

Tartalom:

Bevezetés
Rövid hírek, információk
Beszámoló konferenciákról
Önkéntesek Hete
Cikkek a Délkeleti Régió Hírleveléből
Tanulmányok
Mindentudás Egyeteme
Könyvajánlat
Idézetek

Bevezetés

Az ötödik évfolyam 4. számát, egyébként pedig a 34. megjelent lapunkat tartja kezében az Olvasó.

Nemcsak a telefonos ügyelőinknek szerkesztjük az *Infót*, hanem a "külső" érdeklődőkre is számítunk. Leginkább azokkal a cikkekkel, tanulmányokkal jelenünk meg ezeken a hasábokon, amelyek vagy bemutatják a munkánkat, vagy a szakterületünkön is hasznosítható ismereteket tartalmaznak.

2001-től a Magyar Lelki Elsősegély Telefonszolgálatok Szövetségének Délkeleti Régiója is rendelkezik egy negyedévenként megjelenő hírlevéllel. Úgy gondoltuk, hogy az *Infó* számaiba ebből a periodikából is megjelentetünk cikkeket (annál is inkább, mivel mindkét lapnak jelenleg azonos a szerkesztője).

A telefonos segítői munkát, sikereinket és nehézségeinket csak szűkebb szakmai körökben ismerik, pedig ez a „mozgalom” talán az egyik legrégebbi önkéntes, karitatív szolgáltatás hazánkban. Szeretnénk, ha módunkban állna egy kicsit többet megmutatni a munkánkból. Ezt a célt szolgálná a kiadványunk is, s a benne szereplő cikkek és tanulmányok.

Debrecen, 2003. november 10.

Rénes László (szerkesztő)

Rövid hírek, információk

➤ **Matáv adományvonal 1788**

A MATÁV lehetőséget biztosít lakossági adományok gyűjtésére telefonon keresztül. A Matáv az Adományvonalat nonprofit szervezetek, alapítványok, egyesületek számára ajánlja fel, amelyek pályázati úton kapnak lehetőséget a társadalmi célú programjuk megvalósításához szükséges adományok gyűjtésére. Az adományozók a Matáv Adományvonalon az 1788-as szám hívásával, hívásonként 100 Ft adománnyal járulnak hozzá a lehetőséghez jutott szervezet céljainak megvalósításához.

A Matáv Adományvonallal az alábbi területeken működő szervezetek munkáját támogatják:

- szív- és érrendszeri betegségek gyógyítása, kezelése, megelőzése,
- egészségmegőrző, betegségmegelőző programok, ezen belül kiemelten a daganatos megbetegedések szűrése, rehabilitációja, rekreációja,
- kommunikációs problémák gyógyítása, kezelése (beszédhibások, hallássérültek, olvasászavarok),
- hátrányos helyzetűek sporttevékenysége,
- gyermekek egészségügyi, szociális problémáinak kezelése.

A Matáv az adománygyűjtésben közvetítőként, a technikai költségek felszámítása nélkül közreműködik, ezért a lehetőséghez pályázati úton lehet hozzájutni.

A pályázatot az alábbi címre kell elküldeni: Matáv Adományozási Kuratórium 1541. Budapest. További információ: Horváth Károlyné Kuratóriumi titkár, tel.: 457-4796.

➤ **Pont-írás nyomtatása Debrecenben is**

A Média az Emberekért Alapítvány pályázati nyereségével indította el Észak-Kelet Magyarországon elsőként azt a szolgáltatását, melyel látássérültek számára biztosít pont-írású (ún. Braille-írás) nyomtatási lehetőséget. A Braille-írás egy hat pontból álló, kiemelkedő "pöttyök" kombinációjából összeállított írásrendszer, melyet a vak emberek ujjukkal olvasnak. Az alapítvány nyomtatója számítógéphez köthető, így bármilyen, számítógépes formában meglévő anyagot ki lehet nyomtatni Braille-írásba. Az országban eddig csak Budapesten lehetett ilyen nyomtatást kérni, a vidékiek számára a postai út igen lassú folyamattá tette ezt. Mostantól a Média az Emberekért Alapítvány a Kelet-magyarországi régióban is szolgáltatja a Braille-nyomtatás lehetőségét (ingyen) a látássérültek számára. Az alapítvány a nyomtatót a Fogyatékosok-esélye Közalapítvány támogatásával, valamint a Dr. Kettessy Aladár Általános Iskola (gyengénlátók iskolája) közreműködésével üzemelteti.

Érdeklődni lehet: 4017 Debrecen Pf.36. Tel.: 52-319-159, 70-389-4920; E-mail: info@meaea.hu

➤ A Magyar Ökumenikus Szeretetszolgálat szenvedélybetegekkel foglalkozó intézménye (De-Centrum, Víztorony u. 9-11.) bekapcsolódott a minisztériumi támogatásból működtetett országos **tűcsere programba**. Érdeklődni az 536-637-es telefonszámon lehet; a tűcsereket - hétfőtől péntekig - délután 4 és 6 óra között hajtják végre a fenti intézményükben.

➤ A Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetségének **Támogató Szolgálat**a Debrecenben a látás- és hallássérülteknek, mozgáskorlátozottaknak, illetve értelmi fogyatékosoknak próbálnak segíteni a mindennapi életvitelükben. Segítenek gyógyszerkiváltásban, orvoshoz eljutásban, napi egyszeri meleg étel beszerzésében, orvosi, szociális és jogi ügyintézésben, de foglalkoznak mentális és jogi tanácsadással is. Az ingyenes szolgáltatásaik mellett az érintetteknek olcsón vállalnak szállítást,

takarítást, masszírozást stb. Debrecenieknek felvilágosítást a 412-773-as telefonszámon adnak hétközben, munkaidőben.

➤ **Civil szervezetek a keleti határ mentén. Nyolc megye regionális Civil Adatbankja.** Közösségfejlesztők Békés Megyei Egyesülete, Békéscsaba, 2003.

A Közösségfejlesztők Békés Megyei Egyesülete (Békéscsaba) és a CREST Nonprofit Szervezetek Forrásközpontja (Szatmárnémeti) "Közösségek fejlesztése határok nélkül" címmel közös projektet indított a keleti határ mentén.

Ennek célja:

- a szervezetek közötti információ-áramlás gyorsítása,
- a határ menti kapcsolatok erősítése,
- a civil szektor erősítése.

E kiadvány nyolc megye civil szervezeteinek adatait tartalmazza:

- Magyarországról: Békés megye, Csongrád megye, Hajdú-Bihar megye, Szabolcs-Szatmár-Bereg megye,
- Romániából: Arad megye, Bihar megye, Szatmár megye, Temes megye.

Az adatbázis nem teljes körű, e kötetben több mint 1200 szervezet található.

A címlista az alábbi internetcímeken érhető el: <http://www.bekes-mmk.hu/civilek/>

<http://www.csabanet.hu/regcivil/> ill. <http://www.csabanet.hu/pharecbc-civil/>

➤ **A határ nem választ el... Együttműködési konferencia civil szervezetek részvételével. Békéscsaba, 2003. október 4-5.**

Közösségfejlesztők Békés Megyei Egyesülete, Békéscsaba, 2003.

E kiadvány azoknak a projekteknek a rövid bemutatását tartalmazza, amelyek "A határ nem választ el..." című konferencián Békéscsabán hangzottak el 2003. októberében. A kötetben olyan programok szerepelnek, amelyeket egyesületek, alapítványok közösen szerveztek Békés, Csongrád, Hajdú-Bihar, Szabolcs-Szatmár-Bereg, valamint Arad, Bihar, Szatmár és Temes megyékből.

A kiadványban román nyelven is olvashatók a közzétett írások.

(Forrás: Közösségi Adattár Hírlevele)

Beszámoló konferenciákról

„Most élsz, most vigyázz, hogy jól csináld”

Máté Péter dalszövegét választotta mottójául A KÁBÍTÓSZER MEGELŐZÉS SZÍNTEREI című konferencia a Debreceni Kábítószerügyi Egyeztető Fórum és a Debreceni Egyetem Mentálhigiénés Program közös szervezésében, amely a Lovardában került megrendezésre október 9-10-én. A kétnapos előadássorozaton megyénkbeli pedagógusok, segítők és a téma iránt fogékony hallgatók vettek részt. A köszöntő beszéd elhangzása után, amelyet Prof. Dr. Fésüs László rektorhelyettes, OEC centrumelnök és Turi Gábor alpolgármester a Debreceni Kábítószerügyi Egyeztető Fórum elnöke mondott, a fiatalokat leginkább veszélyeztető kábítószer fogyasztás megelőzéséről hangzottak el előadások a délelőtti folyamán. Topolánszky Ákos kábítószerügyi helyettes államtitkár többek között a társadalom szerepének fontosságára mutatott rá a probléma megelőzése érdekében, emellett Brassói Sándor az Oktatási Minisztérium képviselőjében a közoktatási intézmények lehetséges feladatait emelte ki. A délutáni szekciókban lehetőség nyílt a konferencia címében szereplő megelőzés színtereinek mélyebb megismerésére, ahol kis csoportokban került sor a problémák részletesebb megismerésére és megbeszélésére. Szó esett a

gyermekvédelmi felelősök szerepvállalásáról, a pedagógusok titoktartási kötelezettségéről, a prevenció és a segítség határaitól valamint az iskolai drogmegelőzés fontosságáról. A nap lezárásaként az alpolgármester fogadást adott a konferencián részt vevőknek.

A második nap az Internet, mint a segítség új lehetőségének minél szélesebb körű elterjedésének jegyében telt. Demetrovics Zsolt kultúrantropológus rávilágított a digitális kultúra előnyeire és hátrányaira, Dr. Tausz Katalin előadásában az Internet lehetséges szerepét hangsúlyozta, a hátrányos helyzetű csoportok esélyeinek növelése érdekében. Dr. Grezsa Ferenc pedig a világhálón keresztüli lelki tanácsadást mutatta be az érdeklődők számára. A délután folyamán a Debreceni Egyetemen megvalósítandó elektronikus lelki tanácsadásról adott információt Juhász Béla Szilárd a mentálhigiénés program munkatársa, valamint Dr. Máté Valéria a Drogambulancia vezetője a Kábítószerügyi Egyeztető Fórum munkáját mutatta be.

A konferenciával párhuzamosan került megrendezésre a felsőoktatásban tanuló kortárssegítő hallgatók országos találkozájára, akik eszmecserét folytattak a különböző egyetemeken és főiskolákon jelenlévő problémákról.

Juhász Béla Szilárd

ORSZÁGOS TALÁLKOZÓ

B E S Z Á M O L Ó

Idén Székesfehérvárra szólt a meghívó, a *LESZ XVI. Országos Találkozója*. Ami persze főként a székesfehérvári stáb találkozó-„ja”, hiszen az ő munkájuk fekszik abban a három napban, amit országos találkozóknak hívunk. Tehát október 24-én, pénteken, munkaszüneti napon már kora délután vártak a székesfehérváriak minket (ha jól tudom, akkor majd 30 szolgálat munkatársait). Reggel azonban az országban elég sokan nem túl kecsegtető havazásra ébredtünk. Nem éppen öröm ennyire korán jött télben útra indulni, s voltak, akik a hófúvás miatt aznap nem is jöhettek.

Akár mennyit dolgozott ez a stáb, akár mennyire szeretettel vártak minket, ilyen hűvös „meglepetést” nehéz lesz feloldani! De úgy tűnt, elég hamar sikerült feledtetniük velünk a rossz időjárást, hamar kialakult a „találkozó milió”, amire jellemző, hogy nagyon sokszínű, ezért mindenkinek más és más. Én például akkor érzem azt, hogy megérkeztem egy találkozóra, amikor a békéscsabaiak nem túl halk nevetésébe „botlok”, aztán el is időzök velük annyit, hogy engem is átjárjon ez a hangulat.

Nos, miért ne kezdődjön egy találkozó a száraz működési, szervezeti kérdésekkel, hogy az első nap délutánján megtartott elnökségi ülés és közgyűlés után már csak egymással foglalkozhassunk. Ezért aztán a hivatalos ülések és gyűlések után valóban egymással ismerkedhettünk: a házigazdák kitaláltak mindent erre: társasjátékot, „Három Anti Majom” Díjat (HAM-díj) stb. Ez tulajdonképpen arról szólt, hogy a HAM-díjban megnevezett majmok nem Tónik, hanem a „klasszikus” három majomnak az ellentétei: ezek nagyon látnak, nagyon hallanak, és nagyon beszélnek (elvégre

telefonosok!). A játék egy verseny, ahol mi magunk, pontozással döntöttük el, hogy melyik szolgálatban van több ilyen ügyelő (a majom csak szimbólum). Érdeemes megjegyezni, hogy ez vándordíj, az alapítók „kötelezik” az elkövetkező találkozók rendezőit, hogy a hagyományt ápolják, minden évben legyen a díj valamilyen játékkal kiosztva (a székesfehérváriak viszont minden évben biztosítják a díj szobrocskáját, ami, ha eddig nem derült ki, három majmot ábrázol). Az idei díjat Szekszárd 3 fős(!) csapata nyerte (az nem derült ki, hogy közülük ki-kicsoda).

Este továbbra is volt lehetőség az ismerkedésre, hiszen beszélgetésre, táncolásra mindenki annyit áldozott az éjszakájából, amennyit a saját közömbösségi görbéjében a helyettesítés határrátája elbirt (erről most ennyit). Ebben viszont nagy segítség volt Szép Károly, aki laptopjába beletuszkolt úgy kb. 900 slágert, s komolyan úgy gondolta, hogy ezt nemhiába tette.

