

# Pszichológia & Practicum

ÉLETVITELI ÉS  
EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGIAI MAGAZIN  
II. évfolyam 2. szám 2016. május

AKKREDITÁLT TOVÁBBKÉPZÉssel  
KREDITÉRTÉK: 16 PONT

## Bizalom

- Az üvegplafon
- Hitrendszer hálójában
- (Biztos) csak akaraterő kérdése?
- Figyelni kell rájuk!

# PATIKA

GALENUS KIADÓ, A GYÓGYSZERÉSZEK KIADÓJA

# Magazin

Egészségügyi ismeretterjesztő folyóirat

Magyarország  
legolvasottabb  
havilapja

(Nemzeti Olvasottság Kutatás felmérése alapján)



## Szakmai támogatás

(Magyar Gyógyszerészeti 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](mailto:galenus@galenus.hu) Internet: [www.galenus.hu](http://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](http://www.galenus.hu/shop)

# Pszichológia & Practicum

ÉLETVITELI ÉS  
EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGIAI MAGAZIN  
II. évfolyam 2. szám 2016. május

AKKREDITÁLT TOVÁBBKÉPZÉssel • KREDITÉRTÉK: 16 PONT

## Tartalom.....

A bizalom hormonja • Szendi Gábor .....	4
A férfi hanyatlása és bukása .....	6
Bizalomelixír • Dr. Bikfalvi Réka .....	7
A bizalom tudatos döntés • Makai Gábor .....	8
Bizonytalanság – bizalom • Bácsván László .....	10
Pszichológusként a családban • Szalai Tamás Dömötör .....	12
Hitrendszerek hálójában • Soma Mamagésa .....	14
Gyermekonkológia • Kozákné Standovár Sára .....	16
Az üvegplafon • Dr. Gyórfy Zsuzsa PhD .....	18
(Biztos) csak akaraterő kérdése? • Dr. Czeglédi Edit .....	20
Az onkológiai kezelésen túl • Dr. Zsiska Beáta .....	22
Az emésztés pszichoszomatikája • Dr. Valló Ágnes .....	24
Figyelni kell rájuk! • Somorjai Noémi .....	26
Független és komplex • Keresztes Attila .....	31
Bizalom • Csonka András .....	34
Sírjak vagy nevessek .....	34



## SUO NOMINE

Seneca szerint: „... mind a kettő hiba: mindenkinek hinni és senkinek sem, de amaz mondhatnám, becsületesebb hiba, ez hasznosabb.”

Minket az egyetemen – érthető módon – a „hasznosabbra” tanítottak. Sőt, még az államvizsgás gyakorlat alatt is külön felhívta a figyelmemet az oktatóm, hogy a magisztrális kenőcsöket, de különösen az erős hatású porokat tökéletesen keverjem össze, ezt ne bízzam az asszisztensre, csak kifejezetten a kiszerelest. Egy gyógyszerész csak abban bízhat, amit ő maga csinál, lát, ellenőriz vagy felügyel. A személyiségfejlesztő tanfolyamokon is felteszik a kérdést: Te miben bízol?

A helyes válasz: Önmagamban.

Mert ez a kiindulási pont. Ha saját magamban nem bízok meg, akkor másokban, hogy tehetném?

Persze ehhez tisztában kell lenni önmagammal, és felfedezni azt a domináns tulajdonságomat, ami alapján ezt hitelesen tehetem. Kitartás, akaraterő, munkabírási tudás, szorgalom, szívósság...

Mert az élet „feladatait” meg kell oldani. Ha előttem van egy hegy, azt vagy megmászom, vagy elhordom. A fontos, hogy túljussak rajta, és tovább menjek az úton.

Persze ehhez vannak – és kellene is – segítők, akikben megbízok, de a sort én vezetem, mert az én feladatomban, az én életemben, az én sorsomban.

Dr. Szarvasházi Judit  
főszerkesztő-gyógyszerész  
szarvashazi.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](http://www.galenus.hu)  
E-mail: [galenus@galenus.hu](mailto:galenus@galenus.hu) • **Felelős kiadó:** Fári István • **Főszerkesztő:** dr. Szarvasházi Judit • **Szerkesztőség:** Galenus Kiadó • 1146 Budapest, Dózsa Gy. út 19.

Tel./fax: (1) 467-8070 • **Tipográfia:** Simon Ilona • **Korrektor:** Körtvélyesi Vali • **Média- és lapmenedzser:** Stok Brigitta • Tel.: (1) 467-8072 • E-mail: [stok.brigitta@galenus.hu](mailto:stok.brigitta@galenus.hu)

**Nyomtatás:** Pauker Nyomda 1047 Budapest, Baross u. 11–15. • **Felelős vezető:** Vértes Gábor ügyvezető • **Szakszorosítás helye:** Budapest • **Szakszorosítás ideje:** 2016. május  
**Megrendelés sorszáma:** 62 280 • **Megjelenés:** január kivételével a páratlan hónapokban • **Megrendelhető:** Galenus Kiadó • **ISSN 2415-9859** • Minden jog fenntartva!

**Illusztráció:** fotók: dr. Feller Antal (címlap, 9., 11., 21., 23., 30., 31. oldal)

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



SZENDI GÁBOR

KLINIKAI SZAKPSZICHOLOGUS, ÍRÓ

# A bizalom hormonja

Nehéz elképzelni az emberi kapcsolatokat bizalom nélkül. A félelmet és a gyanakvást a bizalom, ez az evolúciósan kialakult biológiai mechanizmus képes kioltani.

Ma már tudjuk, hogy ezt a funkciót az oxytocin nevű sokoldalú hormon és neurotranszmitter tölti be.

**H**a elolvassuk a bűnügyi híreket, máris nem tűnik olyan természetesnek, hogy képesek vagyunk minden félelem nélkül a számunkra kiválasztottnak tekintett személlyel intim testi közelségbe kerülni, és hogy határtalan bizalommal megyünk bele védtelen és kiszolgáltatott helyzetekbe is.

Az sem evidens, hogy egy védtelen csecsemő vagy kisgyerek oly határtalan bizalommal csüngjön szülőjén. Elég a családon belüli erőszakra, megcsalásokra, válásokra, gyilkosságokra gondolni.

Az sem természetes, hogy az emberek bátran fegyver nélkül járnak, közömbös arccal átmennek a zebrán, megbíznak a buszsofőrben, nagy összegeket bíznak brókerekre, és a majdani fizetés reményében dolgoznak egész hónapokon át. Ha nem tudnánk naponta ezer helyzetben gátolni félelmeinket, megállna a társadalomban az élet.

## AZ OXYTOCIN FELFEDEZÉSE

Az 1900-as években ismerték fel, hogy a hipofízis hátsó részének kivonata állatoknál serkenti a méh összehúzóódását ill. elősegíti a tej kiválasztását. William Blair-Bell szülész orvos a hipofíziskivonatot azonnal kipróbálta, és bizonyította, hogy elősegíti a szülést és kivédi a szülés utáni fokozott vérzést. A hormont hamarosan izolálták, és az 1950-es években Vincent du Vigneaud már szintetikusán is előállította. Ez nagy lendületet adott az oxytocin kutatásának. Kezdetben az anyaságban játszott szerepét vizsgálták. Mivel a sosem szült nőstény patkányok kifejezetten nem kedvelték az idegen kölyköket, sőt volt olyan nőstény, amelyik agresszíven rájuk is támadott, felmerült a kérdés, vajon mitől válnak ezek a nőstények szülés után mégis olyan odaadó anyákká? Amikor még sosem szült nőstények agyába oxytocint fecskendeztek, az első útjukba kerülő idegen patkánykölyköt rögtön gondozásukba vették és nekiláttak fészket építeni. Ha azonban az éppen szült rágcsáló agyában blokkolták az oxytocinreceptort, a nőstény faképnél hagyta kölykeit. Amikor az oxytocint termelni képtelen állatokat tenyésztettek ki, azok semmiféle társas érdeklődést nem mutattak – egészen addig, amíg agyukba nem injektáltak oxytocint.

## A KÖTÖDÉS HORMONJA

Világossá vált tehát, hogy a szülés és szoptatás során felszabaduló oxytocin egyben az anyai érzelmeket és az anyának a gyermekéhez való kötődését is elindítja. Már az 1980-as évektől vizsgálták, vajon a császármetszéssel szült anyák viselkedése eltér-e a normál módon szülő anyákétól, s kiderült, hogy előbbieket még egy év után is kevesebb kontaktust teremtettek gyermekükkel, jobban aggódtak anyai rátermettségüket illetően, hajlamosabbak voltak depresszióra, míg utóbbiak gyakrabban foglalkoztak gyermekükkel és érzékenyebben reagáltak gyermekük sírására. E felismerések vezettek el oda, hogy az oxytocint a kötődés hormonjának kezdték nevezni.

### Eset



Praxisom szomorú esete volt egy fiatal nő, aki elutasította gyermekét. A pszichiáterek zárt osztályon több ízben súlyos antipszichotikumokkal kezelték, természetesen hatástalanul, hiszen a nő nem pszichotikus volt, hanem – talán az oxytocinrendszer zavara miatt – nem alakult ki nála kötődés. Amikor a család hozzám beutalta, még mindig gyógyszert szedett, s nem a pszichoterápia iránti bizalom dolgozott bennük, hanem csupán a kétségbeesés. Ezért aztán csak odáig jutottunk el, hogy kérésemre megrendeltek egy oxytocinspray-t, s a hölgy többet nem jelentkezett. Pedig a terv nem volt légből kapott, számos klinikai vizsgálat folyt és folyik pl. a szülés utáni depresszióban gyermeküket elhanyagoló oxytocinkezelése kapcsán.

## A KÖTÖDÉSI STÍLUS

John Bowlby nyomán már az 1950-es évektől vizsgálni kezdték az ember kötődési viselkedését, és hamarosan három alaptípust különböztettek meg.

### Eset



Az egyik vizsgálati módszer szerint az anya magára hagyja rövid időre a gyermeket, majd visszatér hozzá. A biztonságosan kötődő gyermek anyjához siet, és az öleléstől megnyugszik. A kötődést kerülő gyermek nemhogy anyjához sietne, de inkább rá sem

- néz, játszik tovább. Az ambivalensen kötődő
- gyermek anyjához szalad, de az ölelés nem nyugtatja meg (ezt a szorongás testi jegeinek mérésével lehet igazolni).

Felnőttek számára kidolgoztak egy kötődési kérdőívet, amelynek során a szülőkkel kapcsolatos viszonyt firtatják. Az elemzése során nem annyira a tartalmat, mint inkább a stílust elemzik. A biztonságosan kötődő higadtan, kiegyensúlyozott módon beszél gyermekkoráról, szüleiről; az ambivalens típust a kérdőív alapján „belebonyolódónak” is nevezik, mert nincs stabil, kialakult álláspontja, hanem az interjú alatt is, mintegy önmagával vitatkozva, hol pozitívan, hol negatívan látja szüleit. A kötődést elkerülő alany általában érzelemmentesen, bagatellizáló módon válaszol.

Az anya kötődési stílusából pontosan megjósolható az anyai viselkedés minősége. Egy vizsgálatban egyértelműen igazolták, hogy a biztonságosan kötődő anyákban a mosolygó csecsemőjük látványa magasabb oxytocinválaszt váltott ki. Az elhanyagoló anyák csökkent gondozói viselkedését alacsonyabb oxytocinszintjük magyarázta. Mivel az anya kötődési stílusa határozza meg a felnövekvő gyermek kötődését, azaz oxytocinrendszerének működését, [a kérdésnek óriási jelentősége van](#). Az elmúlt évtizedekben felvett 10 ezer kötődési interjú eredménye alapján az emberek 58%-a biztonságos, 23%-a elkerülő kötődést mutat, és 19%-uk bizonytalan kötődésű. Az anyák az utódaikban újratermelik saját kötődési stílusukat. Ugyanakkor mindennapi tapasztalat, hogy a mostoha családi légkör nem azonos mértékben károsítja a felnövekvő gyermekeket. Az egyik magyarázat az oxytocinreceptor két típusában, az A és G génváltozatban rejlik. A G típusú receptorral rendelkezők általában szociálisan érzékenyebbek, de éppen ezért a mostoha körülmények őket jobban megviselik, mint az A típusú receptorral rendelkezőket. Mivel minden gén két allélból áll, ezért a G és az A allél különböző kombinációja fordulhat elő. A G receptor típus fokozott érzékenységre hajlamosító hatása miatt az elhanyagoló/bántalmazó családokban felnőttek közt a GA és GG típusba tartozók bizalmatlanabbak és depresszióra hajlamosakká válnak. Ugyanezt igazolta a rossz bánásmódban felnövekedett afrikai gyermekek vizsgálata is. A súlyos abúzusokat elszenvedett gyermekeknek gyakran alakul ki érzelmi zavar és dezorganizált kötődési stílus, ám erre a GG receptor-géneket hordozók a legveszélyeztetettebbek, míg az AA típus kifejezetten védelmet élvez a gyermekkori averzív hatásokkal szemben.

## A HŰSÉG ÉS A SZERELEM HORMONJA

A préri pocok és a mezei pocok közt gyakorlatilag csak egy különbséget találtak: az előbbi fajtánál a hímek és nőstények a megtestesült hűséget képviselik, mert élethossziglan monogám kapcsolatban élnek, míg a hím mezei pockok nem horgonyoznak le egyetlen nőstény mellett sem. Érthető hát, hogy a kutatók kíváncsiságát felkeltette ez a különbség.

### Eset

- 
- 

Kiderült, hogy a monogám préri pockoknál agyuk bizonyos területén igen sok oxytocinreceptor található, míg a poligám mezei pockoknál ezeken a területeken nincsenek

- ilyen receptorok. Ám amikor a kalandor természetű mezei pockoknál mesterségesen létrehozták a hiányzó receptorokat, az állatok monogámmá váltak.

Mivel nőkben is, férfiakban is a csokolózás, ölelés, simogatás és az orgazmus oxytocinfelszabadulással jár, a párok közt ez hozza létre a bizalmat és a tartós kötődést. Szerelmespároknál még hat hónap után is tartósan magas oxytocinszintet lehetett kimutatni. A férfiakat vizsgálva kimutatták, hogy a kapcsolatuk iránt erősebben elköteleződött férfiakban magasabb az oxytocinszint, s az ilyen férfiak szélesebb ívben kerültek el a számukra vonzó, azaz veszélyes idegen nőket. Közismert, hogy a férfiak sokkal poligámbb természetűek, hajlamosak félrelépni, s apaként sem mindig állnak a helyzet magaslatán. Ennek fő oka a tesztoszteron nemi hormon hatásában rejlik, amely az oxytocinnal ellentétes hatást fejt ki. Minél magasabb egy férfi tesztoszteronszintje, annál kevésbé hajlamos tartós kötődésre és apai funkciók ellátására. Nem véletlen, hogy [a tartós kapcsolatban élőknek lecsökken a tesztoszteron- és megemelkedik az oxytocinszintje](#). Ugyanez jellemzi a lelkesebb apai viselkedést tanúsítókat is.

## BIZALOM EMBEREK KÖZTÖTT

### Eset

- 
- 

Számos kísérlet bizonyította, hogy mesterségesen megemelt oxytocinszint hatására az emberekben nő a másokba vetett bizalom, azaz hajlamosak voltak több pénzt adni, mint placebohatás alatt. Hogy valóban a bizalom nőtt, s nem a kockázatvállalási hajlam, bizonyítja, hogy bizalmas információkat oxytocin hatására 44-szer gyakrabban osztottak meg másik személlyel.

Fontos azonban, hogy a megnövekedett bizalom nem azonos a balekséggel: az oxytocin megnövelte a bizalmat és a bőkezűséget, de csak akkor, ha a másik fél megbízhatónak tűnt. Jelentős különbség van emberek közt abban, mennyire képesek bízni másokban. Az említett G és A receptor típusok jelentősége e vonatkozásban is sokat számít, ugyanis a GG típusba tartozók sokkal inkább képesek megbízni másokban, míg a GA és AA géneket hordozók sokkal bizalmatlanabbak. Evolúciós okokból a férfiakat erős vetélkedési hajlam jellemzi, ezért bizalmatlanok, méghozzá tesztoszteronszintjük mértékében. Mint az apaságnál is láttuk, itt is a tesztoszteron és az oxytocin ellentétes hatású. Az oxytocint úgy tekintik, mint ami serkenti a kooperációt is, azonban ez a hatás is kontextusfüggő. Pl. az oxytocin fokozza a saját csoport iránti elköteleződést, és ezért pl. növeli csoporton belül a kooperációhajlamot, de fokozza a csoportok közti vetélkedést, azaz a saját csoportnak kedvez.

### Eset

- 
- 

Jól ismert kísérleti helyzet a fogolydilemma. Ebben, ha két ember egyformán tagad, akkor kevés büntetéssel megússzák; ha egyikük rávall a másikra, aki tagad, akkor szabadon elmehet, a másikat pedig súlyosan büntetik; ha pedig mindketten rávallanak a másikkra, mindketten pörül járnak.

Elvileg ilyen felállásban a legeredményesebb stratégia a kooperáció volna, azaz mindkét félnek tagadnia kellene.

Oxytocin hatására azonban csak akkor nő a kooperációkészség, ha a „foglyok” ismerik egymást. Ismeretlenek esetén oxytocinra a gyanakvós nő meg, és nem kooperálnak a felek, hanem rávallanak a másikra, hátha az kooperálni akarna. Azaz bizonytalan helyzetben az önérdék szerinti cselekvést erősíti fel az oxytocin.

## NEM MINDEN FENÉKIG TEJFÖL

Már az eddigiekben is láttuk, hogy számos vizsgálat szerint az oxytocin nem feltétlen mindig a bizalmat és a kötődést erősíti. Akikben kora gyermekkorban kötődési félelemmel asszociálódott az oxytocin, azokban később a magasabb oxytocinszint félelmet generál bizalom helyett.

### Eset



Egy vizsgálatban például azok a férfiak, akik oxytocinbelélegzés után a placebohelyzethez képest több kapcsolati konfliktust idéztek fel, 18 hónappal később már sokkal valószínűbben kiléptek a kapcsolatukból.

### Eset



Egy másik vizsgálatban azt tapasztalták, hogy a placebokontrollhoz képest az oxytocinbelélegzés hatására, az alacsony kötődési szorongást és elkerülést mutató személyek



több pozitív emléket idéztek fel szüleikről, míg az erős kötődési szorongást és elkerülést tanúsítóknál a placebo állapothoz képest nőtt a negatív emlékek száma.

A borderline személyiségzavar tipikusan a szeretet nélküli, mostoha bánásmód hatására alakul ki. Az ilyen típusú személyekben a magasabb oxytocinszint fokozott veszélyérzetet kelt, ez magyarázza azt, hogy az ilyen személyiségtípusú emberek kapcsolataikat bizalmatlanságukkal és szorongásukkal általában tönkreteszik. Más vizsgálatok szerint bizonyos körülmények közt a magasabb oxytocinszint bizalom és nagyvonalúság helyett féltékenységet és irigységet vált ki. Az ellentétes eredmények egybevágnak a hétköznapi tapasztalatokkal. Az a szirupos elképzelés, hogy a szeretet és a bizalom mindent megold, csak tantörténetekben működik, a valóságban a közelség és intimitás sokaknak riasztó, a bizalommal pedig sokan visszaélnak. A személyiség, a kontextus, s az oxytocinreceptor típusa lényegesen befolyásolja a kimenetet. Abban azonban biztosak lehetünk, hogy az alapvető bizalom a korai szülő-gyermek kapcsolatban alakul ki vagy ott romlik el.

www.tenyek-tevhitek.hu



## SZENDI GÁBOR:

### A férfi hanyatlása és bukása

Kicsoda a férfi? Bátor harcos, aki minden veszélytől megóvjaa családját? Csábító macsó, a női szívek elrablója? Példás és odaadó apa, aki munka után a gyerekeinek él? Nagy formátumú

gondolkodó, zseniális tudós? Vagy épp az ellenkezője: erőszakos, bárdolatlan, züllött, önző és hatalmaskodó? Esetleg, ami még rosszabb: egyszerűen csak papucs?

**A férfi a teremtés koronája és bukott angyal:** amit felépít az egyik kezével, azt romba dönti a másikkal. Szájkosarat viselő fenevad, aki jól-rosszul igyekszik alakítani a kultúrlény szerepét. Öntörvényű lázadó, aki fejfel rohan a falnak, miközben többet kell pátyolgatni, mint egy óvodást. Igazi vezéregyéniség, akit megfutamodásra készítet a saját szennyese.

**Szendi Gábor a tőle megszokott szellemes stílusban, kíméletlen alaposággal mutatja be az erősebbiknek vélt nemet.** A férfi maga a rendszerhiba, az evolúció átgondolatlan, sebtiben összetákolt találmánya. Gyártási folyamatának kulisszái mögé pillantva láthatjuk, hányféle buktatón át vezet az út, mire egyáltalán megszületik – az igazi bonyodalmak pedig csak ezután következnek. A férfit fenyegető legnagyobb veszély éppen saját maga. Ezt pedig nem véletlenül állítja a szerző. Ha közelebről megnézzük, milyenek a férfiak, bennünk sem marad sze-



mernyi kétely: a férfiak helyett a nők személyi számának kellene 1-essel kezdődnie.

Hölgyeim és uraim, **íme A FÉRFI tíz pontba szedve!**

- Potenciális pszichopata:** a hétköznapiokban szájkosarat hord, de ott szunnyad benne a gonosz.
- Izgága:** akik régen kiváló vadászak számítottak, ma egy percig nem bírnak nyugton ülni a tanórákon.
- Háziasíthatatlan:** arra lett kitalálva, hogy elsunnyogja az apaságot, és csak a megfelelő pillanatra vár, hogy dobbanthasson a családi idillből.
- A család mártírja:** a nap végére mindig annyira fáradt, hogy már nincs ereje a gyerekekkel vacakolni. Igaz, ahhoz még pont van, hogy megnézzon egy meccset, vagy összeröffenjen a haverokkal.
- Fogyóeszköz:** mivel lételeme a bajkeverés, könnyebben szerez sérüléseket, ráadásul nehezebben is gyógyul fel belőlük.
- Gyenge:** attól az influenzától, ami épp csak meglegyint egy nőt, egy férfi hetekre ágyának esik.
- Az evolúció legösszezapottabb terméke:** az Y-kromoszóma egy csökkent X, a férfi egy női hozzávalókból jól-rosszul összebarkácsolt lény.
- Lusta:** bár állandóan a szexen jár az esze, mióta feltalálták a netpornót, a lakásból sem kell kidugnia az orrát.
- Értetlen:** képtelen felfogni, hogy amikor a nő megkérdezi tőle, milyen volt a napja, arra egy szónál hosszabban kéne válaszolnia.
- Olyan, mint a székely viccek hőse:** a „szeretsz még?” kérdésre magától értetődően feleli, hogy „ha lesz változás, szólok”.

