le a higiéniaelméletét. E szerint a nagyobb családban, falusi környezetben, állatok között, vagy bölcsődében nevelkedő gyerekek, akik nap mint nap találkoznak kórokozókka, felnőttkorukban jóval ritkábban lesznek allergiások.

Egyre több bizonyíték, adat szól amellett, hogy az allergiás reakciókban szerepet játszanak a lelki tényezők, valamint a stressz is.

Eset

Amint a repülőgép-fóbiás heves szorongást élhet át akkor is, ha a repülőt fényképen vagy filmen látja, ugyanúgy előfordult, hogy egy beteg, aki allergiás volt a róza illóolajára, asztmás rohamot kapott egy mürözsától.

Láttuk, hogy az allergiás embernél az egyébként helyénvaló, életfontos elhárítás mértéktelenné, túlzottá válik. Ismét a háborús hasonlatot használva, az allergiás állig felfegyverkezik, s ellenségképét egyre nagyobb területekre terjeszti ki. Egyre több anyagot tart ellenségesnek, s egyre erősebb fegyvereket vet be, hogy legyőzze őket.

- Elképzelhető, hogy az allergia az **elfojtott agresszivitás** jele, amit az ember nem mer megélni, kifejezni, sőt olyan mélyen elrejtí magában, hogy nem is tud róla. Ezért kénytelen testi tünetekben kifejeződni.
- Másrésztől lehet az allergia a fel nem ismert, **elfojtott szorongás** kifejezője is. Ha egyetlen anyagról van szó, akkor gyakran megtalálható a beteg élettörténetében egy olyan rég elfelejtett epizód, amikor az allergén valamilyen ijesztő, félelmetes helyzethez kötődött, és ezáltal valamilyen jelentést kapott. Ez minden betegnél más és más, egyéni, és gyakran csak módosult tudatállapotban férhető hozzá. Mégis összefoglalhatunk néhány jellemző, általánosnak tekinthető vonást.

A **macskaszórhöz** a simogatást, érintést, becézgetést, intimitást asszociálhatjuk. Macskaszőr-allergiásoknál gyakran ez a terület az a lélekben, ami szorongásokkal terhelt. Ugyanezt a területet szimbolizálja a virágpör, ami a termékenység, a megtermékenyítés jelképe. A **házipor-allergiában** nemegyszer a tisztátalantól, piszkostól, mocsokostól való félelem nyilvánul meg. Gyakran az allergén eredeti jelentése már elmosódott, sőt el is tűnt, az immunrendszerben a hibás kapcsolat mégis megmaradt.

ALLERGIÁS CSALÁNKIÜTÉS

Túlérzékenységet szinte minden okozhat. A bőrön csalánkiütéses formájában jelentkező allergia oka rendszerint valamilyen élelmiszer vagy gyógyszer. Az allergiás csalánkiütés lelki oka ritkán, és igen nehezen deríthető ki. Az érdekesség kedvéért álljon itt Pálma esete.

Eset

Pálma (36 éves) a megbecsült, jó nevű adótanácsadó egykori kedvencére, a csokoládéfagyaltra volt allergiás. Az allergia első alkalommal egy külföldi nyaralás alkalmával jelentkezett. Férjével ültek a tengerparti kávéházban – évek óta először voltak kettesben, olyan volt, mint egy második nászút – és nagyon jól érezték magukat. Még meg sem ette Pálma a fagyalgot, amikor keze, arca viszketni kezdett, és percek múlva hatalmas, összefolyó csalánkiütések jelentkeztek. Azt hitték, talán az étteremben, a tányéron vagy a poháron lehetett valami szennyeződés, vagy fertőtlenítőszer-maradvány, s az okozta a tüneteket. De attól kezdve ahányszor Pálma csokoládéfagyalgot

evett, a kiütések azonnal jelentkeztek. Módosult tudatállapotban a következők derültek ki: az utazás előtt pár hónappal történt. Pálma, aki kötetlen munkaidőben dolgozott, egy hétköznap délelőtt egy belvárosi kávéház félhomályos bokszában ült egyik ügyfelével és csokoládéfagyalgot evett. (Pálma jó házasságban élt, két gyönyörű gyermeket neveltek jogász férjével. Mindketten sokat dolgoztak, nagyon elfoglaltak voltak.) Pálma néha megengedett magának egy-egy ártatlan flörtöt. Néhány randevú egy eldugott kávéházi sarokban, csokoládéfagyalgot mellett néhány bók, kacér tekintet, de semmi több. Ez a férfi azonban más volt. Jóképű, izgalmas, titokzatos. Pálma egészen felvillanyozódott a közelében. Már legalább ötödször találkoztak, pedig Pálma általában nem engedett meg magának többet 2-3 randevúnál. És a beszélgetés kezdett veszélyes vizekre evezni. Egyre nehezebben verte vissza a férfi ostromait. Úgy érezte, ellenállása gyengül, nem fog tudni nemet mondani. Ebben a pillanatban lépett be a kávéházba a férje egy ügyfelével. Pálmának az utolsó pillanatban sikerült a mosdóba menekülnie. Majdnem egy órát gubbasztott a mellékhelyiségben. Ki-kikukkantott, hogy vajon ott vannak-e még. Ezalatt bőven volt ideje gondolkodni. Szereti a férjét, nem akarja elveszíteni, mi értelme van játszani a tűzzel, feldúlni a család nyugalalmát? Eldöntötte: ha ezt megússza, szakít a férjével, és soha többé semmi flört. Itt határozta el azt is, hogy a nyáron legalább egy hetet kettesben akar tölteni a férjével, egy második nászutat akar, hogy újra közel kerüljenek egymáshoz.

Pálmát az allergia a fogadalmára emlékeztette. A csokoládéfagyalgot, mely szorosán összekapcsolódott a flörtök emlékével, „tiltott gyümölcs” vált, s vele együtt mindaz, ami veszélyeztette Pálma házasságát. Az allergiások nagy része nem egyetlen anyagra, hanem nagyon sokra, idővel egyre többfelé reagál eltúlzott módon. Az ilyen ember a test nyelvén tulajdonképpen azt mondja: „*A világ veszélyes, nem védekezhetem elég erősen ellene.*” Csodálkozhatunk-e az egyre terjedő bűnözés, terrorizmus árnyékában, egyre keményebb, agresszívabb világunkban az allergiák szaporodásán?

valloa@gmail.com
www.valloagnes.hu



DR. LEOVICS ZSUZSANNA PHD

DOCENS, KLINIKAI DIETETIKUS, KAPOSVÁRI EGYETEM

Éjszakai evés szindróma

Egy tanulmány azt mutatta ki, hogy a tartós éjszakai táplálkozás és a cirkadián ritmus megzavarása megváltoztatja az anyagcserét, csökkenti az alapanyagcserét, növeli a vér glükózsintjét, és ezáltal az elhízás és a cukorbetegség kockázatát is. Ráadásul a pszichoszociális stressz és a mozgásszegény életmód is hozzájárul az anyagcsere megzavarásához.

A New York-i belgyógyász-pszichiáter, Albert J. Stunkard és szerzőtársai a *The American Journal of Medicine* oldalain 1955-ben említette először az éjszakai evés szindrómát (night-eating syndrome, NES) [1]. Szintén Stunkard volt az, aki az elhízottak körében két szindrómát különböztetett meg: a falási szindrómát (akkor eating binge, ma binge eating disorder, BED) és a már említett éjszakai evés szindrómát [2, 3]. Ekkor 1959-et írtak, azonban közel öt évet kellett várni az újabb, erről a szindrómáról szóló tanulmányra [4]. Ezt követően felgyorsultak a témába vágó kutatások. Az evészavarok spektruma folyamatosan változik, és ma már több mint kétszáz közleményből tájékozódhatunk az éjszakai evés szindrómáról.

TÜNETEK

Az éjszakai evés szindrómában szenvedő betegekre jellemző

- az étvágy reggeli és nappali hiánya,
- insomniá (pszichológiai módszerrel diagnosztizált, kóros álmatlanság),
- a nagy mennyiségű esti ételfogyasztás,
- az éjszakai ébredések, amely során a beteg táplálékot vesz magához.