Másnap viszont a munkáé voltunk. Délelőtt három szakmai előadást hallhattunk. Az első előadó *Ross Laraine* (The Samaritans, Anglia): Internet lelki elsősegély – tapasztalatok, sajátosságok című előadásából megismerhettük az internetes lelki segély lényegét. Az e-mailen keresztüli „meghallgatásnak” közel 10 éves hagyománya van Angliában, és 116 tagja van ennek a szolgáltatásnak. A világ minden részéről keresik meg őket, átlagban napi 350 elektronikus levelet kapnak. Ehhez azt is kell tudnunk, hogy a világon közel 500 millió ember használja első nyelvként az angolt, és ebből 43% internetes hozzáféréssel rendelkezik. Mindezek ellenére eleinte sokan idegenkedtek az új szolgáltatástól, de hát 50 évvel ezelőtt a telefonos segítségnyújtás is

hasonló ellenállásba ütközött. Az előadó úgy gondolja, hogy ez is egy eszköz, amivel támogatni, segíteni lehet. A reakciókban nincs különbség, csak az eszköz más. Itt is figyelni kell a hívókra, s az elektronikus levelezésben résztvevő önkéntes segítőknek is szakmailag jól felkészültnek kell lenniük, folyamatos képzésekkel kell segíteni a munkájukat. Az e-mail ma a legolcsóbb kommunikációs eszköz. Vannak olyanok, akiket talán másfajta részvételre nem is lehet megnyerni, mert nem akarnak beszélni a problémájukról, viszont az e-mailes kapcsolatot szívesen elfogadják. Főként a 15-25 év körüli fiatalemberekre jellemző ez, a legtöbb levél ebből a korosztályból származik.

A következő előadónk *Carolyn Montaldi* (Telefono Amico, Róma): Befriending – a face to face segítőkapcsolat című előadásában nagyon részletes gyakorlati tanácsokat adott ahhoz, hogyan lehet a krízishívókat behívni személyes beszélgetésre. Megtudtuk, hogy milyen körültekintően alakították ki a személyes találkozás lehetőségét. Felolvasott párbeszéddel illusztrálta, a telefonos ügyelő hogyan érheti el, hogy hívója bemenjen a személyes találkozásra. Minden apró dolog fontos lehet, pl. hogy más fogadja, más beszélget a betérő hívóval, miért jó teával kínálni, vagy miért jó kb. 20 perc után még egy csésze teát bevinni a beszélgetőknek. Mi, telefonosok talán egy kicsit félünk a face to face segítőkapcsolattól, ez az előadás azonban rávilágított, hogy ennek is fontos szabályai vannak, amit ugyanolyan szükségszerű alkalmazni, mint a telefonos munkában meglévőket.

Dr. Buda Béla: A mobil telefónia és a segélykérő kommunikáció című előadása átfogó képet adott a mobiltelefon fejlődésével járó társadalmi, interperszonális, pszichológiai és szociológiai változásokról. Előadásában olyan sokrétűen elemezte a mobiltelefon háttérében rejlő kérdéseket, hogy pár mondatban képtelenség lenne bármit is

visszaadni belőle. Amit azért kiemelnék a következő: fontos pozitívumnak mutatják a kutatások, hogy a mobiltelefon megteremtí a családi-, rokonsági-, baráti hálózatok újraéledését, aminek hatása az izolálódás megfordulása. Új személyesség, új szóbeliség alakult ki, a töredékidők kommunikációs felhasználása a személyi kontaktusokban hihetetlen nagy szerepet tölt be. Az is igaz, hogy a társas kontroll befolyásolja a magánéletet. Az előadásban arról is hallhattunk, hogy konkrétan nekünk milyen változást fog jelenteni a mobilhívások fogadása, aminek van pozitív, de árnyoldala is.

Ebéd után kezdődtek el a kiscsoportok foglalkozásai. Nem tudom pontosan, hogy a hét csoport milyen témákkal foglalkozott. Arról szívesen írnék, hogy az én csoportom milyen ügyes volt a face to face, az internetes és a telefonos segítői kapcsolatok összehasonlításában, de nem lenne etikus, ha csak az én csoportomat emelném ki, ezért erről majd máskor.

A vacsora után borokkal, sós-édes süteményekkel és műsorral kedveskedtek a vendéglátók. A színvonalas műsor csúcspontja a Los Andinos együttes volt, akiket nemzetközileg is elismert zenekarként tartanak számon. A műsorukat dél-amerikai tánc házzal fejezték be, ami sok ügyelő kollégánkat megmozgatott. De a tánc ház után most is volt lehetőség modernebb táncokra, igaz sokan hiányolták Károlyt meg a laptopját.

Vasárnap délelőtt a kiscsoportok befejezték a munkájukat, a záró nagycsoporton beszámoltak erről, s a búcsúzkodás vette kezdetét. Most is nagyon hamar eltelt ez a három nap (pedig az óraátállítás jóvoltából kaptunk plusz egy órát az előző éjszakán)...

A búcsúzkodás pillanataiban azért már a jövőt is építettük: nagy tapsot kaptak a házigazdák, de már Békéscsabának is kijárt a taps. Hogy miért? Jövőre megtudod.

Rénes László

Önkéntesek Hete



Mi is az Önkéntesek Hete?

Minden év őszén egy héten keresztül azokat az embereket ünnepeljük, akik idejüket, energiájukat áldozzák valamilyen jó ügy érdekében, anyagi érdekeltség nélkül. Évente sok-sok szervezet rendez nyilvános programokat, melyek nem csupán saját önkénteseiket ünneplik, de az önkéntesség szellemiségét is hirdetik. Így vívjuk ki közösen azt az elismerést, amit minden önkéntes és a munkájukat szervezők megérdemelnek.

Előzmények

Az 1995-ös, a Társadalmi Fejlődésről szóló koppenhágai Világ Csúcstalálkozón mintegy 117 ország kifejezte elkötelezettségét, hogy intézkedéseket tesz tíz területen a szegénység mérséklésére, a teljes foglalkoztatás támogatására, és a társadalmi integráció biztosítására. Négy évvel később a Társadalmi Fejlődésről és más kezdeményezésekről szóló Világ Csúcstalálkozó állásfoglalásának végrehajtására összehívott Közgyűlés különleges ülészakánának Előkészítő Bizottsága első ülésén, 1999 májusában, a japán kormány javaslatot tett arra, hogy a különleges ülészakon foglalkozzanak az önkéntesség jelentőségével a társadalmi fejlődésben.

Az ENSZ Egyetemes Nyilatkozatot adott ki a témában és a 2001. évet az Önkéntesek Évének nyilvánította, így próbálván meg felhívni a figyelmet arra az emberi-társadalmi és nem utolsó sorban gazdasági szempontból fontos tevékenységre, melyet az önkéntesek végeznek szerte a világon. Ehhez a kezdeményezéshez 123 ország mellett hazánk is csatlakozott.

A nemzetközi kitekintésből is jól érzékelhető a téma súlya és fontossága. A 2001. év során hazánk is csatlakozott az országos rendezvénysorozat megszervezéséhez. Közös együttműködésben, civil szervezetek, államigazgatási szervek, néhány forprofit szervezet elindították az Önkéntesek Hete programsorozatot, amely azóta évente megrendezésre kerül. Idén harmadik alkalommal valósul meg a programsorozat.

Miért fontos?

Az önkéntesek tevékenységükkel nagy hatással vannak országunk társadalmi fejlődésének olyan területeire, mint az egészségügyi és szociális szféra, gyermek és ifjúsági szféra, környezetvédelem, foglalkoztatás, kultúra, művészetek, sport stb.

A programsorozat **általános célja**, hogy növelje az önkéntesség társadalmi elismertségét és ismertségét.

A programsorozat **konkrét céljai**:

- Magyarország minden részéről a lehető legtöbb szervezetet és önkéntest vonjon be az programokba.
- Felhívja az egyének figyelmét és lehetőséget kínáljon önkéntes tevékenységben való részvételre.
- Megvalósuljon egy konferencia, melynek keretében az önkéntesek, a velük együttműködő nonprofit szervezetek és intézmények, valamint az önkéntességgel is foglalkozó profitorientált szervezetek áttekintsék az önkéntesség aktuális helyzetét Magyarországon.

Az esemény menete

A rendezvény előkészületi szakaszában az ország minden régiója részt vesz. Eddigi tapasztalataink szerint nagy lendület és dinamizmus jellemzi a szervezeteket, hiszen ezen a héten minden szervezetnek, illetve állampolgárnak lehetősége van bemutatni azt az önkéntes tevékenységet, amit évek vagy évtizedek óta végez. Különös jelentősége van ennek abból a szempontból, hogy Magyarországon az önkéntes tevékenység az erkölcsi, társadalmi és gazdasági súlyának megfelelő elismerést, megbecsülést és odafigyelést kapjon.

Az idei évben is megrendezik az „Önkéntesség Magyarországon” elnevezésű konferenciát. Az Önkéntesek Hete keretében hét minden napján – az ország egész területén – különböző programok várják az érdeklődőket. Az Önkéntesek Hete folyamán fotópályázatot hirdettek, melynek keretében az önkéntesség témakörébe tartozó fotók közül a legkifejezőbb kép készítője díjat vehet át.

Az EU a 2003-as évet a fogyatékosok évének szenteli. Csatlakozva a kezdeményezéshez az Önkéntesség Magyarországon konferencia fókuszában a fogyatékosok és az önkéntesség áll.

Az Önkéntesek Hete egy hétbe sűrített önkéntességre épülő programok sorozata. A programok nagy részét maguk a szervezetek alakítják. Ahhoz, hogy a program megfeleljen az Önkéntes Hét filozófiájának, az alábbiak fontosak:

- Elsősorban **önkéntesekre épüljön** a program;
- **Közösségi** érdekeket, igényeket szolgáljon;
- Amennyiben szakmai eseményről van szó (pl. konferencia, kerekasztal-beszélgetés stb.), **témájában** valamilyen formában jelenjen meg az önkéntesség;
- Legyen **nyitott**, tehát bárki számára hozzáférhető;
- A program céljai között **ne szerepeljen profitszerzés**;
- A program **ne legyen politikai** jellegű, politikai érdekeket ne fejezzen ki.

Néhány példa a tavaly megvalósult programokból: városi véradó ünnepség, előadások, teadélutánok, konferencia, kerekasztal-beszélgetés, parktisztítás, „nyitott ház”, drámaelőadás, játszóház, Önkéntes Nap, Generációk Találkozója, önkéntes képzés, kiállítás megnyitó, ingyenes tárlat és még nagyon sok színpompás program.

Cikkek a Délkeleti Régió Hírlevélből

Az ifjúság mentálhigiénés helyzete a telefonszolgálatok hívásai tükrében

Dr. Payrich Mária

Bevezetőben röviden a gyermek-és ifjúsági lelkisegély-telefonszolgálatokról

Magyarországon 1988-ban, Pécsen alakult meg az első ifjúsági (kortárs) segítő telefonszolgálat, majd a 90-es évek elejétől folyamatosan jöttek létre krízis-kezelő rendszerű, fiatal felnőttekkel ügyelő ifjúsági lelkisegély-telefonszolgálatok. 1997-ben 12 szolgálat megalapította az országos szövetséget, ami ma már 18 tagszolgálatot számlál. A telefonos segítő tevékenységet professzionálisan képzett szakemberek, speciálisan képzett önkéntes laikusok – felnőttek, vagy kortárssegítők végzik. A nyújtott szolgáltatás: öngyilkosság megelőzés, krízis- és drog- prevenció, krízisintervenció, kortárs-segítés, diszpécserfunkció. A munka szakmai kontrollját pszichiáterek, pszichológusok, mentálhigiénés szakemberek végzik részben szupervizorként, részben ki- és továbbképzőként. A segítő munka a nemzetközi telefonos szervezet, az IFOTES szakmai ajánlásai és etikai normáinak megfelelően zajlik. A szolgálatok a délutáni – koraesti órákban fogadják a hívásokat, Miskolcon pedig 24 órában folyamatos ügyelet van, a megadott Zöld Számról az egész ország területéről hívható, és Országos Krízisügyeletként telefonszáma az egész országban megjelenik a szóróanyagokon.

Keresettség adatainkról röviden: 2001. év során 482500 hívást kezdeményeztek a telefonszolgálatunk felé, amiből 109 900 telefonkapcsolat (beszélgetés vagy próbálkozás) jött létre.

- a 16-20 óra közötti időszakban érkezi az összes hívás 51%-a,
- a 8-16 óra közötti időszakban a hívások 36%-a érkezik.
- a 20-8 óra közötti időszakra a hívások 12%-a esik, ezek jellemzően mobilon kezdeményezett beszélgetések.

2001-ben az összes hívás 22%-át mobiltelefonról kezdeményezték.

Magyarország általános mentálhigiénés helyzete a legutóbbi évek adatai alapján a Kelet-Európai államok mentálhigiénés állapotával van egy csoportban, a volt Szovjetunió tagországai vannak mögöttünk. A vizsgálatokban használt mentálhigiénés mutatók: az öngyilkosság, alkoholfogyasztás mértéke és a következményes betegségek, a droggal való fertőzöttség, a különböző pszichiátriai betegségek száma, alkalmazkodási zavarok, erőszakos halál okok, a dohányzás, a nem kémiai szerfüggések (játékszenvedély problémakör).

A fiatalok már az általános iskolás életkorban kezdik az alkoholfogyasztást, a dohányzást is, a középiskolákban felmérések szerint a fiatalok 40–60%-a dohányzik. ipari iskolákban, fiúk között sokkal magasabb, lányoknál egy kicsit alacsonyabb.

A drogfogyasztás kezdete egyre fiatalabb életkorra tolódik – ennek tematikája megjelenik a telefonhívásokban is. Az erre való veszélyeztető tényezők szintén megjelennek a hívásokban. Angliai vizsgálatokból tudjuk, hogy a fejlett társadalmakon **belüli** szociális és gazdasági különbségek (egymástól) - igen szoros kapcsolatban állnak mind a testi-lelki megbetegedési, mind a halálozási

arányokkal. Japán egészségügyi mutatók elemzése hívta fel a figyelmet arra, hogy a szoros szociális kapcsolatok, a szociális kohézió jelentős egészségvédő tényező a pszichoszomatikus és mentális betegségekben is. (Itt utalok arra, hogy a statisztikák szerint pl. az aktívan vallást gyakorlók, és a házások kisebb gyakorisággal suicidálnak.)

A szociális kohézió szociológiai fogalmában a **bizalom képessége** központi jelentőségű. Az ellenségesség, a magatartástudományi irodalom egyik kulcsfogalma az utóbbi években: az **ellenségesség, mint egészségügyi rizikótényező**. Az ellenségesség több faktorból tevődik össze: az utóbbi években végzett elemzések ezek közül a cinizmus-faktort találták különösen veszélyeztető faktornak. **A cinizmus központja a bizalom maximális hiánya: az az állítás, hogy a legbiztosabb nem bízni senkiben.**

Magyarországon a szociális kohézió az elmúlt harminc évben jelentősen fellazult, és ez a folyamat a rendszerváltás óta felgyorsult.