**A férfi hanyatlása és bukása** súlyos állításokat fogalmaz meg, és **nem ígér kész recepteket, sokkal inkább együttgondolkodásra hív.** Meglehető összefüggéseivel és vadonatúj nézőpontjaival A nő felemelkedése és tündöklése méltó párja.

(Jaffa)



DR. BIKFALVI RÉKA

EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ SZAKPSZICHOLOGUS, TRÉNER, GYÓGYSZERÉSZ

# Bizalomelixír

Tündérorszámban a „bizalomelixír” kapható lenne a Csodapatikában. Biztosan nagy lenne a kereslet és a fogyás.

Életünk minden területén jelen van a bizalom, áthatja tetteinket, befolyásolja kapcsolatainkat és hatással van a jövőnkre is. Nézzük meg, hogyan reklámozná e csodaszert a Csodapatika, **milyen hatással van a bizalom az egészségünkre.** Biztosan hivatkozna néhány szakmai érvre, ami a lélek és az egészség kapcsolatáról szól. Az egészségpszichológiai kutatásokban megvizsgálták, hogy az egészségesebb emberek, a jobb egészségügyi mutatókkal rendelkezők milyen személyiségjegyekkel rendelkeznek. Ezen vizsgálatokból derül fény az **egészségvédő személyiségjegyekre.** Patikusunk ezen vizsgálatok alapján állítja össze a bizalomelixír indikációit, javaslatait.

1. Az első legmegdöbbentőbb javallata a bizalomelixírnek, bizalombogyóknak az ősbizalom generikum, ami kora gyermekkori hiányt pótol.

Szakmai indoklása: A bizalom érzése életünk első évében alakul ki az Eriksoni fejlődéslélektan szerint. Az alap bizalmi szintet valóban az első kapcsolatunkon keresztül állítja be a lelkünk, annak tükrében, hogy **az anya hogyan viszonyult hozzánk.** Bizott-e önmagában, hogy ő elég jó anya ahhoz, hogy felneveljen, bízott-e bennünk, hogy mi képesek vagyunk a fejlődésre, és hitte-e azt, hogy úgy ahogy vagyunk, mi szerethetőek vagyunk. A kora gyermekkori beállítódásunkat gyűjtőnéven ősbizalomnak is nevezik, amiben az anyával kapcsolatos lenyomatokat, mintákat örizzük. Ezt az ősbizalombogyót csak az anya adhatja meg, hiányát később generikus készítményekkel pótolhatjuk. Amennyiben bizalombogyó nem áll rendelkezésre, a lelki munka segíthet, ahol új, bizalommal teli viszonyulási mintákat találhatunk magunknak.

2. A második indikációs terület az önmagunkba vetett hitet erősítheti.

A bizalom szó a **hit** szóval szoros kapcsolatban van. Azt, hogy hiszünk önmagunk erejében, van az a meggyőződésünk, hogy el tudjuk érni, amit szeretnénk, képesek vagyunk megtenni, amire vágyunk. Ezt szakmai nyelven **énhatékonyságnak** hívják. Ha hiszünk önmagunk erejében, azt ne beképzettségnek fogjuk fel, hanem mint egy természetes beállítódást. Összefügg azzal, hogy van kontrollunk az életünk felett, képesek vagyunk irányítani azt, ami módunkban áll. A kutatások szerint az, aki megéli, hogy tehet a saját egészségéért, elhiszi, hogy van lehetősége változtatni, az egészségesebb is. Ezt a hitet, hozzáállást **egészségkontrollnak** hívják.

Az önbizalom változó lehet témánként, így megtalálhatók azok a helyzetek, ahol jobban hiszünk önmagunkban. A jól működő területen elért sikereinkből táplálkozva átvihetjük a tudást olyan témákra, amelyekhez eddig kevesebb önbizalommal álltunk.

3. A harmadik indikációs területe a bizalomelixírnek megkönnyíti a kapcsolatainkat.

**A társakba vetett bizalom** alapján hisszük, hogy a másik jóindulattal közelít felénk, nem akar bántani. A bizalom-érzés összefügg a barátságossággal, mint az egyik fontos lelki egészségvédő hatás. Ez a pozitív érzés segít kapcsolódni a másikkal, átgördülni a nehezebb helyzeteken. Az igazat mondani, nyíltan, a teljes igazságot, következetesen viselkedni, rendelkezni a hozzáértés minden készségével, hogy igazán bizalomkeltők legyünk? Nem könnyű ennek megfelelni. Törekedni kell rá, ugyanakkor van, hogy ezek a receptorok sérülnek. Mivel a népi mondás szerint a bizalom

.....

5 BIZALOMRECEPTOR

1. Szavahihetőség
2. Hozzáértés
3. Következetesség
4. Lojalitás
5. Nyíltság

.....

törékeny, a csodaszertünk nagyon kapós lesz. Ne felejtjük el, hogy **a bizalmat helyreállítani nagy munka,** törődés és sok példamutatás kell hozzá, hogy a tiszteletből és a szeretetből bizalom alakuljon ki. Ahhoz, hogy bízban bennünk, higgyenek nekünk, hitelesnek kell látszanunk... Már megint a hit szó. Ahhoz, hogy

hitelesnek látszódjunk, összhangban kell hogy legyenek a gondolataink, az érzéseink és a tetteink. Minél jobban megismerjük önmagunkat, minél több szerepben leszünk önazonosak, annál hitelesebbek leszünk és bizalmat keltünk másokban. Ráadásul az önismeret ilyen mértéke növeli az úgynevezett énkomplexitást, ami szintén bizonyítottan egészségvédő hatású lelki tényező.

4. A negyedik indikációs területe a bizalomelixírnek boldogabbá és egészségesebbé tesz.

Ezt a nagygyűt csodapatikusunk a nagyon elcsigázott, szkeptikus vevőinél bátran bevetheti. **A jövőbe vetett bizalom,** az optimizmus, a hit abban, hogy jó fog bekövetkezni Friedman vizsgálata alapján az egészségi állapottal és a hosszú élettel pozitív kapcsolatban van. Hatás bizonyítva. Félreértés ne essék, ez nem a jól ismert „leszaram tableta”, hanem az a beállítódás, hogy jó fog következni, mindenben megtaláljuk majd a jót. Ha még ehhez a helyzet értelmét is megértjük, megtaláljuk magunknak, azzal még pluszban teszünk az egészségünkért, hiszen Antonovszky koherenciaérzése is egészségvédő lelki tényező.

Ősbizalompótlás, önmagunkba vetett hit, jó kapcsolatok, egészség és boldogság, hosszú élet? Ki tudna ennek ellenállni? A csodagyógyszer forgalma biztosított.

Addig is, amíg a tudomány nem találja fel a bizalomelixírt, élhetünk a meglévő lehetőségekkel. Fejlesztjük az önismeretünket, ezáltal a hitelességünket, optimista hozzáállásunkat, gondolhatjuk az egészségvédő lelki tényezőinket. ....



MAKAI GÁBOR

KLINIKAI SZAKPSZICHOLOGUS, PSZICHOTERAPEUTA, MPE KANDIDÁTUSA

# A bizalom tudatos döntés

Szinte már közhelyesnek tűnik az a szó, hogy bizalom. Rengeteg jó tanács egyike szokott lenni, hogy bízzál a másokban, bízzál önmagadban, bizalom nélkül nincs kapcsolat, de sorolhatnám még a példákat.

A bizalom szó több nyelven a hitet is jelenti pl. latin: fides, angol: faith, francia: foi. A hit tudományos szempontból nehezen megközelíthető fogalom. A hit kérdéseivel jellemzően a filozófia, ill. a teológia foglalkozik. A bizalom kérdése már jobban kutathatónak tűnik, ha abból indulunk ki, hogy a pszichológia a kapcsolatokban megmutatkozó bizalmat, ill. mint személyiségjellemzőt is évtizedek óta kutatja.

A bizalom jelenségét a pszichológián kívül más tudományok is igyekeztek körüljárni. Meghatározóival, következményeivel, okaival, hatásaival a társadalomtudományok egész sora foglalkozik: politikatudomány, szociológia, közgazdaságtudomány, jogtudomány.

A bizalom fogalmát több szempontból próbálták definiálni, amelyek a következők:

- A bizalom, mint egyéni elvárás azt jelenti, hogy egy esemény szerencsés, kívánatos kimenetelében hisz valaki.
- A bizalom felfogható interperszonális (társas) kapcsolatnak is. Itt a sebezhetőség (vulnerabilitás) kölcsönös elfogadása a központi tényező, amely alapján a kapcsolatban szereplő személyek kiteszik magukat annak a veszélynek, hogy a másik akár kárt is okozhat nekik, ugyanakkor ezt nem tudják kontrollálni.

- A bizalom lehet egy társas struktúrák által alkotott jelenség, amelynek célja, hogy biztosítsa a szavahihető, megbízható viselkedést.

- Az egységes definíció azonban nem született meg, ezért, ha össze kellene foglalni a fenti meghatározásokat, akkor így tennénk: a bizalom a társas kapcsolatokban az egyén részéről megmutatkozó pszichológiai jelenség (kognitív, viselkedéses és érzelmi), amelynek lényege az abban való hit, hogy a másik úgy fog megnyilvánulni (viselkedni, érezni, gondolkodni) velünk szemben, ahogyan azt várjuk tőle.

## A BIZALOM ÉS A LÉTHELYZETEK

A tranzakcióanalízis egyik jeles képviselője, Thomas Harris a hatvanas évek végén jelentette meg világhírű könyvét, amelynek címe: „*I'm OK – you're OK*”.

Írásában kifejti, hogy az emberek különböző léthelyzetekben élnek mindennapjaikat és ez a léthelyzet felelős különböző kóros pszichés működésért. A léthelyzetek azonban a bizalom kérdését is felvetik. A bizalom, mint önbizalom és a másik fél iránti bizalom a léthelyzetekben különbözőképpen alakul. A bizalom a léthelyzetekkel együtt a fejlődés során alakul ki.

### A NÉGY LÉTHELYZET

- Nem vagyok OK/OK vagy
- Nem vagyok OK/nem vagy OK
- OK vagyok/nem vagy OK
- OK vagyok/OK vagy

Nézzük végig a léthelyzeteket, azok kialakulását és összefüggéseiket a bizalom/bizalmatlanság jelenségével.

#### Nem vagyok OK/OK vagy

Harris szerint az első léthelyzet az, amibe mindnyájan beleszületünk. Újszülöttként, csecsemőként ki vagyunk szolgáltatva a környezetünknek, amely gondoskodik rólunk, hiszen mi magunk erre nem vagyunk képesek. A környezet pozitív megerősítést ad (támogató) nekünk. Megtapasztaljuk, hogy másokkal minden rendben van, bízhatunk bennük, azonban velünk semmi sincs rendben, hiszen nem vagyunk képesek azokra a dolgokra, mint mások.

#### Nem vagyok OK/nem vagy OK

A második léthelyzet akkor alakul ki, amikor a környezet nem támogató tovább a csecsemőből kisgyermekké, később felnőtté váló egyénnel. A kisgyermek megtanulja, hogy a környezet nincs rendben a továbbiakban, de azt érzi, hogy ő maga sincs rendben. A helyzet teljesen reménytelen számára, a személy senkiben sem bíz, még önmagában sem. Ez a léthelyzet könnyen vezet Harris szerint pszichés betegségekhez, szorongáshoz stb.



OK vagyok/nem vagy OK

A harmadik léthelyzet a bűnözők, pszichopáták léthelyzete, akik senkiben sem bíznak, csak önmagukban. A léthelyzet akkor alakul ki, amikor a gyermeket a csecsemőkor után brutális, bántalmazó szülők nevelik fel. Ebben az esetben „nyalogatni kezdi sebeit”, és önmagát vizsgálja. Így megtanulja, hogy a környezet nincs rendben, de ő maga rendben van, hiszen vigasztalást nyújthat saját magának.

OK vagyok/OK vagy

Ez az egészséges léthelyzet tudatos döntés eredménye. Az előző helyzetek tudattalan mechanizmusok során jönnek létre. A negyedik léthelyzet, amikor „én rendben vagyok, és te is rendben vagy”, azzal az élménnyel kell hogy párosuljon, miszerint felfedezzük saját rendben lévőségünket és úgy döntünk, hogy minden rendben van. Tulajdonképpen önbizalomra teszünk szert amellet, hogy másokban is bízunk. Harris elmélete alapján azt mondhatjuk, hogy a bizalom/bizalmatlanság tudattalanul alakul ki a környezetből szerzett pozitív, ill. negatív élményeink alapján. Az önbizalom és a bizalom együttese azonban tudatos döntésünk eredménye lesz.

Semmelweis Egyetem, Klinikai Pszichológia Tanszék

Hivatkozások

1. Döme László: *Személyiségzavarok*. Filum Kiadó, Budapest, 2001.
2. Dr. Budavári, Takács Ildikó: *A konfliktuskezelés technikái*. Szent István Egyetem, 2011.

**Van, ami nem várhat!**  
Enzimpótlás azonnal Lactase rágótablettával



**Hatóanyag:** 1 db rágótabletta 34,32 mg laktáz (2000 FCCU) tartalmú. **Javallat:** laktóz-tolerancia. **Ellenjavallat:** az alkotórészekkel szembeni gyógyszerérzékenység. **Adagolás:** laktóz tartalmú étkezést megelőzően elrágni. Egy rágótabletta 2 dl teljes tejben lévő laktóz (10 g) feldolgozásához elegendő. **Mellékhatás:** obstrúpció, túlzott érzékenységi reakció. **Gyógyszerkölcsönhatás:** Na- és K-ionok jelenléte fokozhatja a laktáz enzim aktivitását, Ca-ionok és nehézfémek in vitro gátolják az enzim aktivitását. **Lactase rágótabletta 100x térítési díj 2183 Ft\*** (fogy. ár: 4851 Ft; támogatás 55%: 2668 Ft). További szakmai információért kérjük, olvassa el az alkalmazási előíratot (222/04/41/08, 2009. okt. 5.), vagy hívja információs irodánkat: Strathmann KG képviselete. Telefon: (36-1) 320-2865, email: info@strathmann.hu • Az információ lezárásának időpontja: 2015. február 15.





BÁCSVÁN LÁSZLÓ  
SZOCIÁLPSZICHOLÓGUS

# Bizonytalanság – bizalom

Ha kapcsolataink során csalódunk valakiben, mert megszegi a köztünk lévő kimondott vagy ki nem mondott egyezséget, átejt minket, nemcsak a várt eredményt veszíthetjük el, hanem a másikba vetett bizalmunkat is. Márpedig a bizalom hiánya nyilvánvaló módon gyengíti az emberi kapcsolatokat, a kiscsoport, de a makrotársadalom szintjén is.

A társadalomtudomány klasszikusai még hittek abban, hogy a modern társadalom egyértelműen a racionalitás irányába változik, azaz a különböző szervezetek működését, és az ezekhez való személyes viszonyainkat is egyre kevésbé befolyásolják majd a hagyományok vagy az érzelmek. Max Weber például a racionális társadalmi cselekvés leírásán keresztül akarta értelmezni a társadalmi folyamatokat, mert a célok vagy értékek mentén folytatott ésszerű cselekvés elméletileg is jól megkonstruálható, és aztán csak az ettől az ideáltípustól való eltérést kell magyarázni. Például egy iskolaválasztásnál, ha a szülők a legközelebbi iskolát választják, az célszerű és érthető, ha a legjobbat, az is értékracionális, de ha egy közepeset elég messze, az már magyarázatot kíván. Mondjuk azt, hogy a szülők is oda jártak, és érzelmileg kötődnek a helyhez, és ez felülírja a pusztán racionalitást.

## SZEMÉLYES VISZONYAINK NEM CSUPÁN RACIONÁLISAK

Ám társas helyzetek és folyamatok nem írhatók le a közgazdaságtanéhoz hasonlatos, tisztán racionális, egyéni és csoportérdek vezérelte cselekvések eredőiként, legalább két okból.

- Egyfelől a különféle hagyományok, világnézetek és részben az ezekhez kapcsolódó érzelmi viszonyulások alapvetőek a modernítésben is, különösen a tömegtársadalmak korában.
- Másfelől pedig a jelen társadalmi már annyira komplex, sokszorosan strukturált rendszerek, hogy működésüket át sem látjuk, nem értjük (ahogy a tévénkét vagy laptopunkét sem, pusztán felhasználók vagyunk), így a racionális döntés helyébe sokszor az impulzív, hagyományt követő vagy érzelmi alapú választás lép.

Így aztán a technológia, a gazdaság, az állam és számtalan egyéb alrendszer afféle fekete dobozként működik, tudjuk (néha csak sejtjük), hogy adott bemenetre milyen kimenetet várhatunk, de a kettő közötti folyamat rejtély számunkra. Márpedig ez nem segít abban, hogy

kiszámíthatónak éljük meg saját világunkat, miközben a mindennapi élethez mégiscsak bízunk kell a számunkra kiszámíthatatlan környezetben, a hozzánk hasonlóan bizonytalan másokban.

## BIZALOM A KISZÁMÍTHATATLANBAN

Hogyan lehetséges akkor ez a bizalom? A szociálpszichológia többféle választ is ad erre a kérdésre, néhány példa közülük, a teljesség legcsekélyebb igénye nélkül.

A **hasonlóság elve** alapján, a csoporton/társadalmon belüli bizalom alapja az idegentől való zsigeri irtózás. Akit magunkhoz hasonlóan érzékelünk, abban eleve jobban bízunk, és valakiben persze mindig bízunk kell, hisz az ember társas lény, együttműködésre van ítélve.

Még hozzá a **speciális és diffúz bizalom** kettőssége mentén, ugyanis az a helyzet, hogy a modern társadalmakban elkülönül egymástól a konkrét személyek irányába megnyilvánuló

speciális, és a nagy társas rendszerekkel kapcsolatban érzett általános, diffúz bizalom. Ez a kettősség teszi stabilá a társadalmakat, mert az egyéni szinten megnyilvánuló bizalmatlanság mellett is létezik a nagy rendszerekbe vetett diffúz bizalom, melynek keretei között lehetségessé válik a konfliktusok konstruktív lejátszása. Vagyis átverhet minket egy szélhámos, mégsem kezdünk önbíráskodni (ami elterjedve szétverné a közösséget), mert általánosságban bízunk az igazságszolgáltatásban, és bár gyanakvóbbak leszünk, továbbra sem tekintünk mindenkit eleve szélhámosnak.

A **kognitív disszonancia redukciója** pedig arról szól, hogy ha valamilyen új információ vagy tapasztalat



ellentmond addigi elképzeléseinknek, akkor ez egy belső diszsonanciát okoz, melyet valamilyen módon csökkenteni igyekszünk. (Kizárjuk az új információt, elvetjük a régi elképzelést, megpróbáljuk összehangolni őket stb.) Társadalmi szinten, a bizalmi viszonyoknál ez úgy jelenhet meg, hogy egyfelől bízni akarunk (sőt muszáj bízunk) a másikban, másfelől pedig tudjuk, hogy nincs esélyünk ellenőrizni ennek megalapozottságát, nincsenek valódi igazságkritériumaink. Ezért meggyőzzük magunkat (sőt a különféle társadalmi intézmények meggyőznek minket), hogy joggal számíthatunk az orvosokra, építészekre, buszsofőrökre, mert kellően és ellenőrizetten kvalifikáltak a maguk területén, így nyugodtan szállhatunk buszra, vagy fekehetünk a műtőasztalra. Az ezzel ellentétes tapasztalatok aztán konkrét helyzettől függően alapjaiban ingatják meg bizalmunkat, vagy nem, ha hajlandóak vagyunk kivételnek tekinteni azokat. Az ellentétes tartalmak összebékítésénél tehát az is számít, hogy a speciális vagy a diffúz bizalom-e a meghatározóbb, hogy az orvostudományban és az egészségügyi rendszerben bízunk-e inkább, vagy csak személyesen Kovács doktorban. És ebben jelentős szerepe van a hitelességnek, és főképp annak a vélelemnek, hogy a kompetens másik nem hazudik nekünk. ●●●

Az emberek a bizalom alapján számítanak az orvos, a gyógyszerész, a buszsofőr tudására, de azt nincs esélyük ellenőrizni.

Az egészségügyben bíznak az emberek, vagy csak személyesen XY-ban?

#### Hivatkozások

1. Csepeli György: *Szociálpszichológia*. Osiris, Budapest, 1997.
2. Hankiss Ágnes: *A bizalom anatómiája*. Magvető, Budapest, 1978.
3. Siklaki István: *A meggyőzés pszichológiája*. Scientia Humana, Budapest, 1994.



SZALAI TAMÁS DÖMÖTÖR

PSZICHOLOGUS, CSALÁDTERAPEUTA, TANÁRSEGÉD, SE

# Pszichológusként a családban

A pszichológus lét rengeteg belső és külső elvárással, projekcióval terhelt. Az identitás olyan öltözete, amelyben a szakmai szerep formát ad a viselkedésnek és megvéd, de belül az ember gyakran sóvárog. Különösen összetett, a szerep ambivalenciája miatt nem ritkán erősen konfliktusos terület lehet a pszichológus és bármely másik segítő – orvos, pszichiáter, pszichoterapeuta, mentálhigiénés és szociális munkások – családi élete.

A pszichológus szerep izgalmas személyes és társas kettőst hordoz: a pszichológus oldaláról nem csupán védelmet adó álca, a másik kontrollálási vágyának meglágyított páncélja, hanem az emberi jelenlétet, információfeldolgozást, fejlődési utat és a saját identitás alapjait meghatározó szerep. A szakemberi szerepen való munkával a személyes identitás is formálódik, a szerep társasan elvárt elemei – legalábbis részben – beépülnek, az elvárásokra adott reakcióként ott lapulnak a terapeutában. A pszichológus lelki öltözete lehet egészen könnyű és flexibilis is, de sajnos könnyen a Reich-féle karakterpáncéllá alakulhat, nehéz, hideg harci jelmezzé. Fontos, hogy a tapasztalati és munkaeszköz ne váljon hiú, sémából formált maszkká.

## A KETTŐSSÉG DILEMMÁJA

A pszichológus saját magával és a környezetével való viszonyában is erős kettősség érezhető, folyamatosan változó asszociált majd disszociált működés jelenhet meg: ott kell lennie saját élményében, együtt érezni magával, de el is kell attól szakadni, megfigyelni, értelmezni, alakítani azt.