A tünetek különösen a súlynövekedés időszakában és stresszhelyzetek következtében felélénkülnek [5]. A jelenség hátterében pszichoszociális és érzelmi tényezők egyaránt állnak: az éjszakai evés szindróma a **stresszre adott abnormális reakció lehet**. Az éjszakai evés szindróma az étkezési zavar és az alvászavar közötti határterület. Jellemzően fiatal, túlsúlyos nőknél jelentkezik a betegség, de nem csak elhízottak körében fordul elő. Éjszakai evés szindrómában szenvedőkre gyakorlatilag mindig a **szénhidrátok fogyasztása jellemző**, ami miatt az veszélyessé válik. A test egyik nagyon fontos hormonja a növekedési hormon (GH, ITH, szomatotropin), ami

felelős a testi növekedésért (a csontvégek porcos részeire hat), továbbá az enzimek, hormonok és immunsejtek termelésében katalizátor szerepe van, tehát az ember minden életműködéséhez nélkülözhetetlen. Csak az éjszaka első felében, az első két alvásciklus (kb. 2 x 1,5 óra) mélyalvás stádiumában termelődik, azonban kizárólag akkor, ha nincs inzulin a vérben.

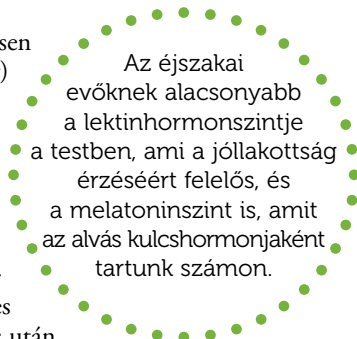
A ROSSZ SZOKÁSOK ÖRDÖGI KÖRE, AMI BETEGSÉGÉ FAJUL!

Főként szénhidrát-tartalmú, különösen egyszerűszénhidrát-tartalmú (cukor) táplálék esti fogyasztását követően nem fog termelődni növekedési hormon a szervezetben, és ezáltal beindul egy olyan ördögi kör, ami egyre súlyosabb egészségkárosodáshoz vezethet.

Eset

A beteg egyre többször ébred fel, olyankor éhes (lesz), enni fog, az evés után jóleső fáradtság lesz úrrá rajta és elalszik. Kb. másfél óra múlva ismét felébred és kezdődik „minden” előlről. Reggel fáradtan ébred, ami nem csoda, hiszen több megszakítással, tele gyomorral nem lehet az alvás pihentető. Ezt tetézi az elfogyasztott kalóriák okán kialakuló lelkiismeret-furdalás, ezért a nap első felében alig eszik, aminek „kötelező” következménye a késő délutáni olyan szintű éhség, hogy szinte ráveti magát a főként szénhidrát-tartalmú élelmiszerre, ételre, amit bár gyorsan lebont a szervezet, azonban rövid idő múlva ismét megéhezik. Kezdődik az ördögi kör előlről.

Kezdetben rossz szokásokon alapulnak a törvényszerű élettani folyamatok, azonban **kialakul a betegség**, tehát nem akaratgyengeségről van szó. A következményekkel nem számoló magatartás lehetővé teszi egy alattomosan kialakuló, egyre nagyobb mértékű hormonzavar megjelenését. Az anyagcsere-folyamatok eredményeként össze-



tett, hormonális adatokkal jól azonosítható, viselkedési tünetekkel járó betegség hatalmasodik el: az éjszakai evés szindróma.

ÁRTATLANUL KEZDŐDIK...

Csak pár „ártatlan” falat az egész napos stressz után.

→ Az eszegetés egyre gyakrabban fordul elő.

→ A lejtőn nehéz megállni.

CUKORBETEGSÉG ESETÉN

Cukorbetegéknél ez a szindróma a cukorháztartás zavarához, hosszú távon pedig elhízáshoz és szövődmények kialakulásához vezethet. Összesen 714, 1-es (IDDM) és 2-es típusú (NIDDM) cukorbetegségben szenvedő személyt vizsgáltak, melynek során felmérték, mekkora arányban vannak azok, akik a napi energiabevitelük (kcal) 25%-át vacsoraidő után fogyasztják el [6].

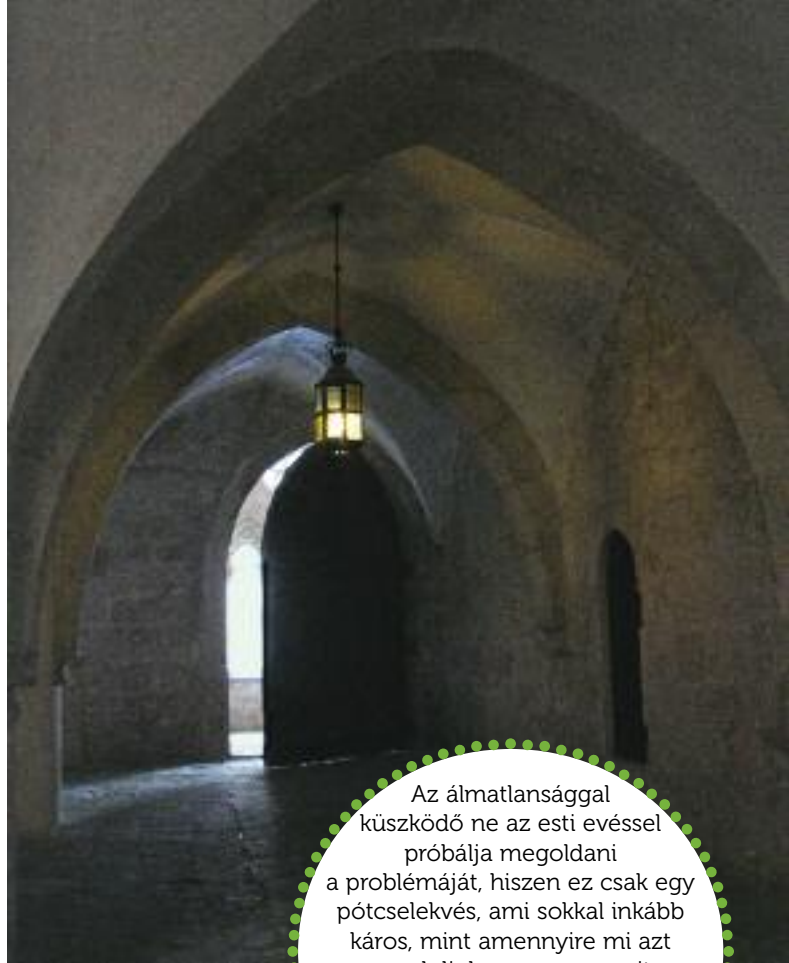
Emellett felmérték a major depresszió, a gyermekkori élmények és a bizonytalan kötődési sémák arányát, és azokat az érzelmi tényezőket is, amelyek evést váltanak ki. Megvizsgálták, hogy az éjjel is evő betegeknek milyen mértékű a pszichoszociális stressz, a HbA1C, az elhízás és az ezekhez társuló, különböző szövődmények aránya.

A HbA1C VAGY GLIKOHEMOGLOBIN

A vörösvértestekben található és a vért vörösfestő hemoglobin egy formája, melyben a hemoglobinhoz glükóz kötődik. Minél magasabb a vércukorszint, annál több hemoglobin alegység köt cukrot. A HbA1C segítségével megállapítható, hogy milyen volt az átlagos vércukorszint a vizsgálatot megelőző három hónapban.

Kutatási eredmények

A betegek 9,7%-a számolt be éjszakai táplálékfogyasztásról: ők kevésbé tartották a cukorbetegség miatt előírt diétájukat, kevesebbet mozogtak (sportoltak), és kevésbé szorosan követték a vércukorszintjüket is, emellett nagyobb arányban fordult elő náluk depresszió, gyermekkori trauma, bizonytalan kötődés. Harag, szomorúság, egyedüllét, aggodalom vagy más érzelmi feszültség esetén gyakrabban ettek. Ebben a csoportban nagyobb volt az obesitas (kockázati arány: 2,6; $p < 0,05$), a 7% feletti HbA1C (kockázati arány: 2,2; $p < 0,05$), és a ketonél több diabéteses szövődmény (kockázati arány: 2,6; $p < 0,05$) előfordulási aránya. A vizsgálat során figyelembe vették a korból, nemből és a major depresszió előfordulásából adódó különbségeket. A szerzők szerint az



Az álmatlansággal küszködő ne az esti evéssel próbálja megoldani a problémáját, hiszen ez csak egy pótcselekvés, ami sokkal inkább káros, mint amennyire mi azt gondoljuk vagy amennyit napjainkban – egyelőre – tudunk róla. Baj, ha nem vesszük komolyan a problémát, mert súlyos betegséggé válhat.

éjszakai táplálkozás a cukorbetegéknél a szövődmények gyakoriságának növekedéséhez vezet [7]. Viselkedési tényezők minél pontosabb feltérképezése fog a jövőben segíteni az éjszakai evés szindróma diagnosztikus kritériumainak meghatározásához.

