



Együttműködésben
a MOTESZ-szel



29. ÉVFOLYAM 8–9. SZÁM



2019. SZEPTEMBER

LEGEARTIS MEDICINAE

ORVOSTUDOMÁNYI FOLYÓIRAT

Végtagischaemia

Diabeteses
polyneuropathia

Finanszírozási kényszerek
a magyar egészségügyben

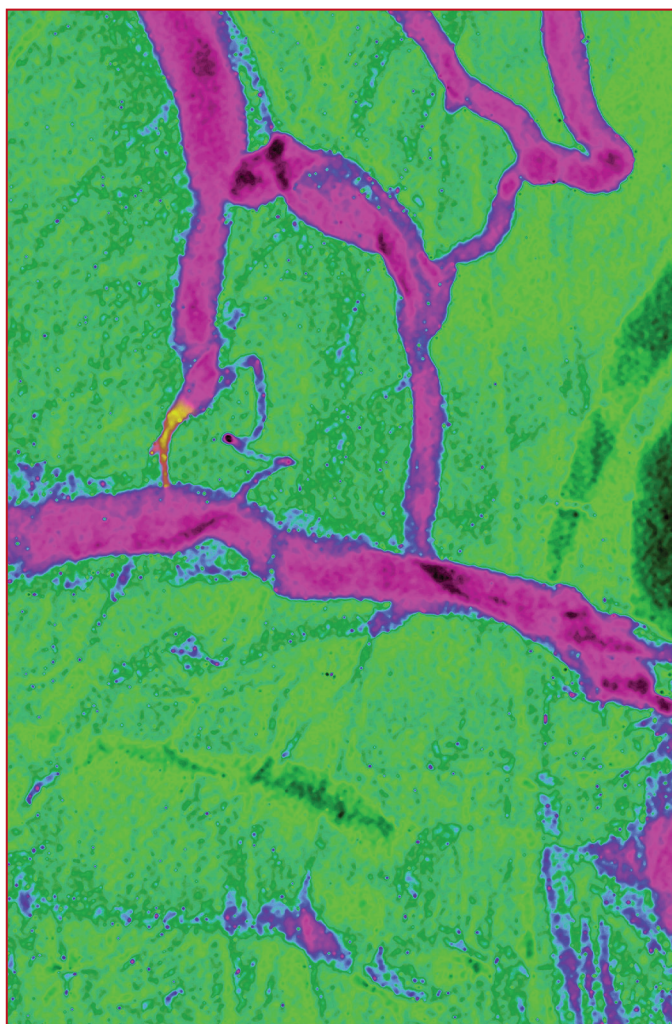
Allergiaellenes szerek
alkalmazása
felső légúti infekciókban

Az egészség
tíz parancsolata

A munkaképesség
elbírálásának lehetőségei

A leselkedő festő

Tudományos babonák
és a női test



VÉNÁS ÉRSZŰKÜLET



SZERKESZTŐBIZOTTSÁG:

BALOGH SÁNDOR	KOMOLY SÁMUEL
BALOGH ZOLTÁN	KOVÁCS TIBOR
BÁNFALVI ÁTTILA	LAKATOS GERGELY
BLASKÓ GYÖRGY	LUKOVICH PÉTER
CSEH KÁROLY	MAGYAR ANNA
CSERNI GÁBOR	NÉMETH ISTVÁN
DANK MAGDOLNA	PINCZÉS ISTVÁN
DEMETER PÁL	RÁCZ ISTVÁN
FALUS ANDRÁS	ROMICS IMRE
FRECSKA EDE	SALAMON DÁNIEL
FUSZEK PÉTER	SÁNDOR JUDIT
GÉHER PÁL	SCHAFF ZSUZSA
HAJNAL FERENC	SINGER JÚLIA
HARKÁNYI ZOLTÁN	SOMLAI ZSUZSANNA
HEGEDŰS KATALIN	SZILASI MÁRIA
HÓDI GABRIELLA	TORNAI ISTVÁN
HOLLÓ GÁBOR	TÓTH EDIT ÁGNES
KALÓ ZOLTÁN	TÚRY FERENC
KERPEL-FRONIUS SÁNDOR	VARGA FATIMA
KIS ADRIÁN	VOKÓ ZOLTÁN
WINKLER GÁBOR	

A LAM teljes tartalma
ingyenesen elérhető:



LEGEARTIS MEDICINAE

FŐSZERKESZTŐ:

KAPÓCS GÁBOR

EMERITUS FŐSZERKESZTŐ:

FARSANG CSABA, NEMESÁNSZKY ELEMÉR

FELELŐS SZERKESZTŐ:

KAPITÁNY KATALIN

TUDOMÁNYOS FŐMUNKATÁRS:

BALÁZS PÉTER

SZERKESZTŐK:

AMBRUS CSABA, BENCZÚR BÉLA,
BRYZ ZOLTÁN, TORZSA PÉTER, VÁLYI PÉTER

KULTURÁLIS SZERKESZTŐ:

RÉVÉSZI VALÉRIA

TUDOMÁNYOS TANÁCSADÓ TESTÜLET:

BEDROS J. RÓBERT, BERCZKI DÁNIEL,
CSIBA LÁSZLÓ, FÜLESDI BÉLA,
JERMENDY GYÖRGY, KOVÁCS JÓZSEF,
OLÁH EDIT, PARAGH GYÖRGY,
ZÁMOLYI KÁROLY, ZEHER MARGIT

NEMZETKÖZI TANÁCSADÓ TESTÜLET (INTERNATIONAL ADVISORY BOARD):

ANTONIO COCA (BARCELONA)
SERAP ERDINE (ISZTAMBUL)
PETER GLOVICZKI (ROCHESTER)
STEPHANE LAURENT (PÁRIZS)
GIUSEPPE MANCIA (MILÁNÓ)
LUIS MARTINS (PORTO)
PETER METZGER (BÉCS)
PETER NILSSON (MALMÖ)
TIHAMER ORBAN (BOSTON)

SZERKESZTŐSÉGI TITKÁR:

BENCZÚR DÁVID

LAM (LEGE ARTIS MEDICINÆ)

Orvostudományi folyóirat

ALAPÍTVÁ 1990-BEN A MAGYAR ORVOSLÁS
TUDOMÁNYOS ÉS MŰVÉSZI SZÍNVONALÁNAK
EMELÉSÉRE, A NEMZET EGÉSZSÉGI
ÁLLAPOTÁNAK JOBBÍTÁSÁRA.

Alapítók: dr. Bula Zoltán, dr. Frenkl Róbert,
dr. Kapócs Gábor

Felelős kiadó: Cserni Tímea
Borítótér és tipográfia: Sándor Zsolt
Tördelőszerkesztő: Boldog Dániel
Korrekter: Kulcsár Gabriella
Hirdetésfelvétel: Benczúr Dávid
(benczur.david@lam.hu)
Pénzügyi vezető: Gál Csongor
(gal.csongor@lam.hu)
Vevőszolgálat: vevoszolgalat@lam.hu

A szerkesztőség és a kiadó címe:
1021 Budapest, Hűvösvölgyi út 75/A.
Postacím: 1539 Budapest, Pf. 603
Telefon: 316-4556, 316-4598, fax: 316-9600
E-mail: lam@lam.hu

Megjelenik évente tízszer. A pontos kézbesítés
érdekében a lakcímváltozást, kérjük, posta-
címünkön jelentsék be, a régi és az új lakcím
feltüntetésével.

A szerzőinknek szóló útmutató elérhető a
www.elitmed.hu honlapon. A tudományos
közlemények kéziratára vonatkozóan az
Orvosi Folyóiratok Szerkesztőinek Nemzetközi
Bizottsága által elfogadott követelményeket
tartjuk irányadónak (Uniform Requirements for
Manuscripts Submitted to Biomedical
Journals). A folyóiratban megjelent közlemé-
nyek a szerzők véleményét tükrözik, amellyel
a szerkesztőség nem feltétlenül ért egyet.
A hozzászólásokat, leveleket rövidítve, szer-
kesztve közöljük.

© LITERATURA MEDICA 2019,

a LifeTime Media Kft. egészségügyi divíziója
Minden jog fenntartva.

A folyóiratban megjelent valamennyi eredeti
írásos és képi anyag közlési joga a kiadót illeti.
A megjelent anyagnak – vagy egy részének –
bármely formában való másolásához, felhasz-
nálásához, ismételt megjelentetéséhez a kiadó
előzetes írásbeli hozzájárulása szükséges. A
kiadó a LAM-ban közölt hirdetések tartalmáért
– sem a kereskedelmi, sem a magánjellegű hir-
detések esetében – nem vállal felelősséget.