Az ifjúsági korosztály különösen veszélyeztetetté vált: a társadalmi polarizáció kézzel fogható jelei megjelentek az iskolákban is. A drogfogyasztás prediktorai a legkülönbözőbb szinteken jelen vannak: függőséggel kapcsolatos családi minták (alkohol, játék stb.), ugyanakkor alacsony vagy túl magas hőfokú kötődések a családi érzelmi kapcsolatokban, kortárscsábítás, referenciacsoport-keresés. Ezek mellett a csökkent családi „szociális” kohézió nem strukturálja kellően a gyerekek-fiatalok idejét. Nem épült be szilárdan a feladat és kötelességtudat, ha mégis, akkor túl nagy szorongással éli meg, amit oldani akar.

A Hirsch-féle kötődés elmélet szerint, hogy ha a gyerekeknek vannak az időhöz, a feladathoz, az iskolához, a mikroközösséghez, az egyházhoz, a bázis közösséghez, a családhoz kötődései, akkor azok „levonzzák” a droghoz való kötődéstől. Szinte vetélkedik a droghoz való kötődés, meg a más dolgokhoz való kötődés.

”Ha én unatkozom, és nincs semmi feladathoz, időhöz kötöttségem, akkor előbb megyek el drogozni, mintha tudom, hogy be kell menni az iskolába, ezt meg azt meg kell csinálnom, hazamegyek, a házi feladatot kell csinálni, strukturálva van a napom.”

Az öngyilkosság problémaköre - fiatalkori öngyilkosságok jellemzői

Az időskori öngyilkosnál az izoláció a fő probléma, és gyakran nincs preszuicidális szindróma, nincsen Cry for help (segélykérés). Amíg az idős öngyilkos szinte robbanás-szerűen hajtja végre, és a környezetnek semmi jelzést nem ad, addig a tinédzser és a korai serdülőkorú öngyilkosoknál sokkal hosszabb a preszuicidális szindróma, a segélykérő zóna, tehát erre még jobban lehet észlelő-megelőző rendszert kialakítani, még jogosultabb erre a generációra célzott megelőző programot és hálózatot szervezni.

A 20. század elejétől a 90-es évek közepéig gyakorlatilag minden évben Magyarországon volt a legmagasabb az öngyilkos halálozás – azok közül az országok közül, amelyek adataikat közölték. A legmagasabb 1995-ben volt, 58 száz-ezrelék, majd 1996-tól kifejezetten csökkent, most 32 száz-ezreléknél jár. A befejezett öngyilkosságoknak hatszorosa az öngyilkossági kísérlet. Az öngyilkosság ma a 6. halálozási ok az országban, a rák, a szív-és érrendszeri betegségek, májzsugorodás és a balesetek után. A férfiak aránya lényegesen magasabb, az összes öngyilkos 75%-a. A legnagyobb mértékű növekedés az öngyilkosság terén az elmúlt 30 évben a 15-24 éves korosztályban következett be (az életkori, és a nemek szerinti emelkedés után). További rizikófaktorok a szakképzetlenség, a munkanélküliség, az izolált élethelyzet, a vallás hiánya, az elszegényedés, bizonyos foglalkozások, mentális betegségek, és ha az illető környezetében korábban valaki már követett el öngyilkosságot.

A fiatalok körében öngyilkosságra fokozottan veszélyeztetettséget jelentenek a tanulási nehézségek, (dyslexia), iskolaelhagyás, a drogfogyasztás, és ha a környezetükből – számukra projekciós felületet biztosító, érzelmi tekintélyszemély, vagy kortárs öngyilkosságot követ el.

Mivel a fiatalok öngyilkos magatartásának és a rizikótényezőknek vannak specifikumai, ezért indokolt speciális jelző-segítő rendszert létrehozni.

Segítő intézmények Magyarországon

A gyermek jóléti szolgálatokban kevés a szakember, kevés az észlelési lehetőség. A **családsegítő szolgálatok** működésének bizonyos komplexitásában az ifjúság felé van szenzoruk, ugyanakkor a különböző **átmeneti otthonok** (anya-gyermek, kiverit család otthonok) a szociális ellátó rendszernek a szolgáltatásai. A gyermek és ifjúság védő hálózatoknál a **lakóotthonos megoldások** a családból kikerült problémás gyerekeknek a rehabilitációját, visszatelepítését szolgáló intézmények. A különböző mozgás-, pszichés- és egyéb sérült gyermekeknek a **speciális nevelő otthonai**, egy bizonyos tünet csoport korrekációjára szervezett intézmények. Vannak az egészség károsultaknak az otthonai, a vak gyerekeknek a továbbtanulása, a süketeknek a továbbtanuló intézete, a Pető Intézet, az autistáknak képzési lehetősége.

Vannak intézmények, de **a korai, alacsony küszöbű programokra**, amikből nem kell klienssé válni, nem kell intézménybe beköltözni, nem kell tagnak lenni, nem kell kórházba feküdni, arra **alig van intézményrendszerünk**. Sem a gyermek orvosi hálózat nincs erre felkészülve, sem az ifjúsági védőnők, az iskola pszichológusi szolgálat fejletlen, az iskola orvosi hálózatot alig finanszírozzák, és leépülőben van. A mentálhigiénikusok, illetve az úgynevezett mentálhigiénikus pszichológus funkciók, az iskola pszichológiai szakosodásra való képzés csak most indul, tehát igazán nincsen olyan intézményrendszer, ami korai, alacsony küszöbű lenne. Hogy segítene, anélkül hogy stigmatizálna, és diagnózist adna.

Ez a vákuum hozta létre az ifjúsági telefonszolgálatok hálózatát, ami ehhez a réteghez specifikusan a **saját nyelvezetén, a saját probléma érzékenységgel** tud reagálni, és **alacsony küszöbű program**. Akkor segít, amikor még nem halmozódtak a problémák, akkor segít, amikor még nem kell diagnózis, és nem kellett stigmatizálni. A címkézéssel hátrányba kerülne a gyerek, legyen az drog, vagy bármi.

Az ifjúsági telefonszolgálatoknak vannak olyan specifikumai, ami az erre a korosztályra való érzékenységet növeli. A specifikum megjelenik a kiképzésben, a logókban, az imázsban, a reklámkeltésben, az esetfeldolgozás kultúrájában. Az intézményrendszer, amivel együttműködik, és tovább adja a klienst szükség szerint, (gyermekjóléti szolgálatok, a gyermekambulanciák, a tinédzser ambulanciák, a krízis ambulanciák) azokkal tartja a kapcsolatot, akik specifikusan ki vannak hegyezve erre a korosztályra.

Ezzel a saját belső kultúrája tovább fejleszthető, specifikálható, érzékenyebbé tehető.

A telefonszolgálatok hármas fő funkciója

1. A segítő beszélgetés

A serdülőkor pszichológiai feladata a családról való leválás, a felnőtt kapcsolatokra való éretté válás, saját nemi identitásának, a heteroszexuális kapcsolatnak a kialakítása, ez mind ezer meg ezer feladat a tinédzsernek, amihez nagyon nehezen kap lehetőséget, mert ha egy korai leválás van a családban, az ő személyiség fejlődése korán rögzül, merev lesz. Ennek a korszaknak nagyon fontos feladatai vannak, és ebben a telefonszolgálatnak nagy prevenciósi lehetőségei vannak.

A telefonos mentálhigiénés prevencióban a **leválás, az identitás biztonság, a szorongásos problémák** terén - nagyon sok mindent segíthet egy segítő kapcsolat megoldani.

2. A kríziskezeléshez kapcsolható a drogproblémás hívók jelentős része: krízis, amikor bajba kerül, amikor rászakott, amikor le szeretne szokni, amikor jönnek a megvonásos tünetei. A telefon pedig képes rászocializálni a személyes segítségkérésre és terápiára.

Ugyanígy ebbe a problémakörbe tartozik a gyászreakció a serdülőkorban. (Ezeket általában ritkábban előzik meg valóban halálesetek.) A valóperi krízisek mögött a serdülő ott marad, és egyedül van. Ennek a helyzetnek problémája hasonlít a gyászreakcióhoz.

3. Az öngyilkosság megelőzés

A telefonos hálózat mellett Magyarországon alig van öngyilkosság megelőzésre alkalmas szervezet. Nincsenek krízis ambulanciák a serdülők számára, nincsenek öngyilkosság megelőző centrumok az egészségügyi rendszerben sem, egyéb helyeken sem.

Ezekben a telefonhálózatnak, mint korai észlelőnek, mint aktuálisan segíteni tudónak, és diszpécserfunkció szerint tovább irányítónak, mind a három szinten (prevenció, krízisintervenció, szuicid prevenció) alapvető feladatai és lehetőségei vannak.

Nagyon sok, 45-60% között mozog az utóbbi másfél évben az ún. „**próbálkozó**” hívások száma (amikor pl. beleröhög, trágárkodik stb.). Ezek a zavar jelek, amik jeleznek valami olyat, hogy ami eddig, ahogy működött, nem jó, nem megy. Probléma-kommunikáció, krízis-, konfliktus-kommunikáció, és segélykérés-kommunikáció jelenhet meg. Egy kicsit hasonlít a teátrálisabb megjelenésű szuicidiumra, ami attól azért mégis szuicid-equivalens. Én azt hiszem, hogy a „hülyülés” gyakorlatilag probléma-equivalens kommunikáció: az „itt-és-most”-ban maga a valódi probléma jelenik meg áttételesen. Ugyanakkor természetes, hogy ennek a korosztálynak jellegzetessége lesz, hogy előbb távolítja el magától humorral, cinizmussal a problémát, mint hogy közel engedné magához. **Tehát a probléma közel engedésének a kultúráját kell fejleszteni**, hogy ne próbálja meg azt rögtön „kapásból” elhumorizálni, és nem közel engedni, vagy egy cinizmussal magát kívülről nézni.

Azzal fejezem be, hogy a társadalom lelkiismereti ablaka nagyon fontos. Egy társadalom mentálhigiénés fejlettségét azon lehet lemérni, hogy hány szinten, és milyen eszközökkel, és milyen csatornákon avatkozik be. Minél fejlettebb egy társadalom, annál több síkon képes beavatkozni, és annál több módon, és csatornán. Az egyén síkján, a család síkján, a csoport, a réteg síkján, mint az ifjúsági rétegtelefon is.

I. NEMZETKÖZI IFJÚSÁGI LELKISEGÉLY KONFERENCIA GYŐR, 2003. 08. 12-17. Szakmai beszámoló

A konferencia fő témája:

A serdülő ill. ifjúsági korosztály mentálhigiénés problémáival való foglalkozás szemléletmódja, módszerei.

A rendezvény időbeli struktúrája:

1. nap: megérkezés, nyitó nagycsoport 2 órában.
2. nap: Megnyitó, plenáris előadások, a szövetségek működésének bemutatása.
3. nap: Csoportvezetőkkel-tolmácsokkal indító megbeszélés fél órában, munka 5 work-shopban. (csoportonként 8 órában), visszajelző csoportfoglalkozás a csoportvezetőkkel-tolmácsokkal másfél órában.
4. nap: Munka 5 work-shopban csoportonként 4 órában, visszajelző csoportfoglalkozás a csoportvezetőkkel-tolmácsokkal 1 órában.
5. nap: Szupervízió: nagycsoportos demonstráció 2 órában, tájékoztató az internetes lelkeségély-módszerről 1 órában, záró nagycsoport 3 órában.

A szakmai programok tartalma:

08. 12. Kedd délután-este

Nyitó nagycsoport

Vezette: Dr. Payrich Mária pszichiáter. A nyitó nagycsoport célja: Az utazás-megérkezés feszültségének oldása, csoportkohézió létrehozása, a konferencia munka-léghőmérsékletének a megalapozása, kialakítása a személyes kapcsolatok katalizálásának segítségével. Módszere: aktív-nondirektív stílusú nagycsoport vezetés encounter-elemekkel.

08. 13. Szerda délelőtt és délután plenáris előadások

10 órakor Megnyitó: a konferenciát megnyitotta **Farkas Imre**, a GYITOSZ elnöke, **Dr. Kun András**, Győr város alpolgármestere, valamint **Olga Fedotova**, a RATEPP elnöke.

Szijártó Péter, a Győr-Moson-Sopron Megyei Mobilitás elnöke a nemzetközi szakmai kapcsolatok és a szakmai együttműködés fontosságát hangsúlyozta.

Szabó Sándorné, az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium közigazgatási helyettes államtitkára nyitó előadásában a magyar népesség általános és mentális egészségi állapotát vázolta fel, összekötve az „Egészség évtizedének Johan Béla nemzeti programja”-ban megfogalmazott célkitűzésekkel és stratégiai tervekkel.

További előadások:

Dr. Gádoros Júlia: Az ifjúkor pszichés problémáinak áttekintése a gyermekpszichiáter szemével.

Dr. Csernus Imre: Droghasználat – és a hozzá kapcsolódó dysfunctionális magatartásformák.

Buza Domonkos: A krónikus hívók és a függőségek.

Dr. Payrich Mária: A Gyermek- és Ifjúsági Lelkeségély Telefonszolgálatok Országos Szövetségének megalakulásáról, működéséről.

Janina Woronkowicz, Teresa Michalak: a Lengyelországi lelkeségély telefonszolgálatok működésének bemutatása.

Jekatyerina Mihajlova, Plevacsuk Okszana Jurijevna: Az Ukrajnai lelkeségély telefonszolgálatok bemutatása.

Olga Fedotova: Az Orosz Föderáció Lelkeségély telefonszolgálatos szövetsége működésének bemutatása.

Dr. Sági Ilona: A Miskolci Országos Krízisközpont munkájának a bemutatása.

08. 14.- én és 08. 15.-én: Műhelymunka work-shopokban

Az előzetes egyeztetések szerint a műhelymunka 5 csoportban zajlott. A csoportok meghatározott témával, zárt működésű szabadinterakciós kiscsoportok, a csoportvezetők képzettsége szerint encounter, ill. pszichodráma vagy egyéb tréningelemeket szabadon felhasználva. Mindegyik csoport vegyes nemzetiségű volt, folyamatosan tolmácsolással működtek. Csoportmunkára összesen csoportonként 12 óra (óránként 45 perc) volt fordítható.