Hasonlóan kettős lehet a társas jelenléte: egyszerre van jelen empátiásan és elfogadón, őrizi és dolgozza a másik fájdalmát, de a szerepből fakadóan a megfigyelés távolságát legalább fluktuálva őriznie kell – hisz vár arra, hol lehet „javítani”. Talán itt a szerep egyik legfeltűnőbb kettőse, hogyha a segítő szándékot egy intervallumként képzeljük el: annak egyik pólusán a legtisztább, megtartó, szenvedéseket enyhítő odafordulás áll, a pszichológus lét esszenciája, a másik végpontján viszont a magából kitörni nem képes, szorongó, beképzelt ember olthatatlan frusztrációja, amit a másik kritikai megfigyelésébe, nárcisztikus megjavítási vágyába olt.

Valószínűleg épp ezért ugyanilyen kettős a pszichológus megélése a család oldaláról, mint maga a szerep: bár sok családtagot, különösen a szövetsége holdudvarában állókat segíti és megnyugtatja, másrésztől jelenléte – mivel feltételezhetően picit „külön áll és lát” – jó eséllyel lehet félelmet keltő, szenzitívebb családi időszakokban

óvatosságra intő, paranoid asszociációkat hívó is. Az, hogy a család milyen elvárásokkal és projekciókkal bír a pszichológus családtag felé, alapvető kihívások elé állítja annak személyiségét, de meghatározhatja a pszichológus családi működésmódját is. Ebben a helyzetben nehéz nem belecsúszni a szerepből fakadó játszmákba vagy teljes rezisztenciába, mivel a szerepben rengeteg delegáció működhet: „Gyere, legyél velem! Hallgass meg! Érts meg mindig! Támogass! Mondd, hogy igazam van! Ugye? Na!” Amíg a család sokszor elvárhatja, hogy a személy a támogatás értelmében pszichológus legyen, máskor – főleg, ha valamely családtag veszélyeztetve érzi magát – tiltják a pszichológusként működést. „*Ne játszd velem a terapeutát! Ne kezelj a betegednek! Ne hallgass! Mondj már valamit!*” A szerep tehát nemcsak belülről hívhatja a meghasonlást, hanem a külső elvárások függvényében is. Talán a pszichológusi szerep akkor a legtisztább, ha olyan, mint a király új ruhája: nem látszik, a maga meztelenségében közlekedik benne az ember.

## CSALÁDI TITKOK ÉS INTIMITÁS KEZELÉSE

Ennek ellenére, hiába transzparens és emberi az illető, a család pszichológus tagjának lenni hordoz más kényes jellemzőket, főként a titkok kérdésében. Minden családban, életben, rendelőben vannak titkok, s mintha ez a szerep hívná azt, hogy az emberre titkokat bízzanak. Míg a tanácsadási vagy terápiás folyamatban ezeket egy távoli személy adja a pszichológus kezébe, titoktartási kötelezettség és definiált szabályok mellett, addig a családban a titkok kezelése mindig homályos és sok rétegen szőtt. Vajon a szakember a titkokba avatással a megosztott vagy a megosztatlan, felszínen tiltott családi tudat részese lesz? Netán azért bízták rá, mert valakinek eljárt a szája, és könnyíteni akart a lelkén? Szenvedett a titok miatti izolációban a titok nyomorának nyomásában, és érvényesítő társat keresett? A család terapeutájaként titkot őrizni kemény szolgálat, amely egyben a fájdalom közössége, s vigyázat: mint ilyen, a szövetség, vagy még inkább a koalíció melegágya. A család pszichológus tagja ezért nem hallgat olyan szívesen és érdeklődve tit-

kokat, mint a rendelőben, mert azok nem az izgalom és megfajtás, hanem a teher és szomorúság nyelvén szólnak. Újabb nehézséget szül, hogyha az ilyen intim beszélgetésekről kívülről azt hiszik, ez koalíció, pedig ez egyszer a pszichológus, mint a család ragasztóanyaga, demokratikus kiskövete járt el, aki próbálja segíteni az elesettet.

A gyenge és szomorú családtag vigasztalásával persze saját bizonytalanságán és melankóliáján próbálhat túljutni, a valóban hű szeretet mellett. Ez iszonyú mély, kényszerítő erejű rendeltetés lehet, a szerep motorja. Viszont aki gyakran forgolódik a sár körül, az előbb-utóbb sáros lesz. Ha a pszichológus nem kerül a családi háromszögellések és lojalitáskonfliktusok csataterére, viselkedése akkor is állhat a család hiedelemrendszerének hatása alatt. *„Mi mindig összetartunk, itt mindenki egyetért, itt mindenkit muszáj támogatni, erősíteni.”* A családi érzelm- és hiedelemvilág pedig, mint medúza testét a víz, feltöltheti a szerepviselkedést. A családtagok által megélt szomorúság, gyász, elesettség talán a segítői személyiség, és a pszichológus szerep egyik legkorábbi és legfőbb mozgatója.

## SZEREPEM KÍVÜL, VAGY BELÜL?

Nem önálvetés ez, még csak nem is kizárólag a bizonytalan szelf külső megerősítésekre bízása – jó vagyok, mert segíthettem neked –, hanem talán részben az önfeláldozás séma, amelynek nyilvánvalóan sok egoisztikus, a saját stabilitást célzó vonása van.

Gondolhatunk arra is, hogy a pszichológusszerep egy korai családi megágyazottsága, ha valamelyik családtagunk, különösen szülőnk elesett, például anya mindig szomorú, vagy apának soha nem ennek a dolgok. Így ő megsajnálja a szülőt, felelősnek érzi magát, akar valamit tenni érte, vigasztalni. Egyúttal, mivel a szülő a szomorúságában, elesettségében nem tud kellő kiegyensúlyozottságot, erőt, megtartást adni, de a gyerek rátanul arra, hogyan óvhatja meg, vidíthatja fel szülőjét, annak jobb hangulatával ő maga is fellélegezhet. A család pszichológus tagja tehát könnyen kondicionálódhat arra, hogy az átlagosnál jobban kiszolgáltassa magát családi szorongásnak, ahogy egy gyermek is elbizonytalanodik szenvedő szülője láttán. Ebben az esetben a monitorozás és vigasztalás, amely a felnőtt pszichológusszerep kiemelt eleme, már korán a saját lelki stabilitás helyreállítását is szolgálja: *„Akkor vagyok jól, ha végre te is jól vagy.”* Kifejezetten megdöbbentő lehet a családtagok számára, mikor a személy túlterhelődik ezzel a saját maga vállalta funkcióval, és irritáltan kitör, vagy cinikusan visszahúzódnak lesz.

Dönteni persze lehet időben is, nehogy a pszichológus érezze magát a „funkcionális szelf”-nek, a másikat a „no szelf”-nek, vagy kiégése esetében fordítva. Túl sok a meghasonlást hozó motivációs algoritmus. A családi alkalmazkodás során az olyan készségek szerzése, amelyek a szakmai alkalmasságot is nagyon megsegítik, vagy épp olyan viselkedéses részletek eltanulása, amik a túlzott szenzitivitás, irritabilitás és a meg nem munkált családi áttételek esetén szinte ellehetetlenítik a későbbi megfelelő pszichológusszerepet. A pszichológus vagy terapeuta lét félelmeket, az önérvényesítéssel kapcsolatos ambivalenciát rejthet – hisz ki is bújna egyébként a hallgatás mögé beszéd helyett? Másrészt kiváltságos szerep, mivel sokan a családban is hajlamosak úgy

kezeleni, mint a bizalom, intimitás, támogatás partnerét. Ez az áttétel önmagában erősíti a pszichológus személyes fontosságérzését, aminél gyakran kevés nagyobb szükséglete van az életben. Érdemes ezért feltenni a kérdést, vajon családi delegáció vagy a pszichológus belső igénye volt azzá válni, aki? A család pszichológusszerephez fűződő viselkedéselemei tehát nagyon sok előnyhöz is juttatják a terapeutát, talán annak szeretet- és közelség-szükségletét is pótolják.

Ezen a szerepen keresztül a másik lény gyönyörű, megközelítendő jelenség, de veszélyeztetett, érzékeny építmény is. A pszichológus – ha olyan kedvében van – szeret cirógni: jónak érzi magát közben és a kapcsolatot biztonságosnak, amely alapvető kötődési igénye. Ha viszont harc van, vigyázni kell, hogy a pszichológus szemüvege ne váljon élessé, kegyetlenné, a csöndes emberek belső bosszújává. Sok a szorongás a pszichológusszerepben, és a családban is szét tudja ezt fecskendezni, ha nem erre ügyel. Míg sokszor stresszelnyelő és puffer szerepű, máskor működéséből fakadóan annak generátora. A pszichológus feladata ezért **a családban csak és kizárólag akkor lenni terapeutának, ha ezen múlik a túlélés.** Minden más helyzetben el kell felejtetni a természetes jelenlétet gátló működést, és jovialis, az ingereket magán közvetlenül hatni engedő, érzéseit kimondó emberként élni. A pszichológus egyéni és családi feladata ezért, amellett, hogy hiteles marad, átlépni saját érzelmi korlátain, és nyugodt, stabil személynek maradni. Ding an Sich. Nem megmondónak, nem hallgatónak, nem szakembernek. A családnak egyszerű, tiszta építőkövek kellene, direkttség, nyíltság, folyamatos párbeszéd. Nem az állandó tökéletesség, hanem a kevés rossz. Amíg a pszichológus a családban szerepszemélyisége mögé lép, talán soha nem lehet valódi egységben, egyenlőségben.

Feladata ki is lépni ebből a szerepből. Ez jóval kevesebb konfliktust okoz, mint a szerepben ragadtság. Ha sikerül, egységesebb, boldogabb, és nem utolsó sorban természetesebb, így valódi emberségével bevonhatóbb lesz. Ha hiperkorrektek leszünk, túl optimálisan működünk, az is halkan elroncsolja a környezetünket. Így a pszichológus olykor úgy is konfliktust okozhat, mikor mindig rendes és neutrális, ezért a másinak bűntudata van. Mások fogást nem engedő aszertivitással „elsőpri” partnerét, gyerekét, anélkül, hogy mérgesnek szabadna rá lennie. Közben tehát úgy viselkedik, ahogy egy én-ideálhoz köthető érzés vezérelheti, súlyos hibákat ejthet.

Ennek ellenére érdemes lehet megtartani a pszichológus identitás egyes elemeit, ha kell, a családban is: okosnak, nyugodtnak maradni, ha a rendszer sérül, és szelídek, ha konfliktus van. Talán nem érdemes eleve elvetni a tiszta működés tanult és tapasztalt alapelveit, de feltétlenül fontos levetni a szakmaválasztásban rejlő páncélt, az identitásba szivárgó játszmát, a sérthetetlenség élményére hajazó helyzeti előnyöket. Néhol meghúzni a határokat, máshol elengedni azokat. Úgy lenni terapeutának, hogy soha többé senkinek ne jusson eszébe, hogy ő az – főleg nem a családjában. Arra is gondolhatunk, hogy nem lehetünk pszichológusként a család valódi tagjai, ha az ember van belül és a szerep pedig köztünk és a család közt. Hanem egyedül úgy, ha belül marad a szerep, és kívül pedig az ember.

•••

Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet



SOMA MAMAGÉSA  
ÉLETMÓD-TERAPEUTA

# Hitrendszer hálójában

## Avagy szabadulás a támogató közösség gyógyító erejével

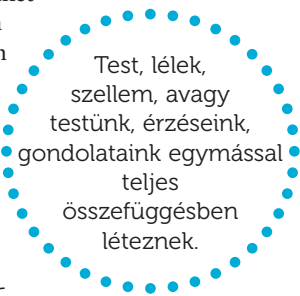
Legutóbbi írásomban – ahol elsősorban a nőgyógyászati rák lehetséges okairól írtam – azt ígértem, hogy most a legszívmengetőbb személyes történésekkel, és a nőket megbetegítő, lehúzó hitrendszerekkel folytatom a női onkológia témában az írásom. Íme a történetek.

**E**lőször a nőiséggel kapcsolatos hitrendszerekről írnék, amiket nem egyedül találtam ki és írtam össze, hanem több száz nőársamat kérdeztem ki, hogy melyek azok a régről hozott, beivódott hitrendszerek, amelyekről úgy érzik, hogy nemcsak lejártak, hanem blokkolók és lehúzóak is. Persze jogosan tehetjük föl a kérdést, hogyan jön mindez a női onkológia témába. Ahogy azt korábban írtam: „*tudjuk jól: a hitrendszerek meghatározzák a gondolatainkat, a gondolatok az érzéseinket, azok hatnak az energiaszintünkre, majd a testünkre.*” A betegségek lehetséges lelki okairól számtalan könyv jelent már meg, egyre több helyen nyitnak ma már a nyugati orvoslásban is a pszichoszomatikus megközelítés felé. Én most a gondolkodás és a gondolatok, a hitrendszerek érzéseinket meghatározó erejére hívnám föl a figyelmet, hiszen abban a csodálatos szóban, hogy „egészség”, benne van az, hogy EGÉSZ, vagyis hogy egészében kell hogy lássuk, nézzük az embert. Nos, nézzük, mik azok a hitrendszerek, gondolatok, amiket a ma női a legtípikusabbnak tartanak, és amiktől már egyre többen szabadulni szeretnének.

- Az igazi nőnek van gyereke.
- Az igazi nő hüvelyi úton szül.
- 30 éves korig optimális férjhez menni és szülni.
- A jó anya sokáig szoptat.
- A rendes nő nem csálja meg a párját.
- A rendes nő erkölcsös és a szexben nem gátlástalan.
- A jó anya tud és szeret főzni.
- Az igazi nő hagyja magát irányítani.
- Az erős nő tűr és visel.
- Asszony verve, pénz számolva.
- Asszonynak hallgass a neve.

Félre ne értsenek, nem azt mondom ezzel, hogy nem fontos és értékes szülni, sőt, ha lehet háborítatlanul és

hüvelyi úton, vagy hogy nem nagyszerű szoptatni, vagy főzni tudni, hűnek és erősnek lenni stb., hanem azt, hogy **a XXI. század női már egyre inkább a saját életüket szeretnék élni.** Nem a másoknak való megfelelni vágyásból szeretnének akármilyenek is lenni, hanem a saját, legbelső döntéseikből fakadóan. Az elmúlt kétezzer év patriarchális időszaka annyi fájdalmat, lemondást, különféle jogoktól való megfosztottságot, alárendeltség- és kihasználtság-érzést gyűjtött össze a nőkben, hogy a ma női ha nem tudnak ebből kilépni, az testüket-lelküket megbetegíti. A már említett Női Teljesség Csoportomban (NTCS) kérdőív formájában is kikérdeztem a részt vevő, jelenleg épp rákos, vagy abból meggyógyult, illetve attól féltő nőket arról, hogy mennyire szeretik, fogadták el magukat, illetve mi mindent hoztak az anyukájuktól, és hogyan érznek iránta. És egyáltalán: **hogyan élnek meg a saját nőiségüket.** Azt kell hogy mondjam: komoly tisztogatnivalóink vannak minden szinten! (Ézt nyilván a férfiak is elmondhatják, még ha más szempontok szerint is, de az írás most nem róluk szól. Bár össze vagyunk egymással kapcsolva, így valahol ez őket is érinti.) A nők nagy százalékban jelezték vissza azt (és nem csak ebben a csoportomban), hogy nagyon terhelőnek élik meg a rengeteg rájuk rakódó elvárást. Miközben persze csodálatos, hogy talán még soha ennyire nem teljesedhetett ki a nő a minőségében, a szerepében, mint napjainkban. De ahhoz, hogy a ma női kiteljesedhessenek, vagyis egészségesek legyenek, tudniuk kell elengedni rengeteg hitrendszert, elvárást, amelyek ennek megvalósulásában akadályozzák őket. És mivel a nőgyógyászati rák jellemzően érinti a belső nemi szerveket, ezért a nőknek a szexualitásuk, saját nemiségük megélésében is bátrabbnak, önérvényesítőbbnek kell lenniük. (A szégyenek elengedéséről korábban írtam.) Egyszerűen szólva: **el kell tudni engedni a „rosszlányságtól” való félelmeket is, ami nem egyenlő azzal, hogy „rossz lányok” legyenek.** Emellett érdemes elengedni az „ahhoz, hogy elég jó legyek, jó nőnek kell lennem” illúziót is. Azt látom (és ez a férfiakra is épp így vonatkozik), egyre inkább nyomja



és betegíti az embereket az a tévhit, hogy nem „elég” jók.

(A média hamis szépségideáljai ezt csak fokozzák.)

Hihetetlenül ki vagyunk éhezve az önmagunk feltétel nélküli elfogadására! És most jöjjön egy

rövid, nagyon személyes valómás attól a nőtársamtól, aki miután levették az egyik mellét, éveken át azt hitte, már nem lehet igazi, az életét élvezni tudó, élvezni merő nő, és hogy ráadásul ezt az egészet egyedül kell végigcsinálnia. (Ez is egy téves hitrendszer.)

## A CSOPORT EREJE

Bizony, egy ilyen elfogadó, szeretettelgi légkör már elindítja az öngyógyító folyamatokat. Merthogy van egy ilyen csodálatos, velünk született képességünk. És eljött az ideje, hogy beszöjsem az ígért személyes történeteket is. Amikor 8. hónapja dolgoztam a Női Teljesség Csoporttal, eljutottunk a bizalomban és egymás elfogadásában, megértésében oda, hogy kívül-belül lemeztelenedhessünk egymás előtt. Önmagunk teljes felvállalása hatalmas erőket képes adni, tapasztalatból mondom. Ez konkrétan azt jelentette, hogy meztelenre vetkőzve mutattuk meg egymásnak azt a testünkön, amit nem szeretünk magunkon, akár a jelenben, akár a múltban. Azon testrészeinket, amiket nehéz volt elfogadni valamiért. Ott láttam a legtöbb heget, sebet, műtéti nyomokat, kinyúlt bőrfelületet. Ezt a „gyakorlatot” korábban női táboromban egészséges nőekkel is megéltem. Döbbenetes volt szembesülni azzal, hogy a külvilág által is sugárzott női szépségideál hogyan nyomorítja meg a nőket. Mi mindenről gondolják, hiszik nőtársaim, hogy nem elég jó, nem elég szép bennük, rajtuk valami. Ebben a testi-lelki lemeztelenedésben valahogy mindenki széppé vált, és éreztem, hogy nem csak az én szememben. Most is látom magam előtt azt az anyát, akinek a kis vékony, hajlott hátán a gerince mentén hosszú műtéti vágás nyoma látszott, vagy azt a nőt, akinek a bal melle levétele után további komplikációk és műtétek jöttek, és ez hogyan hagyott nyomot a testén. De leginkább az érzésre jó visszaemlékezni, ami abban az elfogadó térben kialakult köztünk.

A csoporttal való kapcsolódást a rendszeres közös esti meditációk is nagyban segítették. Ez arról szólt, hogy rendszeresen (hónapokon át) kiválasztottunk 4-5 nőtársunkat, akikről vagy úgy gondoltuk, hogy jól jönnek nekik a közös energiaküldés, vagy ők maguk kérték ezt. Lelevezeltük a napot, az adott időpontot, és a személyek sorrendjét. A meditációra vonatkozó instrukció pedig csak annyi volt, hogy próbáljuk meg nőtársunkat abban az állapotban látni, amikor egészséges, étellel teli, amikor minden rendben van vele, boldog, jól érzi magát

„Az első műtétem után sokáig meg sem mertem nézni, hogy néz ki a csonkított mellem. Aztán lassan hozzászoktam a látványhoz. Egyfolytában az járt az eszemben, ha elérkezik az idő, azonnal plasztikai sebészhez megyek és rendbe hozatom. Aztán plasztikai sebész helyett, újabb műtét következett, ahol már le kellett venni a mellem. Senkinek, még az ellenségemnek sem (bár az nincs is) kívánom azt az érzést, amikor felébredtem az altatásból és megláttam magam. Aztán újra a plasztikai műtét éltetett, de ez a pillanat volt, amiszállt a bőröm miatt. Szerintem az a pillanat volt, amikor bezárult bennem egy kapu, és megszüntem nő lenni. Egyszerűen csak éltem, mint egy ember, és folyamatosan az járt a fejemben, hogy nekem már mindegy. Én már soha többé nem leszek az a csajzi, aki voltam. Bezárkóztam, nem szívesen jártam sehova, kerültem az embereket, elvoltam a magam kis világában. Ezeket persze sokat »segített« a kemó is, mivel érzéketlenné tesz, előrehozott klimaxot okoz stb. Legalábbis ezt súlykoltá belém az orvosom is. Úgy képzeljétek el, én 3 évig még új ruhákat sem vettem magamnak, mert mikor megtetszett valami, csak annyit mondtam, hogy »minek?«, nem kell ez már nekem. Ez év elején viszont történt valami megmagyarázhatatlan dolog velem. Kirajzolódott magamról egy kép, ahogy ülök egy kényelmes, sötét, meleg kis gödörben összegörnyedve, szépen betakargatva finom homokkal. De én már ki akarok törni ebből a gödörből, és újra nő szeretnék lenni, újra élni szeretnék! Elkezdtem felegyenesedni, kikukkantani a gödörből, és kezdtem meglátni a barátokat, akik körülvettem, de nekem eddig nem kellett. Most tudtam csak meg, hogy mennyien szeretnek, és melletttem állnak. Még mostanában is előfordul, hogy visszakíváncozom a meleg kis gödörbe, és valami mindig segít, és a szélén megállok. Viszont arra is rájöttem, hogy egyedül nagyon nehéz talpon maradni, el kell fogadjam a segítséget, amit 4 évig nagyon sikeresen eltaporttam magamtól. Ezért jöttem ebbe a csoportba, és egyre jobban érzem, mennyire segít, mennyit és gyógyít ez az elfogadás, amit itt megélek.”

a bőrében. Nyilván sokan vannak, akik úgy gondolják, ennek semmi jelentősége nincs. Nos, csak azt tudom mondani, próbálják ki! Nekem 7 éve van egy barátnői csoportom (10 nőtől áll velem együtt, „Bővérek”-nek neveztük el magunkat), évek óta velük is csinálom ezt. Aki bajban van, akinek gyógyulás, plusz energia kell, ugyanígy kiválasztjuk, és megbeszéljük, hogy adott időpontban (bárhon is legyünk) rágondolunk. Íme két visszajelzés ezekről a közös egymásra gondolásokról:

„Mivel nem tudtam, mit kellene tennem, először meditálni kezdtem. Véletlenszerű választásom egy belső gyermek meditációra esett és most először potyogtak a könnyeim. Utána vártam, csendesen és éreztem, hogy »itt vagytok«, egyre erősödött a boldogság körülöttem. Régióta nem tudtam meditálni, most sikerült teljes mértékben elmélyülnöm, elcsendesednem. Egy gyógyító meditációt hallgattam (ezt csak fejhallgatóval érdemes, de úgy mindenképp: <http://www.youtube.com/watch?v=j2smivRDSxQ>)  
Egyre több energia áramlott, aztán hirtelen megdöbbször, »megmagyarázhatatlan« esemény történt: tűzforró lett a mellkasom. Ha más meséli, talán el se hiszem, csodálatos élmény volt. Behunyva szemmel feküdtem, de úgy éreztem, tele van tűzforró fényvel a szívem, s onnan árad ki, messze-messze. Megnéztem az órát, ekkorra volt fél 10. Még pár percig feküdtem, aztán kijöttem a nappaliba a családomhoz. Mintha ők is át lettek volna hangolva, érdekes volt, sokkal jobb kedvük volt, mint előtte fél órával. Hajnali kettőig szinte »lebegtem«, nem bírtam aludni, s a lánykám sem.”