Kaposvári Egyetem

Hivatkozások

1. Stunkard, A. J. – Grace, W. J. – Wolff, H. G.: The night-eating syndrome: A pattern of food intake among certain obese patients. *The American Journal of Medicine*, 1955. 19(1): 78–86.
2. Stunkard, A. J.: Eating patterns and obesity. *Psychiatric Quarterly*, 1959. 33(2): 284–295.
3. Szumska I. – Dudás K.: Falászavar. In: Túry F. – Pászthy B. (szerk.): *Evészavarok és testképzavarok*. Budapest, Pro Die, 2008. 41–52.
4. Bigsby, F. L. – Muniz, C.: Control of appetite in the night eating syndrome. Successful use of an active amphetamine compound after 4:00 p.m. *Medical Times*, 1963. 91: 795–801.
5. Túry F. – Joó M. N.: Az elhízás pszichoterápiája. *Obesitologia Hungarica*, 2004. (Suppl. 4): 72–88.
6. Morse, S. A. – Ciechanowski, P. S. – Katon, W. J. – Hirsch, I. B.: Isn't this just bedtime snacking? The potential adverse effects of night-eating symptoms on treatment adherence and outcomes in patients with diabetes. *Diabetes Care*, 2006. 29(8): 1800–1804.
7. Allison, K. C. – Engel, S. G. – Crosby, R. D. – de Zwaan, M. – O'Reardon, J. P. – Wonderlich, S. A. – Mitchell, J. E. – West, D. S. – Wadden, T. A. – Stunkard, A. J.: Evaluation of diagnostic criteria for night eating syndrome using item response theory analysis. *Eating Behaviors*, 2008. 9(4): 398–407.



SZALAI TAMÁS DÖMÖTÖR

PSZICHOLOGUS, CSALÁDTERAPEUTA, TANÁRSEGÉD, SE

Testképzavarok

A pozitív testkép az én-erő és a biztos önértékelés fontos alkotóeleme. Ha a testünk élménye negatív, testünkkel vagy annak egyes jellemzőivel elégedetlenek vagyunk, az negatívan hat önértékelésünkre, életminőségünkre és jó eséllyel kapcsolatainkra is.

A testkép testünk összetett belső leképződése, amely személyes és társas tapasztalatok során fejlődik ki. Izgalmas módon nemcsak testünkről alkotott képeket, hanem testérzeteket, élményeket is magában rejt. Meghatározza saját testünk észlelését, kapcsolódó gondolatainkat, érzéseinket, sőt viselkedésünket.

HOGYAN HAT A TESTKÉPÜNK A KAPCSOLATAINKRA?

A fiatal nők számára a testtel való elégedettség önértékelésük legfőbb talapzata. A nők számára ezt elsősorban hasukkal, combjaikkal, csípőjükkel, alakjukkal, bőrükkel, vagy az arcformájukkal való elégedettség határozza meg. A férfiak gyakran magasságuk, izomzatuk, testszórzetük, hajhullásuk vagy péniszméretük miatt aggódnak. A kapcsolatokra ez az általános önértékelésen, a saját test felvállalásán, és az ezeken alapuló kivetítéseken, játszmákon keresztül is hathat.

A magas önértékelésű személyek kompetensebbnek érzik magukat kapcsolataikban, és úgy vélik, társuk elkötelezett, jól elfogadja őket. Ezért jobban bevonódnak a kapcsolatba, kevesebbet aggódnak az elutasítás miatt, így boldogabbak.

Aki bizonytalan önértékelésű, általában többet bizonytalanodik, hogy párja elfogadja-e, vonzódik-e hozzá, így ritkábban oszt meg intim élményeket, a közelséget és a visszacsatolást inkább provokálja, mint megelőlegezi. Ezért általában boldogtalanabb kapcsolatban él.

A testkép, és a testi jellemzők elfogadása ezért mélyebben befolyásolja a kapcsolatot, és sokszor meghatározza a szexualitást. Az, hogy mennyire véljük magunkat vonzónak, meghatározza, mennyire projektáljuk, hogy párunk szexuálisan kívánni fog minket. Így akik szégyenkeznek, utálkoznak testük jellemzői, vagy saját kritikus testi hozzáállásuk miatt, párkapcsolatukban is többet aggódnak, kételkednek. Gyakran azt hiszik, szexuálisan visszautasítják majd őket, ezért a visszautasítás fájdalmának elkerülésére, kisebb valószínűséggel kezdeményeznek, nehezen bo-csátkoznak szexuális viszonyba. Tehát inkább görcsös rizikószabályozási, mint proaktív vagy spontán reagálási stratégiát folytatnak. Talán alkalmazkodásból is alacsonyabb szexuális vágyról, és ritkább közösülésről, alacsonyabb élményszintről számolnak be. Úgy tűnik, a saját szexuális vonzerőre tett becslés párunk kapcsolati elégedettségét is befolyásolja. Valószínűleg azért is, mert a saját magunkkal kapcsolatos bizonytalanságot párunk a benne és a kapcsolatban való bizonytalanságnak érezheti.

Így a kezdeményezés és a szexualitás a másik vonzódásának ellenére is széttöredezhet saját elégedetlenségünk, gyakran túl szenzitív, negatív szűrővel torzított önitéleteink miatt.

HOGYAN LEHET FELISMERNI A TESTKÉPZAVART?

A negatív testkép, amely többeknél egész életük során fennáll, nem azonos a testképzavarral, amely a testélmény összetett zavara. A testképzavar jellemzői:

- saját test torzult észlelése, a testsúly, testalak vagy egyes testrészek irreális percepciója, míg mások testének megítélése ép,
- negatív testkép és testélmény,
- saját testtel kapcsolatos szégyen, undor, harag, és testi megjelenés miatti szorongás,
- saját testre irányultság,
- perfekcionista testideál,
- karcsúságideál és súlyfóbia (kivéve izomdiszmorfiában),
- testalak, testtömeg, testméret, izomzat, egyes testrészek vagy más külső jellemzők megváltoztatásának vágya.

AZ EVÉS- ÉS TESTKÉPZAVAROK ÖSSZEFÜGGÉSEI

Sajnos az evés- és testképzavarokat gyakran összemosják, valójában azonban részben összefüggő, részben elkülönülő zavarok. A negatív testkép, és a testtel való elégedetlenség hozzájárul a klasszikus evészavarok, az anorexia és a bulimia kialakulásához és fennmaradásához. Ennek alapja, hogyha a testélmény zavart, az evés változtatása kulcsot jelenthet a testképhez. Így az evészavarokban tapasztalható extrém diétázás és gyakran teljesen leszűkített, minimális étrend, az anorexiások koplalása és a bulimiások önhánytatása, hashajtózása, a karcsúságideál szolgálatában állva voltaképpen testképzavaruk által hajtott. Természetesen mindkét nemet érintheti a testképzavar. Férfiaknál gyakoribb az izomdiszmorfia, gyakori megfogalmazással „inverz anorexia” – az izomzat méretével való túlzott/kényszeres foglalkozás és az izomtömeg növelésének intenzív vágya. Ennek jelei:

- testképzavar: az érintettek erős izomzatuk ellenére soványnak érzik magukat,
- soványságfóbia: félnek az izomzat leépülésétől, a súlyvesztéstől,
- kényszeres testépítés: rengeteg időt töltenek edzéssel, szoronganak vagy dühösek, ha nem edzhetnek, az edzés euforizál, utána átmenetileg megkönnyebbülnek,

- a testtömegnövelés érdekében speciális étrendet és anabolikus szteroidokat használnak,
- önértékelésük rossz, szociális és intim kapcsolataik sérülnek.

Az izomdisztrófiások esetében tehát a speciális étrend, a táplálékkiegészítők, a szteroidok abúzusos használata és a testedzésfűgőség a testizomzat növelését célozva szintén a torzult észlelt testélmény által üzött. Több evészavarban és zavart evési magatartásban azonban nincs kifejezett testképzavar, vagy csak enyhe mértékben. Ilyen például a falásrohamzavar vagy az érzelmi evés – amikor az evést használjuk ürességünk, unalmunk, szorongásunk, magányunk téves megküzdési módjaként –, amelyekben inkább a testi jellemzők iránti érzékenység és a falás utáni hízástól való félelem lehet jellemző. Illetve a testképzavarhoz sem feltétlenül kell evészavarnak kapcsolódnia, például a testdiszmorfia esetében, mikor az illető egyes testi jellemzőit torznak, elfogadhatatlannak észleli. Az evés- és testképzavarok elkülönítése mellett terápiás szempontból meghatározó, hogy az érintett milyen mértékű betegségbelátással rendelkezik.