A csoportok indítását megelőzően a csoportvezetőkkel és a tolmácsokkal indító megbeszélést tartottunk. Célja: a csoportvezetők megismerkedjenek egymással, a tolmácsokkal. Megfogalmazhassák a csoport munkájával kapcsolatos terveiket, előfeltételezéseiket, elvárásaikat, kétségeiket, bizonytalanságaikat. Szükséges technikai igényeiknek kielégítése (magnó, irodaszer stb.) azonnal megoldható legyen.

Az összes résztvevő pontosan megjelent, a külföldi csoportvezetők számára a munkához biztonságos pszichológiai környezetet teremtett ez a találkozási lehetőség egymással, és a szupervízorral.

1. Csoport címe: „A serdülőkorúakkal folytatott munka speciális sajátosságai”
Vezette: Licskainé Stipkovits Erika pszichológus. A csoportvezető az első 8 órában főleg pszichodráma-technikát használt. A csoportban megfogalmazódtak a serdülők alapvető érzései, a szülői viselkedésminták. Problémaként megfogalmazódott a függés-függetlenség, a közelség-távolság, a döntési készség elsajátítása, nehézségei. Konfrontálódtak a serdülők által használt külsőségek által provokált tudattalan előítéletekkel. Az utolsó 4 órában főleg NLP elemek segítségével dolgoztak. Szemantikai megközelítéssel a felszínre került fontos szavak eltérő tartalma-jelentése tudatosodhatott, jól megfogalmazhatóvá váltak a megjelent mögöttes érzések. A csoport jó sajátélmény-gyakorlatot jelentett a serdülőkorúakkal való foglalkozás specifikumaiból.

2. Csoport címe: „Drog – terhesség problematika” Vezette: Tarné Csehák Hajnalka pszichológus.

A csoportvezető pszichodráma elemeket alkalmazott a szabadinterakciós folyamatba integrálva. A munka során a nem kívánt, – kora terhesség problematika háttérbe szorult, a csoport figyelme a drog, függőségek kérdése felé fordult. A függőség-leválás fontos mozzanata a felnőtté válásnak. Ezzel kapcsolatban leginkább a döntés, mint fordulópont, mint megtanulandó magatartás került a munka fókuszába. Az utolsó négy órában a mámorhoz, és általában a függőség érzéséhez való viszonyulásukat járták körbe. Nagy volt a csoport emotionalis intimitás-igénye, amit a csoportvezetőnek következetesen kézben kellett tartania.

3. Csoport címe: „Szupervízió” Vezette: Dr. Varga Gábor pszichiáter. A csoportmunka szabadinterakciós technikával indult, áttekintették az amerikai és az európai szupervíziós modelleket, a Bálint-módszert

a „Tapasztalati szupervíziót”, valamint a „Klasszikus szupervízió” modelljeit. Ezt követően szabadinterakciós technikával illetve pszichodráma technikával a különböző szupervíziós modellekben sajátélmény-gyakorlat következett, helyzetgyakorlatos ill. saját eset feldolgozásával. A csoportban intenzív emotionális élmények jelentek meg vetélkedve a szupervízió-racionalitás témakörével.

4. Csoport címe: „Az ügyelők felkészítése a nehéz esetekkel történő munkára” Vezette: Alexander Pronyin pszichiáter és Natalia Goliseva pszichológus. A csoportvezetők pszichodráma-szociodráma technikákat alkalmaztak szabadinterakciós csoportfolyamatba integrálva. Foglalkoztak a gyerekkori, serdülőkori és felnőttkori válsághelyzetekkel, a felnőttkori öngyilkosság kérdéskörével, az ügyelőkben megjelenő érzésekkel és hárításokkal. Kiderült, hogy a különböző nemzeti

telefonszolgálatok segítségnyújtási filozófiája között van különbség, azonban az időkeretek rövidege nem tette lehetővé ennek az árnyaltabb feltérképezését.

5. Csoport címe: „Bizalom-műhely” Vezette: Jelena Antonova pszichológus. Ezzel a témával, ezzel a csoportvezetővel a csoport 8 órát dolgozott, azt követően – terv szerint – csoportvezetőt és témát váltott.

Az alkalmazott technikáknak köszönhetően mélyen bizalmi légkör alakult ki a csoportmunka folyamán. Különböző bizalomépítő és mélyítő technikákkal ismerkedtek, élték át a gyakorlatban. Az utolsó 4 órában a csoportot vezette: Szergej Hatsaturjan, témája: „A személyiség belső konfliktusainak párbeszéddé alakítása”. Egy, a magyarországi gyakorlatban nem használatos konfliktus feltáró-feloldó technikával ismerkedtek a résztvevők a gyakorlatban.

Visszajelző csoport Mindkét nap, a csoportfoglalkozásokat követően. Célja: a tolmácsokkal való együttműködés hatékonyságának visszajelzése, az esetlegesen megjelenő technikai problémák jelzése, a csoportban a csoportmunka során zajló történések közössé tétel, „meta”-szintre emelése, a csoportvezetők és a tolmácsok számára csoport-keretek között feldolgozási lehetőség nyújtása.

08. 16.-án: Plenáris nap

Dr. Varga Gábor: Szupervízió – nagycsoportos demonstráció

Az első részben röviden felvázolta, ismertette a szupervízió különböző típusait, majd részletesebben a „klasszikus szupervízió” fázisait. Ezt követően egy stáb valós esetének pszichodráma technikával történő klasszikus szupervízióját demonstrálták a konferencia résztvevői számára. A demonstrációra a külföldi vendégek kérésére, program-módosítással került sor.

Teresa Michalak: Lelkisegélynyújtás interneten keresztül

Az előadó pszichológus saját tapasztalatait osztotta meg a hallgatósággal, esetbemutatáson keresztül kiemelve az új kommunikációs csatorna fontosságát a segélykérésben és –nyújtásban, részletesen tárgyalva ennek általa tapasztalt specifikumait, és megosztva dilemmáit a résztvevőkkel.

Záró nagycsoport

Célja: a konferencia munkájának szakma összefoglalása, lezárása. A nagycsoport első szakaszában az öt munkacsoport beszámolt a csoportban végzett munkáról, az eredményként megjelent szakmai nyereségről. Ezt követően személyes visszajelzések zárták le azt az intenzív pszichológiai teret, ami az előző napokban alakult ki a közös munka során.

ÖSSZEFOGLALÁS

A konferencián folyó szakmai munkát a nagycsoportok és a plenáris napok fogták keretbe. A nyitó plenáris nap részletezte a szakmai elméletet, amit a work-shopokban részletesebben feldolgoztak. A konferencia légköre közvetlen intenzív bizalmi légkör volt, a különböző nemzetek szakemberei hatékonyan tudtak ebben együtt dolgozni. Lehetőség volt elméleti kérdésekben tapasztalatot cserélni, és a gyakorlati munka hasonlóságaiba és különbözőségeibe is bepillantani. A visszajelzések szerint kölcsönösen, mindenki sok hasznos tapasztalatot szerzett így.

Ennek alapján a konferencia végére megfogalmazódott az az igény, hogy a nemzetközi tapasztalatcserét hasznos volna rendszeressé tenni, a nemzeti szolgálatoknál felhalmozódott gyakorlati tudás-anyagot megosztani egymással, kiképzéseken és továbbképzésekben alkalmazni, közös képzési lehetőségeket szervezni. Megfogalmazódott az a szakmai igény is, hogy szükséges volna a folyamatos együttműködéshez szervezett kereteket kialakítani egy nemzetközi szövetség létrehozásával. A konferencia szakmai tapasztalatai alapján a jelenlévő nemzeti lelkipásztori telefonszolgálatos szakmai vezető szakemberek erre szándékukat kinyilvánították, megbízva az orosz és a magyar szövetség vezetőjét a szervezet létrehozásának előkészítésével.

2003. 09. 04.

Dr. Payrich Mária
pszichiáter, pszichoterapeuta
a GYITOSZ szakmai vezető alelnöke

Tanulmányok

WUNIBALD MÜLLER

ALAPMAGATARTÁSOK A LELKIPÁSZTORI ÉS LELKI KONZULTÁCIÓBAN ÉS KÍSÉRÉSBEN (részletek)¹

A lelkipásztori és lelki konzultációnak, kísérésnek kell, hogy legyen sajátos színezete. Kontextusuk nem egyezik meg a klinika vagy egy pszichológus rendelőjének kontextusával. Vázlatosan szeretném bemutatni, milyen szerepet játszik a lelki konzultációban és kísérésben a hallgatás. A Rogers által leírt segítői alapmagatartásokból kiindulva és azokkal szoros összefüggésben.

¹ Wunibald Müller tanulmánya (1995) az Embertárs (Ökumenikus Lelekipásztori és Mentálhigiénés folyóirat) I. évf. 2003/1. szám alapján

A HALLGATÁS JELENTŐSÉGE

John Cage, a neves zeneszerző és zongoraművész egy New York-i koncertjén felment a színpadra, rövid időre a hangszeréhez ült, de egy hangot sem játszott rajta. Az volt a célja – közölte a nem éppen lelkes közönséggel -, hogy lehetőséget teremtsen számukra, hogy odafigyelhessenek a hallgatásra. A másik meghallgatása az az érzékünk, amelyet a leginkább elhanyagolunk.² A lelki kísérő számára fontos, hogy elviselje a segítséget kérő személy hallgatását. Eltekintve attól, hogy a hallgatás is lehet sokatmondó, a másik ember a hallgatás közben még inkább érintkezésbe léphet önmagával, és a hallgatásból megszülető szó mély megfontolást, mély érzést vagy érzetet fejezhet ki. „Az első találkozáskor - írja Rogers - talán kínosak a hosszú szünetek és hosszú hallgatások. Azonban a következő üléseken, amikor már jól nekilendült a beszélgetés, a hallgatás hasznos módszer lehet a tanácsadó részéről. Például gyakran előfordul, hogy a segítséget kérő ember egy bizonyos problémakörhöz már nem tud mit hozzátenni. Vagy mindent elmondott már, vagy – ahogy ez inkább feltételezhető – mindazt, amit pillanatnyilag kész elmondani. Aztán szünet következik. Ha a tanácsadó ekkor témát vált, új kérdést tesz fel, fennállhat az a veszély, hogy a megnyilatkozások folyamát egy viszonylag érdektelen területre irányítja. Ellenben ha vár, a beszélgetés folytatásának terhe a segítséget kérő ember vállaira kerül. Ebből pedig sokszor különösen jelentős beszélgetések jönnek léte. Abból az érzésből kiindulva, hogy a szünet befejezése érdekében mondania kell valamit, kézenfekvő, hogy a segítséget kérő ember úgy gondolja, hogy az a téma, amely először eszébe jut, fontos összefüggésben állhat az ő problémájával.” Ha a segítséget kérő ember hallgatásával azt fejezi ki, hogy nem hajlandó részt venni a konzultációs folyamatban – folytatja Carl Rogers -, ez esetben a hallgatás nem túl hasznos eszköz. „Akkor viszont segítségünkre lehet, ha a másik embernek nehezebbre esik, hogy valódi problémájáról beszéljen. A gyümölcsöző szünetek néha akár egy percig is eltarthatnak, ennek persze feltétele, hogy eközben a segítő képes legyen úgy viselkedni, hogy egyikük se tartsa kínosnak a helyzetet.”³ A hallgatásnak ez a fajtája tehát a beszélgetés mélyüléséhez vezető mesterfogás lehet.

Helye van a hallgatásnak abban, ahogyan teljesen a másik emberre irányítom a figyelmemet, ahogyan „belehelyezkedem”. Hallgatásom hozzásegíthet, hogy kontemplatív módon „beleereszkedjem” a segítségemet kérő személybe, és - anélkül, hogy elvesznék a részletekben - a látás és szemlélés segítségével befogadjam őt. Ekkor hagyom, hogy egészen hasson rám, nyitott vagyok arra, hogy mindarról, ami ő valójában, egy érzés, egy kép, egy sejtés alakulhasson ki bennem. Ebben az érzésben, képben, sejtésben olyan módon tárulhat fel előttem az ember, úgy juthatnak a tudomásomra lényeges elemek, ahogyan az a szavak, explorálás vagy pusztán megfigyelés útján sosem vált volna lehetővé.

Ez a magatartás az empatikus – „jelen vagyok a másik ember számára” – hozzáállásból ered, és e magatartásból kiindulva újból és újból megtörténhet az, amiről így nyilatkozott Rogers: „Amikor csoportsegítőként vagy terapeutaként egészen a csúcson vagyok, egy további jellemzőt fedezek fel. Ha valahogy érintkezésben állok a bennem rejlő ismeretlennel, vagy talán egy kissé módosult tudatállapotban vagyok jelen a kapcsolatban, észreveszem, hogy bármit teszek is, az úgy tűnik gyógyító erővel van teli. Ekkor egyszerűen a jelenlétem segítő és felszabadító. Nem tehetek semmit azért, hogy ezt a tapasztalatot kikényszeríthessem, de ha ellazulok, és egészen közel kerülhetek saját transzcendens legbelsőbb részemhez, akkor talán sajátos és impulzív módon úgy cselekszem a kapcsolatban, hogy azt racionálisan nem tudom megmagyarázni, és mindez nem függ össze gondolkodási folyamataimmal. De ezek a

² Rollo May, 1981.

³ Carl Rogers, 1942.

sajátos magatartásformák érdekes módon valahogy helyesnek bizonyulnak. Ilyen pillanatokban úgy tűnik, mintha szellemem kiterjedne, és megérintené a másik ember lelkületét. Kapcsolatunk önmagát transzcendálja, és valami nagyobbak a részévé válik. Mélységes növekedés, gyógyulás és energia van jelen. (...) Úgy látom, el kell fogadnom, hogy én is, mint sokan mások, alábecsültem ennek a misztikus, lelki dimenzióknak a fontosságát.”⁴

A hallgatásban megtöröm a biliárdgolyó-rendszert, a kiváltó ok és az okozat merev láncolatát. Egy ingerre nem reagálok hosszabban, mint automatikusan. Ezáltal egy másik tartományba jutok, vagy legalábbis gyakrabban válok nyitottá arra.