„Köszönöm Mindenkinek a tegnapi meditációt! 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... Éreztem a rengeteg szeretetet, ami tölettek érkezett. Olyasmi békés, boldog érzés volt, mint mikor elcsitul minden hajnalban, épp mielőtt csicseregni kezdenének a madarak. Ezúttal nagyon határozottan sikerült látnom magam egészen ségesen és boldogan. Épp úgy, ahogy többször leír- tátok. Köszönöm Nektek!  
Andi, úgy láttalak magam előtt, ahogy a fotón ülsz a székben. Majd kicsattantál az egészségtől, nagyon boldog voltál, sőt, kacagtál. Teljesen kiegyensúlyozottnak láttalak, egy szeretett személynek. Küldtem neked egy nagy, baráti ölelést. Aztán láttam magam előtt, hogy együtt örülnök veled az egész csoporttal, mert teljesen egészséges vagy.”

És ami a gyönyörű, a „csoda”, hogy ezek az együttlétek szinte minden esetben hoztak pozitív változást. Eszembe jut, amit második mesterem, Szepes Mária írt egy könyvében: „Az egyetlen realitás a csoda.” Ez azt jelenti, hogy amikor a csoda megtörténik, abban a pillanatban akarva vagy akaratlanul, de el tudjuk engedni a korlátozó hitrendszerünket, és eggyé válhatunk azzal, aminek mindannyian részei és részesei vagyunk.



**KOZÁKNÉ STANDOVÁR SÁRA**

GYERMEK ÉS IFJÚSÁGI MENTÁLHIGIÉNÉS  
ÉS KLINIKAI SZAKPSZICHOLOGUS

## Gyermek- onkológia

Bár azt gondolnánk, hogy a betegségek csak az időseket, felnőtteket érintik, azzal kell szembesülnünk, hogy a gyerekek is megbetegedhetnek, még akár krónikus betegséggel is. Nincs ez másképp a daganatos megbetegedésekkel sem.

**A**zt érdemes tudni, hogy gyermekek esetében teljesen másmilyen a betegség lefolyása, működése, mint a felnőtteknél.

Ez amiatt lehetséges, hogy a gyerekek szervezete folyamatos fejlődésben van, így maga a daganatos megbetegedés is más helyeken jelenik meg gyakrabban, más a prognózisa, más terápiát is javasolnak. Gyermekekben a szervezet jól reagál a gyógyszerekre, ám

fontos azt is szem előtt tartani, hogy a fejlődés miatt hamar szóródhat is a betegség, így gyorsan kell elkezdni a terápiát. Mivel az immunrendszerünk, az endokrin rendszerünk és az idegrendszerünk kölcsönhatásban vannak, ezért tudatosan is tudunk tenni nemcsak azért, hogy kisebb valószínűséggel alakuljon ki daganatos betegség, hanem azért is, hogy a gyógyulás hatékonyabb legyen, és minél kevesebb járulékos nehézséggel járjon. A pszichoneuroimmunológia transzdiszciplináris (több tudományterületet is magába foglaló) területe foglalkozik ezzel a témával.

Bár a genetika is nagy szerepet játszik a betegség kialakulásában, nagyon fontos a betegség pszichés hátterére is rávilágítani.

### KÖTŐDÉS=KAPOCS AZ ÉLETHEZ

A megbetegedett személyek között nagy különbség tud kialakulni erőforrásaik mentén. A gyerek gyógyításában részt vevő felnőttek fontos feladata, hogy a gyógyszeres, orvosi segítség mellett a pszichés támogatás lehetőségét is minél inkább kihasználják.

Ugyanis ennek hatására sok olyan erőforrással gazdagodhat a gyermek, és a családja is, amely segíti a felépülésben, illetve a betegség folyamatában, vagy szükség esetén a családot a gyászfeldolgozásban. Az egyik ilyen tényező a kötődés. Kora gyermekkorban alakul ki az anya, de az apa felé is, illetve a közel álló gondozó személyek felé. Megkülönböztetünk **biztonságos kötődést, és bizonytalan kötődést** is. Az előbbi abban segíti a gyermeket, hogy megfelelő biztonságérzete alakuljon ki, képes legyen kapcsolatokra, jobb megküzdésre a stresszel szemben, és az érzelmek szabályozásában, értelmezésében is jobban teljesít. Az a gyerek, aki ezt a biztonságos kötődést képes volt kialakítani, testi szinten is jobban kezeli a feszültséget, és jobb megküzdésre, copingra képes. Egy másik tényező, mely segíti a gyermeket (és a felnőttet) a betegséggel való megküzdésben (vagy akár már a traumával kapcsolatban), a társas támogatás. Itt nem a társaság, a család mennyisége a mérvadó, hanem érzelmi támogatásuk, jelenlétük, megértésük.

## LÁTHATATLAN GYÓGYSZEREK

Három pszichológiai komponenst szeretnék még kiemelni, amelyek erőforrásként lehetnek jelen, és befolyásolhatják a betegség kimenetelét. A kontroll, a megküzdés, és az affektivitás (érzelmi, élményszintű megélése a helyzetnek). Mindhárom olyan képesség, mely fejleszthető.

- A **kontroll** meglete persze függ a helyzettől is, mert pl. a betegség megjelenése, egy negatív esemény bekövetkezése olyan lehet, amely a személytől független, nem áll az irányítása alatt. Mégis kontrollérzetet meríthet abból, ha elhiszi, hogy a betegség lefolyását, a gyógyulás útját, vagy akár a kimenetelét befolyásolhatja.
- Itt át is térhetünk a **megküzdésre**. Ugyanis a kontrollérzet erősödésével a megküzdési stratégiák is jobban érvényesülnek. Megkülönböztetünk problémafókuszú, és érzelemfókuszú megküzdést. Az előbbi célirányosabb, feladatorientáltabb, és a helyzet megoldására fókuszál. Ötletel, átgondol, rugalmasan változtat, ha kell. A kudarc után új lehetőségeket keres. Az érzelemfókuszú megküzdés az érzések szintjén marad. Ez főképp olyan helyzetekben lehet hasznos, ha pl. a betegséggel és a terápiával kapcsolatos negatív eseményeket nem lehet megváltoztatni, de az érzelmi átélést segít áthangolni, „túlélni”.
- A betegség kapcsán nagyon fontos, hogy az **affektivitás**, vagyis ez az érzelmi megélése is előtérbe kerülhessen. Hiszen kimondatlanul ott rejtőzik a folyamatos félelem, a kétségbeesés, a harag. A megküzdés része, hogy a beteg képes ezeket átformálni, de előtte lehetőséget kell adni, hogy megélje, kifejezze a negatív dolgokat is a betegségen áteső személy. Így tudnak egyre jobban előtérbe kerülni a pozitív érzések és élmények is.

## A GYEREK EGY KÜLÖN KATEGÓRIA

Gyerek esetében több szempontból is nehéz szembe nézni a betegséggel: az élet értelmét kérdőjelezzük meg azzal, hogy miért egy gyermeknek kell találkoznia egy ilyen kaliberű betegséggel. Így a család is lesújtva, erejét vesztve érzi magát. Már hátrányból indul a gyermek, mert a társas támogatása nem tud olyan mértékűvé válni a közös traumában. Aztán ha az előbb felsorolt kompetenciákra gondolunk: megküzdés, kontroll. Ezek olyan képességek, amelyeket a gyerek még épp hogy elkezdett gyakorolni – jó esetben. Így a betegség megjelenését követően nagyon fontos a gyermek és a család mögé beállnia a szakembereknek, megfelelő orvosi, és pszichés támogatás felé irányítani, hogy a gyermek és a család is felépüljön. Erre vannak táborkok, vagy családterápiába, vagy szupportív terápiába kezdhet az arra nyitott család, a gyermek. Így van lehetőség a megküzdési stratégiákat, kontrollérzetet, és így az erőforrásokat növelni, hogy együttesen összefogva nagyobb eséllyel induljanak harcba.

Fontos hogy a pozitív gondolkodást és erőforrások növelését ne hitegetésként lássák. A negatív élményeknek, érzéseknek, vagy az életkilátások latolgatásának meg kell találni a helyét. Fontos mindig megtalálni, hogy melyik terápia a legmegfelelőbb: stresszkezelés, relaxáció, hipnózis, vagy támogató-expresszív terápia, élményterápia az erőmozgósítására, vagy traumafeldolgozás. Mindenki meg tudja találni, hogy számára mi a legmegfelelőbb, és az aktuális élethelyzetben mire van a legnagyobb szükség.

A betegség során van pár olyan stádium, amikor különösen érzékeny a gyermek és a család is. Ilyenkor fontos, hogy a szakemberek észrevegyék, ha krízishelyzet alakult ki.

A következő időpontok lehetnek ilyenek.

- Diagnózis megismerése
- Terápia kezdete
- Szövődmények jelentkezése
- Intenzív kezelés befejezése
- Áttét megjelenése
- Visszaesés
- Pályaválasztás
- Párválasztás
- Gyermekvállalás

Ezekben a helyzetekben a család részéről is nagyobb elfogadásra van szükség, és igény szerint pszichológus bevonására.

A daganatos megbetegedések megjelenése senkinél sem örömteli esemény. Ez még inkább így van a gyerekek esetében. Még akkor is, ha esetleg fel sem fogják még igazán, hogy mi történik. Sok esetben a procedúra lefolyása a nehéz számukra, illetve a család leterheltsége, kimerülése. Azonban az erőforrások mozgósításával rengeteget lehet változtatni a helyzeten. Nem szégyen segítséget, kísértőt kérni ezen az úton, mert rengeteg múhat rajta.



DR. GYÖRFFY ZSUZSA PHD  
EGYETEMI ADJUNKTUS, SE

## Az üvegplafon ...és ami alatta van

Szinte már közhelyszerű, hogy az orvosi hivatás egyre inkább „elnőiesedik”. Ez a jelenség nem új keletű folyamat. De ez vajon a hivatás egészére jellemző?

Az elmúlt évtizedekben az orvosnők száma dinamikusan emelkedik, látványos a növekedés például az Egyesült Államokban, ahol 50 évvel ezelőtt a nők aránya az egyetemeken 10% körül mozgott, míg ma a hallgatók több mint fele nő.

Érdekes tendencia rajzolódik ki az orvoslás iránti érdeklődés tekintetében: míg az 1950-es és '60-as években egyértelmű a férfitolóbblet az orvosegyetemekre jelentkezők körében, s az 1970–1980-as években közel hasonló mértékben érdeklődik a két nem az orvosi hivatás iránt, addig az 1990-es években és a XXI. század első évtizedében már egyértelműen női dominanciát figyelhetünk meg. Érdekes módon, míg a kilencvenes évek jóslatai azt prognosztizálták 2010-re, hogy csak minden harmadik gyógyító lesz nő, mára kiderült, hogy az orvosi pályát választók és gyakorlók együttesen közel 50%-os arányban nők. Jellemzővé vált az is, hogy a világ orvosegyetein, a hallgatók körében már több mint 60%-os a nők aránya.

A magyarországi helyzet némileg különbözik az egyesült államokbeli, illetve az európai tendenciáktól. Hazánkban ugyanis – Lengyelországhoz hasonlóan – már az 1950-es évektől kezdve sok nő vesz részt az orvoscépzésben, és gyakorolja az orvosi hivatást. Ugyanakkor az elnőiesedés trendje hazánkban is megfigyelhető: a KSH adatai alapján elmondható, hogy a fiatal (26–29 éves) korosztályban az orvosnők aránya kétszerese (1630 fő vs. 834 fő) a férfi orvosokénak.

Számtalan vizsgálat tanúsága szerint a XXI. században az orvosi hivatás választásában is markáns változások figyelhetők meg: a természettudományos érdeklődés egyre dominánsabbá válik. Mindezzel párhuzamosan sok írás számol be arról is, hogy a tizenéves lányok és fiúk más-más elképzelésekkel, motivációs struktúrával választják az orvosi hivatást. Míg a lányok hivatásválasztásában az altruizmus dominál, addig a fiúk esetében a „pénz, paripa, fegyver” (jövedelem, elhelyezkedési lehetőségek, karrier) jóval nagyobb szerepet játszanak.

### Eset



Érdekes képet mutat az orvostanhallgatók elképzeléseiről egy svéd vizsgálat, melyben másodéves orvostanhallgatókat kérdeztek arról, hogy „mit gondolnak, milyen orvosnak lenni a gyakorlatban?”. E vizsgálat azt mutatta, hogy a lányoknak és a fiúknak eltérő elképzeléseik vannak arról, milyen is az ideális, a „nagybetűs” orvos. A nők fantáziáiban inkább Florence Nightingale, a modern

- betegápolás önfeláldozó úttörője jelenik meg, olyasvalaki, aki másokért dolgozik a munkájában és a családjá körében egyaránt. Ezzel szemben a férfiak példaképe inkább Supermanhez volt hasonlítható: a „megmentő gyógyító” ő, akinek legfőbb attribútuma, hogy rendkívül hatékony.

### „FÉRFIAS” ÉS „NŐIES” SZEREPEK

De mi a helyzet az orvosegyetem utáni időszakkal, a konkrét szakosodással? Az orvossá válás két-, illetve háromlépcsős folyamat eredménye: elsőként az orvosi hivatás választása dől el, majd az egyetemi évek alatt formálódik a potenciális szak kiválasztása. Ezt követően „szubspecializálódnak” a gyógyítók. Az orvosi szakválasztáskor a medikusoknak figyelemmel kell lenniük arra, hogy az egyes szakterületek igen eltérő készségeket, kompetenciákat kívánnak meg, eltérő továbbá a munkakörnyezet, a munkabeosztás és mások a karrierlehetőségek is.

Mindezzel párhuzamosan világszerte megfigyelhető jelenség az, hogy bár a nők aránya jelentősen emelkedik az orvosláson belül, a szakterületi megoszlás esetében nem tapasztalunk hasonló dinamikus átalakulást. Bár egyre több fiatal nő kezdi meg a klasszikusan „férfias” szakmákban a szakképzését Magyarországon és szerte a világon, a szakterületi nemi szegregáció még mindig fontos kérdése az orvoslásnak. A KSH legfrissebb adatai Magyarországra vonatkozóan például azt mutatják, hogy a sebészet területén az orvosnők aránya mindössze 7,9%-os, a szülészet-nőgyógyászat terén 10,9%-os, míg a gyermekgyógyászatban, illetve a szemészet területén közel 80%-ban dolgoznak orvosnők.

Vajon mi az oka annak, hogy a nők a „klasszikusan férfias” szakágakban (pl. sebészet) számarányukhoz viszonyítva jelentősen alacsonyabb mértékben vesznek részt? Strukturális ok, szocializációs sajátosságok vagy az önbizalomhiány jelenségei mentén magyarázható e sajátosság?

- Az egyik magyarázat értelmében a „nőies és férfias” szerepekre való szocializáció során a lányok és a fiúk megtanulják, hogy „mire alkalmasak és mire nem”. A sebészet témájánál maradván például gyakran elhangzó vélekedés, hogy „a nőknek nem való a sebészet, mert fizikailag nem bírják az akár 8–12 órán át elhúzódó műtétet”. Érdekes módon e feltevéshez sokkal ritkábban kapcsolódik az a vélekedés, hogy a nőknek jobb a manuális, finommotoros készségeik; gondoljunk arra,

hogy például a – sebészethez is kötődő – varrás készsége alapvetően a nőknek tulajdonított foglalatosság.

- A szakterületi szegregáció magyarázata lehet továbbá az eltérő érdeklődés is: míg a nők alapvetően azon szakágak felé orientálódnak, amelyekben klasszikusan az „emberekkel való intenzív kapcsolat” dominál (házi- orvoslás vagy pszichiátria), addig a férfiak inkább azokat a szakágakat részesítik előnyben, amelyekben a technikai készségek az elsőrendűek.
- A „strukturális okok” esetében számos faktor merülhet fel.
- A lehetséges magyarázatok egy csoportja úgy indokolja a „nőies/férfias” szakválasztást, hogy „ahol kevés nő van, oda nem is vágnak a nők”.
  - Strukturális akadályt jelenthet az említettek mellett a szakmai előrelépés különböző nehézségeinek megta- pasztalása a legmagasabb presztízsű orvosi szakágak esetében. Zhuge és Flannery eredményei azt mutatják, hogy bár egyre több nő van az orvoslásban – és egyre nagyobb számban találunk nőket a sebészetben is –, a legmagasabb presztízsű, fizetésű és a vezető pozíciókat továbbra is alapvetően férfiak töltik be.

## PLAFON, FAL, PADLÓ, LIFT

Az „üvegplafon” és a „ragadós padló” jelensége tehát az orvoslásban is fontos kérdés. Az üvegplafon azt jelenti, a nők egy bizonyos vezetői szintnél, egy bizonyos munkaerő-piaci pozíciónál a legjobb tudásuk ellenére sem képesek továbblépni, mert útjukat állja egy láthatatlan akadály – például az a tradíció, hogy a felsővezetői pozíciókat csak férfiak tölthetik be.

„Végy egy maréknyi bolhát, akik jó nagyot ugranak, tedd őket egy befűtött üvegbe, és zárd le egy átlátszó celofánnal! A bolhák egy ideig folyton beleverik magukat a plafonba, ám rövid idő elteltével megtanulják, hol van a határ. Ezután már nem akarnak kiugrani, nyugodtan levehated a tetőt, a bolhák nagy része nem fog rájönni arra, hogy elmúlt a veszély, bátran ugorhat magasabbra is. A női karrier is hasonló a bolhacirkuszhoz. Egyszerűen helyettesítsd a bolhákat a nőkkel, a dunsztosüveget a munkahellyel, a celofánt a társadalmi lehetőségekkel!” Bucher Katalin hasonlata jól rávilágít arra, hogy nemcsak a külső tényezők és a női élethelyzetből következő extra nehézségek, hanem a belső szorongások, az önbizalomhiány is szerepet játszhat a jelenség kialakulásában és fenntartásában.

Üvegfalról akkor beszélünk, ha a munkavál- laló jelenlegi pozíciójával azonos szintű, másik munkakörbe, területre lépne tovább, ám a váltás nem lehetséges a szá- mára. Az üveglifteffektus pedig a főként nőket foglalkoztatók sajátossága. „Ez azt jelenti, hogy a tipikusan elnöiesedett szerveze- tek – önkormányzatok, hivatalok, oktatási intéz- mények – élén is rendre a férfiak kerülnek vezető pozíciókba.” Ha kitekintünk a „nagyvilágba”, hasonló jelenséget tapasztalhatunk. Az Egyesült Államokban az Association of American Medical Colleges (AAMC) 2014-es beszámolója szerint, míg az orvostanhallgatók és a rezidensek közel fele nő, addig a nők mintegy 38%-os arányban vannak jelen a (legmagasabb presztízsű) klinikai pozíció- ban, 21%-os a professzorok aránya, 15%-ban vannak jelen az intézetvezetők között és 16%-uk játszik szerepet az egyetemi vezetésben, dékánként.

Míg az „üvegplafon” láthatatlan, szervezeti akadályt jelent, addig a „ragadós padló” metafora többnyire a saját választásra utal: tudatos döntésen alapuló jelenség ez, nem az illetőtől független körülmények miatt alakul ki, mint az üvegplafon. Arról van egyszerűen szó, hogy a nők döntéshelyzetbe kerülnek, választaniuk kell a munka és a család között, és ebben a választásban a „karrier- ambíciók” esnek áldozatul.

„Gyerekeim alakították ki hivatásomat. Olyan szakterületet kellett hogy válasszak, amely mellett maradt időm velük is törödni. Így aztán nem az eredeti »álomszakot« választot- tam, hanem a mai – lakásunkhoz közeli – házi- orvosi pra- xist. Szerettem volna gyerekekből lenni, de le kellett hogy tegyek a célomról, egyrészt mert nagyon megterhelő, sok időt igénylő szakmáról van szó, másrészt egyértelműen a gyere- kek kárára ment volna, ha mégis így alakul a dolog” – olvashatjuk egy orvosnővel készült interjúvizsgálatban. Mind az üvegplafon, mind pedig a ragadós padló jelen- ségéhez hozzátartozik, hogy sok esetben más a női és a férfi munkavállaló megítélése a munkaerőpiacon. Egy amerikai vizsgálatban például megfigyelték, hogy az adott munkaadó hogyan értékelt a jelentkezőket (anyák, apák, gyermektelen férfiak és nők).

A kutatás eredményei magukért beszéltek: a többi pályázóhoz viszonyítva a gyermekes nőket kevésbé hozzáértőnek és kevésbé elkötelezettnek tartották, számukra ajánlották a lehető legalacsonyabb bért. Ezzel szemben az apák több szempontból is előnyt élveztek gyermektelen férfi társaikkal viszonyítva: elkötelezettebbnek gondolták őket és nagyobb kezdő fizetést ajánlottak a számukra.

Számos írás konklúziója tehát, hogy sok esetben a nők maguk is elfogadják azokat a normákat, értékeket, magukévá teszik azokat a társadalmi elvárásokat, amelyek kijelölik számukra a „nőies” foglalkozásokat. Annak elfo- gadása tehát, hogy mi minősül nőiesnek és férfiasnak, már a munkaerőpiacra való belépés előtt is működik. Minden bizonnyal tehát összetett jelenségről van szó, a medikák már az egyetemi évek alatt szembesülnek bizonyos rejtett és kevésbé rejtett elvárásokkal, amely a későbbi szakválasztásukat, munkájukat is érinti. Az elnöiesedő orvoslás trendjének ellenére a leendő doktornők gyakran férfias közegben, férfias elvárások mentén szocializálódnak, amely minden bizonnyal növeli kételyeiket, önbizalomhiányukat. E helyzetben „jön jól” egy esetleges mentor: a fiatal orvosok előtt álló szerep- modellek jelentős hatást fejthetnek ki a szakválasztás folyamatára, a karrier tervezésére és elindítására.

A hivatkozások és a további olvasmányok Györfly Zsuzsa: Orvosi nők Magyarországon (Semmelweis Kiadó, Budapest, 2015. [www.semmelweiskiado.hu](http://www.semmelweiskiado.hu)) című kötetében talál- hatók.