AZ EVÉS- ÉS TESTKÉPZAVAROK FELISMERÉSE

Az evés- és testképzavarok felismeréséhez alapvető lehet klienseink testükkel kapcsolatos élményeire, a szégyen, a rejtőzködés jeleire nyitottan folytatni a kivizsgálásokat.

••• Pl.

Komoly jelzés lehet, ha a kliens konkrétan, nyíltan említi a testével való elégedetlenségét. Ilyenkor feltétlenül kérdezzük ki a testképzavar egyéb tüneteit. •••

Nagyon fontos továbbá evési magatartását (pl. anorexiás mértékű diéta, falás, purgálás, edzést támogató étrend), hangulatát (pl. depresszió, szorongásos tünetek) explorálni, mivel ezek igen gyakran kapcsolódnak a testképzavarokhoz. Ebben segítségünkre van a DSM-V és a BNO-10 vonatkozó fejezetei mellett több kérdőív is:

- Evési Zavar Kérdőív (EDI) – karcsúság iránti készletesség, bulimia és a testtel való elégedettség skálái.
- Evészavartünetek Súlyossági Skálája (EBSS) – falásrohamok, diétázás, purgáló tünetek felmérése.
- Háromfaktoros Evési Kérdőív – Érzelmi Evés Skála.
- Testi Attitűdök Tesztje (BAT) – a testméret negatív megítélése, a saját testtel kapcsolatos idegenkedést és a testtel való általános elégedetlenséget méri.

Zavar neve	Evészavar van?	Testképzavar van?	Betegségbelátás
Anorexia nervosa	igen	igen	nincs
Bulimia nervosa	igen	igen	nincs/részleges/jó
Falászavar	igen	nincs/résztünetek	van
Elkerülő táplálék-beviteli zavar	igen	nincs	nincs/nincs adat
Érzelmi evés	zavart evés: nem diagnosztizálható	nincs	jó/részleges
Testdiszmorfia	nincs	igen	jó/részleges/nincs
Izomdiszmorfia	igen: szteroid-abúzus	igen	jó/részleges/nincs

A TESTKÉPZAVAROK KEZELÉSE

A szűk értelemben vett testképzavar, tehát a test irreális észlelése, illetve olyan tünetei esetén, mint a testtel kapcsolatos negatív attitűd, elégedetlenség, testérzetekre és társas visszacsatolásokra való szenzitivitás – a motiváció, a szenvedésnyomás, és a testi veszélyeztető állapot alapján – specifikus pszichoterápia ajánlott. Pszichodinamikus aspektusból a korai kapcsolatok alapvetőek az énkép és a testkép kialakulásában, a nem megfelelő szülői tükrözés közrejátszhat a „hibás testélmény” kialakulásában. Sok kapcsolódó pszichoszomatikus zavarban meghatározó erejű a hangulatok és testérzetek elkülönítése. Ezért a klienseket fontos megtanítani saját testérzeteik felismerésére, azok szavakba öntésére, és a test, testélmény biztos tárgykapcsolatokban való megtapasztalására. A kezelőorvos, pszichológus empátiája, megtartása, elfogadása alapvető, korrekív értékű lehet a kliensnek. A testképzavarok kognitív viselkedésterápiás kezelése szakember által vezetett, de már az önértékelés szintjén megkezdődhet. Ennek fontos része lehet az önbecsmérlő gondolatok beszüntetése és korrigálása, új tapasztalatok gyűjtése, valamint önértékelő olvasmányok feldolgozása. Az evés- és testképzavarokban egyaránt irreálisan alacsony az önértékelés, és erre adott válaszként a mindent átható teljesítménykényszer, perfekcionizmus, amely a testtel kapcsolatos extrém kritikusságban és irreális elvárásokban is testet ölt. Ezért központi jelentőségű:

- az önértékelés javítása
- az én-nel és a testtel kapcsolatos alapattitűd, illetve a napi ítéletek megkülönböztetése,
- mivel az intenzív érzelmek és azok alacsony toleranciája provokálhatja a tüneteket, kiemelten fontos az érzelmszabályozási készség javítása,
- el kell különíteni a „testi-lelki összélénytől” a negatív hangulatot, és tolerálni azt, mielőtt annak savas erejével kritikus testi önvizsgálat kezdődik,
- a klienseknek ezért át kell gondolniuk a testképüket befolyásoló napi tapasztalatokat,
- erről testképnaplót kell vezetniük a konkrét helyzet, viselkedés, érzések és gondolatok megnevezésével,
- feladatuk a testükkel kapcsolatos negatív automatikus gondolatok, negatív önértékelő sémák, kognitív torzítások felismerése, amelyeket realitásabb, önfogadó minőségűvé kell alakítani,

- feljegyezhetik érzelmeik és testérzeteik összefüggéseit,
- ehhez kapcsolhatnak relaxációs gyakorlatokat, amelyekben a testük ellazítását és a testükkel megélt egységet, komfortérzetet alakítanak ki,
- gyakorolhatják a pozitív belső beszédet külső és belső tulajdonságaikról, és alkalmazhatók a testértékelést javító apró rituálék, jutalmak,
- fontos a pozitív testérzetekkel kapcsolatos aktivitások keresése – beleértve a kellemes, társas helyzeteket, pozitív kapcsolati élményeket, és a szabad interakcióban megélt természetes viszonyt saját testükkel.

•••

Semmelweis Egyetem
Magatartástudományi Intézet



KERESZTES ATTILA

EGYESÍTŐ PSZICHOLÓGIA

Új pszichológiai megközelítés

Pánik, stressz, depresszió? Gyors áttörés a keleti pszichológia segítségével.

A nyugati pszichológia többféle módon közelíti meg a valóságot, melyek sokszor egymással is vitatkoznak. Nincs egységes kép, lásd pszichológiai iskolák.

Rengeteg egymásnak ellentmondó tézis létezik és sokszor az az érzésünk – nagy tisztelet a kivételnek –, mintha „uborkák elemeznének uborkákat”. Fontos, hogy a fától észrevegyük az erdőt és ne szubjektív alapokra helyezzük a hangsúlyt azzal, hogy csólátásként csakis egy elméleten, szemléleten keresztül vizsgáljuk a valóságot. Goethe mondásával ékeskedve, *„aki egy nyelvet ismer, az egyet sem ismer”*.

A pszichológia 100–200 éves tudomány, a keleti pszichológia legalább 6000 éves. Nem véletlen, hogy sokszor implementálnak különféle elemeket a nyugati medicinába (lásd, pl. autogén tréning, egyéb relaxációk, légzésterápia stb.). Vegyük példának testünk ellazításának negyedórás „hadműveletét”, mely többek között a sportolók körében jellemző. Ilyenkor hanyatt fekve (jógában savászana) lazul el a test fokról fokra. Valójában a jógi alkalmazzák jóga alvásként. Összesen napi 2-3 órát tartózkodnak ebben a delta tudatállapotban mindenféle álmodás nélkül, amikor jónak látják, és így nincs szükségük alváásra. Ez jellemezte Gandhi életvitelét is.

MÁS MEGKÖZELÍTÉS, GYORSABB EREDMÉNY

Ha a múlt analízise helyett a keleti pszichológia megközelítéseiből indulunk ki, akkor hatékonyan tudjuk kezelni a pánikot, stresszt, vagy éppen a depressziót. Sőt, minden pszichológiai probléma megoldásában jó alapot szolgál ez a fajta **gyakorlati megközelítés, mely a fa gyökerét célozza meg és nem a különféle falevelekkel bibelődik**. A pánik a tehetetlenség, halál, illetve megsemmisülés félelméből ered. És persze a halálfélelemtől származik minden félelem. Sokszor egyfajta szorongásnak minősül mindez, mert a félelemnek nincsen tárgya. Tehát nem tudjuk, mitől fél pontosan a páciens, és a generalizált szorongás is felmerül ebben az esetben. Ám, ha nem abból indulunk ki, hogy a diszfunkcionális elmeműködéssel kell foglalkoznunk, vagy tüneti és oki kezelést kell tartanunk, akkor hamar fellélegezhet a páciens. Sőt, megcímkezés helyett nincs szükség arra sem, hogy diagnózist alkossunk, hanem oktatás segítségével egy újfajta hatásmechanizmus mentén gyakorlati elemeket

A valóságról alkotott kép, vagy a valóság a fontos?

taníthatunk meg a páciensnek. Így hasonlóan a humanisztikus pszichológiához, új szavak használatára lesz szükségünk, hogy ne a terápia látszatát keltsük, hiszen valójában oktatásról van szó.