Ez a tartomány új, épp csak megsejtett vagy nem is sejtett dolgokat hoz felszínre, amelyekben a bennünk élő és belőlük származó mélység feltárulhat. Sokan rendelkeznek e képességekkel, de elnyomják őket. Valóban, gyakran éppen ez a tapasztalat születik meg, ha megengedjük és elviseljük a hallgatást: a hallgatás a mélybe vezet, és feltár valamit, ami a létünkhöz tartozik. Ahhoz pedig a szenvedés és a fájdalom is hozzátartozik.⁵

ISTEN IGÉJE A LELKI KONZULTÁCIÓBAN

Ha a segítő elmond egy igét az Írásból, „abban a pillanatban, amikor a hívő nyitott arra, hogy azt meghallja, akkor ez (az ige) ténylegesen képes lerombolni a félelem óriási falait, és váratlan távlatokat megnyitni”.⁶

Nouwen írja továbbá: „az emberi segítőnek nagyon érzékenyen kell bánnia az igével és az Írással”. Képes támogatni őt, hogy érintkezésbe lépjen fájdalmával, elősegítheti és lehetővé teheti a gyógyulási folyamatot. Ez az érzékeny bánásmód Isten igéjével jótékony hatásában különbözik az úgynevezett „Isten-dumától” (God-talk), attól az Istenről szóló felületes beszédétől, amikor Isten igéjét arra használják, hogy a segítséget kérő embert olcsón megvigasztalják. Ez néha egészen azokig a jámbor mondásokig fajul, amelyekkel a bajban segítségért hozzám forduló embert nem veszem komolyan, és olyan dolgokkal „etetem meg”, amelyek alapján véve nem képesek táplálni őt.

Lelki kísérőként fontos számomra, hogy beleérezhessem magam beszélgetőtársam helyzetébe, feltétel nélkül el tudjam őt fogadni, és hiteles legyek. Néha „egyedül” csak hallgató és együtt érző jelenlétemmel tudom látható, érezhető formában kifejezni Isten igéjét – valamit a feltétel nélküli és a legvégső valóságból. Ebben az értelemben mondja Dietrich Bonhoeffer, hogy egy ember veszteségét látva egyszerűen csak hallgat, és részt vesz annak tehetetlenségében; nem mond semmilyen vigasztaló bibliai igét, bár rendelkezésre állnának ilyenek. Ezt azzal magyarázza, hogy „jelenléte”, az, hogy lelki értelemben ura a helyzetnek, a Végső kifejeződése, jóllehet valójában teljesen földi. És – kérdi ő - bizonyos helyzetekben nem éppen akkor képes-e az ember hitelesen rámutatni a végső igére, amelyet Isten annak idején ki fog mondani, ha a földi dolgok tartományában marad?⁷

Ez természetesen nem zárja ki azt, hogy más helyzetekben nemcsak odaillo, hanem éppenséggel szükséges és magától értetődő, hogy lelki kísérőként ne csak beleérzően közelítsem meg beszélgetőpartneremet, ne csak emberi közelséggel ajándékozzam meg őt.

Tekintettel arra, hogy hajlamosak vagyunk a moralizálásra, az ítélkezésre, arra, hogy megadjuk a helyes választ, és a másik embert nyakon öntsük saját nézeteinkkel, anélkül, hogy

⁴ Carl Rogers – Peter Schmid, 1991.

⁵ Rollo May, 1981.

⁶ Henri J. Nouwen, 1981.

⁷ Thomas Oden, 1978.

ezzel nagy hatást érünk el, Oden mellett áll ki, hogy e téren inkább legyünk visszafogottak, és hagyjuk meg a kliensnek a szabadságot.

ERKÖLCSI KÉRDÉSEK FELVETÉSE A LELKI BESZÉLGETGÉSBEN

Carl Rogers is foglalkozik azzal a kérdéssel, vajon hogyan alkalmazhatja a segítő az alapmagatartásokat, ha erkölcsi kérdések felmerülése kapcsán tekintélyszemélyként fordulnak hozzá. Egyrészt azt tanácsolja, hogy segítőként tartózkodjék a morális ítéletektől, másrészt elvárja tőle, hogy az erkölcsi oldalt emlékezetébe idézze, és arra rámutasson.

A segítők akkor végzik jól a munkából rájuk eső részt, ha a kliens magába húzódott lelke – megtapasztalva a megértést és a feltétlen elfogadást – meg mer nyílni, több életet mer megengedni önmagának, többet mer kockáztatni. A jó segítők az alapmagatartásokkal, eleven, közvetlen, hiteles bánásmódjukkal döntően hozzájárulhatnak ehhez. De egyben azzal is tisztában vannak, hogy nagyon korlátozott a lehetőségük az emberek gyógyításában. A segítők építőmunkásoknak tarthatják magukat, akik segítenek abban, hogy empátiájuk feltétlen elfogadásuk megtalálja a másik embert, és hatékony lehessen. Ez a feltétele minden gyógyulásnak.

Mindentudás Egyeteme

Tompa Anna **Egészségtudat és tudatos egészség⁸** **2003. szeptember 22.** **II.** **(részlet)**

II. A dohányzás

1. Tények és adatok

A jóléti társadalmakban olyan gyorsan változik az emberek életmódja, táplálkozási szokásai és erkölcsi normái, hogy a változások a szervezet alkalmazkodási (adaptációs) mechanizmusait sok esetben a kimerülésig igénybe veszik. Ennek eredményeként megjelenik a stressz, az alvászavarok, a neurózis, majd a pszichoszomatikus betegségek, melyek elsősorban a munkaképes társadalmi rétegekre jellemzőek. Természetesen ezek a tünetek főként azokban alakulnak ki, akiket genetikai adottságuk erre hajlamosít. Ezekből a pszichés szorításokból sok esetben a szenvedélyek: az alkohol, a drog és a dohányzás jelenthetik a pillanatnyi kiutat. Ezek közül a dohányzás társadalmilag a leginkább

⁸ Az ismeretterjesztő előadások a Magyar Tudományos Akadémia segítségével, a Matáv és az Axelero támogatásával, a Duna TV, az MTV, a Magyar Rádió, a Népszabadság és a Magyar Hírlap közlésében juthat el minél szélesebb rétegekhez. Interneten pedig a www.mindentudas.hu honlapon olvasható.

elfogadott, de az egészségre legártalmasabb szenvedély, aminek leküzdését elsősorban neveléssel és alternatív örömforrások biztosításával lehet elérni. A dohányzás megelőzését már kisgyermekkorban el kell kezdeni, s ebben igen nagy szerepe van a szülőknek, az óvodai és iskolai programoknak.

Az egészségre ártalmas kockázati tényezők közül a dohányzás a legveszélyesebb. A WHO statisztikái szerint a dohányzás okozta éves halálozás meghaladja a drog, alkohol, fertőző betegségek és a balesetek okozta halálozást együttevén. 1999-ben a világon 1,25 milliárd ember dohányzott, ami a 15 évnél idősebb lakosság egyharmadát jelenti. A fejlett országokban a férfiak 42%-a, a fejlődő országokban 48%-a dohányzik. A fejlett országokban a nőknek mintegy 24%-a dohányzik, a fejlődő országokban azonban a nőknek csak 12%-a dohányzó. A fejlett országokban a dohányzás az utóbbi években csökkent, aminek oka egyre sikeresebb egészségügyi felvilágosítás, a dohányzás elleni kampányok, a dohánytermékek reklámozásának korlátozása, továbbá a dohányfüstmentes munkahelyek, közlekedési eszközök és szórakozóhelyek számának szaporodása lehet. A jövőben a fejlődő országokban a dohányzók számának emelkedése várható a nők és gyermekek körében.

Az előrejelzések szerint 2025-re kb. 10 millió ember fog meghalni a világon dohányzás következtében. Az orvostudomány mintegy 20-25 olyan betegséget tart nyilván, amely közvetlenül a dohányzással kapcsolatos. Minden második dohányzó idő előtt hal meg. A fejlett világban egyre csökken a középkorú népesség körében a dohányzás, ugyanakkor a gyermekkorúak között emelkedik. Magyarországon 2,6 millió ember dohányzik, és minden ötödik ember a dohányzás következtében hal meg. Ez 1999-ben 28 ezer ember halálát jelentette.

Magyarországon az utóbbi 5 év átlagában évenként több mint 25 milliárd cigarettát szívtak el, ami azt jelenti, hogy az újszülötteket és gyermekeket is beleértve mind a 10 millió magyar állampolgár 1 doboz cigarettát fogyaszt el három nap alatt. A Gallup Intézet felmérése szerint a 12 évesek 15%-a, míg a 14-18 évesek 50%-a aktív dohányzó Magyarországon. A KSH adatai alapján 1999-ben 28-30 ezer ember halt meg a dohányzás következtében, többek között ezzel is magyarázható a rossz halálozási statisztikánk.

A statisztikák világszerte azt mutatják, hogy átlagosan minden hetedik rákban meghalt ember dohányzott. Régóta ismert tény, hogy a dohányzók körében jóval gyakoribb a tüdő- és gégerák, mint a nemdohányzók körében. Az összes tüdőrákos 75%-a dohányos, de a gégerákosok mintegy 41%-a is a dohányosok közül kerül ki. A világon ebben a két betegségcsoportban mintegy 5,5 millió ember szenved, ami azt jelenti, hogy a betegek között közel 3,5 millió ember a dohányzó. A dohányzás nagymértékben emeli a szájüregi rákos megbetegedéseinek kockázatát is.

2. A nikotin és hatásmechanizmusa

A 35 éves dohányzók várható élettartama 7 évvel kevesebb, mint a nemdohányzóké. Az epidemiológiai kutatások nagy eredménye, hogy a 20. században sikerült bizonyítani a dohányzás kóroki szerepét. A szenvedélynek a kialakulásáért a nikotin a felelős.

A nikotin dohánylevélből származó alkaloida, amely kémiai szerkezetét tekintve hasonló a kininhez, a kokainhoz, az atropinhoz, illetve a morfinhoz, tehát addiktív tulajdonságú drog. Ezért nagyon nehéz leszokni a cigarettáról. Egy cigarettából átlagosan 1-4 mg nikotin jut a szervezetbe, így egy erős dohányos naponta a halálos adag többszörösét fogyasztja el. A nikotin azonban igen gyorsan metabolizálódik, ezért akut mérgezés ritkán alakul ki.

A nikotin izgatja az agy érzelmi központjának ún. dopaminerg pályáit, és fokozza az acetilkolin és a dopamin felszabadulását. Ennek eredményeként a nikotinreceptorok felszaporodnak, és igénylik az

újabb nikotinbevitelt. A nikotin a rágyújtást követően azonnal megjelenik az agyban, és érvényesül kellemesnek ítélt feszültségoldó, étvágycsökkentő hatása.

Az elvonási szindrómák sokkal kisebb intenzitású tünetekkel járnak, mint az ópíátok esetében. A nikotinelvonási szindróma csúcsa 24-48 óránál jelentkezik, időtartama 10 nap, a nikotínéhség azonban még évekig fennmaradhat. A nikotinelvonási szindróma nemcsak nikotinnal, hanem pl. amfetaminnal is gátolható. Az elvonást fokozatosan lehet végezni nikotintartalmú szerek adásával, amit ajánlatos kiegészíteni antidepresszáns-kezeléssel.

A fiatalokat időben meg kell ismertetni a dohányzás negatív hatásaival, meg kell őket védeni attól, hogy egyáltalán elkezdjenek dohányozni. Erre szolgálnak az óvodai, iskolai egészségmegőrző programok, amelyek általában a dohányzást a többi egészségre ártalmas életmódbeli faktorról együtt (alkohol, drog, helytelen táplálkozás) kezelik. A gyermekek nevelésében a legfontosabb a követhető pozitív példa. Ezt elsősorban a család és a kortársi közösségek közvetíthetik. A tilalomfák állítása már az egészen fiatalok körében is inkább kíváncsiságot, semmint rémületet okoz. Ezért a társadalom egészségének ügye, hogy milyen példával szolgálunk, s mennyire vagyunk képesek a pozitív, egészséges életszemléletre ösztönző magatartást környezetünkkel elfogadtatni. Ez természetesen nem jelenti azt, hogy a példamutatás passzív szerep. A dohányzás káros hatásait már nagyon korai életkorban lehet ismertetni. Ha a gyermek azt tapasztalja, hogy szülei dohányoznak, az megerősíti a káros hatásokat.

A pszichológiai tényezők és a dohányzás egymással szorosan összefüggnek. Bizonyos mértékig genetikailag meghatározott az, hogy mennyire vagyunk képesek a stresszes helyzeteket elviselni. Tanulással és tréningekkel a stresszkezelő képesség jelentősen fejleszthető. Ehhez viszont meg kell ismernünk képességeinket, az önismereti munkának az is része, hogy tudomást szerezzünk terhelhetőségünkről.

A stressz és a depresszió öngyógyításának egyik formája a dohányzás. Ha a felnőttek idegesek vagy bajban vannak, a cigarettásdoboz után nyúlnak. Ezt az attitűdöt a fiatalok követik, amit állandóan megerősít saját környezetük és a filmek, a televízió.

3. Harc a dohányzás ellen - leszokás

A dohányzás megelőzésére több hatékony programot dolgoztak ki, amelyek általában iskolára alapozott rendszerek. A felnőttkori dohányzás abbahagyását segítő programok egyrészt orvosi segítséggel az egyént célozzák meg, másrészt a gazdasági szektort, és jogi, szociológiai, politikai szabályozást igyekeznek elérni.

A leszoktatásban nagyon fontos szerep jut a dohányzásmentes környezetnek, mely a legtöbb esetben már (jogi úton is) motiválja a dohányzót a leszokásra. Az egyéni leszokási programban szerep jut az egészségnevelésnek, a leszokás egyéni követésére alkalmas programfüzetnek. Az egyéni motiváció erősítéséhez telefonos szolgálat vagy kézikönyv adhat szakszerű segítséget. Az orvosi ellenőrzés mellett (esetenként antidepresszánsokkal vagy nikotinpótlással együtt) végzett intenzív leszoktatási programok csoportterápia keretében kapcsolódhatnak az egyéni leszokáshoz.