DR. CZEGLÉDI EDIT

EGÉSZSÉGFELJESZTŐ SZAKPSZICHOLOGUS, EGYETEMI ADJUNKTUS, SE

# (Biztos) csak akarat erő kérdése?

## A testsúlykontroll egyéni és közösségi problémái

A súlyfelesleg a szó szerinti teher mellett átvitt értelemben is jelentős terheket ró az egyénekre. A nyugati társadalomban ugyanis igen kedvezőtlen az elhízottak megítélése.

A WHO a tíz legsúlyosabb betegség közé sorolja az elhízást, amely megnöveli a betegségek kialakulásának és az idő előtti elhalálozásnak a kockázatát.

A fogyókúraipar tömérdek eszközt hirdet, azt sugallva, hogy az adott diéta, étrend-kiegészítő vagy sporteszköz alkalmazásával gyors, nagymértékű és tartós fogyást érhetünk el. Ezek a praktikák azonban a legritkább esetben váltják be a hozzájuk fűzött reményeket. A jójé-effektus pedig veszélyes, mert egyre kedvezőtlenebb testösszetételhez vezet.

Az elhízással kapcsolatos negatív attitűdök már óvodáskorban tetten érhetők, és az élet számos területét áthatják, a médiától kezdve az oktatáson és a foglalkoztatáson át az egészségügyi ellátórendszerig. Az egészségügyben dolgozó szakemberek számottevő része negatív, vagy legalábbis ambivalens attitűddel viseltetik az elhízottak iránt. Az előítélet alapját az a hiedelem szolgáltatja, hogy az elhízás viselkedéses probléma, az akarat erő hiányának a jele. Az elhízott

Mindennapi életünk során az evés és az etetés messze túlmutat a létfenntartó funkción.

egyén tehát akaratgyenge, saját maga felelős az állapotáért, és ha nem képes változtatni, akkor méltán érdemel megvetést. De vajon valóban így van-e? A testsúlykontrollhoz valóban szükséges a hatékony önszabályozás, a kísértéseknek való ellenállás, azonban az „akarat erő” önmagában

nem elegendő. A sikeres, hosszú távú testsúlymenedzselés ugyanis az evési és aktivitásbeli magatartások egész garmadájának tartós megváltoztatását és a készségek egész készletének alkalmazását igényli, az élelmiszerek kalóriatartalmának ismeretétől kezdve az egészséges étrend összeállításán át a nemet mondásig. Ez utóbbi remek példa a környezet szerepére a súlyprobléma kialakulásában és fennmaradásában.

### CSAK EGY SZELET...

A társas(ági) étkezés a kultúránk szerves része, amely egyfelől a táplálékbevitel megnövekedését eredményezi (még egészséges testtömeg esetében is), másfelől pedig ellenérzéseket kelthet a többiekben, ha valaki kivonja

magát belőlük. Egyes ételreklámok jól illusztrálják, hogyan kapcsolódik össze az étel a szeretettel (pl. „a kenyérré kenhető szeretet”, „mondd el xy csokoládéval”). És valóban: a süteménybe a nagymama nemcsak a lisztet, cukrot és a többi hozzávalót süti bele, hanem a szívét is. Így azután az étel visszautasítása a szeretet és a gondoskodás visszautasításának üzenetét is hordozhatja a kínáló fél számára. Az esetleges nemet mondást és az ellenállási próbálkozásokat a (szívüket is) kínáló ismerősök, rokonok általában félresöprik az „ugyan, egy szelet sütemény nem fog megártani” érvvel. Azonban ez is kedvezőtlen következményekkel járhat.

### MÁR ÚGYIS MINDEGY...

A diétázók felállítanak maguknak egy tervet az étkezésükre nézve. Ez lehet egyszerű kalóriakorlát, de vonatkozhat például bizonyos ételtípusok kerülésére is. Az elfogadott és elfogyasztott étellel azonban megszegik a saját szabályait. Ez büntudatot eredményez és paradox módon a diéta betartására vonatkozó erőfeszítések csökkenéséhez, sőt, túlévéshez vezet, azon téves gondolatnak a nyomán, hogy „most már elszúrtam, most már bármit megehetek, úgyis mindegy”. Éppen ezért a nemet mondás képességének fejlesztése különösen fontos az elhízásra hajlamosító (obezogén) környezetben. Modern környezetünket jellemzője a viszonylag könnyen hozzáférhető, nagymennyiségű, ízletes, magas kalóriatartalmú (ámde alacsony tápértékű) élelmiszerekben való bővelkedés, amelyet tetéz az agresszív marketing és a fogyasztásra irányuló nyomás. Az emberiség azonban olyan környezetben fejlődött ki, amelyben az élelemforrás korlátozott és kiszámíthatatlan volt, így az energiatakalékolás a túlélés zálogát jelentette. Éppen ezért számos olyan biológiailag megalapozott hajlamosító bírnak, amelyek az energiatakalékolást segítik. Erre példa az ízpreferenciánk (nevezetesen az édes, sós, illetve zsíros ízek kedvelése), a táplálékok ösztönző értéke, illetve az evés örömforrás jellege. Számos technikai vívmány (pl. gépesítés, közlekedési eszközök) pedig a fizikai aktivitás radikális csökkenéséhez és az ülő életmód támogatásához járult hozzá.

**Eset**



Egy vizsgálat eredményei szerint a mosógép és mosogatógép használata, az autóval történő munkába menetel és a lifthasználat naponta mintegy 111 kalóriával kevesebb energialeadást eredményez, mintha a házimunkát gépek nélkül végeznénk, a munkába gyalog mennénk, és lépcsőt használnánk.

Ha ezt nem kompenzáljuk az energiabevitel hasonló mértékű csökkentésével, éves szinten megközelítőleg 0,45 kg súlygyarapodás következhet be. Mindennek tükrében látható, hogy a korábban adaptívnak bizonyuló mechanizmusok tartósan pozitív energiamérleghez és ezáltal súlygyarapodáshoz vezethetnek a jelenlegi, a túlfogyasztást és elégtelen fizikai aktivitást promotáló környezetben.

**AZ ÖRDÖGI KÖR BEZÁRUL**

Visszatérve az elhízás negatív megítéléséhez, annyira erős a stigma, hogy az emberek rengeteg időt és pénzt fordítanak a súlyfelesleg kialakulásának megelőzésére és katasztrófalísnak tartják az elhízás lehetőségét.

**Eset**



Egy kutatás eredményei szerint a nők 24, a férfiak 17%-a három évet, vagy még többet adna az életéből, ha olyan súllyal élhetne, amilyennel szeretne.

A társas közegben szégyenérzést is kiváltható többletsúly nemcsak a mozgást korlátozza, hanem például az öltözködést is; nehezíti a testápolást, a személyes higiénia tartását; és mindezek, illetve a negatív társadalmi visszajelzések miatt az intim kapcsolatok kialakításának is gátját képezheti. Az elhízottak egy része számos szomorú, önleértékelő gondolattal él együtt (pl. „kövér vagyok, ezért nem kellek senkinek”, „dagadt disznó vagyok”), amely büntudatot és kilátástalanság-érzést kelthet. A negatív előítélet és diszkrimináció krónikus pszichológiai stresszorként értelmezhető, amely káros hatást gyakorolhat a pszichés jóllétre. Mivel a társadalom előítélettel viseltetik irántuk, az elhízott emberek több pszichológiai distressz élményt élnek át, mint a normális súlyúak. És itt zárul be az ördögi kör. **A pszichológiai distressz élménnyel ugyanis valahogy meg kell küzdeni.** És létezik egy olyan megküzdési mód, amely nemcsak előidézi, hanem fent is tartja a súlyfelesleget. **Az érzelmi evés** a negatív érzelmek és élmények (pl. magányosság, unalom, szorongás) mérséklésére irányuló tanult magatartás. Az evés hangulatszabályozásra való alkalmazásában jelentős szerepet tölthet be az a neurokémiai mechanizmus, hogy a szénhidrát-fogyasztás fokozza a szerotonin kibocsátást. Az agy szerotoninszintjének emelkedése a fájdalom csökkenésével és a hangulat javulásával jár együtt, így az emberek megtanulhatják, hogy ha nagymennyiségű szénhidrátot fogyasztanak, pl. édességeket, akkor jobban fogják érezni magukat. Noha az emocionális evés rövid távon segíthet az egyéneknek túljutni a szorongáson és egyéb negatív érzéseken, a probléma megoldásához nem járul hozzá, ráadásul súlygyarapodást idézhet elő, ami elhízáshoz, illetve különféle kísérőbetegségek megjelenéséhez vezethet, és akadályát képezheti a sikeres súlycsökkenésnek.

Ha ugyanis a páciens önjutalmazásra, unaloműzésre, a kedvezőtlen hangulattal való megküzdésre használja az evést, akkor még komoly fogyási motiváció és együttműködési szándék ellenére is nehézséget fog okozni neki az alacsony kalóriatartalmú étrend betartása.

**AZ ÁLTALÁNOS JAVASLAT NEM SEGÍT**

Szakemberként és laikusként is azzal tudjuk a leginkább segíteni a súlyfelesleggel küzdőket, ha ráébredünk arra, hogy a többletsúly háttere messze összetettebb annál, semmint hogy egyes egyedül a túlsúllyal küzdő egyén számlájára írhatnánk. Erdemes végiggondolni, hogy mi magunk hogyan járulunk hozzá a súlyfelesleg kialakulásához és fennmaradásához. Hajlamosak vagyunk-e például arra, hogy csábító ételeket halmozunk fel a súlytöbblettel élő munkatársaink, szeretteink szeme előtt, esetleg kínálgassuk/vigasztaljuk őket ezekkel, vagy akár csokoládét ajándékozunk nekik az ünnepnapokon? Hajlamosak vagyunk-e szabadidőnkben az ülő tevékenységeket támogatni a velük töltött idő során, vagy inkább aktív tevékenységekre hívjuk őket? Ugyanezek végiggondolása azt is elősegíti, hogy felismer-



jük, hogyan tudnánk támogatni a súlyfelesleggel küzdők testsúly-kontrollálási erőfeszítéseit. Szakemberként például vajon foglalkozunk-e azzal, hogy milyen pszichológiai funkciókat tölt be az egyén számára az evés, és figyelembe vesszük-e ezt a korlátozott energiatartalmú diéta előírása során? Igyekszünk-e adaptív, az érzelmileg indukált evést helyettesítő magatartásokat javasolni a pácienseknek, vagy inkább az értelenségüknek, *horribile dictu* tohonyaságuknak tulajdonítjuk az együttműködésük hiányát? Általános javaslatokat mondunk nekik (pl. „egyen kevesebbet!”, „mozogjon többet!”), vagy segítünk nekik abban, hogy konkrét célokat kitzúve, lépésről lépésre sajátítsák el a hatékony testsúlykontroll alapelveit? Az elhízottakkal kapcsolatos negatív előítéletek csökkentése csak az első, ám annál fontosabb lépés az elhízás világiárványának visszaszorításáért folytatott küzdelemben, amely mindannyiunk érdeke. ●●●

Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet  
 czedit@gmail.com



DR. ZSISKA BEÁTA

REUMATOLÓGUS, HOLISZTIKUS ORVOS

# Az onkológiai kezelésen túl

Avagy orvosként – még ha nem is az onkológia a szakterületünk – milyen lehetőségeink vannak, hogy a rákbetegek túlélése kapcsán ne a halál, hanem mindenképpen a gyógyulás legyen a biztosabb út?

**E**gy rosszindulatú daganatos betegség diagnózisát megkapni a mai napig bélyegként hat. Asszociációként a legtöbb embernek egyből a halál és annak lehetősége az első gondolata. Sok esetben az csak a második, hogy ebből gyógyulás is lehetséges. De mi van erről orvosként a mi fejünkben? Mit látunk mi a betegben: a halált vagy az életet, a beteget vagy a gyógyulásra képes páciens? Az onkológus kezeli a betegséget, de ez még csak a gyógyuláshoz vezető folyamat **egyik lépése**. Ki segíti a regenerációt, ki támogatja és erősíti a páciensben azt, ami még egészséges, arra gondolva, hogy a gyógyulásnak és a gyógyításnak ez egy ugyanolyan fontos része? Orvosként bármilyen szakterületen is dolgozunk, mindegyikünk diagnosztizál daganatos beteget. Mit mondjunk, hogyan kezeljük, támogassunk megfelelően egy ilyen páciens? Az emberi vagy a szakmai tehetetlenség érzése bennünk is ott lehet. A cikk abban ad útmutatást, hogy segítőként milyen lehetőségeink vannak, hogy mi és a páciens is a cselekvés és a gyógyulás felé fordíthassuk a figyelmünket a diagnózis megszületése és az onkológiai kezelésekk mellett.

## A DIAGNÓZIS ÉS A PÁCIENS

Senki nem szeretne a rák diagnózisával szembesülni, de fontos végiggondolni, hogy mi történik nemcsak testi, de gondolati és érzelmi szinten is a betegben, amikor belekerül ebbe a helyzetbe. Miért? Mert mi hiába gyógyítjuk a testet, ha a kezelési procedúránk során figyelmen kívül hagyunk olyan alapvető belső önpusztító vagy öngyógyító folyamatokat, amelyek a gyógyulási idő alatt a fizikális kezelésekkhez hasonlóan meghatározók lehetnek.

Már eljutni a diagnózishoz önmagában egy stressz. Azt, hogy valami nagyobb baj van, érzi a beteg. Selye János óta tudjuk, hogy a stressz gyengíti az immunrendszert, ami önmagában nem nekünk, hanem a ráknak kedvez. Hogyan tudjuk csökkenteni a stresszt, hogy a test és az immunrendszer a mi szolgálatunkban legyen?

Ha bizonytalanságban hagyjuk az elmét, az a fantázia kapcsán a legnagyobb rombolásokra képes. Fontos, hogy **a beteg tisztában legyen a tényekkel** saját teherbíró képességének megfelelően, azaz ismereteinek és pszichés állapotának megfelelően. **De ne csak a negatívakkal,**

hanem azzal is, hogy a tehetetlensége helyett hogyan és mit tehet önmagáért a jövője érdekében. Ha nem segítjük őket ebben, akkor ne csodálkozzunk, hogy természetgyógyászok és egyéb örültségnek hangzó alternatív megoldások pótolják ki ezt a területet. Lelki szinten a diagnózisig és utána is a **remény és a reménytelenség egymással fut versenyt**. Arra, hogy melyik győz, az eredmények közlése és a későbbi kommunikáción is jelentős befolyást gyakorol.

Fontos, hogy a páciens elméje és a lelke tehetetlen vergődés helyett, a megoldásokban gondolkodjon és jövőbe tekintő legyen, de ehhez az egyoldalú kommunikációnk helyett, az ő meghallgatása is szükséges. Partnerként kell kezelniük, mert ketten és közösen nézünk szembe egy problémával. Tudnunk kell, milyen kétségei vagy féltrejei vannak, mert ha ezekkel nem vagyunk tisztában, akkor egyedül hagytuk egy reménytelen küzdelemben.

## MI ÉS A PÁCIENS

A páciensek az eredmények összesítése kapcsán kihirdetett diagnózist és az abból feltételezhető jövőképet gondolják a folyamatban a legmeghatározóbbnak. Ha valami ott elcsúszik, az a későbbiekben egy nehezen helyrehozható történet jelent, vagyis ezek után sokkal több befektetett energiát igényel páciensből és gyógyítótól is, hogy **a fókuszban ne a halál, hanem a gyógyulás vagy a jobb állapot elérése legyen**. A tényekkel nem lehet vitatkozni. De vannak egyedi sorsok, egyéni belső erőforrások, motivációk is, amelyek nem hagyhatók figyelmen kívül. Nem mi döntünk, hogy ki marad és ki megy. A mi dolgunk, hogy gyógyítsunk, támogassuk az életet és a döntésében a páciens. A bizonytalanság bizalmatlanságot szül. A biztosat tudni néha nehéz, de az már

egy közös együttműködést jelent, ha a páciens megtudja a diagnózist, a lehetséges kezelések folyamatát és azok várható hatását. Ez már ad neki egy kiindulást. Ebben a kommunikációban segíthet minket a három legfontosabb kérdés megválaszolása.

- Pontosan mi is a betegség?
- Milyen gyógyítási lehetőségek vannak?
- Ezeknek a gyógyítási lehetőségeknek melyek a várható hatásai és mellékhatásai?

Itt bizonyos dolgokkal kapcsolatban a páciens választhat, de a jövőbe nézve ott csak alanya és nem irányítója lesz ezeknek a folyamatoknak. Amit akkor irányíthat, és fontos, hogy **aktív félként irányítson is, az a gondolatai és a belső erőforrásai**. Az rajtunk is múlik, hogy ezek tombolnak és pusztítanak, vagy megfelelő irányt és célt



A remény és a reménytelenség versenyfutása. Melyik fog győzni? Ezt az orvos kommunikációja is befolyásolja.

kapnak. Szerencsés, ha van onkopszichológus, aki átveszi tőlünk az ezzel kapcsolatos munkát és terheket, de tudatában kell lennünk annak, hogy a mi kommunikációnk továbbra is irányadó és meghatározó lesz.

### A BELSŐ ERŐFORRÁSOK TÁMOGATÁSA

Az életben mindenki kap próbatételeket, hol kisebbeket, hol nagyobbakat, amivel épül és megtanulja mire is képes. A hétköznapi életben mindenkit visznek és mozgatnak a céljai, a belső motivációi és a hite. Ha valaki eljut a rák diagnózisához, fontos lesz tudnia, hogy az nem dönt el mindent. Egy tény, ami egy megoldandó probléma az életében. Mint minden probléma megoldásánál itt is tudatosítani kell, hogy milyen külső és belső erőforrások, segítség, eszközök vannak, amelyek a megoldásban segítenek. De egy problémánál fontos azzal is szembenézni, hogy milyen hiányok és milyen veszteségek is vannak, amik elkerülhetetlenek. A tagadás és önámítás helyett fontos, hogy a kommunikáció minden területen a lehetőségek szerint (kívül is és belül is) őszinte legyen. Csak így lehetséges valódi erőforrásokra, motivációra és őszinte

támogatásra találni ebben a folyamatosan veszteséggel fenyegető életben, hogy az valóban élhető legyen. A páciens és családja számára ebben segíthetünk úgy, hogy szakemberhez irányítjuk (onkopszichológus) vagy felhívjuk a figyelmüket, hogy érdeklődjenek a kezelő onkológusától az ezzel kapcsolatos lehetőségek iránt. Ha ez nem elérhető, az interneten több intézet vagy alapítvány ([www.daganatok.hu/onkologiai-adatbazis/hospice-adatbazis](http://www.daganatok.hu/onkologiai-adatbazis/hospice-adatbazis)) és azok weboldala is megtalálható, ami korrekt és szakszerű segítséget adhat ebben és az ehhez kapcsolódó témában a betegnek és családjának. A könyvpiacra több könyv is kapható, amit szakemberek (pl. Tari Annamári „Sejtem...”) vagy sorstársak írtak, pont azért, hogy ne legyen senki egyedül a kérdéseivel és a problémáival.

### HOGYAN SEGÍTSÜK A TESTET?

Reumatológusként ma is sok esetben futok bele azokba a pár évtizeddel ezelőtt érvényes, de mára túlhaladott szabályokba, hogy orvosként nincsenek eszközök a kezünkben, az onkológiában használatos kemoterápia+sugár+műtét kombináción túl a páciensek gyógyulásának támogatásában. Gyakran tapasztalom, hogy kollégák daganatos betegeket utasítanak el a fájdalommal, mivel a masszázs, vagy egyéb fizioterápiás vagy fürdőkezelések a pácienseknél az 5 éves gyógyulási időn belül a betegség kiújulását vagy a rákos sejtek továbbterjedését okozhatják. **Mára ezek a szabályok másként érvényesek.**

- Az első és legfontosabb, ha bennünk valami kétség szakmailag felmerülne, beszéljünk minden esetben a beteget kezelő onkológussal.
  - A második szabály, a fájdalom is egy stressz. Ha nem oldjuk, azzal nem segítjük a beteg állapotát, hanem tovább rontjuk.
  - Gyógyszerek és kábító fájdalomcsillapítók helyett, érdemes az érintést és ezzel a masszázst a fájdalmak kapcsán előnyben részesíteni. Napjainkban már klinikai vizsgálatok igazolják, hogy a masszázs javítja a páciensek immunműködését, oldja nemcsak a fizikai, hanem a lelki feszültségeket is, és ezzel a túlélést segíti.
  - Műtétek, besugárzások után fontos lehet a légytorna és a gyógytorna, hogy a fizikailag és lelkileg megtört beteg figyelme újra az aktív és irányítható részein legyen, ezzel erősítve a bizalmat újra önmagával kapcsolatban mind testben, mind lélekben.
  - Sok esetben a kollégák a gyógyfürdőkezelésektől is a fentebb írt okok miatt rettegnek. Egyéni elbírálással és megfelelően megválasztott terápiákkal pont a kezelés pozitív testi és lelki hatásai miatt, ezek kiírásával támogathatjuk gyógyulásában a beteget.
- Apró dolognak gondolhatnánk ezeket, de ott a mindennapok küzdelmében, ahol a veszteség folyamatosan ott lebeg, pont ott kellenek kiegészítő kezelésként ezek a lehetőségek. A gyógyítás egész folyamatában részt vevő szakembereknek (orvosoknak, pszichológusoknak, gyógymasszőröknek, gyógytornászoknak) nemcsak az alapbetegséget kell látni és kezelni, hanem a rehabilitáció szempontjából az egész ember lehetőségeit kell figyelembe venni és a legtöbb oldalról támogatni.



DR. VALLÓ ÁGNES

BELGYÓGYÁSZ, EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ MENTÁLHIGIÉNIKUS

# Az emésztés pszichoszomatikája

Az emésztés során magunkhoz vesszük a külvilág egy részét, elválasztjuk a hasznosat a haszontalantól, a hasznosat befogadjuk, asszimiláljuk, míg a felesleges, emészthetetlen dolgokat kiürítjük. Mindezt érthetjük szó szerint, hiszen – valóban az emésztő működés lényegét foglaltuk össze – de éppúgy érthetjük átvitt értelemben is.

A magyar nyelv meglepően „pszichoszomatikus” – számos nyelvi fordulat, szólás, kifejezés tükrözi a pszichoszomatikus történéseket, amelyek jól rávilágítanak az emésztőrendszeri panaszok, betegségek szimbolikus jelentésére. Arra, hogy egyes érzelmi állapotok, emocionális folyamatok milyen szoros összefüggést mutatnak tünetekkel, betegségekkel. Nézzünk néhány példát: Az ember gyakran kénytelen „lenyelni a békát”, van olyan, amit már „nem vesz be a gyomra”, s a környezetében tapasztalt visszasságoktól pedig gyakran „felfordul a gyomra” vagy „hányingere” támad.