A „Lege Artis Medicinæ”, „LAM”,
„Literatura Medica” nevek, valamint az újság
címlapján látható szoboremléke védett.

ISSN 2063-4161 (elektronikus változat)
ISSN 0866-4811 (nyomtatott változat)

Nyomdai munkálatok:
Pauker Nyomdaipari Kft.

Felelős vezető: Varga Szilárd
kereskedelmi igazgató
Terjeszti: Magyar Posta Zrt.
1138 Budapest, Dunavirág utca 2–4.



TABLE OF CONTENTS

LAM 2019;29(8–9):337–416.

LAM-SCIENCE

REVIEW ARTICLES

- What may hurt the patient's leg?
Lower extremity ischaemia 343
DR. KRISZTINA FENDRIK, DR. KATALIN BIRÓ, DR. KATALIN KOLTAI,
DR. DÓRA ENDREI, DR. KÁLMÁN TÓTH, DR. GÁBOR KÉSMÁRKY

- Hungary's schizophrenic health policy
– solutions under pressure 347
DR. PÉTER BALÁZS

- Treatment of painful diabetic polyneuropathy 357
DR. JÁNOS TIBOR KIS

- Anti-allergic agents and ICAM-1-antibodies
for the control of upper respiratory infections 363
DR. HAJNALKA SZABADKA

REVIEW

- What to reduce – lipid levels or inflammation? 367
DR. ISTVÁN REINHARDT

ORIGINAL ARTICLE

- Path of life in the society with a diagnosis
of a psychiatric disease 371
DR. BORBÁLA BÁNYAI, DR. ANNA LÉGMÁN

REVIEW ARTICLE

- Working capacity assessment: a literature review 381
KORNÉL MÁK, DR. GERGELY FEHÉR, KATALIN GOMBOS,
GABRIELLA PUSCH, KATALIN KOLTAI, GYULA BANK, GÁBOR KÓSA,
GÁBOR VARJASI, ANTAL TIBOLD

ORIGINAL ARTICLE

- The health economic issues of geriatric care in Hungary 389
BERTALAN NÉMETH

MOTESZ-PAGES

- MOTESZ – for healthy families, for a healthy nation
– The Ten Commandments of Health 395
DR. FERENC OBERFRANK

ASCLEPION

REPORT

- Recognition for building the future 400
J. VIKTÓRIA KUN

BOOK REVIEW

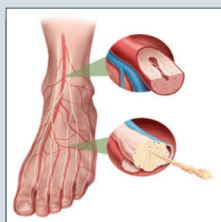
- Recovering from dependency 402
JÓZSEF RÁCZ

HISTORY

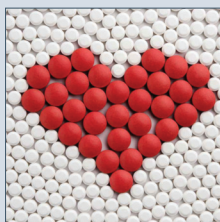
- Scientific superstitions about the female body 408
LÁSZLÓ ANDRÁS MAGYAR

ART

- A peeping painter, or a well-deserved military cross 412
DR. JÓZSEF GEREVICH



A diabeteses polyneuropathia a cukorbetegség akár 20–60%-ában jelen lehet, ezzel a cukorbetegség leggyakrabban előforduló szövődménye.



A statinok egyrészt hatékonyan javítják a lipidprofilt, másrészt pleiotrop hatással csökkentik az érfalban zajló gyulladást.

LAM – TUDOMÁNY

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNYEK

343 Mitől fájhat a beteg lába? Végtagischaemia

dr. Fendrik Krisztina, dr. Biró Katalin,
dr. Koltai Katalin, dr. Endrei Dóra,
dr. Tóth Kálmán, dr. Késmárky Gábor

347 A finanszírozás tudathasadása – megoldási kényszerek a magyar egészségügyben

dr. Balázs Péter

357 A fájdalmas diabeteses polyneuropathia kezelése

dr. Kis János Tibor

363 Allergiaellenes szerek, az ICAM-1 antitestek lehetséges alkalmazása a felső légúti infekciók kontrollálásában

dr. Szabadka Hajnalka

SZEMLEZÉS

367 Gyulladáscsökkentés vagy a lipidszint mérséklése?

dr. Reinhardt István

EREDETI KÖZLEMÉNY

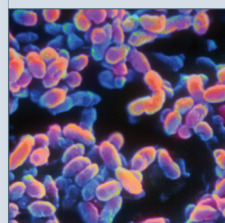
371 Életutak a társadalomban pszichiátriai beteg diagnózissal

dr. Bányai Borbála,
dr. Légmán Anna

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY

381 A munkaképesség elbírálásának lehetőségei: irodalmi áttekintés

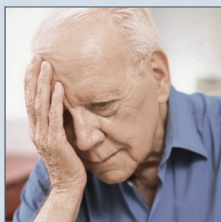
Mák Kornél, dr. Fehér Gergely,
Gombos Katalin, Pusch Gabriella,
Koltai Katalin, Bank Gyula,
Kósa Gábor, Varjasi Gábor,
Tibold Antal