A dohányzásellenes harcban az írott és elektronikus sajtónak döntő szerepe van. A tömegtájékoztatás információkat biztosít a dohányzással kapcsolatos tényekről, kiadványokról, és rendkívül fontos tényező a közösségi magatartási normák kialakításában. A média pozitív és negatív képet is mutathat a dohányzásról, és direkt akciót folytathat a dohányzás ellen. A dohányzásellenes médiakampányok különösen hatékonyak bizonyulnak a segítséget kereső személyek esetében – ez mind az írott, mind az elektronikus médiára alapozott programokra igaz. Vitathatatlan, hogy a média szerepe döntő a

dohányzásellenes harcban, sajnálatos módon azonban ezt ellensúlyozza a dohánygyárak jóval nagyobb jelenléte a filmekben, mozikban, sporteseményeken.

Az orvosoknak és más egészségügyi szakembereknek nagy esélyük van a dohányzók elérésére és befolyásolására. A dohányzók többsége minden évben legalább egyszer felkeresi orvosát, s ez kiváló lehetőség minden kezelőorvos számára, hogy felvehesse a dohányzási anamnézist és javasolja a dohányzás abbahagyását, valamint - ha a dohányos a leszokás mellett dönt - a segítségnyújtásra. Nagyon hatásos lehet a vér szén-monoxid szintjének meghatározása és összehasonlítása egy nem dohányzóéval. Ugyancsak elképednek a dohányzók, ha kiszámolják az orvossal együtt azt, hogy életükben eddig hány szál cigarettát szívtak el, és ebből mennyi kátrány maradt a tüdejükben.

III. Alkohol és az alkoholizmus

Az elmúlt évszázadok során a sör és a bor fogyasztása elképesztő méreteket öltött, mert nem volt jó minőségű tiszta víz. Az emberek átlagosan napi 1-2 liter bort ittak meg fejenként. Az északi országokban, pl. Svédországban a 16. században a jelenlegi fogyasztás 40-szeresét itták meg sörből. A 17. században az angol családokban egy ember naponta 3 liter sört ivott. Ebben az időben az emberek folyadékigénye magasabb volt, mint napjainkban, hiszen igen sok sózással tartósított ételt (húst, halat) ettek. A bor és a sör gyógyászati szernek, sőt valójában tápláléknak minősült.

1. Az alkoholizmus Magyarországon

Hazánkban előkelő helyet foglal el az alkohol okozta halálozás. Becslések szerint legalább 800 ezer felnőtt, de egyesek szerint legalább 1 millió honfitársunk küzd alkoholproblémával. Ez a felnőtt férfi lakosság 20%-át és a 15 év feletti nők 5,2%-át jelenti. A nők között sok a zugivó. Ez napi 1 liter bort, 3 üveg (1,5 liter) sört, vagy 2-3 deciliter tömény szeszt jelent (kb. napi 100 g tiszta szesz). A férfiak 43%-a sört, 41%-a bort vagy pezsgőt, 16,5% röviditalt fogyaszt. A nők 53,2%-a a bort, 22,7%-a a sört, 24,1%-a a röviditalt kedveli. A nemzeti rövidital-fogyasztás ezzel együtt 1985 óta csökken. A sörfogyasztás 11,2%-kal emelkedett, a borfogyasztás 12%-kal csökkent. Egy átlagcsalád 2001-ben 16 500 Ft-ot költött alkoholos italokra. A kontrollvesztett alkoholisták száma, akik állandó orvosi kezelést igényelnek, legalább 50-60 ezer. Az alkoholfüggő betegek gyógykezelése bármely betegség miatt 35%-kal többbe kerül, mint egy átlagbetegé.

2. Hatásmechanizmus

Az alkohol gátolja az idegsejtek jelátvivő anyagainak (neurotranszmitterek), pl. a gamma-aminovajsav (GABA) felszabadulását, továbbá a glutamát-receptorok működését. Az alkohol módosítja az idegsejtek jeltovábbításában szerepet játszó ún. kalciumcsatornák működését is, mivel gátolja a kalcium beépését a sejtekbe. Kis mennyiségű alkohol fokozhatja az idegrendszer működését, ami feloldja a gátlásokat és oldja a szorongást. A GABA-hoz hasonló hatásával és a glutamát-receptorok gátlásával neurodegenerációt okoz azzal, hogy az idegsejtek pusztulását (apoptotikus képességét) fokozza, ami különösen embrióban és fiatal szervezetekben az idegrendszer fejlődését lassítja vagy gátolja. Ennek következtében a mértéktelen alkoholizmus az utódokban csökkent agyterfogathoz vezet vagy súlyos magatartászavarokat okozhat. Az alkohol centrális depresszív hatásmódja az általános érzéstelenítőkhöz hasonló: növeli az idegsejtmembrán fluiditását, fokozza az asszociatív készséget, átmenetileg növeli a kreativitást, majd krónikus mérgezés kapcsán jelentős idegsejtpusztuláshoz vezet. Az etilalkohol metabolitjai, egyes aldehidek (pl. az acetaldehid) és az etilacetát mérgező hatású és a sejtek oxigénfelvételét is csökkenti. Az alkohol hatásosan gátolja nagyon sok létfontosságú, a

szervezet méregtelenítésében szerepet játszó enzim, pl. az alkohol-dehidrogenáz, de más enzimek működését is.

Az alkohol befolyásolja a nemi hormonok szintjét: mindkét nemben fokozódik az ösztrogén-aktivitás, ami nőknél fokozott libidót, férfiaknál impotenciát okozhat. Az alkoholista férfiak emlője megnagyobbodik, mivel fokozódik a prolaktintermelés. Ugyanez a mechanizmus a nőknél a menstruáció elmaradását, álterhességet okozhat. Annak ellenére, hogy az alkoholizmus kialakulásában egyre jobban hangsúlyozzák a genetikai meghatározottság szerepét, ismeretes, hogy örökbefogadott, tehát genetikailag független utódok esetén, ha a szülők alkoholisták, a gyermekek 3-4-szer gyakrabban lesznek alkoholisták, mint azok, akiknek a szülei nem isznak. Ebből adódóan a környezetnek meghatározó szerepe van az alkoholizmus kialakulásában. Bizonyos vallási közösségeknél, ahol teljes az alkoholtilalom, az alkoholizmus természetesen nem fordul elő, ugyanakkor azoknál a népeknél, akik már kicsi korukban is enyhe alkoholos italokkal itatják a gyermekeket, halmozódások figyelhetők meg, pl. a hazai szegényparasztság vagy a cigányság körében.

A nemek közötti különbség, így a nők és a férfiak alkoholizmusa is társadalmilag determinált. A férfiaknak átlagosan 3-5%-a válik alkoholistává, míg a nőknek 1%-a. Természetesen ez a szám országonként és népcsoportonként változik, és nem feltétlenül az összes alkoholfogyasztás mértékével arányos.

3. Az alkoholizmus következményei

Az alkoholizmust többnyire a „civilizált” életforma következményének tartjuk, pszichésen sérült személyiségek között gyakrabban fordul elő. A túlfeszített munka, a megoldatlan életvitel, a kielégítetlen ambíciók mind olyan tünetekhez, magatartásformákhoz (neurózishoz) vezethetnek, melyeknél az alkohol szorongásoldó hatása miatt megoldásnak tűnik. Először csak napi kismértékű alkoholfogyasztással kezdődik, ami társaságban segíti a feszélyezettség okozta szorongást. A rendszeres alkoholfogyasztás azonban hozzászokáshoz vezet, és a problémák megoldódása helyett az egyre mértéktelenebb alkoholfogyasztás következtében kialakuló betegségek és azok következményei jelentkeznek.

Az alkohol elsősorban az idegrendszert, a májat, a vesét és a szívet károsítja, tehát az összes életfontosságú szervünket. E szervek épségének köszönhetően tudunk alkalmazkodni a változó világhoz. A máj például képes közömbösíteni a mérgező anyagok hatásait, de ha alkohollal megmérgezzük, akkor a szokásosnál alacsonyabb dózisú vegyszerek is kárt okozhatnak a szervezetünkben.

A legújabb epidemiológiai vizsgálatok szerint a kultúrált étkezéshez használt mértékletes italfogyasztásról nem kell lemondani. A francia paradoxon szerint a mértékletes vörösborfogyasztás kifejezetten védőhatást fejt ki a keringési és szívbetegségekkel szemben. Az alkohol már évezredekkel ezelőtt „beivódott” az emberiség kultúrájába, és meg lehet tanulni vele a „békés együttélést”, azaz a mértékletes fogyasztást. A lényeg az, hogy ne bódultságot okozó hatásáért, hanem élvezeti értékéért, ízéért, illatáért - és mindig étkezéskor - fogyasszuk.

4. Az alkohol és a gyógyszerek együttműködésai

Az alkoholisták gyógyszerek és vegyszerek iránti érzékenysége is megváltozik, különösen az idegrendszerre ható altatószerekkel szemben alakulhat ki rezisztencia. Ennek hátterében az alkohol által állandóan munkában tartott májenzimek gyors lebontóképessége áll. A narkotikus hatás eléréséhez ez a gyorsult lebontás kedvezőtlen, ezért nagyobb adagokban kell adni az altatószert a kellő

izomellazulás és a fájdalomcsillapítás eléréséhez. A dózis emelésével viszont könnyen elérhető a halálos adag, ami a beteg életébe kerülhet.

Az alkohol hatását fokozhatják a festékek oldószerei, ezért azok a szobafestő-mázolók, akik rendszeresen isznak, gyakrabban lesznek májbetegek. Hasonló erősítő hatásra kell számítani bizonyos cannabis-termékeknel (marihuána) vagy amfetamin-származékoknál, ahol a két drog együttes hatása akár hirtelen halálhoz is vezethet a kiszámíthatatlan interakciók miatt. Semmiképpen sem tanácsos az alkoholos agresszivitást, bódulatot kábítószerekkel kezelni, mert hirtelen halált okozhatnak.

5. Nemek közötti különbségek

Az egyéni különbségek mellett a nemek közötti különbségek sem elhanyagolhatók. Azonos testsúly és azonos mennyiségű alkohol elfogyasztása mellett a nők véralkoholszintje magasabb. A nők fokozottan érzékenyek az alkoholra, hamarabb bekövetkezik náluk a részegség, mint a férfiaknál. Ennek hátterében valószínűleg a testtömegkülönbségeken túl a májenzimeket szabályozó hormonok különbségei is szerepet játszanak. A nők esetében a gyomor alkohol-dehidrogenáz aktivitása alacsonyabb, mint a férfiaké, ezért a lebontás elhúzódó.

Alkohol hatására mindkét nemben, de különösen a nőkben az ösztrogénszint emelkedik. Ezzel hozható összefüggésbe a libidó fokozódása. A nők maguk is tudják, hogy az ivás számukra veszélyesebb és társadalmilag kevésbé tolerált, ezért kevesebb közöttük az alkoholista vagy a nagyívó. Fogyasztási szokásaikat illetően is különböznek a férfiaktól. A nők reggel általában nem isznak, főleg este vagy alkalmanként sört, bort vagy koktélokat fogyasztanak.

Egy 1995-ös közvélemény-kutatás szerint 1200 fős reprezentatív mintán a nők 50%-át találták teljesen absztinensnek (a Medián Közvélemény- és Piackutató Intézet vizsgálata a Mentálhigiéné Programiroda kérésére). Ezzel szemben a férfiaknak csak a 17%-a élt teljesen alkoholmentes életformát. Ebben a mintában a nőknek 2%-a volt nagyívó és 48%-a rendszeresen fogyasztott alkoholt, de mértékletesen. Ez utóbbi a férfiaknál 60% volt és a nagyívók száma 23%. Ebből is látható, hogy a keményen alkoholizáló réteg a férfiak köréből verbuválódik. Ugyancsak ennek a felmérésnek az adatai szerint a társadalom kevésbé toleráns az alkoholizmussal szemben, mint a dohányzás terjedésével kapcsolatosan. A társadalom épségét és jövőjét fenyegető szempontok közül az alkoholizmus a harmadik, míg a dohányzást csak a hetedik helyre tették. A legfontosabb veszélynek az elszegényedést és a közbiztonság romlását tartották; a kábítószer, az öngyilkosság és még a prostitúció társadalmi veszélyességét is fontosabbnak tartották, mint a dohányzásét. Ez a sorrend nincs arányban a veszélyeztetettek számával, mert ha az évi 4000 körüli öngyilkosságot összehasonlítjuk a 30 ezres nagyságrendű dohányzás okozta halálozással, akkor ugyancsak alá van becsülve a dohányzás társadalmi veszélyessége. Ez az aránytévesztés a helytelen tömegtájékoztatás következménye.

IV. Kábítószer

1. Tények és adatok

A szenvedélybetegség vagy függőség az emberi lélek kóros állapota. Az emberi öntudat egyidős az emberiséggel, ez különbözteti meg az állatvilágtól. Az öntudat kialakulása, az önmagunkra ismerés ténye teremtette meg a külső erők feletti hatalom igényét, ami befolyásolta tetteinket és érzelmeinket, megjelenik álmainkban és felhasználható az ellenségeinkkel szemben. A mágusok, kuruzslók a révület elérése céljából különböző hallucinogéneket, a pszichés állapotot befolyásoló szereket alkalmaztak azért, hogy tudatuk határait kitágítsák, előre lássák a történéseket vagy az eltitkolt vágyakat, felszínre hozzák a gondolatokat. A korai kultúrák misztikusai is használták ezeket a szereket, és azóta is fennmaradt az igény: a módosult tudat megismerésének vágya.

A kábítószeres elsősorban az idegsejtekre és az idegi kapcsolatokra hatnak. Bénítják a gátló funkciókat, és ezzel felszabadítanak olyan kapcsolatokat, amelyek normális körülmények között nem realizálódhatnak. A kábítószeres hatására megváltozik az "éntudat", csökkennek vagy megszűnnek a gátlások, és a gyönyörközpont aktiválásával földöntúli élvezetet biztosítanak használói számára. Az agy funkciói a kábítószeres hatására elveszítik legfőbb szerepüket, nevezetesen a motoros, az emocionális és a kognitív (megismerési) tevékenységek irányítását.