Gondolataink, érzelmeink a parazsimpatikus idegrendszeren – főként a vaguson – illetve a gyakran enerális agynak is nevezett kettős fonaton (plexus submucosus Meissneri, plexus myentericus Auerbachii) közvetlenül és direkt módon befolyásolják az emésztőrendszeri működéseket. Nem véletlen, hogy Pavlov feltételes reflex elméletét a nyálélválasztás vizsgálatával igazolta. Erről ugyanis mindenkinek számtalan személyes tapasztalata van. A feltételes reflexek kialakulásához ugyanis nincs szükség előre megtervezett kísérletre. Az evőeszközök csörgése, egy szépen megterített asztal látványa is elindíthatja a nyáltermelést.

## Eset



Képzeld el egy szép, sárga, félbevágott, illatos citromot. Emeld képzletben a nyitott szája fölé, és lassan, nagyon lassan kezdje kifacsarni a citrom levét. Figyelje, amint a halványsárga csepp végigfolyik a citrom felületén, és az ajkára cseppen. Képzeld el a szájában a savanyú ízt. Ugye, hogy összefutott a nyál a szájában?

Fantáziaképek, gondolatok hatására fokozódott a nyáltermelés, ugyanúgy az emésztőrendszer más szekretoros működése, illetve motilitása is ki van téve az idegrendszeri hatásoknak.

## HÁNYINGER, HÁNYÁS

A hányinger, a hányás az elutasítás jele lehet. Ha betegünknek tartósan vagy visszatérően hányingere van, ami mögött gondos kivizsgálás ellenére sem sikerül organikus okot, betegséget találni, akkor érdemes fontolóra venni, hogy elutasít valamit, amit nem tud vagy nem akar befogadni.

## Eset



Cili gimnazista lány. Gyakran napokig hány, fáj a hasa és a feje. Többször kivizsgálták, de szervi elváltozást nem sikerült kimutatni, senki sem tudja, hogy pontosan mi okozza a rosszulleteit. Szülei nagyon féltik, aggódnak érte, szinte mindentől tiltják, állandóan ellenőrzik. Elvárják tőle a kiváló tanulmányi eredményt, még egy négyesért is szidást kap. Állandóan kritizálják baráti társaságát, öltözködését, döntéseit is. Pedig Cili jó kislány. Nem lázad, nem szemtelen, nem mond ellent a szüleinek. Ha nem engedik el egy buliba, csendesén sírva fakad, és bemegy a szobájába. Cili problémáját, a hányást elsősorban az a konfliktusa okozza, hogy szereti a szüleit, nem akarja őket megbántani, és nem is mer nekik ellentmondani. A hányással a korlátok és a szabályok merev elutasítását fejezi ki.

## HASMENÉS

A hasmenésnek sokféle organikus oka lehet, de nagyon gyakran hasmenést okoz a szorongás, a stressz is. Gyerekek gyakran hasfájással, hányással, hasmenéssel jelzik, hogy nem akarnak óvodába, iskolába menni. **Vigyázat! A gyerek nem szimulál.** Miként a szorongás, úgy a fájdalom is valódi. Még akkor is, ha nem kíséri „kézzel fogható” hasmenés.

Felnőtteknél sem ritka, hogy nehéz, megterhelő helyzetekben hasmenés jelentkezik. A leggyakrabban szorongáskeltő helyzetekben fordul elő, amikor az ember úgy érzi, hogy túlzott követelményeknek van kitéve, amelyeknek nem tud megfelelni. Ezt éli át a vizsgázó, különösen akkor, ha elég gyakran ismételteti magának:

**Eset**

- 
- 

„Biztos, hogy meg fogok bukni. Amilyen az én szerencsém, pont azt a tételt fogom húzni, amelyiket a legkevésbé tudom. Hiába tanultam, úgysem fog eszembe jutni semmi. Ott fogok ülni, és egy hang sem jön ki a torkomon.”

Ilyen és ehhez hasonló mondatokkal az illető könnyen elérheti, hogy paraszimpatikus idegrendszer túlaktíválódik, és a vizsga napján alig tudja elhagyni a vécé körzetét. (Arról nem is beszélve, hogy a negatív hozzáállás, kondicionálás önmagát beteljesítő jóslatként működhet, s így jó eséllyel érheti el, hogy valóban megbukjon a vizsgán.)

Hasonló teljesítményszorongás léphet fel munkahelyi felvételt megelőző interjúhelyzetben, és akkor is, ha szerepléshez nem szokott személy – legyen bármilyen nagy tudású, a mindennapi élethelyzetekben határozott egyéniség – előadást kénytelen tartani. A hasmenés hátterében ilyenkor a tehetetlenség, a kiszolgáltatottság érzése, a megszégyenüléstől, kudarctól való félelem áll. Bár a nagyfokú lámpalázzal megáldott – pontosabban megátkozott – emberek általában azt hiszik, hogy bajukra nincs orvosság, tudnunk kell, hogy a határozott fellépés, a jó előadóképesség tanulható. Pozitív gondolkodással, némi tréninggel – veszélytelen helyzetben történő gyakorlással – nemcsak hasmenésüktől szabadulhatnak meg, hanem jóval sikeresebbek is lesznek.

**SZÉKREKEDÉS**

A krónikus székrekedés népbetegségnek számít. Egyes statisztikák szerint a nők 35%-a, a férfiak 10%-a hajlamos a szorulásra. Az emberek csaknem negyede használ többé-kevésbé rendszeresen hashajtót.

A székrekedés hátterében viszonylag ritkán van organikus betegség, sokkal inkább a rost- és vízhiányos táplálkozás és a mozgásszegény, ülő életmód tehető felelőssé.

A nőknél minden bizonnyal nagy szerepet játszik a hajzás reggeli munkába indulás, pontosabban a túlzott felelősségérzet. A nők nagy része ugyanis úgy érzi, hogy ő felelős azért, hogy a család minden tagja időben felkeljen és elkészüljön. Nem marad ideje önmagára figyelni, s így gyakran elnyomja – vagy észre sem veszi – a székelési ingert.

Miközben könnyen elhisszük – sokunknak van róla saját élménye is –, hogy a szorongás, a stressz hasmenést okozhat, addig a székrekedés pszichés háttere korántsem ennyire közismert. Azt még elfogadjuk, hogy a hajzás reggeli munkába indulás, az utazási stressz, az illemhelyek nem mindig megfelelő állapota szorulást okozhat.



Miközben könnyen elhisszük – sokunknak van róla saját élménye is –, hogy a szorongás, a stressz hasmenést okozhat, addig a székrekedés pszichés háttere korántsem ennyire közismert. Azt még elfogadjuk, hogy a hajzás reggeli munkába indulás, az utazási stressz, az illemhelyek nem mindig megfelelő állapota szorulást okozhat.

(Hány külföldi nyaralás, vidéki kikapcsolódás örömteli perceit zavarja meg makacs kellemetlen székrekedés, melynek oka nem más, mit hogy idegen, s talán nem is makulátlan illemhelyen kell végezni a „doljunkat”.)

A mélyebb lelki összefüggések azonban – tapasztalatom szerint még szakmai körökben is – általában elutasítást, hitetlenkedést váltanak ki. Ennek nem kis részben az lehet az oka, hogy ódzkodunk az illetlen, gyakran egyenesen nyomdafestéket nem tűrő kifejezésektől – amiket azonban nem mindig lehet elkerülni. (Ezen a ponton a finomabb lelkű olvasók, kollégák elnézését kell kérnem. Az illetlen szavakat igyekszem elkerülni, de kénytelen vagyok legalább utalni rájuk.)

A székrekedésnek, székrekedésnek ugyanis mély és szerteágazó szimbolikus jelentése van. Az ürülék, egyrészt szenny és mocskok, s mint ilyen, az agresszió jelképe is lehet. Erre több olyan kifejezés, nyelvi fordulat utal, amit haragunk, dühünk kinyilvánítására használunk, mint a „le van sz...va”, „teszek rá”, „kinyalhatja...” stb. A székrekedés tehát ebben a vonatkozásban az **agresszió gátlásaként** fogható fel.

Jóval nehezebb elfogadni, hogy a székrekedés egyúttal az érték, a pénz, az ajándékozás szimbóluma is lehet. A szólások, mesék világa itt is segítségünkre lehet. Emlékezzünk csak az aranyzamárra, amelyik ürülék helyett aranytallérokkal ajándékozza meg gazdáját. Faecesbe lépni ugyan meglehetősen kellemetlen, a néphit szerint mégis szerencsét jelent.

**A pici**

Gondoljunk csak bele, mi az első „ajándék”, amivel a 2-3 éves kisgyermek „megajándékozza” szüleit? Hogy tudnak örülni a kis, barna, korántsem ibolyaillatú kupacoknak, ha a gyermek végre nem a pelenkába, hanem a bilibe helyezi el őket! De nem csak örülnek, meg is dicsérik a gyereket, akit a dicséret büszkeséggel tölt el. A „produktum” tehát nemcsak ajándék, hanem teljesítmény is egyben. S mivel a szobatisztaság időszaka egybeesik a jól ismert „dackorszakkal”, a gyerek ellenkezését nem egyszer az „ajándék” megvonásával fejezi ki.

**A nagy**

Ebben az összefüggésben a székrekedés a túlzott ragaszkodás, az elengedési képtelenség jele lehet. Időskorban gyakori, hogy a székrekedés az elszegényedéstől való félelem következtében alakul ki. Az erőt meghaladó nagy kiadásokat, költségeket gyakran kíséri átmeneti székrekedés. Tartós esetben jelezhet túlzott, fukarságba hajló takarékoságot, vagy – éppen ellenkezőleg – a túlzott adakozás, áldozatvállalás belső kompenzációjaként jön létre. Lehet visszahúzódság, bizalmatlanság jele is, amikor az egyén – a tünet nyelvén – azt mondja: „nem várok semmit másoktól, de meg kell tartanom, amim van.”

Azért érdemes tudnunk ezeket az összefüggéseket, mert betegünk hajlamosak a hashajtó abúzusra, miközben a makacs székrekedés kezelésében a relaxáció, az autogén tréning is segítségükre lehet. Egyrészt azért, mert hatására a vastagbél izmai is ellazulnak, ami a spasztikus székrekedésben segíthet, másrészt a relaxációval a beteg tulajdonképpen az elengedést is gyakorolja.





SOMORJAI NOÉMI

INFORMATIKUS KÖNYVTÁROS

SE MAGATARTÁSTUDOMÁNYI INTÉZET KÖNYVTÁR

## Figyelni kell rájuk! 2. rész

### 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 fiatalt, hanem csak önelfogadást, realisabb önértékelést és jobb készségeket az integrált énkép kifejlesztésére a meleg és leszbikusok számára [1].

#### MILYEN ÉLETÉRZÉST ÉL MEG A MELEG KISKAMASZ A SERDÜLŐKOR KÜSZÖBÉN?

A kamaszkor előtt álló gyermek nem rendelkezik ismeretekkel, fogalmakkal a homoszexualitást illetően, és ha van is némi ismerete, még nem vonatkoztatja azokat saját magára. Ebben a fázisban az elsődleges érzés, ami elhatalmasodik rajtuk, hogy kevésbé vagy fokozott mértékben másnak érzékelik saját magukat, mint kortársaikat. Általában megfogalmazzák, hogy nem illenek a saját nemüknek megfelelő csoportba [13].

Eliason és Schope tanulmánya [14] szerint az LGBT gyermekek és serdülők egyaránt zavaróan „másként” érzik magukat, teljesen eltérnek környezetüktől érzéseikben, felfogásukban. Ez megnyilvánulhat nem a nemüknek megfelelő érdeklődésben, játékokban, vagy nem találják a hangot kortársaikkal, avagy nem felelnek meg a család és a társadalom elvárásainak. Mindannyiuk számára azonban közös tapasztalat, hogy **nincs rá szó, fogalom, vagy nyelvi formula**, amivel köznapian kifejezhetnék másságukat, elidegenedtségüket, magányosságukat. Ez egyrészt fakadhat a beavatási szertartások hiányából [15], másrészt abból a vakságból, ami szüleit, környezetüket és az egész társadalmat jellemzi a melegeket, a meleg gyermekeket illetően.

Ennek kapcsán, tehát a meleg gyermekek életérzésének verbális kifejezésbeli akadályából és a szülők vakságából adódóan szembe kellene néznünk a statisztikai adatokkal, hogy a boldogító igen kimondása és az első gyermek megszületése még nem feltétlenül jelenti, hogy a pár gyermeke heteroszexuális lesz. Nehéz volna pontos becslést adni, de nagyjából minden tizedik újszülött – tehát a lakosság nagyjából 10%-a [16] – leszbikus, meleg, biszexuális, transznemű, interszexuális, vagyis a többségtől eltérő felnőtt lesz. Ha tehát egy családban 2-3 gyermek születik átlagosan Magyarországon, az is tudható, hogy minden 3.-4.-5. családban lesz egy később nem heteroszexuális irányultságú gyermek. Tehát a szülőknek árgus szemekkel kellene figyelni és időben észrevenni, ha gyermekük nem a nemének megfelelő játékokat és társaságot preferálja. Mindez időben felismerhető, tudható, fel lehet rá készülni és legalábbis

előre gondolni rá, hogy a szülő gyermeke kamaszkorában majd segítséget tudjon nyújtani a szülő az ellenséges környezettel szemben.

Az ezt követő életkorban, nagyjából 12 éves kortól kezdődően komoly identitásválsággal és a világról alkotott felfogásuk csaknem teljes szétesésével találják szemben magukat a meleg kiskamaszok. Ezt hosszan tartó belső vívódások kísérik, hiszen amerre belső késztetések indítanak őket, arra nincs út: a társadalom heteronormatív és homofób közege teljes erejével löki vissza őket korábbi életszakaszokba és így a **társadalom regresszióban tartja a gyermekeket**. Az elakadás pszichoszexuális, személyiségfejlődési és társkapcsolati szférában garantált, legalábbis hosszú évekre elhúzódhat. Irodalmi adatok szerint ekkor romlik a tanulmányi eredmény, a zaklatások miatt a gyerekek kerülnek a konfliktust és inkább kimaradnak egy-egy napra az iskolából. A szülői meg nem értés ahhoz vezethet, hogy a serdülő csellengő lesz, elmarad otthonról, nem találja a hangot a szülővel, nem kap kellő megértést, segítséget. Az iskola, a kortársak és a szülők elutasítása és a folyamatos belső feszültség, az identitás zavara miatt kialakulhat depresszió, szorongás, önvád, alacsony önértékelés, bizalom- és önbizalomvesztés, internalizált homofóbia, öngyilkossági gondolat és készletelés [17]. Barbara Frankowski és az Amerikai Gyermekorvosok Társasága közleménye [18] szerint a szexuális kisebbséghez tartozó serdülők körében 2–7-szer nagyobb az öngyilkossági kísérletek aránya heteroszexuális kortársaikhoz képest. Hasonló eredményekről számol be Gibson [19], Schaff [20], valamint Garofalo és munkatársai [21] tanulmányában.

Internalizált homofóbiáról akkor beszélünk, ha a társadalomban, egyházban, médiában és iskolában érzett megkülönböztetés, elutasítás és utálat (olykor gyűlölet) – melyet homofóbiának szokás nevezni – oly mértékben telepszik rá a meleg gyermek/serdülő/felnőtt önértetére, hogy azonosul a belső értékeivel és érdekeivel teljesen ellentétes nézetrel, összeomlik a külső nyomás súlya alatt és maga is elkezd utálatos, elutasítandó, az emberek megvetésére méltó lényként kezelni saját magát. A folyamat megfordítható, de az internalizált homofóbia rendkívül káros és akadályozó tényező a serdülő egészséges,

pozitív, felnőtt énképének kialakulása szempontjából. A pozitív énkép megtalálásához ugyanis legalább egy felnőtt segítő személyre van szükség [22], nem feltétlenül a szülőre, tanárra, gyermekorvos személyére, hiszen éppen az ő feladatuk lenne elkerülni, hogy ez a nem kívánt állapot előálljon. Esetleg a jól szervezett védőnői hálózatra és a jól képzett védőnőkre hárulhatna ez a feladat. A Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karon a curriculumban szerepel az LMBT személyek egészségügyi ellátásának oktatása a védőnők és más szakok hallgatói számára [23]. Riley 2010-ben megjelent tanulmányában szintén hasonló következtetésre jut a coming-out felvállalását vagy a rejtőzködés választását illetően, miszerint a nővérek, ápolónők feladata lenne, hogy az előbújó fiatalok és szüleik támogatása kellő időben és mértékben megvalósuljon [24]. A fiatalok életérzését ebben az életszakaszban jól jellemzi az alábbi idézet.

**Eset**



„Most nincs barátom, de bárhová megyek, azt gondolom: biztonságban vagyok itt? Nem vár valaki, hogy elkapjon? Sok srácot megverték már... és én mindig félek. Pedig nem is nézek ki melegnek. Mégis, amikor kimegyünk a parkba a barátaimmal, meg kell tervezzük, merre menekülünk, még mielőtt egyáltalán leülnénk. Múlt nyáron is a parkban lógtunk, és egy autó tele sráccal odahajtott, trágárságokat kiabáltak felénk, meg sörösüvegeket dobáltak a kocsi-ból. Ráhajtottak a fűre is, hogy elkergesse-nek. A zsaruk később értek oda, jóval később, és úgy néztek ránk, mintha bemocs-koltak volna minket. »Na, akkor senki sem sérült meg – mondták. – Minden rendben. Senki sem sérült meg.«” [25]

Egy lány így fogalmaz:

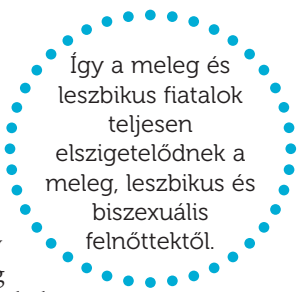
**Eset**



„Ahhoz, hogy kibírjuk az iskolában, sok meleg fiú és lány úgy csinál, mintha ők is heterók volnának. ... Néhányan még le is fekszenek a másik nemből valakivel, hogy bizonyítsák, nem melegek. Így nem csúfolják őket. Még a melegverésekbe is beszállnak, hogy titkolhassák saját melegségüket. Mások a gúnyolódókhoz csatlakoznak.” [26]

Utóbbi kiküszöbölésére vezették be az Egyesült Államokban, és később több mint hatvan ország nevelésügyi-  
oktatási szervezetében a No-Name Calling Day, később No-Name Calling Week elnevezésű egyhetes antidiszkriminációs és zaklatás elleni programot [27, 28].

A meleg fiatalok pszichoszexuális fejlődése és nevelése szempontjából kifejezetten nagy probléma, hogy az iskola, a társadalom és a média teljesen elzárja, elérhetetlenné teszi számukra, hogy pozitív meleg életutakat, azaz meleg férfi és leszbikus női modellt láthassanak maguk előtt. A meleg és leszbikus felnőttek általában kerülnek, hogy meleg kamaszokkal találkozz-



zanak, beszélgessenek, mert a csábítás árnyéka, a pedofília gyanúja vetülhet rájuk. Az iskolában ez különösen súlyos probléma. Más kisebbségekhez tartozó tanárok jól beilleszkedett modellt nyújtanak, életképes mintául szolgálnak a kisebbségi tanulók számára. A meleg és leszbikus tanárok viszont egész életük folyamán szigorúan el kell rejtőzzenek, szexuális identitásukat nem tárhatják fel és távol kell tartásuk magukat a meleg és leszbikus kamaszoktól mind fizikai, érzelmi, szóbeli, mind életmódbeli, stresszkezelési és megküzdési módszereket tekintve [29]. A meleg és leszbikus fiatalok ugyanakkor gyakran kizáródnak a (meleg) közösségi programokból, hiszen a melegbárok és melegrendezvények általában nem a 18 év alatti fiatalokat szólítják meg. Így az LMBT kamaszokat kiközösítetik a szüleik, a tanáraik, az osztálytársaik és még a rejtőzködő meleg felnőttek közössége is. A meleg serdülők ezért valóban jogosan érzik azt, nincs hely számukra a világon, nincs hová menniük, nincs hová tartozniuk. Stigmatizált és diszkriminált létük magasabb stressz-szintet jelent a mindennapokban, melyet tovább nehezít a szakirodalomban nem régen dokumentált kisebbségi stressz [30], mely a megnövekedett mentális problémákat is okozhatja. A kisebbségi stressz modell vázolja a stresszel kapcsolatos folyamatokat, beleértve az előítéletek megtapasztalását, az elutasítástól való félelmet, rejtőzködést, titkolózást, a beépült internalizált homofóbiát, a negatív énképből, az identitásfejlődésben beállt elakadás felismeréséből (identity interruption process) eredő aggodalmakat. A homoszexuális fiatalok, szemben az etnikai és vallási kisebbségekkel, nem tudnak élni a nagyobb családi háttér és kötelek adta lehetőségekkel. Nincs kiterjedt támogató családi kapcsolati háló mögöttük, segítség, ami megértetné és felkészítené őket a negatív hozzáállással, előítéletekkel való megküzdés kezelésére és lelki feldolgozására [31].

Egészségügyi szakemberek az Egyesült Államokban felismerték ezt a lehetetlen helyzetet, és létrehozták a Gay, Lesbian and Straight Educational Network [32] (Meleg-Leszikus és Heteroszexuális Oktatási Hálózat) nevű szervezetet, hogy erősítsék a homoszexuális kisebbség és heteroszexuális többség összetartozás-érzését az oktatási intézményekben. A szakirodalmi adatok szerint ugyanis mind az öngyilkossági kísérletek száma [33], mind a droghasználat [34], és egyéb negatív hatások sikeresen csökkenthetők azáltal, hogy a középiskolákban, oktatási intézményekben a melegeket pártfogásba vevő, a homofóbia és diszkrimináció ellen fellépő, Gay-Straight Alliances (az oktatási intézményben működő Meleg-Hetero Szövetség) van jelen, vagy a GLSEN, Gay, Lesbian and Straight Educational Network hálózatba tartozó oktatócsoportokat hoznak létre. Ebben az életszakaszban külön életfeladat a szexuális irányultság felvállalása, a coming-out. A melegség felvállalása általában különböző fokban és más kapcsolatokban kerül előtérbe, ami külön feszültséget jelent a fiatalnak. Külön odafigyelést és szervezést igényel, hogy a más és más színtereken és mértékben felvállalt meleg-identitás ne kerüljön ütközésbe külső, pszichoszociális és belső, intrapszichés területen egyaránt.

## Eset



Egy Massachussettsben végzett LGBT felmérés szerint azok a szülők, akik kedvezőtlenül fogadták gyermekük felvállalását, jelentősen növelték a depresszió előfordulását és a droghasználat kockázatát gyermekeiknél [35]. Egy másik vizsgálat beszámol róla, hogy azok a meleg fiatalok, akik kisgyermekként biztosan kötődtek édesanyjukhoz, inkább hozzájuk fordultak irányultságuk felvállalásával. Azok a szülők, akik gyermeküket elfogadóan és függetlenségre nevelték, pozitívabban reagáltak gyermekük szexuális orientációjára. Az anyák elfogadó magatartása a későbbi romantikus kapcsolati kötődést illetően is kisebb szorongást indikált [36].