Melyben a **páciens a betegségtudat helyett egy izgalmas utazáson vesz részt**. Nem a kóros dolgokat vizsgáljuk, hanem felfelé haladunk a „tudat fejlődése” tekintetében. Ne a régi sémákat erősítsük meg a páciensben. Így inkább ezeket a kifejezéseket használjuk a továbbiakban:

- oktatás,
- ügyfél,
- mentor,
- konzultáció.

Ebben a konzultációban nincs lenézés és természetes módon, negatív mellékhatások nélkül oldódnak fel a lelki problémák. Sőt, mentorként mi is sokat tanulunk általa, ahogyan bennünk is felmerülnek érzések, gondolatok, melyeket kezelni kell.

→Első lépésben egy stabil pontot kell felfedeznie – és nem pedig felépítenie – az ügyfélnek. Ám ez esetben nem személyiségfejlesztés révén építjük fel hosszú évekig ezt a képet, „imázst”, hanem éppen ellenkezőleg; az ügyfél önmagáról alkotott hamis képét – amely megkérdőjelezésre kerül – lefosztjuk. Nem igaz

az, hogy ez óriási veszélyekkel járhat, ugyanis ez a fajta stabil pont nem vész el és akár pár perc alatt újra felfedezhető. Ezután kell némi idő, amíg a régi sémák kikopnak és állandósul ennek a stabil pontnak a megtalálása.

Nyilván ezt a megközelítést néhány kontraindikáció kísérheti, de hallottam olyan skizoid személyiség szerveződésű ügyfélről, aki 1-2 évet töltött keleten egy ashramban és tünetmentesen jött haza. Pedig skizoid személyiségzavarral tilos a meditációs praxis kialakítása a klinikum szerint.

→A stabil pont felfedezésében segítségünkre van az objektív önmegfigyelés. Ezt ugyanis az ügyfél, ha időszükében van, akkor is tudja gyakorolni és általa azonnali felismerései lesznek. Így nem kell ezt újabb konzultáció alkalmával átbeszélni, kielemezni, ráadá-

A keleti pszichológia azt vallja, hogy ha megtanuljuk az elménket kezelni, akkor boldogok leszünk, ellenkező esetben pedig boldogtalanok.



sul a gondolatok, érzések, hangulatok megfigyelésével a vegetatív idegrendszer is megpihen, mely nyugalmat biztosít a számára. Szinte bárhol, bármikor tudja gyakorolni az ügyfél ezt a technikát. Ez egyfajta koncentráció, amely idővel erőlködés nélküli önmegfigyeléssé válik. Nem kell attól félnünk, hogy egyfajta „szizoid attitűdöt” eredményez.

- Emellett dinamikus meditációk segítségével aktív spontán mozgással kioldható a testi feszültség, amit néhány frissítő-lazító masszázs is kiegészíthet. Ezáltal nem jelentkeznek a pszichoszomatikus megbetegedés jelei. A különféle hiedelmek, elképzelések, melyeken megragad az ügyfél figyelmé és magnifikál, maguktól szűnnek meg. Ráadásul ezt teljes mértékben tudatosítja is önma számára. Miután ezen a folyamaton átmegy, lelkiileg megerősödik és egész életében tudni fogja kezelni saját érzelmeit, gondolatait, hangulatait és függőség sem alakul ki közte és a mentora között. Ráadásul saját gyenge pontjait is megismeri.

- A siker záloga a napi minimálisan eltöltött 30–60 perces meditációs praxis és a hetente, vagy kéthetente történő találkozás a mentorával. Ezt követheti az önkutatás, ahol a felesleges énkép maradványai lefoszlanak a különféle felismerések segítségével, melyet a mentor vezet.

Természetesen mindenki csak saját maga tudja megváltoztatni az életét!

- Ezenkívül néhány életmódbeli oktatással egészíthetjük ki a munkát. 2-3 hónap alatt az ügyfél azt éli meg, hogy már első alkalommal kapott módszert a kezébe és megérti, hogy miért alakul ki a lelki probléma. Ugyanis a legtöbb ügyfélnek az a problémája, hogy sok esetben csak hónapok, vagy évek múlva kap módszereket, vagy választ kérdéseire. A keleti pszichológiával ez azonnal megtörténik, így szép lassan kialakul a stabil pont az életében. Megszűnnek a tünetek, amik valójában egy sajátos projekciónak, racionalizációnak tudhatók be, melyek elhárító mechanizmusként funkcionálnak. Az ügyfél tudni fogja, hogy a pszichológiai problémát az okozza, hogy a tudatában felmerülő napi több tízezer gondolat közül egy-kettőt megragad a figyelmével, mely ezáltal automatikusan

magnifikálódik. Így alakul ki a generalizált szorongás is. Valójában **nem a gondolat impressziójának van nagy ereje, hanem a figyelemnek**, mely felnagyítja azt és további asszociációval megerősíti ezt a folyamatot. Ha megpróbálja elfojtani, akkor még erősebb lesz, ha tovább gondolja, akkor is fennmarad egy darabig a gondolkodás folyamata, mely bármikor kiválthatja a pánikot. Ha azonban objektíven hagyja megjelenni, ha megjelenik magától és aztán hagyja továbbmenni, akkor nem lesz ereje az adott gondolati impresszióknak.

- Keleten közkedvelt megoldás még a légzés megfigyelése, lelassítása, elmélyítése. Így tárgyat adunk a figyelemnek, mely ezáltal nehezebben tud azonosulni az adott negatív gondolattal. Az elme és a légzés működése ugyanis összefügg. Ezért is szoktuk mondani, amikor valami szépet vagy csúnyát látunk, hogy elakad a lélegzetünk. Továbbá a lélegzetünket könnyebb megváltoztatnunk, mint a gondolatunkat. **Ha a légzés megváltozik, akkor az elme tudatállapota is, és fordítva.**

- A mentornak megfelelő önismerettel kell rendelkeznie és folyamatosan ebben a tudatállapotban kell lennie, melyet ő maga is tanít, különben nincs megfelelő minta és az egész folyamat sikertelen lesz. Fontos, hogy megfelelő alázattal és nyitottsággal kutassuk a keleti megközelítéseket, hiszen példának okáért a buddhizmusban is sok racionális megközelítést találunk, ahol felosztják az elmét négy részre és így tárgyalják a különféle hatásmechanizmusokat. Itt ugyanúgy megtalálható pl. a tudattalan (csitta), mely Freud óriási felfedezése volt száz évvel ezelőtt. Valójában a buddhizmus a reinkarnáció irracionális miatt lett vallás (sokan persze nem tartják annak) és nem pedig pszichológiai iskola, mely nagyon racionálisan tárgyalja a tudatot, a vágyak és gondolatok stb. összefüggéseit.

Jómagam 2000 óta foglalkozom a keleti pszichológia és gyógyászat kutatásával és eddig 45 online, illetve offline kiadványban publikáltam. Újfajta megközelítésről kívántam beszámolni ebben a cikkben, gyakorlati módszereket ismertetve, mely forradalmi áttörést eredményezhet pl. a pánik, depresszió, stressz esetén.

<http://www.keresztesattila.hu/>

Tárgyat adunk a figyelemnek, mely ezáltal nehezebben tud azonosulni az adott negatív gondolattal.

Nem azt vizsgáljuk, hogy ki és miért oltotta, oltja le a villanyt, hanem felkapcsoljuk a villanykapcsolót.



SOMORJAI NOÉMI

INFORMATIKUS KÖNYVTÁROS

SE MAGATARTÁSTUDOMÁNYI INTÉZET KÖNYVTÁR

Figyelni kell rájuk!

A szexuális kisebbségekhez tartozó fiatalok nemi nevelése

Ezek a programok csak ott fognak befogadókra találni, ahol a felnőtt társadalom megérti és elfogadja, hogy a Meleg-Hetero Szövetség az iskolákban nem eredményez több meleg fiatalot, hanem csak önelfogadást, realisabb önértékelést és jobb készségeket az integrált énkép kifejlesztésére a meleg és leszbikusok számára [1].

BEVEZETÉS, TÖRTÉNETI ELŐZMÉNYEK

A heteroszexuális többségtől eltérő emberek kálváriája nagyjából 800 évvel ezelőtt kezdődött, mint arra John Boswell történész *Same-Sex Unions in Pre-Modern Europe* című feltáró munkájában rámutatott. Az 1200-as évek folyamán az addig virágzó melegkultúra hanyatlásnak indult, majd a XX. század derekán, a II. világháború után a holokauszt később elhallgatott áldozatává vált a meleg kisebbség [5].