A kábítószeres a központi idegrendszer működését befolyásoló úgynevezett pszichoaktív anyagok, melyek hozzászokáshoz, függőséghez (dependencia) vezetnek. A függőség következménye a szeres túlzott és helytelen használata (abúzus). A kábítószerfüggőség jellegzetes következményei:

- (1) egyre fokozódó igény a szer bevitelére és folyamatos használatára, illetve hiánya esetén a szer megszerzésére bármilyen eszközzel;
- (2) az ugyanolyan hatás kiváltásához szükséges dózis fokozatosan emelkedése;
- (3) az egyén magánéletét és szociális kapcsolatait romboló, s ezáltal az egész társadalmat károsító hatás.

Tágabb értelemben a kábítószeres közé sorolhatók az előző fejezetekben ismertetett nikotin és alkohol is, mivel függőséghez és túlzott használathoz vezethetnek. Szűkebb értelemben azonban csak azok a függőségre vezető anyagok tartoznak a kábítószeresekhez, melyek termelése vagy előállítása, forgalmazása és használata jogi eszközökkel tiltott vagy erősen korlátozott (orvosi ellenőrzés mellett vagy kizárólag egészségügyi intézményekben gyógyszerként adható).

A legfontosabb kábítószeres a természetben előforduló, elsősorban növényekből izolálható vegyületek, ma már azonban forgalomban vannak ezek szintetikusán módosított változatai és a természetben elő nem forduló, mesterséges pszichoaktív vegyületek is. A központi idegrendszer működését befolyásoló gyógyszerek, illetve vegyületek nagy része egyben kábítószeres is minősül, ugyanakkor a központi idegrendszer működését befolyásoló gyógyszerek, illetve vegyületek mindennapi életünk részei: például pszichiátriai, neurológiai megbetegedések kezelésére szolgáló gyógyszerek, nyugtatók, szorongásgátlók, depresszió elleni szeres, altatók, érzéstelenítők, koffein, részegítő hatású oldószerek (alkohol, éter stb.).

2. A kábítószeres főbb csoportjai

A természetes anyagokból származó kábítószeres közül az ópiátok (ezek között is elsősorban a heroin) és a kokain a legfontosabbak. Ezek igen erős függőséget okoznak, ennél fogva a kábítószerfogyasztók mindent elkövetnek, hogy hozzájussanak. Mivel illegális előállításuk és forgalmazásuk igen nagy haszonnal jár, az utóbbi évtizedekben a világ minden táját behálózó, egyre erősödő illegális kereskedelmük figyelhető meg. A kábítószeres elterjedésében nagy szerepe volt egyes helyi háborúknak is, amikor a katonák a fizikai és pszichikai megterhelések elviselésére kábítószereshez nyúltak.

3. Kábítószerpótló anyagok (pszichotróp szeres)

Az orvosi gyakorlatban és a mindennapi életben gyakran alkalmaznak olyan anyagokat, melyek hatásaiban a kábítószeresre emlékeztetnek, a pszichikai állapotot befolyásolják és hatásukra függőség is kialakulhat. Hatásmechanizmusuk alapján azonban nem minősülnek kábítószereseknek, és gyakran könnyű elérhetőségük vagy alacsony árak miatt kábítószeres pótlására használják őket. A valódi kábítószeresekkel ellentétben a függőség mellett gyakran komoly szervkárosító toxikus hatásaik is vannak.

Dinitrogén-oxid

1776-ban szintetizálta Priestley, de az 1800-as évekig pusztán élvezeti célokat szolgált (nevetőgáz, kéjgáz). A szervezetbe jutva erotikus víziókkal kísért, bódult állapotot okoz. Rövid idő alatt függőséget idéz elő. A legnagyobb veszély azonban abban rejlik, hogy amennyiben a gáz belégzését nem követi oxigén belégzése, hipoxia és ennek következtében szívelégtelenség, valamint agykárosodás alakul ki.

Amil-nitrit

Fokozza a szexuális élvezetet, mert értágító hatása növeli az erekciót. Rendszeres használata függőséget okoz.

Szerves oldószerek

Az ipari oldószerek (pl. toluol, triklór-etilén, hexén, heptán, metil-etil-keton stb.) csoportjában számos aromás vegyület is található, és ilyenek a háztartásban használt egyes szerek (ragasztók, lakkok, oldószerek, folttisztítók stb.) alkotóelemei is. Szipuzás alatt a kereskedelemben kapható, erősen párolgó fenti vegyületeket tartalmazó szerek belégzését értjük, melyek hatása a drogok hatásához nagyon hasonló. A felszívódás után a tünetek (fesztelenség, feldobottság, szédülés, látás- és egyensúlyzavarok, a beszéd artikulációjának változása, motoros koordináció zavarai) szinte azonnal megjelennek és néhány óráig tartanak. Fogyasztásuk során kellemes élmények gyakran nem is alakulnak ki, mivel azok nagymértékben függenek a használó lelki állapotától. Főleg a szegényebb emberek, utcagyerekek, hajléktalanok használják a könnyű hozzáférhetőség és az alacsony ár miatt.

A szerves oldószerek nagyon toxikus anyagok, túladagolásuk mérgezéssel, szívritmuszavarral, krónikus esetben máj- és veseelváltozásokkal jár. Súlyos idegrendszeri károsodások alakulnak ki, elsősorban fejlődésben lévő gyermekek idegrendszerének pusztulását, az intellektus leépülését és maradandó demenciát okoznak. A kábító és a mérgező hatás igen közel van egymáshoz, ezért a dózis emelése gyakran halálos kimenetelű, főleg gyermekeknél. A fulladás következtében fellépő halálesetek sem ritkák.

V. A mozgás jelentősége

A testedzés növeli a szervezet energiaforgalmát és magasabb oxigénfogyasztást biztosít. A jól végzett testmozgás nem csak az izmokat, hanem a szívet és a tüdőt is edzi. A rendszeres sportolás hatására a szív valamelyest megnagyobbodik, és nyugalomban lassabban ver (pulzusszám: 40-60), ami tökéletesebb pihenést biztosít számára.

A mozgás élettani hatásait az anyagcsere alapvető igényeinek kielégítése jelenti. A vázizomzat a test tömegének 45%-át jelenti. Ez kb. 30-40 kilónyi izomtömegnek felel meg; ennek több milliárdnyi izomrostja igényli azt, hogy használják is. Amennyiben az izomzat tartósan használaton kívül marad, elsorvad és az izomerő jelentősen lecsökken. Ezért a fizikálisan inaktív ember gyakran panaszkodik gyengeségről, fáradékonyságról. Amikor egy-egy inaktivitást igénylő betegségből lábadozunk, magunk is meggyőződhetünk róla, hogy a fekvés, az izmok tétlensége milyen nagyfokú gyengeséghez vezet. A másik akaratlan kísérlet lehet, ha csonttörések, zúzódások vagy ínsérülés miatt hosszú ideig kényszerpihenőt írnak elő valamelyik végtagon - például begipszelik. A betegség elmúlását követően újra fel kell éleszteni az izmokat speciális gyógytornával, hiszen az inaktivitás miatt nagyon gyorsan visszafajlódnek. Az általános mozgáshiány esetén is hasonló dolog történik. Az izomrostok elvékonyodnak, a rostok közötti zsírszövet felszaporodik és emelkedő testsúly mellett is csökken az izomzat teljesítménye. Edzés hiányában a mozgás lelassul, a fizikai megterhelések nehéznek bizonyulnak, egy emelet megtétele már lihegést vált ki. Testünk jelzi időről időre a mozgás iránti igényt: ez jól látható bizonyos kényszermozgások esetén. Ilyen ideges kényszermozgás a láb rázása, zongorázás-szerű dobogás a kézzel az asztalon vagy a nagy ívű gesztikulálás. Ilyenkor észre kell vennünk, hogy izmaink nincsenek kellően foglalkoztatva.

A mozgás hiánya civilizációs ártalom. Ökológusok kiszámolták, hogy ha az ókorban azt a fokú kényelmet akarták volna biztosítani, ami ma egy átlagpolgárnak rendelkezésére áll (folyóvíz, központi fűtés, autó, mosógép, porszívó, hűtőszekrény stb.), akkor minden családnak legalább 300 rabszolgát kellett volna alkalmaznia. Ezt a luxust pedig csak az ókori uralkodók engedhették meg maguknak. A modern háztartási gépekkel és kényelemmel berendezett otthonok feleslegessé tették az izommunka nagy részét. A mozgásra teremt emberi szervezet nem alkalmazkodott még kellően ehhez a kényelemhez, ezért az élet valamennyi szakaszában (idősek és betegek is beleértendő) a természetes tevékenység mellett kiegészítő mozgásokat kell végezni ahhoz, hogy a szervezet megőrizze az egészséges kondíciót és teherbírást.

Az egészségesebbé váló világ, a fertőzések leküzdése és a táplálkozás modernizálása (kellő vitamin- és fehérjebevitel) az ember genetikai adottságainak jobb kihasználását tették lehetővé, ami egyben a testméretek növekedését is okozta. A csontok ilyen mértékű megnyúlása a testi fejlődés aszimmetriáját okozza, ha az izomzatot rendszeres mozgással nem fejlesztjük. A fiatalok egészségvédelmének egyik meghatározó mutatója az iskolai testnevelés színvonala, ami később a szabadidősport helyes megválasztását is segíti. Ennek ellenére ma a statisztikák szerint kb. 70 ezer gyermek nem részesül iskolai testnevelésben. A gyermekek között emelkedik a gerinc- és mellkas-deformitások, a lúdtalp és az aszeptikus csontelhalás előfordulásának gyakorisága, ami a helytelen fizikai igénybevétel eredménye is lehet a genetikai adottságokon kívül.

Hogyan mozogjunk?

A prevenciós mozgási program kialakításánál különösen fontos az önismeret. Csak olyan programot érdemes elkezdni, amit az illető be is tud tartani. Amennyiben ezt nem gondolja kellőképpen végig, akkor néhány lelkes pillanat után az egészet el fogja hagyni, és marad a lelkiismeretfurdalás, ami még károsabb, mintha nem csinált volna semmit.

Tehát a rendszerességen van a hangsúly. Aki nem érez magában elég erőt a rendszerességhez, annak nem ajánlatos elkezdni. Továbbá figyelni kell arra, hogy az időszakos sportolóknál nagyobb a balesetek vagy a kimerülés rizikója, mint azoknál, akik az intenzív szakaszok között rendszeresen mozognak. Az időszakos sportok, például a nyári teniszezés, úszás vagy a téli sielés szintén csak időszakos igénybevételt jelentenek, ezért baleseti forrásként veszélyesek is lehetnek. Sokan kapnak a teniszpálya szélén infarktust, és a baleseti osztályokat az időszakosan sielők töltik meg.

A rendszeres mozgás megakadályozza a cukorbetegség, a magas vérnyomás, a szívinfarktus korai kialakulását és az elhízást. Ennek alapja az, hogy fokozódik a mitokondriumok aktivitása, nő a zsírégetés, ami a vér koleszterinszintjét csökkenti, és a magas denzitású (HDL) „jó” koleszterin szintjének emelésével jár együtt. A kiegyensúlyozott sportolás, testedzés tehát fontos eszköze az egészségmegőrző programoknak. A rosszul tervezett élsport vagy a túledzés nem tekinthető egészségesnek, még akkor sem, ha jelentős bevételt eredményez a sportolóknak, hozzátartozóiknak vagy a sportklubok tulajdonosainak.

A sporttal való visszaélés lehetősége

Mint minden az életben, a túlzásba vitt sport is káros az egészségre. Ennek történelmi példáit is ismerjük. A legelső feljegyzés, ami az extrém igénybevétel káros következményeiről számol be, a maratoni ütközetet Athénbe hírül vivő Pheidippidész esete volt, aki a korabeli leírások szerint a győzelemről szóló hír elmondása után holtan esett össze. Persze lehet, hogy csak elájult, de az akkori orvostudomány még nem ismerte az újraélesztés technikáit, így a hős meghalt. A 19. századig úgy gondolták az orvosok, hogy a sport általában káros az egészségre és a túlzó testmozgás megrövidíti az életet. Ennek a hiedelemnek is volt alapja, hiszen a testalkatnak életkornak és a szervezet igényeinek nem megfelelő sportolás betegséget is okozhat.

A túlzott igénybevétel fizikai stresszes állapotot okoz, ami növeli a vér koleszterinszintjét, és azoknak a hormonoknak a változásával jár, amelyek a küzdelemhez szükségesek. Itt elsődleges szerepük van a férfi nemi hormonoknak. Férfiak esetében ez bizonyos mértékig hasznos is lehet, de nőkben is kialakulhat, és ez már a női nemi jellegek rovására történik. Ezért van az, hogy viszonylag kevés nőies élsportolót ismerünk. A férfi hormonok teljesítményfokozó hatásával sajnos visszaélnek, főleg az erősportok és az izomzat hangsúlyozásával járó sportok művelői (body building, súlyemelés, aerobic, korcsolya, atlétika stb.). A fokozott tréning zavarokat okoz a menstruációs ciklusban, a lelkiállapotban, depressziót és immunelégtelenséget okozhat.

A túlzásba vitt sportolás hatására a szívizom tömege jelentősen megnőhet és degeneratív elváltozások léphetnek fel, ami a teljesítményt később csökkenti.

VI. Következmények: civilizációs betegségek, öregedés, immunológiai kórképek

1. Alvászavarok

Magyarországon a lakosság kb. 20%-a szenved alvászavartól. Oka elsősorban a lazítás képtelensége, a szorongás vagy a bioritmus megváltozása (pl. ügyelet, 3 műszak, repülés stb.). A pszichológusok az alvászavart elsősorban lelki tényezőkkel magyarázzák, nevezetesen az egyén fél az ún. kontrollvesztéstől. Főleg egoista és domináns személyiségek esetében gyakori. Vannak, akik az álmoktól félnek, illetve attól, hogy nem ébrednek fel. Betegség is okozhat alvászavart, gyakori vizelési inger, emésztési zavar, reumás betegség, továbbá a környezeti tényezők - zaj, meleg, rossz fekvőhely, oxigénhiány vagy huzat - és az élethelyzet változása is kiválthatja.

A pszichoreaktív alvászavar korlátozódhat csak az elalvási periódusra - ezt többnyire szorongás váltja ki. Átálvási zavarról beszélünk, mikor ismételt felébredések miatt az alvás ritmusa megtörik - ezt többnyire tudat alatti konfliktusok okozzák. Endogén depresszió és megoldatlan konfliktusok is állhatnak az alvászavar hátterében - ennek jelei a korai felébredésben nyilvánulnak meg.