Azok a fiatalok, akik serdülőkorukban előbújtak és magukat melegként vagy lesbikusként azonosították, olyan személyiségfejlődési folyamaton mennek át, ami későbbi életútjukat is meghatározza, szemben azokkal, akik nem vállalták fel identitásukat kamaszkorban [37]. Ugyanitt hivatkoznak Boxer és Cohler [38] megfigyelésére, miszerint a lesbikus és meleg fiatalok egyik legnagyobb személyiségfejlődési feladata, hogy magukban lebontsák a korábban beépített heteroszexuális elképzeléseket és szerepelvárásokat, és kifejlesszék képességeiket arra, hogy a jövőben megfeleljenek a meleg és lesbikus életúton várható kihívásoknak.

Michael LaSala, aki egyébként szociális munkásként szerzett PhD-fokozatot, 2000-ben közölt tanulmányában igen jól összefoglalja, mitől szoktak a szülők negatívan reagálni gyermekük coming-outjára. Részletesen tárgyalja, hogy a szokásos kezdeti megrázkódtatás hogyan lehet a szociális munkás segítők révén túljutni. A kezdeti szakaszban a család krízisbe kerül és a gyáshoz hasonló lépésekben meggyászolja, hogy gyermeke nem a szokásos életutat járja be. A szülők sokszor a kiközösítéstől, a megszólástól félnek, hogy életük hátralevő részét magányosan kell emiatt eltölteniük.

Aggódnak a vallási tanítások áthágásától is. Nincs kapcsolatuk, rálátásuk jól beilleszkedő, nyíltan meleg vagy lesbikus felnőttekre. Hiányosak az elképzeléseik a meleg és lesbikusok életformáiról. (Nincs elképzelésük róla, hogy gyermekeik hogyan válhatnak szülővé melegként is, és így nekik is lehetnek unokáik. Megj. szerző) Láthatólag információhiányban szenvedtek, így a szociális munkás olyan könyvekkel látta el őket, amit meleg fiatalok heteroszexuális szülei írtak a szülők szemszögéből nézve a kérdést. Az olvasottak után maguk is kezdték másként látni a helyzetüket. Később megkérdőjelezték egyházuk álláspontját a melegekről és kapcsolatot kerestek liberálisabban gondolkodó lelkipásztorokkal, akik arra buzdították őket, fogadják el gyermekük más-ságát. Ettől megnyugodtak és kevésbé érezték magukat bűnösnek, valamint az a téves elképzelésük is kezdett szertefoszlani, hogy gyermekük örökre tönkretesz az életét. Míután kezdenek csillapodni az érzelmi viharok és a szülők elkezdnek másként gondolkodni a melegekről, kezd helyreállni a családi béke. A kommunikáció gyermek és szülő között a szokásos mederbe terelődhet. Innen már csak egy lépés, hogy a családi ünnepen vendégül lássák gyermekük partnerét, ami szokásosan első jele, hogy a szülők végül elfogadják gyermekük újszerű életstílusát.

Mielőtt végleg rátérnénk a szexuális kisebbség egészséges szexuális nevelésének témakörére, még egy lényeges kérdés, hogy a szokásos tízévenkénti népszámláláson, tudományos kutatásokban, egészségfelméréseken alig kerül sor arra, hogy a megkérdezettek szexuális orientációjával összefüggésben végezzenek felméréseket. Nagy tévedés azonban azt hinni, hogy a szenzitív adatok kikerülésével jót teszünk a megkérdezetteknek. Nagyon sok szempontból éppen ők lennének azok, akikről a legtöbb információt kellene gyűjteni a népszámláláson, egészségügyi, szociológiai és párkapcsolati felméréseken. A kapott adatok ugyanis nagyban torzítják a mintát, ha LGBT alanyokat sorolunk heteroszexuális személyek közé, róluk viszont nem kapunk képet. Ha már lehetőség van a világhálón kitölteni az űrlapokat, élni kellene a lehetőséggel, hogy egyes szenzitív adatokat is vegyenek fel az egészségstatisztikai felméréseken, hogy végre tiszta képet kapjon az egészségügyi rendszer a meleg létéről, problémáiról, számadatairól és elhelyezkedéséről hazánkban. Mint azt Sell és Holiday is alátámasztja az American Journal of Public Health című folyóirat 2014. évi számában, a lesbikus, meleg és biszexuális polgárok egészségére nézve a legfenyegetőbb veszély, hogy nem áll rendelkezésre tudományos információ az egészségüket illetően [39]. Rendkívül nagy problémát jelent még, hogy sem az orvosi egyetemeken, sem a pszichológusképzésen nem oktatják kellő mélységben és óraszámban a szexuális kisebbség speciális egészségügyi problémáit és így nem térnek ki a fiatalok veszélyeztetett és nagyságrendekkel összetettebb sajátos személyiségfejlődési és egészségügyi problémáira sem. Elsőként talán Budapesten a Semmelweis Egyetemen van kilátás arra, hogy beinduljon egy szexuális medicina tárgyú kurzus, ahol idővel a szexuális kisebbségek elhanyagolt területe is beépülhet lassan az oktatásba.

## MILYEN LEGYEN A GYAKORLAT?

Az előbbieken tehát felvázoltuk, mit lehet tudni a jelen kutatási eredmények szerint az LGBT serdülők általános egészségi állapotáról, életkilátásairól, egészség-esélyeiről. Látható, hogy személyiségfejlődésük könnyen elakadhat a társadalom, az iskola, a család és a környezet negatív hozzáállása miatt. A szexuális orientáció és identitás explorálása ellenséges környezetben hatványozottan nagyobb erőfeszítést, érzelmi és mentális munkát igényel jól beilleszkedő heteroszexuális kortársaikhoz képest. A stigmatizáció és a diszkrimináció, a homofóbia, az iskolai zaklatás, a kellő szakértelem, figyelem és megértés hiánya a szülők, pedagógusok és egészségügyi dolgozók részéről oda vezethet, hogy **a feszültség elviselhetetlenné válik**. Ekkor folyamodnak az érintettek a kognitív feldolgozás helyett az érzelmi megbirkózási technikákhoz. A fokozott evés, alkoholfogyasztás, dohányzás, droghasználat, szexuális rizikómagatartás mind gyakoribb a körükben, nem beszélve a HIV-fertőzésről, a HPV és egyéb szexuális úton terjedő betegségekről. A fentiek ismeretében kimondhatjuk, hogy igen nagy felelőtlenség a felnőtt társadalom részéről, hogy ezeket a



A társadalom az életveszélyig kiközösíti a meleg fiatalokat.

szerencsétlen sorsú fiatalokat magára hagyja, és az intézményes szexuális nevelés egyáltalán nem szentel figyelmet a leszbikus, meleg, biszexuális, transznemű, önmagukat kereső prehomoszexuális [40] gyermekeknek és serdülőkorúaknak.

Felvetődik tehát a kérdés, hogy ebben a rendkívül ellentmondásos, majdnem krízishelyzetben, amiben a meleg fiatalok nevelkednek, szükséges-e, akarjuk-e elismerni az LMBT serdülők jogát az egészséges élethez és a szexuális felvilágosításhoz?

Hivatkozva a XXI. század pszichológiai irányzatára, a pozitív pszichológiára, mely az élet negatív oldalának elkerülésén és a zavarok elhárításán túl azt is nézi, hogyan lehet az adott helyzetből a lehető legjobbat, a legteljesebbet kihozni, a mai korszellem rávilágít arra, hogy még az ilyen iszonyú nehéz helyzetekből is van kiút, és egy kis segítséggel jobbra fordulhat az LMBT fiatalok élete.

Mivel a gyakorlatban egyébként is sokszor kínos a szexuális felvilágosítás és az egészséges nemi nevelés ismereteit az oktatás keretében átadni, kevésbé valószínű, hogy az eddig negligált problémát, a szexuális kisebbség és többség együttes nevelését, „koedukálását” ezután belátható időn belül sikeresen meg lehetne oldani. Ezért az eddig elérhető, igen csekély kutatási adatokra és a világháló nyújtotta lehetőségekre támaszkodva javasolnám, hogy a prehomoszexuális fiatalok egészséges nemi nevelésének megalapozását **át kellene helyezni az internet világába**, amíg a megfelelő társadalmi légkör kellően befogadóvá válik a szexuális kisebbségek felé. Mint arra Harper és munkatársai [41] rámutatnak tanulmányukban, a világháló adta lehetőségek egy járható utat nyitnak az önmagukat kereső, szexuális beállítottságukban bizonytalan fiatalok számára. Kilétüket a nekik tetsző szinten tudják elrejtteni, vagy kisebb-nagyobb mértékben feltárni, ahogy előre haladnak saját identitásuk felfedezésében. A 15–23 éves korú meleg és biszexuális serdülőkkel felvett kvalitatív interjú (63 fő) az alábbi eredményeket hozta: az internet különböző alkalmazásainak széles skáláját használták mindig kellően megfontolva és hozzáigazítva a számukra kívánatos rejtőzködési – feltárlózkodási fokhoz. A fiatalok szerint segítségükre volt az internet az önel fogadásban és a szexuális orientációjuk felfedezésében, úgymint

1. növelte az öntudatosságukat a szexuális orientáció/identitás kérdésében,
2. ismereteket szereztek a meleg/biszexuális közösség életéről,
3. kapcsolatba kerülhettek meleg és biszexuális személyekkel,
4. személyesen találkozhattak melegekkel az internet segítségével,
5. megértésre és vigasztalásra találtak,
6. előmozdította a coming-out folyamatot.

A világháló virtuális szférája tehát kifejezetten pozitív hatással volt a fiatalok identitás fejlődésére, védett környezetet biztosított, kulturált térben létezhetek, és ebben a kellően anonimizált világban nem kellett tartaniuk a kortársak zaklatásaitól és a nem kívánt fertőzéstől sem.

Egy másik tanulmányban Pingel és munkatársai [42] kutatásukban meleg, biszexuális és önmagukat kereső (questioning) fiatal férfiakat kérdeztek meg, mi a véleményük az iskolai szexuális nevelésről, valamint szerintük hogyan lehetne javítani azon esetükben. A fiatalok

mege erősítették, hogy az iskolai nemi oktatás tematikája és az általuk szükségesnek ítélt szexuális nevelés között lényeges eltérés van. **Kérésük, hogy az őket érintő szexuális információk is kerüljenek be a tananyagba.** Megfogalmazták, hogy az ismeretanyag összeállításakor kerülni kellene a heteronormatív megközelítést. Mivel ők az iskolai oktatás keretében nem jutnak hozzá a számukra létfontosságú információhoz, máshol kell keressék a választ kérdéseikre, például a világhálón. Az MBK (meleg, biszexuális, kereső) fiatalok elképzelése szerint megfelelő volna számukra, ha egy szexualitással és szexuális egészséggel foglalkozó honlapot hoznának létre szakemberek a maguk fajta fiatalok számára.

Az azonos neműekhez vonzó fiatalok nemi nevelésének elhanyagolása ugyanakkor növeli a szexuális rizikómagatartás kockázatát is, és a heteronormatív megközelítés tovább erősíti az LMBT fiatalok kirekesztését a közösségből. Pingel említett tanulmánya szerint az MBK fiatalok kevésbé alkalmaztak biztonságos szexuális módszereket, például a megkérdezettek 60%-a nem használt óvszert az orális(!) közösülés során.

A Center for Disease Control and Prevention vizsgálatai [43] szerint a magukat melegként vagy leszbikusként azonosító fiatalok nagyobb valószínűséggel követtek kockázatos magatartást, mint heteroszexuális kortársaik. A cikkben hivatkozott másik vizsgálatban Mimiaga és munkatársai [44] azt találták, hogy nagyrészt az adekvát információ hiánya okozza, hogy a 13–19 éves fiatalok között diagnosztizálják az újonnan kiszűrt HIV-fertőzések két harmadát az Egyesült Államokban a férfiakkal szexuális kapcsolatot létesítő (MSM) összes személy közül. Bár ez a szám az Európai Unió területén 2010-ben a 15–24 éves korosztályt tekintve mindössze 11% volt [45], a kiugróan magas arány az amerikai kontinensen alátámasztja, mennyire fontos a nemi nevelés és a szükséges információ időben történő átadása.

A Pingel cikkben megkérdezett fiatalok azt is hiányolták a képzésből, hogy nem készítették fel őket arra, hogyan tudnák megvédeni meleg identitásukat a szülőkkel szemben. Hasznosnak tartanák, ha pusztán az LMBT mozgalmak történetéről is hallanának, hiszen melegen lenni nem csak a szexuális együttlétről szól. Mások az előbújásról, vagy saját nemi irányultságuk megkérdezőjelezéséről igényelték volna több ismeretet. Hangoztatták, hogy korban és megjelenésben hozzájuk közelebb álló személyektől hitelesebben hangzik ugyanaz az információ.

Nagy hiányosságként említették, hogy nem esik szó a kontaktus technikájáról és az alkalmazott módszer veszélyeiről. Az analízis közösülés módja szintén tananyagként kell szerepeljen az átadandó ismeretek közt. A bevált gyakorlatok listája elősegítené első együttlétük megtervezését és a nem kívánt fertőzések elkerülését. Támpontul szolgálhat számukra egy olyan tünetslista [46], melynek segítségével az esetleg elkapott fertőzés jeleiből tudható, hogy orvoshoz kell fordulniuk. Kitértek végül a mentális egészség mellőzött területére, holott a szakirodalomból is ismeretes, hogy körükben sokkal többen szorulnak pszichológus segítségére. A felkereshető pszichiáterek, pszichológusok listája, akik szívesen fogadnak LMBT serdülőket, szintén megkímélné őket a felesleges kudarcoktól.

## ZÁRSZÓ ÉS JAVASLAT

A fenti összes információ mind összegyűjthető egy jól szerkesztett, megbízható és naprakész információt tartalmazó honlapon, ahol a leszbikus, meleg, biszexuális, transznemű, intersexuális és önmagukban bizonytalan gyermekek, serdülők és fiatalok találnának koruknak megfelelő információt a világhálón. Az angol nyelvű szakirodalom számos új aspektusról számol be a homoszexuális fiatalok egészségét, pszichoszexuális és pszichoszociális nehézségeit illetően. A fiatalok szexuális felvilágosításáról sokkal több, árnyaltabb és könnyebben hozzáférhető információra volna szükség. További kutatások, közlemények megjelentetése, honlap létrehozása időszerű volna az LMBT serdülők kellő időben történő informálására, valamint szüleik, gyermekorvosaik és tanáraik korrekt tájékoztatására.

SE Magatartástudományi Intézet  
Könyvtár

## Hivatkozások

13. Rowlett id. m. 43.
14. id. m. 20.
15. Zana Ágnes: A halálkép alakulása és változása Magyarországon, a korosztályos értékítélet-különbségek és a lehetséges mérési módszerek vizsgálata. Tabu-e még a halál? Doktori értekezés. Budapest, Semmelweis Egyetem, 2009. 18., 94., 96.
16. (Költő András): Állandó önvizsgálat. Leszbikusok és melegek párkapcsolati problémái. Interjú dr. Ritter Andrea klinikai szakpszichológussal. *Mindennapi Pszichológia*, 2014. 6. 4. 17–19.
17. Childhood/Adolescence. In: The Health of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender People. Building a Foundation for Better Understanding. Committee on LGBT Health Issues [...]. Washington, Institute of Medicine, 2011. 146–149.
18. Frankowski, B. L. and the Committee on Adolescence.: Sexual Orientation and Adolescents. *Pediatrics*, 2004. 113. 6. 1827–1832.
19. Gibson, Paul: Gay Male and Lesbian Youth Suicide. In: Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide. Ed M.R. Feinleib. U.S. Department of Health & Human Services, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration 1989. (Vol. 3.: Prevention and Intervention in Youth Suicide)
20. Schaff, Adrianna: A Comparative Examination of Suicide Rates among Hetero- and Homosexual Adolescents and Young Adults. Perspectives, 2012. Spring, 18–27.
21. Garofalo, R., Wolf, C., Wissow, L.: Sexual Orientation and Risk of Suicide Attempts Among a Representative Sample of Youth. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 1999. 153. 487–493.
22. Student Mental Health Program. Training and Technical Assistance for California Community Colleges: Supporting Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning Students <http://www.cccstudentmentalhealth.org/docs/SupportingLGBTQStudents.pdf> Letöltve 2015. április 21.
23. Dr. Hoyer Mária Szóbeli közlés. 2014. november
24. Riley B. H.: GLB adolescent's „coming-out”. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2010. 23. 1. 3–10.
25. O'Connor, Andi: Who Gets Called Queer in School? Lesbian, Gay and Bisexual Teenagers, Homophobia and High School. *The High School Journal*, 1993. Oct/Nov – 1994. Dec/Jan. 7–12.
26. id. m.
27. Gay, Lesbian and Straight Education Network. No-Name Calling Week 2016. January 18–22. Celebrate Kindness! 2016. <http://glsen.org/nonamecallingweek>
28. Education for Justice: Celebrate Kindness: No Name-Calling Week (January 19–23. 2015) <https://educationforjustice.org/events/celebrate-kindness-no-name-calling-week-january-19-23>
29. O'Connor id. m.
30. Meyer, Ilan H.: Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*, 2003. 129. 5. 674–697.
31. Gadpaille, Warren J.: Homosexuality, Stress and (sic!) In: Encyclopedia of Stress Vol. 2. Ed. G. Fink. San Diego, Academic Press, 2000. 400–406.
32. Gay, Lesbian and Straight Education Network. <http://glsen.org/>
33. Hatzenbuehler M. L., Birkett M., Van Wagenen A. et al.: Protective school climate and reduced risk for suicide ideation in sexual minority youths. *American Journal of Public Health*, 2014. 104. 2. 279–286.
34. Heck N. C., Livingston N. A., Flentje A. et al.: Reducing Risk for Illicit Drug Use and Prescription Drug Misuse: High School Gay-Straight Alliances and Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. *Addictive Behaviors*, 2014. 39. 4. 824–828.
35. Rothman E. F., Sullivan M., Keves S. et al.: Parents supportive reactions to sexual orientation disclosure associated with better health: results from a population-based survey of LGB adults in Massachusetts. *Journal of Homosexuality*, 2012. 59. 2. 186–200.
36. Carnelley K. B., Hepper E. G. Hicks C. et al: Perceived parental reactions to coming out, attachment, and romantic relationship views. *Attachment and Human Development*, 2001. 13. 3. 217–36.
37. id.m. 12. Childhood/Adolescence p. 143.
38. Boxer A. M., Cohler B. J.: The life course of gay and lesbian youth. An immodest proposal for the study of lives. *Journal of Homosexuality*, 1989. 17. 3–4. 315–55.
39. Sell, R. L., Holiday, M. L.: Sexual orientation data collection policy in the United States: Public Health Malpractice. *American Journal of Public Health*, 2014. 104. 6. 967–968.
40. (A prehomoszexuális kifejezés használata az irodalomban: Gabbard G. O. id. m.)
41. Harper G. W., Serrano P. A., Bruce D., Bauermeister J. A.: The Internet's Multiple Roles in Facilitating the Sexual Orientation Identity Development of Gay and Bisexual Male Adolescents. *American Journal of Men's Health*, 2015. Jan. 13. pii: 1557988314566227. [Epub ahead of print]
42. Pingel E. S., Thomas L., Harmell C., Bauermeister J.: Creating comprehensive, youth centered, culturally appropriate sex education: What do young gay, bisexual and questioning men want? *Sexuality Research and Social Policy*, 2013. 10. 4. 1–13. doi:10.1007/s13178-013-0134-5.
43. Center for Disease Control and Prevention: Health risks among sexual minority youth. <http://www.cdc.gov/healthyyouth/disparities/smy.htm> Letöltve 2015. április 26.
44. Mimiaga M. J., Goldhammer H., Belanoff C., Tetu A. M., Mayer K.: Men who have sex with men: Perceptions about sexual risk, HIV and sexually transmitted disease testing, and provider communication. *Sexually Transmitted Diseases*, 2007. 34. 2. 113–119.
45. AIDS Világnap, 2011. december 1. *Epinfo* 2011. 18. 46. 531.
46. Például: The Fenway Guide to Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Health. 2nd ed. Ed. Makadon H. J. et al., American College of Physicians. Philadelphia, The Fenway Institute, 2015. Appendix B: Sample New Patient Intake Form [http://www.acponline.org/acp\\_press/fenway/sample-new-patient-intake-form.pdf](http://www.acponline.org/acp_press/fenway/sample-new-patient-intake-form.pdf) Letöltve 2015. április 27.



KERESZTES ATTILA

AKUPRESSZŐR, TERMÉSZETGYÓGYÁSZ

# Független és komplex

## A keleti medicina rejtelsei

A nyugati orvostudományon (allopátia) kívül többféle független, komplex medicina létezik még. Ilyen a hagyományos tibeti orvoslás, az ájurvédikus orvoslás és a hagyományos kínai orvoslás (HKO). A több ezer éves kínai orvoslást méltán ismeri el a Magyar Tudományos Akadémia is.

### A NYUGATI MEDICINA PROBLÉMÁI

A mai fejlett korban a laikus azt hinné, hogy a komputeres vizsgálatokkal szinte minden kiszűrhető az orvosi laborokban. Pedig az MR és a CT 60–70%-os pontosságú, a perforáló vakbél, pontosabban féregnyúlvány-gyulladás (appendix vermiformis) sokszor a műtét alkalmával vehető észre pontosan és egy negyven éve alkoholizáló ember hasi ultrahangja is lehet negatív.

Ha ehhez még hozzávesszük annak előfordulását, hogy nem tudjuk pontosan, miszerint egy gyógyszer kiből mit vált ki a 40–50 egyéb hatással együtt, akkor felötlök bennünk egyfajta bizonytalanság. Igen a gyógyítás nem könnyű feladat. **És amíg nincs diagnózis, addig nincs terápia sem.**

Sok páciens rohángál a betegségéről szóló latin anamnézisekkel egyik helyről a másikra, de hiába szól a lelet róla, egy kukkot sem ért belőle. Szeretne utánanézni az interneten, mert érdeklődik a dolog iránt és szeretné megérteni, de lehet, hogy ezért elmarasztaló szavakban lesz része. Pedig neki kell aktívan teljes életmódot váltania, hogy megszűnjön a betegsége, és ezután demotivált

### BEMUTATKOZÁS

Jómagam 2000 óta foglalkozom a keleti pszichológia és gyógyászat kutatásával. Eddig közel ötven online, illetve offline kiadványban publikáltam és rendszeresen adok tévé-, rádióinterjút a témában. Megtiszteltetés számomra, hogy több száz köszönőlevelet kaptam munkám elismeréseként az emberektől, akiket egymástól tanulva szolgálhattam.

lesz. Sok esetben az is zavarja a páciens, hogy az orvos többet tölt el a komputer előtt adminisztrációval foglalkozva, minthogy őt megvizsgálja.