Ferenc pápa beiktatása után védelmébe vette a homoszexuálisokat. *„Ha egy ember jó szándékú, Istent keresi és homoszexuális, akkor ki vagyok én, hogy megítéljem őt?”* Szintén egyházi területen indított kezdeményezésről számol be a *Süddeutsche Zeitung* 2011-ből. 143 német,

osztrák és svájci katolikus teológus tett közzé proklamációt a meleg egyházon belüli kirekesztése ellen [6]. A memorandumot minden harmadik teológus aláírta, erre 2011 előtt két évtizedig nem volt példa. A tudományos irodalomban is egyre több szakfolyóirat szentel önálló tematikus számot, közleményeket a meleg egészségügyi ellátásának, kirekesztésük csökkentésének előmozdítására. A Hastings Center Report című jeles bioetika orgánus *The Time Is Now: Bioethics and LGBT Issues* c. bevezető cikkében a szerkesztők nem titkolt szándéka bátorítani bioetikus kollégáikat, hogy az LMBT személyeket érintő kérdéseket integrálják kutatásaikba és tudományos munkásságuk részévé tegyék azt. Mint írják: *„A bioetika csak ritkán tette vizsgálat tárgyává, hogy a törvényhozás és az orvostudomány hogyan definiálta, szankci-*

ABSZTRAKT

A heteronormatív társadalmi és homofób iskolai környezet következményeként a szexuális kisebbségek nemi nevelése állandó kihívás elé állítja a gyermekorvosokat, pedagógusokat és szülőket egyaránt. A tanárok nehezen találják a helyes arányt, amennyiben a lakosság és nagyjából 5–10%-át kitevő leszbikus, meleg, biszexuális, transzszexuális (LMBT) és önmagát kereső fiatal magára találásának előmozdításáról van szó. Az LMBT fiatalok kortársaik verbális és fizikai áldozatává válhatnak, ha csak a gyanúja is vetül rájuk, hogy a saját nemükhöz vonzódnak. Az iskolai környezet és a tanárok nagyban felelősek azért, hogy a társaiktól, családjuktól elszigetelődött, izolálódott, magukra maradt fiatalok megtalálják az utat önmaguk elfogadásához, orientációjuk/identitásuk felvállalásához és pozitív példák híján is egészséges és eredményes felnőtt énjük kiteljesítéséhez. Ma már nem lehetetlen, hogy egynemű párok bejegyzett élettársi kapcsolatban élhessenek, és nem elhanyagolható azoknak a pároknak a száma sem, akik gyerekeket nevelnek. Az Egyesült Államokra vonatkozó 2007. évi adat szerint 14 millió főre teszik azon gyermekek számát, akiket egynemű párok nevelnek [2]. Számuk öt év alatt 30%-kal nőtt a 2000-es években [3]. A tendenciát figyelembe véve tehát nem hanyagolható el az LMBT fiatalok egészséges nevelkedése, hiszen ők is a jövő generáció szülei, nagyszülei lehetnek. A szakirodalmi adatok szerint azokban az oktatási intézményekben, ahol a meleg és a heteroszexuálisok között felvállalt és nyilvános kapcsolat van (Gay-Straight Alliances), vagyis intézményesen is támogatják a meleg fiatalokat, sokkal kevesebb mentális feszültség, szexuális rizikómagatartás tapasztalható a meleg fiatalok körében, mint ahol a tanárok nem állnak a meleg mellé. További probléma az internalizált homofóbia, valamint az öngyilkossági kísérletek 2–7-szeres aránya a heteroszexuális kortársakhoz képest [4].

onálta és nyomta el a szexuális kisebbségeket. A bioetika részéről ez bűn” – állítják a szerzők a 2014. szeptemberi különszámában [7].

A Joint Action on Mental Health and Well Being [8] c. európai szintű depresszió és öngyilkosság megelőzési programban már 2014 óta az egyik kiemelten kezelt kisebbségi csoport az LGBT emberek köre. Számukra a többi veszélyeztetett kisebbséghez hasonlóan 2016-ig öngyilkosság-megelőzési ajánlásokat kell kidolgozni és az érintett célcsoportokhoz a protokollt eljuttatni. Az együttműködési programban ez a feladat éppen Magyarországra került, azon belül a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet megbízott munkacsoportja felelős a terület szakmai kidolgozásáért. Visszatekintve ősi kultúrákra, az észak-amerikai indián

A CÉL

Az ezredforduló táján a WHO is felismerte a szexuális nevelés hiányosságából fakadó világméretű népegészségügyi problémákat, és lépéseket tett egy új szexuális nevelési szemlélet és irányelvek kidolgozására.

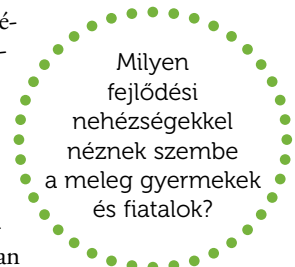
őslakosok körében teljesen elfogadott és ismert tény, hogy többféle nemmel és többféle lélekkel születhetnek gyermekek. Vannak lányok, akik később a hagyományos női szerepeket viszik és családanők lesznek, és születnek fiúk, akik jó harcosokká válnak és családot alapítanak. Viszont azt is tudták, hogy vannak közöttük női testbe született gyermekek férfias lélekkel, és férfi testbe születettek nőies lélekkel. Ők meghatározott rituálé szerint az általuk választott spirituális léleknek megfelelő módon illeszkedtek a törzs életébe és beavatási szertartásokon keresztül a közösség teljes értékű tagjaivá válnak [9]. Őket kétlelkűeknek (two-spirit) is tartják és nevezik [10]. A kétlelkű nők például havonta megszéklik a combjukat, hogy a havivérzés érzetét, képzetét imitálják, a gyerekek ellátásában vesznek részt és így még szorosabb közösséget építenek a törzs nőtagjaival.

John Boswell már említett *Same-Sex Unions in Pre-modern Europe* c. könyvében leírja, az egynemű párok kapcsolata teljesen elismert és elfogadott volt a kora keresztény időktől egészen nagyjából a XII–XIII. századig. Egybekelésük alkalmával egyházi áldásban részesültek és ugyanolyan szertartási elemekkel eskették össze az egynemű párokat, mint a különneűeket. Egyetlen eltérés a két ceremónia között a gyűrűcsere: az azonos nemű párok ujjára nem húztak gyűrűt.

Freud, a szexualitás és pszichoanalízis első kutatója szerint születésekor minden ember potenciálisan biszexuális [11]. Többeknél a társadalom, a környezet hatására a heteroszexualitás válik dominánssá. Másoknál viszont éppen fordítva, a homoszexuális orientáció válik elsődlegessé. Freud, ellentétben a korábbi állításokkal, a homoszexualitást önmagában nem minősítette patológias állapotnak.

SAJÁTOS JELEN, BIZONYTALAN JÖVŐ

Az LGBT fiatalok nemi nevelésének megalapozásakor nem korlátozhatjuk szigorúan a szexuális és nemi egészségnevelés metodikájára és tartalmára a jelen tanulmányt anélkül, hogy megvizsgáljunk az LGBT gyermekek és kamaszok általános egészségügyi állapotát, a társadalomban elfoglalt többszörösen marginalizált helyzetét és folyamatos egzisztenciális fenyegetettségéből fakadó bizonytalan és kilátástalan jövőképét. Mivel a magyar orvosi, egészségügyi és pszichológiai szakirodalom a Magyar Orvosi Bibliográfia alapján szinte kizárólag az LGBT felnőttekkel foglalkozik, és a 18 éven aluli korosztályra vonatkozóan egyetlen tanulmány sem található [12], a szakirodalmi adatgyűjtés a hazai források híján nagyban támaszkodik a külföldi, elsősorban angol nyelvű forrásokra.