Az alvászavar ellentéte a fokozott aluszékonyosság, amikor az ébrenlét nehezen tartható. Ez különösen veszélyes gépkocsivezetés közben vagy balesetveszélyes munkahelyen.

Az alvászavar gyógyítása nem gyógyszeres, mert gyógyszerekkel csak megmenteni tudjuk az alvást, előidézni nem lehet. Az igazi megoldás a pszichoterápia, ami segít önmagunkat megismerni és megérteni; megtanítja, hogy el kell fogadni önmagunkat, és együtt kell érezni másokkal. Ez a jó alvás titka. A Tao szerint úgy kell tisztelni és elfogadni a dolgokat, személyeket, ahogy vannak, a változtatás kényszere nélkül. Krisztus úgy szerette az embereket, hogy segítette nekik, megértette őket anélkül, hogy mindennel egyetértett volna, vagy azonosult volna velük. Ez a szeretet a legnagyobb erő, amit kapni vagy adni lehet. Ferenczi Sándor szerint „a páciensnek azt a szeretetet kell megadni, aminek hiánya megbetegítette”.

2. Immunológiai kórképek

A civilizációs ártalmak közül a legszembetűnőbb változást az immunrendszer alkalmazkodási képességének igénybevétele jelentette. Teljesen ismeretlen antigének (műanyagok, élelmiszerek, vírus- és baktériumkomponensek) jelentek meg tömegesen a környezetben. Ugyanakkor a környezetszennyezés miatt az immunkompetens sejtek teljesítménye lefékeződött, mert mérgezést szenvedtek. Ez a két jelenség oda vezetett, hogy sorozatos hibák alakultak ki a rendszerben, és az allergénekkal szemben vagy túl heves reakciók, allergiák vagy téves válaszok keletkeztek, ami a saját fehérjék elleni harcra mozgósította az immunsejteket (autoimmunitás). Az allergiák főleg

gyermekkorban robbanásszerűen növekedtek. Várható, hogy néhány éven belül a lakosság 70%-a allergiás lesz. Három kórforma a legjellemzőbb, a bél-, a bőr- és a légzőszervi gyulladás.

Az atópia olyan allergiás habitust jelent, aminek genetikai háttere van. A bőrön ekcémát, a beleken gyulladást okoz, és főleg bizonyos ételekre aktiválódik. A másik fajta allergia főleg a légutakat betegíti meg, és a belélegzett levegőben található pollenektől, szennyező anyagoktól származik. Az allergiák leggyakoribb formája az orrfolyás vagy a kötőhártya-gyulladás (allergiás nátha 16%), amiből gyakran asztma alakul ki. Az allergiák és az asztma kialakulását elősegítik a bakteriális vagy vírusfertőzések is. Fokozhatja az allergiás reakciót a szülők dohányzása, pszichés tényezők vagy az anyatejes táplálás hiánya.

A genetikai háttér magyarázatát a Th2 helper sejtek dominanciája jelenti, ami allergiás szülők esetében már a méhen belüli életben kialakul. A 19. században gyakorlatilag még nem létezett a gyermekkori asztma. Szaporodását a 20. század közepétől írták le, de még a 70-es években is a gyermekek 1%-a volt csak asztmás. Ma kb. 2-4%-ra tehető ez a szám. Főleg a városokban élők között emelkedik ijesztő mértékben. A megelőzésben elsődleges a dohányzás elkerülése, a szőrös, tollas háziállatok és az atkák kerülése és az alacsony szintű környezetszennyezés. Fontos szerepet játszanak továbbá a következő tényezők:

- az immuntolerancia fokozása, T1:T2 helper arányának optimalizálása;
- immunterápia, deszenzibilizálás segítségével a betegség klinikai manifesztációja megakadályozható;
- allergiások egymásközi házassága nem javasolt;
- provokatív tényezők, fertőzések kerülése;
- az anyatej többnyire védelmet jelent, főleg akkor, ha az anya nem allergiás.

A BCG-oltás csökkenti az asztmás veszélyt, mert csökken az IgE-szint, aminek emelkedése a tüneteket kiváltja. Az IgE-termelés hatására nő meg a hisztamintermelő sejtek száma, ami a bőrön kiütéseket, a nyálkahártyán és a tüdőben gyulladást, fokozott váladékképződést és simaizomgörcsöt okoz.

A fiatal csecsemőkorban elszenvedett fertőzések elősegítik az immunrendszer érését. Főleg azoknak a parasztyermekeknek kisebb az esélyük az allergiákra, akik háziállatokat is tartanak.

3. Daganatos betegségek

A rosszindulatú daganatos halálozás világszerte emelkedő tendenciát mutat. Ennek nemcsak az az oka, hogy hosszabb ideig élnek az emberek, hanem abszolút mértékben a korcsoportos összehasonlításban is emelkedett a betegek száma. A tüdő-, emlő-, szájüreg- és vastagbél-daganatok száma egyre fiatalabb korosztályokban is emelkedik. A nőgyógyászati és gyomorrákok előfordulása viszont csökkenőben van. A daganatok 70-80%-a megelőzhető lenne az életmód optimalizálásának segítségével. A daganatos betegségek döntő többsége elkerülhető a dohányzás mellőzésével, az optimális életvitellel, a stresszmentes családi és munkakörülményekkel, és az étel-, ital- és gyógyszer-abúzusok elkerülésével. A munkahelyi ártalmak kb. 4%-át teszik ki az összes daganatoknak, kb. ugyanennyi a környezeti ártalomból fakadó megbetegedés.

Egyébként bizonyos daganatok (pl. leukémiák, hererák, bőrrák) teljesen meggyógyíthatók, míg mások gyógyulási hajlama rosszabb (pl. tüdőrák, májrák, gyomor és hasnyálmirigyrák). A mai kezelési protokollok segítségével az összes rosszindulatú daganat több, mint felét meg lehet gyógyítani. A leghatékonyabb védekezés viszont a megelőzés, ami elsősorban a daganatkeltő ágensek elkerülését jelenti. Ez a mód a betegség előfordulását csökkenti. A korai felismerés pedig a betegség gyógyíthatóságát fokozza, ezért a rákban meghaltak száma jelentősen csökkenhetne.

Könyvajánlat

Cole, Michael - Cole, Sheila R.: Fejlődéslélektan

Átdolgozott kiadás

(Osiris, Bp. 2003.)

ISBN: 963-389-473-5

Oldalszám: 806

Fogyasztói ár: 5 480 Ft

Ez a tankönyv a gyerekek lelki fejlődésére vonatkozó legkorszerűbb ismereteket fogja át a fogamzástól a csecsemő- és kisgyermekkoron át, az iskolás- és a serdülőkoron keresztül a felnőttkorig. Bemutatja a gyerekek fejlődésének legfőbb elméleti megközelítéseit, a téma legfontosabb kutatási eredményeit, és kitér a lehetséges gyakorlati alkalmazásokra is (például a bölcsődei gondozás, olvasástanulás nehézségeinek leküzdése). A szerzők megkísérlik megvilágítani, hogyan hatnak egymásra a felnőtt emberré válás évei folyamán az egyedfejlődés biológiai, viselkedéses és társas vonatkozásai. A könyv sajátossága, hogy a biológiai és mikrokörnyezeti tényezők mellett nagy hangsúlyt helyez a tágabb társadalmi és kulturális háttérre is, amely jelentősen befolyásolja, milyen embert nevel az újszülöttből a környezet. A könyvet magyarul először 1997-ben adtuk közre. Jelen kiadás a 2001-ben megjelent, legújabb kutatási adatokat és felfrissített bibliográfiát tartalmazó átdolgozás alapján készült.

Kálmánchey Albert - Rénes László (szerk.): Telefonos lelki segítség

Tanulmánygyűjtemény

(Kállai, Debrecen 2003.)

ISBN: 963-8260-05-X

Oldalszám: 168

Fogyasztói ár: 750 Ft

Hazánkban az első lelki segély telefonszolgálat 1970-ben, Debrecenben alakult, s azóta is éjjel-nappal folyamatosan működik. A debreceni "Segítőkéz" Lelkisegély Telefonszolgálat e kiadványában közzétett tanulmányok igazolják, hogy a krízisben lévő, gondokkal küszködő emberek öngyilkosságának megelőzésében fontos szerepe van a lelki elsősegély telefonszolgálatoknak. A telefonos munkát a világon mindenütt önkéntesek látják el, természetesen szakemberek vezetése alatt és folyamatos szupervízió mellett.

E tanulmánygyűjtemény a lelki elsősegély szolgálatokra irányítja a figyelmet, és méltó szakmaisággal hangsúlyozza ezek fontosságát. A tanulmányok szerzői: Buda Béla dr., Kálmánchey Albert dr., Czinkóczi Ágnes, Debrecenyi Károly István és Roger Mucchielli. A tanulmányokat irodalomjegyzék egészíti ki.

Kende B. Hanna: Gyermekpszichodráma

(Osiris, Bp. 2003.)

ISBN: 963-389-460-3

Oldalszám: 248

Fogyasztói ár: 3 180 Ft

A gyermekpszichodráma a problematikus gyerekek kezelésében új utakat nyit meg. A Nyugat-Európában és Amerikában kialakult klinikai tapasztalat során megállapítást nyert, hogy bizonyos típusú gyermekek érzelmi problematikája csoportterápiás módszerekkel megközelíthető. Kende Hanna könyve a francia, német, angol, svájci, amerikai gyermek-pszichoterápiás iskolák csoportmódszereit, teoretizálását és egy több mint húszéves klinikai individuálpszichológusi tapasztalat eredményeit teszi hozzáférhetővé a magyar kollégák és szakemberek, valamint a jövőbeli pszichológusok számára.

Csepeli György: Szociálpszichológia

(Osiris, Bp. 2003.)

ISBN: 963-379-563-X
 Oldalszám: 572
 Fogyasztói ár: 3 500 Ft

Csepeli György tankönyve áttekinti a modern nyugati szociálpszichológiai gondolkodás kialakulástörténetét, bevezet a szociálpszichológiai kutatás műhelytitkaiba. Részletesen tárgyalja a tudomány fontosabb középfokú elméleteit a tömeglélektantól az attitűdökön át az előítéletekig, és összegzi a legfontosabb eredményeket. A főként amerikai és európai kutatási eredményekből építkező szociálpszichológiai tudás bemutatása mellett különös hangsúlyt fektet a közép- és kelet-európai társadalmi kontextus által felvetett sajátos társadalom-lélektani problémák tárgyalására. A meggyőzéssel, tömegkommunikációval, önismereti csoportokkal foglalkozó fejezetekben a szociálpszichológia gyakorlati alkalmazási lehetőségeiről is szó esik. A tankönyv a szociálpszichológiai ismeretek széles körű interdiszciplináris beágyazására törekszik.

Csepeli György munkája a magyar felsőfokú társadalomtudományi oktatás minden olyan szakán (irodalomtudomány, jog, médiaelmélet, pedagógia, politológia, pszichológia, szociálpolitika, szociológia, történelem) haszonnal forgathatják a tanulók, ahol szociálpszichológiai ismeretek tudatos felhasználására lehet szükség. A szerző kiinduló hipotézise szerint akarva-akaratlan mindenki szociálpszichológus. Ez a tankönyv hozzásegíthet ahhoz, hogy tudjuk is, amit egyébként teszünk.

Andorka Rudolf: Bevezetés a szociológiába

(Osiris, Bp. 2003.)

ISBN: 963-389-402-6
 Oldalszám: 662
 Fogyasztói ár: 4 180 Ft

A jelen tankönyv több mint húszéves oktatási tapasztalat terméke, a rendszerváltás után végzett legfontosabb szociológiai vizsgálatok eredményeivel. A szociológia tudományának alapkérdéseit, a szociológia történetét és módszertanát tárgyaló első három fejezet után tizenhat további fejezetben egy-egy társadalmi jelenséggel foglalkozik. Röviden bemutatja a jelenségre vonatkozó elméleteket, a vizsgálatra használt módszertant, más országokban megfigyelhető tendenciákat. Részletesen tárgyalja a magyarországi helyzetet, s végül utal a jelenség társadalompolitikai eszközökkel való átalakításának lehetőségeire. A szerző a makroszociológiától halad a mikroszociológia felé: a társadalmi szerkezet és az egyenlőtlenségek tárgyalásából indul ki, és az emberi viselkedés és a kultúra jelenségeivel fejezi be a szociológiai jelenségek bemutatását.

Idézetek

Ha az igazságot akarod birtokolni, a tanításokat csak segítségül használhatod, önmagad mélyén kell rátalálnod.⁹

Szabadságunk, ha bölcsen értelmezzük, csak önkéntes engedelmeskedés az élet egyetemes törvényeinek.¹⁰

Egy jó mondás többet ér egy rossz könyvnél.¹¹

Elég szomorú, hogy már a bolondnak sem szabad bölcsen beszélnie arról, amit a bölcsek bolondul csinálnak.¹²

Harmincig hevít a nő; aztán a bor; aztán a kemence sem.¹³

Sokkal könnyebb apává lenni, mint apának maradni.¹⁴

Aki a célt akarja, annak az eszközöket is akarnia kell.¹⁵

Az a mű, amelyet olvasnak: él, az a mű, amelyet másodszor is elolvasnak: megmarad.¹⁶

Sose téveszd szem elől, hogy a természet nem isten, az ember nem gép, a feltevés nem tény.¹⁷

Sok időnek kell eltelnie, hogy jól tudjuk, amit megtanultunk.¹⁸

Az értelmes ember nem bankódik amiatt, amije nincsen, hanem örül annak, amije van.¹⁹

infó V. évfolyam, 4. szám.

Lezárva: 2003. november 18-án, Debrecen.

"Segítőkéz" Lelkiségegy Telefonszolgálat

4024. Debrecen, Varga u.1.

e-mail: debrecen27@sos505.hu

(Cikkeket, tanulmányokat e-mailen várunk!)

© Rénes László ®

⁹ Weöres Sándor

¹⁰ Henri-Frédéric Amiel

¹¹ Jules Renard

¹² William Shakespeare

¹³ Móra Ferenc

¹⁴ Kijucevszkij

¹⁵ Stendhal

¹⁶ Alexandre Dumas

¹⁷ Denis Diderot

¹⁸ Joseph Joubert

¹⁹ Epiktétosz