Természetesen az orvosok erről nem tehetnek, hiszen meg kell felelniük a rendszernek, jogi irányelveknek és sokszor közel száz embert kezelnek nap mint nap. Érthető, ha hamar megjelenik a burn-out szindróma mindezek után. Ráadásul sok ember nem követi az utasításait és nem mond el mindent pontosan a betegsége kapcsán.



## A KELETI ÉS A NYUGATI MEDICINA KÜLÖNBÖZŐSÉGEI

Kínában mindent jin (nőies) és jang (férfias) minőségre osztanak fel a tao filozófia alapján és a legrégebbi orvosi vonatkozású könyv is itt jelent meg először. Mindig valamihez képest beszélünk a jin és jang minőségről, így bármi lehet jin és jang is.

Amíg a **nyugati medicina** ugyan elveszhet a részletekben, ám sok esetben nagyon precíz eredményekre jut,

addig a **keleti medicina** egységben vizsgálja az embert és a harmóniára törekszik. Nem a tüneteket kezeli, hanem az egész embert.

A **nyugati medicina** azonban egyszerre nagyon sok emberhez tud eljutni.

E két tudomány nagyon jól kiegészítheti egymást, ahogyan a számítástechnika és a kínai orvostudomány egyesítésével dr. Voll német orvos megalkotta a diagnózisra és a terápiára is alkalmas elektro-akupunktúrás készüléket.

**Keleten** abból indulnak ki, hogy ellentétek alkotnak mindent, amik valójában nem is teljesen ellentétek, csak az elme számára azok. Egy nap éjszakából és nappalból áll, vannak férfiak és nők, hideg és meleg, és az agyféltekénk is két részre van osztva, melyeket egy idegdúc köt össze.

**Nyugaton** a tünetek alapján beskatulyázzuk az embert.

**Keleten** pedig tudják, hogy minél szélsőségesebb valamilyen folyamat, annál több lehet az esélye, hogy az ellenkezőjébe csap át. Gazdagból lehet szegény, egészségesből beteg és fordítva. Betegségeknek példának okáért előfordulhat, hogy egy betegség lázzal jár és mindemellett hidegrázást is tapasztalhatunk. Tehát a kínai medicinában a jin és a jang egységére törekszenek. Így aki beteg, az Keleten valójában egészséges, hiszen csak egy része betegedett meg és bármikor meggyógyulhat. Az esélye megvan. Csak ha valaki meghalt, akkor már egészen biztosan nem fog tudni meggyógyulni. Persze aki egészséges, az is bármikor megbetegedhet.

**Keleten** többnyire az embert elmére, testre és szellemre osztják fel.

A **Nyugat** ezzel szemben analizál és legfeljebb a részek összességéként tekint a különféle szerveinkre. Nem holonként – a rész magába foglalja mikroszinten a makrót –, tekint az emberi testre.

A test a zenekar és a zene a lélek, a **keleti** felfogás szerint. A szervek, mint a fogaskerekek, egymásra hatnak és, ha az egyik hangszerből más zene szól, az hat a többire is.

Ám sok esetben csak a tünetet kezeli a **nyugati medicina**, mert abból indul ki, hogy az emberi szervezet egy gépezet, melyben az alkatrészeket külön-külön kell megjavítani. Ezeket egymástól elválasztva vizsgálják meg, így sok-sok szakágra van felosztva a nyugati orvostudomány. Egy terápia megszünteti a májproblémát, de ez kihathat később a szívre. Viszont erről a kezdettől a kardiológus már nem biztos, hogy tud, csak elkezdi kezelni a szívet. És hogyan is lenne ideje minden leletet újra átnézni és az összefüggéseken gondolkodni?

## A KELETI ÉS A NYUGATI MEDICINA TALÁLKOZÁSI PONTJAI

A HKO-ban a **pulzus és a nyelv** megfigyelése, a kikérdezés és a megszagolás alapján születik meg a diagnózis. Ha a kínai megközelítés alapján beszélünk a szervekről, akkor nagy betűkkel illetjük őket. (Jelen cikkben a magyar nyelv szabályait követjük. A szerk.) A nyelvet megtekintve megállapítható a vese, húgyhólyag, máj, epehólyag, gyomor, lép, tüdő, szív állapota. A pulzus alapján szintén meg lehet állapítani a fenti szervek állapotát a szívburok- kal együtt és két hónap után azt is, ha egy hölgy várandós. A nyugati orvostudomány szintén jelentőséget tulajdonít a pulzusnak, illetve a lepedéket is olykor-olykor meg szokták vizsgálni a nyelven.

A **szem alatt** lévő ödémából Nyugaton a vese, illetve kialvatlanság állapotára következtethetünk. Ez Keleten is így van. Ennek a résznek a víztartalma ugyanis a legmagasabb az egész arcon. Ugyanakkor itt a legvékonyabb a bőr, és nincsenek benne faggyúmirigyek, így hát ez a rész nagyon érzékeny a szervezet vízháztartásának változásaira. Ha a nyelv sárga lepedékkel terhelt, akkor jang, ha fehérrel, akkor többnyire jin többlétről beszélhetünk. Ezenkívül vannak rák diagnosztikai akupunktúrás/akupresszúrás pontok is a testünkön, melyből szintén levonhatunk következtetéseket.

A nyugati orvostudomány hatékony **akut** (jang) betegségek esetében. Am hosszán tartó **krónikus** (jin) betegségek esetén a keleti medicina lehet nagyon eredményes. Hiszen a keleti medicina a prevencióra, megelőzésre helyezi a hangsúlyt és nem a kríziskezelésre. Ha nagyobb a baj, akkor hatékonyabb lehet a nyugati medicina, amíg a keleti medicina a megfelelő életminőség fontosságára, az egészségfejlesztésre is felhívja a figyelmet és lágyabb, anyáskodó negatív mellékhatástól mentes megoldásokat kínál fel.

Nem ellenséggként tekint például a baktériumokra, vírusokra. A nyugati medicina azonban küzdelme során az antibiotikum bevezetését követően a szuperbacik felszaporodásának problematikáját okozta. A keleti felfogás nem küzd a dolgok ellen, hanem megpróbálja megérteni és humanisztikusan módon rendezni azokat. A szervezet önműködő mechanizmusát támogatja, amely az allopatriáról is elmondható, mikor például a különféle gyógyszerek, vitaminok, infúzió stb. segítségével a szervezet keringését állítja helyre.

A HKO a csontok problémájához a vesét rendeli. És ha belegondolunk, ez nem tűnik az allopatia szemszögéből sem teljesen elvetemült ötletnek, hiszen a vese a kalciumanyagcsere-folyamatért is felel.

A HKO abból indul ki, hogy ha nem áramlik megfelelően az **energia** a testünkben, akkor blokkok jönnek létre az akupunktúrás pontokban és így rendellenesség üti fel a fejt, és általában többltet, vagy hiány keletkezik. Ez nem tűnik misztikusnak, hiszen energiaáramlás valóban megfigyelhető, hiszen a szív akciós áramát mérjük az EKG-val. Fontos, hogy a hiányt kívülről kell pótolni, hiszen hiába van egy kifogástalanul működő vízhálózatunk, ha nincs benne víz.

Az akupunktúráról (tűszúrásos eljárás), akupresszúráról (pontnyomás) mára már biztosan tudjuk, hogy hatékony, hiszen a bőrből a gerincvelőbe tartó idegek és a gerincvelőből a belső szervek felé haladó idegek egy szá-

kaszon együtt futnak (reflexív). Ezt több ezer éve így nem tudták, hisz akkor még nem volt komputertechnika, de mégis alkalmazták.

A HKO-ban a kutatások alapján bebizonyosodott, hogy a különféle folyamatok nemcsak az idegi pályarendszerekre, kapcsolatokra, hanem az ingerülettovábbításban és a specifikus hatások létrejöttében szerepet játszó speciális anyagok, a neuropeptidek, opiátok, illetve más, pl. endogén cannabisszármazékok hatásmechanizmusára is kiterjednek.

## A LELKI ÉS A FIZIKAI TÜNETEK ÖSSZHANGJA

A hirtelen lobbanékony, dühös embernek a „máj tüze” okozza a problémát. Magyarul is használatos a „rossz májú” ember kifejezése. Ha az ember nemcsak az adott szerv megtisztítását, hanem feltöltését is elvégzi, akkor saját maga tapasztalhatja, ahogy az emóciók is megváltoznak. Így nem csak mentális, pszichológiai szinten rendeződnek a lelki vonatkozású problémák. A félelmet, illetve ijedtséget, melynek nincs tárgya, a veséhez köthetjük. Ha belegondolunk, az ijedős gyermekre jellemző szokott lenni az éjszakai ágybavizelés. A túlzott tépelődés, gondolkodás, rágódás a léphez köthető, melynek jang szerve a gyomor. A pszichoszomatikában valóban a „meg nem emésztett” dolgokat a gyomorhoz kötjük, sőt Freud szerint ez a küzdőtér. A szomorúság, mely szélsőséges esetben akár az öngyilkosság gondolatát is létrehozhatja bennünk, a tüdőhöz köthető, mely a vastagbéllel áll kapcsolatban. A túlzott öröm, mikor valaki „eszt veszti”, a szívhez, és a vékonybélhez köthető. Ha tovább finomítjuk a dolgokat, akkor egy tik neurotransikus funkciózavar, vagy pszichogén tünetképződés alapján már tudjuk, hogy az illető a fa fázisba, azaz máj „kategóriába” tartozik az öt elem kapcsán. Főleg, ha repedezett köröm, spazmusok, görcsök, menstruációs zavar, tremor, kiszáradt szem stb. tünete is felüti a fejét az ő esetében. Így azonnal következtetni tudunk, hogy hol lehet a probléma.

Ezenkívül minden fontosabb szervhez meridiánok (energiacsatornák) kapcsolódnak, melynek van úgynevezett Mu (vészelző) pontja, mely jelzi, ha az adott szervvel probléma van. Ezenkívül van forráspontja is, ahol ki tudjuk az adott energiát egyenlíteni. Tehát az illető megjelenése, beszéde, taglejtése, keringése alapján is le tudunk vonni következtetéseket. Ezenkívül a nyelv-, és a pulzusdiagnózis is rendelkezésre áll, valamint ki is kérdezhetjük a páciens-t. És a testről is számtalan dolog leolvasható. Mivel a talpon több, mint hetvenezer idegvégződés van, így a reflexológia segítségével vissza tudjuk ellenőrizni az adott szervek túl-, vagy alulműködését is. Ezenkívül számtalan árulkodó jel áll rendelkezésre, például, hogy pontosan milyen ízt kíván, vagy kerül az illető, milyen szaga van – például a sok fehérje elfogyasztása ammóniaszagot terjeszthet, a veseprobléma pedig rothadt szagot –, milyen környezeti tényezőktől óvakodik, illetve, hogy adott masszázsa erősödik, vagy enyhül-e a fájdalom (lásd többltet vagy hiány). Ezáltal biztosra vehetjük, hogy egy komplex, sokrétű tudomány van a kezünkben, mely segítségével oki terápiát alkalmazhatunk és rengeteg ember segítségére lehetünk.

...

www.keresztesattila.hu



CSONKA ANDRÁS

SZÍNÉSZ-MŰSORVEZETŐ

## Bizalom

**N**o akkor megérkeztünk ahhoz a fogalomhoz, ami átszövi életünket, ami nélkül fabatkát sem érnek a kapcsolataink, az érzelmeink, a létünk.

Beleborzongok, ha arra gondolok, mi minden múlik rajta, mivé lehetünk nélküle.

- Hogyan bújhatnék anyám ölébe, amikor a szomszéd kissrác zrikál, ha nem bízok meg benne?
- Bizalom nélkül hogy kérhetném meg a suliban a barátomat, hogy egy fontos, cetlire írt, üzenetet továbbítson a szerelemben kiszemeltemnek?
- Hogyan küldjön le anyu a közértebe vásárolni, ha nem bízik meg bennem, hogy tényleg azokat veszem meg, tényleg nem költöm el az egész pénzt, só, haza is megyek?
- Hogyan tudnék együtt dolgozni a rendezővel, ha nem bízom meg abban, hogy mit is akar kihozni az egészségből?
- Hogyan ülnék bele bátran a fodrászom székébe, ha nem bízok abban, hogy most is remekül vágja majd le a hajamat?
- Hogyan osztanám meg a legféltebb titkaimat a pszichiáteremmel, ha nem bízok abban, hogy diszkréten kezeli azokat, és hogy segíteni is fog?

No, és ezzel végre elérkeztünk önközhöz, drága doktor hölgyek, urak! Micsoda ereje van itt a bizalom szónak?! Már az a pillanat, amikor belépek egy rendelőbe, a reményen túl a bizalomról is szól. No és végig, egy esetleges kezeléssorozat alatt, amikor, bízva az orvos szakértelmében, mindent pontosan úgy teszek, ahogy ő előírta. Persze, velem, mint főhipochonderrel sosem lehet semmi gond, de éppen emiatt is ezerszeresen felnagyítódik

nálam a bizalom szó. Amellett, hogy általában bízom az orvosokban, természetesen vannak fő bizalmasaim, akikkel forródróton kell lennem, a munkám miatt is, akikkel hűséges vagyok. Leginkább a gégésem, no de a fogászom is. Érdekes, hogy pont nekem nincs azonnal bevethető belgyógyászom. Ezen sürgősen változtatnom kell.

Biztos vagyok benne, amellett, hogy az orvosoknak simogatja a lelkét, ha a betegek bíznak bennük, azért óriási terhet is rak rájuk mindez, ami feszültéghez, stresszes állapothoz vezethet, hiszen nagyok az elvárások, nem létezik más elfogadható megoldás, csak a tökéletes. Ha bízom valakiben, nem bocsátom meg neki, ha hibázik. Legalábbis nem tudom elképzelni, hogy hibát vétet. Pedig, itt is igaz, hogy emberekről beszélünk, akik nem robotok, és a hiba lehetősége bármikor fennáll. A lényeg, hogy ne legyünk megingathatók a bizalmunkban.

Természetesen a bizalom oda-vissza játék. Az orvosnak sincs könnyű dolga, ha nem érez bizalmat a páciens felé, ha nem lehet száz százalékgig biztos abban, hogy a beteg az ő utasításai szerint jár el, és közben nem térképezi fel az internetet, új csodamódszerek után kutatva. Vagyis visszaél az ő bizalmával. Ha a bizalomról beszélünk, azt az oldalt is látnunk kell, ami a csalódásról szól. A bizalommal visszaélni a legnagyobb pofonok közé tartozik.

Az egyik legfontosabb kulcsszó tehát a bizalom, a beteg és az orvos között, és boldog vagyok, hogy ha úgy adódik, módomban áll ezt gyakorolni.

...



### RICK HANSON: Sírjak vagy nevessek

Sok kicsi sokra megy

A boldogság abban rejlik, hogy észrevesszük a körülöttünk levő mindennapi kincseket. Ha figyelmünket az örö-

lményekre irányítjuk, és elmélyülünk bennük, egész alaphangulatunk megváltozik – írja Rick Hanson pszichoterapeuta és neurológus *Sírjak vagy nevessek* című könyvében. Emberként mind a pozitív, mind a negatív érzelmek széles skáláját élhetjük át, ám idegrendszeri beállítottságunkból adódóan a negatív érzelmekre – mint a félelem, az aggodalom és a szorongás – fogékonyabbak vagyunk, mint az öröme vagy a lelkesedésre. Ennek oka az, hogy a „jobb félni, mint megijedni” taktikája hasznára volt őseinknek a túlélésért folytatott harcban. Ám nem törvényszerű belesüppednünk a lehangoltságba – ha megtanuljuk felfedezni az örömforrásokat a mindennapjainkban és elmerülni bennük, a negatív beállítódást pozitív kedélyállapottá változtathatjuk.



Dr. Hanson neurológus lévén tisztában van azzal, hogy minél több pozitív érzelmet élünk át, agyunk annál fogékonyabbá válik az öröme és az elégedettségre. Nem akkor lelünk tartós boldogságra, ha valami klassz dolog történik velünk, hanem ha észrevesszük „mindennapi kincseinket”, legyen az a hűsítő szél egy forró napon, a vasárnapi csendbe belesicsergő madár, vagy egy ízletes étel – vagyis ha elsajátítjuk a jó élményekre odafigyelő beállítódást. A szerző az agykutatás és a pszichológia eredményeinek ismertetése mellett egy teljes gyakorlatort is közread a kötetben, amelyet elvégezve az olvasók lépésről lépésre egyre több pozitív érzéssel és élménnyel gazdagíthatják életüket.

(Ursus Libris)

„Doktor úr, a maga szíve sose fáj?”  
...és ha igen, akkor önnek ki segít?

## Pszichológia & Practicum

az egészségügyi lappiacon egyedülként jelen lévő egészségpszichológiával foglalkozó magazin, amely számos olyan kérdést világít meg, ami remélhetőleg segítséget nyújt önnek mindennapi munkájában. Ezenkívül egyéb életviteli pszichológiai kérdések is színesítik a lapot. A segítségen, élvezetes olvasmányon túl még pontokat is szeretne?

### Vegyen részt

az „Egységpszichológia a gyakorlatban” című  
– orvosoknak és klinikai szakpszichológusoknak szóló –  
távoktatási továbbképző programon.

**Kreditérték:**

**16 pont**

**Ár: 9500 Ft**

**Időtartam 2016. július–december (folyamatos csatlakozással).**

**További információ és jelentkezés a távoktatásra:**

**[www.galenus.hu/tavoktatas](http://www.galenus.hu/tavoktatas).**

**BÓNUSZ**

Az első 10 jelentkező grátisz megkapja a **Pszichológia & Practicum** 2016-os év 5 lapszámának protokollpéldányát!



**GALENUS GYÓGYSZERÉSZETI LAP- ÉS KÖNYVKIADÓ KFT.**

1146 Budapest, Dózsa György út 19. IV. 2. • Levelezési cím: 1437 Bp. 70., Pf. 275

Tel.: (1) 467-8060 • Fax: (1) 363-9223

E-mail: [galenus@galenus.hu](mailto:galenus@galenus.hu) • Internet: [www.galenus.hu](http://www.galenus.hu)

# Kettős erő\*

aklidiinium-bromid + formoterol

- 2 bronchodilatator\*\*
- 2 x naponta\*\*
- 2 lépésben használható inhalátor\*\*



Új a COPD  
kezelésében! \*\*

BR12015#3036

Brimica Genuair® 340 mikrogramm/12 mikrogramm inhalációs por  
Rövidített alkalmazási előírás

**Hatóanyag:** Leadott dózisonként (a szájfeltétlen át távozó adagonként): 396 mikrogramm aklidiinium bromidot (340 mikrogramm aklidiiniumnak megfelelő) és 11,8 mikrogramm formoterol fumarát dihidrátot tartalmaz. **Javallat:** fenntartó hörgőtágító kezelésként a krónikus obstruktív tüdőbetegségben (COPD) szenvedő felnőtt betegek tünetei enyhítésére. **Adagolás:** A javasolt adag a 340 mikrogrammos/12 mikrogrammos Brimica Genuair egyszeri belégzése naponta kétszer. **Az alkalmazás módja:** Inhalációs alkalmazásra. A betegeknek meg kell tanítani, hogyan alkalmazzák helyesen a készítményt. Részletes útmutatásért olvassa el a betegájékoztatót. **Ellenjavallatok:** aklidiinium bromiddal vagy formoterol fumarát dihidráttal vagy bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. **Különleges figyelmeztetések és alkalmazással kapcsolatos óvintézkedések:** nem szabad asztma esetén alkalmazni. A klinikai vizsgálatok során paradox bronchospasmus nem figyeltek meg a Brimica Genuair ajánlott adagban történt alkalmazásánál. Nem javított akut bronchospasmus kezelésére. A megelőző 6 hónapon belül myocardialis infarctuson átesett, a megelőző 3 hónapon belül instabil anginában, újonnan diagnosztizált aritmiában szenvedő, illetve a 470 msec feletti QTc értékű, vagy a megelőző 12 hónapon belül a „New York Heart Association” szerinti III as és IV es funkcionális osztályba tartozó, szívelégtelenség miatt kórházba felvett betegeknek csak óvatosan szabad alkalmazni. **Nemkívánatos hatások, mellékhatások** (nagyon gyakori és gyakori, >1%): nasopharyngitis, húgyúti fertőzés, sinusitis, fogfájog, álmatlanság, szorongás, fejfájás, szédülés, tremor, köhögés, hasmenés, hányinger, szájszárazság, myalgia, izomgörcsök, periféris ödéma, a vér kreatin-foszfokináz érték növekedése. **Kiadhatóság:** Kizárólag orvosi rendelvényhez kötött gyógyszer (V). **Forg. engedély száma:** 2014. EU/Y14/963/001. Az alkalmazási előírás dátuma: 2015.04.09. Bővebb információért olvassa el a gyógyszer teljes alkalmazási előírását! Közfelirás alapján elfogadott ára: Brimica Genuair 340 mikrogramm/12 mikrogramm inhalációs por 60x: 15 408 Ft. Szakorvosi javaslatra EU 90% (3b2. és 3b3. EU 90 pontok) ártámogatásban részesül. Tértési díj: 1 922 Ft, az ártámogatás összege 13 486 Ft. Az esetleges árváltozásokról kérjük, tájékozódjon a [www.oep.hu](http://www.oep.hu) weboldalon. A dokumentum lezárásának időpontja: 2016.01.25. Érvényessége: 2017.01.25.

\* A Brimica® Genuair® két pivotális vizsgálatban is szignifikáns mértékű FEV<sub>1</sub> javulást eredményezett az alkalmazás után 1 órával a placebo-hoz és az aklidiinium-hoz képest, és a mélyponti FEV<sub>1</sub> szignifikáns javulását eredményezte a placebohoz és a formoterol-hoz képest.\*\*

\*\* Brimica® Genuair® Alkalmazási előírás 2015.04.09.

Bővebb információért kérjük, olvassa el a részletes alkalmazási előírást!

▼ Ez a gyógyszer fokozott felügyelet alatt áll, mely lehetővé teszi az új gyógyszerbiztonsági információk gyors azonosítását. Az egészségügyi szakembereket arra kérjük, hogy jelentsenek bármilyen feltételezett mellékhatást.\*\*



**BERLIN-CHEMIE  
MENARINI**

Berlin-Chemie/A. Menarini Kft.  
2040 Budaörs, Neumann J. u. 1.  
Tel.: 23/501-301