(Folytatjuk)

Hivatkozások

- Oxford Textbook of Psychotherapy Ed.: Gabbard G. O., Beck J. S., Holmes J., Oxford, Oxford University Press, 2007. 422.
- Martin H. J., Murdock J. R.: *Serving Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Questioning Teens. A How-To-Do-It Manual for Librarians.* Chicago, Neal-Schuman, 2007.
- Williams Institute: United States Census Snapshot: 2010. <http://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Census2010Snapshot-US-v2.pdf> Letöltve 2015. április 30.
- Frankowski, B. L. and the Committee on Adolescence.: *Sexual Orientation and Adolescents.* Pediatrics, 2004. Vol. 113. No. 6. 1827–1832.
- Boisson, Jean: *A rózsaszín háromszög. A homoszexuálisok deportálása 1933–1945.* Európa, 1991.
- Theologians summon against discrimination of homosexuals. *Süddeutsche Zeitung.* 2011. Februar 3.
- Powell, T., Foglia M. B.: *The Time is Now Bioethics and LGBT Issues.* Hastings Center Report, 2014. Vol. 44. Sep. Suppl 4. S2-3. doi: 10.1002/hast.361.
- Joint Action. Mental Health and Wellbeing. <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/> Letöltve 2015. ápr. 15.
- Susánszky Anna: *A társadalmi nemek kutatása. A férfikutatások (men's studies) nemzetközi és hazai története.* In: Orvosi Antropológia. Szerk.: Pikó B., Lázár I. Medicina, Bp., 2012. 467–471.
- Eltason, M. J., Schope R.: *Shifting sands or solid foundation? Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Identity Formation.* In: *The health of sexual minorities. Public health perspectives on lesbian, gay, bisexual and transgender populations.* Eds. Meyer, I., Northridge M. Springer, 2007. 19.
- Rowlett, J. D., Patel D., Greydanus D. E.: *Homosexuality.* In: Behavioral Pediatrics. Eds. D. E. Greydanus, M. L. Wolraich. Springer, 1991. 43.
- Magyar Orvosi Bibliográfia „Homoszexualitás” tárgyszólekérdezés, 2015. február <http://mob.gyemszi.hu/simplesearch.jsp>



STANDOVÁR SÁRA

PSZICHOLÓGUS, INTERAKTÍV GYERMEKTERAPEUTA

Családi dinamika-családdinamika

Vajon lehet-e egy gyermeket önmagában figyelni, egy elszeparált, fejlődésben lévő személyiségként? Vajon lehet-e bárkit anélkül megismerni, megérteni, gyógyítani, hogy nem nézzük a családját, a közösséget, amiben benne van?

Egyéni pszichológusként sokszor találkozom azzal a helyzettel, hogy a terápián a gyermekkel elindulunk a gyógyulás, a változás útján, de valamilyen érthetetlen módon megakad a folyamat. Vagy ha a gyermek jobban lett, valaki mással történik valami a családban. Olyan esetek is vannak, hogy a gyermek a családi helyzetben újra rosszabbul lesz, felerősödik a tünete. **Mintha a problémájának lenne valami funkciója.**

A CSALÁD TÖBB EGY ROKONI KAPCSOLATNÁL

Családterapeuták már különböző iskolákat alapítottak, melyek azt próbálták megérteni, hogy mi is a család, hogyan működik, és ebben hogyan van jelen az egyén. Bár az elméletek között jelentős különbségek vannak, a családot elkezdték nagyobb jelentőséggel felruházni. Hiszen nemcsak emberek jogi, anyagi, erkölcsi közössége, hanem annál sokkal több. Van története, van gyökere, vannak rendszerei, alrendszerei, határai és a jelen lévő – vagy akár nem jelen lévő – személyeknek szerepei, funkciói. Így a problémás helyzetben a terápiába járó egyén tüneteinek is van valamilyen funkciója.

AZ EGYIK PROBLÉMA ELFEDI A MÁSIKAT

A család működésének fontos eleme, hogy a családtagok közti dinamikával, hatásokkal egyfajta egyensúlyt tartanak fenn. A tünetet hordozó személy (aki sok esetben a gyermek) a problémájával fenntart egy furcsa, de kiszámítható egyensúlyt. Így a tünet csökkenése, vagy megváltozása újabb felborult családi életet okozhat.

Eset

Például gyakran előforduló probléma, hogy a gyermek nem akar egyedül aludni, nem akar „kimenni a szülői ágyból”.

Egy esetleges sikeres terápia után/közben felmerülhetnek azok az indokok, amelyek megvédték az anyát/apát az intim kapcsolattól, az együttalvástól. Így a gyermek javulásával egyidejűleg megjelenhet egy párkapcsolati krízis, amely a valódi oka a gyermek tüneteinek. Természetesen nem minden esetben erről van szó, de a családi működés megértése elengedhetetlen a gyermek megértéséhez.

A CSALÁDI HIERARCHIA

A család a rendszer működése érdekében strukturáltan működik. A családtagok alrendszerekbe, szövetségekbe

vagy koalíciókba csoportosulnak. Így beszélhetünk szülői alrendszeréről, gyermekek alrendszeréről, vagy anya és lánya közti szövetségről. Problematikusabb, mikor koalíció alakul ki egy harmadik taggal szemben, például szülő és gyermeke között a másik szülő felé. Ilyen esetben a szerepek szinte előre lejátszottak, és az alrendszerek problémás működését is láthatjuk, mivel a szülői és gyermeki alrendszer összemósódott, vagy összekeveredett. A jól működő családban határok vannak az alrendszerek között, melyek biztonságot nyújtanak, de közben nem túl rigidek, szigorúak. Ugyanis a túl erős határok megfojtják a benne élőket, és az étellel természetesen járó változásokra nem tudnak reagálni. Hiszen a családi életciklusok minden család életében eljönnek: az ifjú párból gyermekes család lesz, majd a kicsi óvodába, iskolába kerül, a gyermek serdül, vagy kirepül a családból. Ezek mind várhatók, mégis minden családtag részéről változtatást igényelnek. A kifelé zárt családok elkülönülhetnek ugyan a külső kapcsolatoktól, és erős családként lehet őket látni, mégis zavart kelthet a növekvő gyermek önállóodásában. Ez fokozódik akkor, ha a családon belül összemósódnak a határok, nem egyértelmű, hogy kinek mi a dolga, kihez mi tartozik. Például akár abban is megjelenhet, hogy a kiskamasz gyermeknek az öltözködésébe, testével kapcsolatos teendőibe, élményeinek megélésébe teljes mértékben beleszólnak. De ez csak egy eset a sok közül. A család működése, értékei, szabályai, rituáléi nagyban befolyásolják, hogy a külső kapcsolatokhoz, az őket ért eseményekhez hogyan viszonyulnak.

MINDEN MINDENRE ÉS MINDENKIRE HAT

A család egy olyan rendszer, ahol senkit nem lehet önmagában egyedül, egy egységként nézni. A tagok cirkulárisan, körkörösén hatnak egymásra. Ettől válik egyensúlyllyá a működés. Lehet, hogy a gyermek egy másik helyzetben nem pisilne be. Lehet, hogy a férj nem lenne agresszív egy másik feleséggel. Lehet, hogy a feleség nem kiabálna egy másik családban. Lehet. A szerepek azonban biztos hogy találnak maguknak valakit, akik betöltik őket. Az agresszív apa eltűnése után a legnagyobb fiú, vagy a nevelőapa válhat agresszívvé. Semmit sem érdemes magában figyelni. A család működik. Vagy rosszul, vagy jól, de mindenesetre egyfajta egyensúlyban. Így a változáshoz figyelembe kell venni az egész egységet, és közösen munkálkodni ahhoz, hogy változás álljon be.



CSONKA ANDRÁS

SZÍNÉSZ-MŰSORVEZETŐ

A felelősségvállalás mindenkié

Azért az mégis elég érdekes, ha a magamfajta cseprágó a felelőségről, felelősségvállalásról beszél, pontosabban ír az egészségügyi dolgozóknak.

Hiszen ha valaki sokat tud erről, ha valaki emberi aggyal sokszor szinte elképesztő helyzeteket old meg gyors és felelősségteljes döntéseivel, az éppen az orvos.

A diagnózis felállításának a felelőssége, a gyógyítás folyamatának a kockázata, és egyben felelőssége bizonyára óriási teher, és ebből a szempontból orvosaink folyamatos tréning alatt vannak.

Na jó, persze azt nem mondhatjuk, hogy mindannyiunknak nem kell megbirkózni naponta olyan szituációkkal, aminek mérlegelése, megoldása felelősséggel jár, de talán éppen azért kapjuk fel a fejünket sokan a szó hallatán, mert azt tapasztaljuk, hogy a társadalom egyre inkább kezdi átrajzolni a felelősségvállalás szócskát az idegen szavak szótárába. Mindig utáltam, amikor az előtünk járó generáció játszott a nagy öreget, a „bezzeg a mi időnkben” sztorikkal, mert bár alapvető értékekben hagyománytisztelő vagyok, azt is tudom, hogy a világ irtózatos tempóban változik, és ehhez mérten kell értékelnünk a dolgokat. Ugyanakkor azt tapasztalom, hogy a ma felnövő generáció már egészen másképp viszonyul a felelősséghez. Legyen szó munkáról vagy párkapcsolatról, néha azt látom, hogy gátlás nélkül ki- és továbblépnek, egy csepp felelősséget sem érezve a következményekért. *Szépén lassan elengedjük egymás kezét.*

Miután mégis a nagyra becsült orvosok olvassák soraimat, így bátran kijelenthetem, mennyire fontosnak tartom az én saját felelősségemet a saját egészségem megőrzése érdekében. Na, persze egy gyakorló hipochonder

hogyan is vélekedne másképp? Az agyonszajkózott szűrővizsgálatok fontossága mindenképpen a sor elejére kívánczik. Rám nem lehet panasz, amit lehet szűrni, megteszem. Évente. Jelentem, legutóbb vastagbélvizsgálás voltam, és ha már ott feküdtem az ágyon, egy gyomortükrözést is csak bevállaltam. Nem örültem meg, de gondoltam, évtizedes refluxom miatt nem árt néha egy ilyen vizsgálat is. Zárójelben jegyzem meg, tipikus refluxtüneim nincsenek, viszont jó ideje van egy váladék-hátracsorgás az orr irányából és egy váratlanul, naponta felbukkanó váladékszerűség a garatban, légcsőben, amit képtelenség felkrárogni, és így a hangom sem működik rendesen. Plusz néha ehhez társuló kesernyős íz a szájban. A leírtakat nyugodtan tekinthetik segélykiáltásnak, orvos barátaim ezt is a reflux számlájára írják, amire évek óta gyógyszert szedek, de ha valakinek van egy mentőötlete, kérem, szóljon!

Látják, mennyire nagy felelősséget érzek abban, hogy jól működjön a szervezetem?

Mit is kívánhatnék magunknak? Azt mindenképpen, hogy ne éljük át, milyen az, amikor úgy háritanak ránk felelősséget, hogy éppen semmi közünk az ügyhöz. Hogy érezzük és példaértékűen éreztessük, mennyire fontos, hogy a tetteink, a gondolataink, a szándékaink súllyal bírnak, amitől másoknak akár az élete is megváltozhat.

Felelősek vagyunk egymásért, és igen, a környezetünkért, a bolygónkért is, amit ha tovább is kiszigerelünk, egy idő múlva már nem lesz értelme az ilyen elmékedéseknek sem, mert bosszút áll rajtunk, a könnyelműségünkön, a felelőtlenységünkön.

...



Az alvásszabályozó melatonin

A fény gátolja a tobozmirigy melatonintermelését, ami ennek megfelelően a nappal és az éjszaka cirkadián ritmusához igazodik. Ismert tény, hogy a melatonin az alvás munkamód felé tolja az agyi működéseket.

A melatonin tanulmányozó tudósok két lehetséges hatásmechanizmust feltételeznek: vagy arról van szó, hogy a melatonin megváltoztatja a cirkadián ritmust, kitolva azt az időpontot, amikor magunktól elaludnánk, egy az alvásra jobban alkalmas időszakig, vagy a másik lehetőség, hogy a melatoninnak közvetlen alvást előidéző hatása van. Ami viszont biztos, hogy a melatonin bevétele a következő hatásokat eredményezi:

- csökken a feszültségérzet,
- lelassul a reakcióidő,
- csökken a pulzusszám,
- nyugodtabbá válunk,
- leesik a testhőmérséklet,
- álmosnak kezdjük érezni magunkat.

MIKNEK SEGÍT KÜLÖNÖSKÉPPEN?

Egyelőre úgy tűnik, hogy a melatonin gyakorlatilag mindenkinél előidézi az alvást. Bizonyos esetekben viszont kimagaslóan jó eredmények érhetők el a pácienseknél ennek a természetes altatóknak az alkalmazása által:

- azoknál, akiknél viszonylag kis mennyiségű melatonin-hormon termelődik a szervezetben (pl. az idősek emberei)
- azoknál, akiknél a melatonintermelési fázisai nem szinkronban a kívánt alvási ritmussal. Az utóbbi csoportba tartoznak a váltott műszakban dolgozók, azok, akik rendszeresen utaznak repülőn, azok, akiknek a szervezete

Jól dokumentált tény, hogy az idősebb emberek szervezetében kevesebb melatonin képződik, mint a fiatalokéban, azon oknál fogva, hogy a test endogén melatonintermelése a kor előrehaladtával csökken.

A transzatlanti repülőutak felborítják 24 órás napi ciklusunkat, mivel ilyenkor több időzónán is áthaladunk. Azok, akik rendszeresen utaznak, gyakran szenvednek időzóna-betegségben. Ilyen esetekben hasznos lehet a melatonin-tabletta, mellyel kiválóan megelőzhető a káros tünetek.

AZ ALVÁSRA GYAKOROLT HATÁS

Régről ismert megfigyelés, hogy a fény gátolja a tobozmirigy melatonintermelését. Az viszont szakmai és laikus körökben is kevésbé ismert, hogy a melatonin termelődése mellett cirkadián szabályozottsággal is rendelkezik, azaz állandó gyenge fényben követi a habituális napszakos aktivitás-nyugalom

mintázatot: nappal nem termelődik, éjszaka viszont folyamatos ébrenlét közben is intenzív felszabadulás veszi kezdetét, ami reggel, fény hiányában is alábbhagy, majd gyakorlatilag megszűnik. A melatonintermelés ideje azonban még ennél is pontosabb prediktív értékkel bír: a rövid és a hosszú alváshoz szoktatott kísérleti személyek melatoninprofilja „emlékszik” a habituális alvásidőre, és konstans alacsony intenzitású fény mellett a termelődés időtartamának formájában reprodukálja azt. Elég nagy bizonyossággal elmondható tehát, hogy a melatonin anticipálja (előrevetíti) a várható alvásperiódust, annak napszakos időzítése és időtartama tekintetében is, és mint ilyen, a cirkadián ritmus és a szervezetet ért fény egyfajta integrált indikátora. A melatonin központi idegrendszeri és alvásra gyakorolt hatásai ugyanakkor szintén a prediktív homeosztázis koncepciójába illeszkedő folyamatok, amennyiben alvásszerű munkamód irányába tolják el az ingerekre adott agyi válaszreakciókat.

Az exogén melatonin álmosító hatásai elsősorban az alacsony endogén melatoninprodukciónal jellemezhető periódusokban érvényesül, vagyis akkor, amikor a tobozmirigy nem termel melatonin.

Elmondható, hogy a melatonin anticipálja a napszak és a szervezetet korábban ért fény alapján várható alvásperiódust, e periódusban termelődve pedig alvásszerű hatásokat, megfelelő körülmények között pedig fokozott álmoságot és alvást idéz elő.

Az élővilágban megfigyelhető prediktív homeosztázis a ritmikusan bekövetkező környezeti változásokhoz való előrelátó adaptációt jelent. Ennek eklatáns példái a cirkadián ritmusok, amelyek a nappal és az éjszaka váltakozására készítik föl a szervezetet. A melatonintermelés cirkadián ritmusa feltételezi az alvásperiódus várható időzítését és tartamát, az agyi ingerfeldolgozás alvásra jellemző üzemmódját, továbbá – megfelelő környezeti feltételek mellett – az álmoság és részben az alvás megjelenését is elősegíti. A melatonin alvásra gyakorolt hatásainak sajátosságai a lassú hullámú EEG tevékenység csökkenése, illetve a REM alvás idejének fokozódása. Más hipnotikus hatású hatóanyagokhoz hasonlóan a melatonin is csökkenti a magtemperaturát, de emellett számottevő kronobiotikus hatással is rendelkezik, amennyiben napszaktól függően gyors és erélyes cirkadián fázisváltásokat képes előidézni. Mivel a fény akutan gátolja a melatoninprodukción, a megfelelő időzítésű, és alacsony hullámhosszú komponenseket is tartalmazó fény, az exogén melatonin mellett illetve azzal kombináltan felhasználható a jet-lag szindróma és más cirkadián ritmuszavarok kezelésében. . . .

A melatonin a benzodiazepinektől eltérően nem fokozza, inkább valamelyest még csökkenti a béta-tevékenységet, ami kedvezőbb hatásprofilnak tekinthető. Nagyobb dózisban (5 mg) a melatonin fokozza a REM alvásban töltött időt is.

Nincs több álmatlan éjszaka

Bio-Melatonin vény nélkül kapható gyógyszer, váltott műszakból eredő alvászavar és utazási időeltolódásból eredő „dzset-leg” betegség esetén.

Természetes segítség a pihentető alváshoz.



Bio-Melatonin 3 mg hatóanyag tartalmú vény nélkül kapható gyógyszer. Kapható a gyógyszertárakban. www.pharmanord.hu

Lezárás dátuma: 2015.05.20.

 **Pharma Nord**

Kockázatokról és mellékhatásokról olvassa el a betegtájékoztatót vagy kérdezze meg kezelőorvosát, gyógyszerészét!