A legtöbb rhinovirus-szerotípus számára a legfontosabb receptor a légúti epithelsejtek felszínén az „intercelluláris adhéziós molekula 1” (ICAM-1).



Szeretnénk választ kapni arra a kérdésre, hogyan lehet pszichiátriai diagnózissal teljes értékű életet élni a társadalomban.



Magyarországon az előregedő társadalom komoly kihívások elé állítja az egészségügyi (és a szociális) ellátórendszert.



A szerző a női szexualitásról alkotott képet, a női lélekkel, vágyakkal és női társadalmi szerepekkel kapcsolatos mindmáig viruló tévhiteket ismerteti.

EREDETI KÖZLEMÉNY

- 389 Az időskorúak gondozásának egészség-gazdaságtani kérdései Magyarországon
Németh Bertalan

MOTESZ-OLDALAK

- 395 MOTESZ – az egészséges családokért, az egészséges nemzetért
– Az egészség tíz parancsolata
dr. Oberfrank Ferenc

ASZKLEPION

BESZÁMOLÓ

- 400 Elismerés a jövő építéséért
Kun. J. Viktória

KÖNYVISMERTETŐ

- 402 Felépülés a függőségből
Rácz József

TÖRTÉNELEM

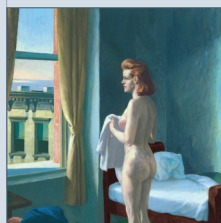
- 408 Tudományos babonák a női testtel kapcsolatban
Magyar László András

KÉPZŐMŰVÉSZET

- 412 A leselkedő festő, avagy a kiérdemelt katonai kereszt
dr. Gerevich József



A MOTESZ az egészséges családokért, az egészséges nemzetért címmel programot indított a kormány népegészségügyi erőfeszítéseinek támogatására.



Hopper művészetét legerőteljesebben a szexuális feszültség befolyásolta; képei tele vannak visszafojtott erotikával.

Mitől fájhat a beteg lába? Végtagischaemia

FENDRIK KRISZTINA, BIRÓ KATALIN, KOLTAI KATALIN, ENDREI DÓRA, TÓTH KÁLMÁN, KÉSMÁRKY GÁBOR

Magyarországon végzik az Európai Unió országai közül a legtöbb alsóvégtag-amputációt perifériás verőérbetegség miatt. Igen fontos ezért, hogy a betegséggel kapcsolatos korszerű ismeretek minél szélesebb körben ismertek legyenek. Egymástól függetlenül, azonos témában egyszerre három kéziratot is benyújtottak a LAM szerkesztőségéhez, melyek a perifériás verőérbetegség diagnosztikájával, gyógyszeres és invazív kezelésével foglalkoznak. Az egyes közleményeket a jelenlegi és a későbbi lapszámainkban publikáljuk. A cikkek különböző szerzők, szerzőcsoportok művei, ezért elkerülhetetlen az esetleges átfedés, de a véleménykülönbség is, amelyeket nem kívántunk a szerkesztés során befolyásolni.

A szerkesztőség

WHAT MAY HURT THE PATIENT'S LEG? LOWER EXTREMITY ISCHAEMIA

A perifériás verőérbetegség (PAD) nagy prevalenciájú kórkép, az ischaemiás szívbetegség és a cerebrovascularis betegség mellett az atherosclerosis egyik leggyakoribb megjelenési formája. A PAD rendszerbetegségnek tekintendő, a betegek 10 éves cardiovascularis eredetű halálozási aránya kétszerese a normál népességének. Ebből adódóan is kiemelten fontos a betegség korai felismerése, a megfelelő szekunder prevenciók gyógyszeres és nem gyógyszeres kezelése beállítása. A kórkép korai felismerésében alapvető szerepe van a rizikóbecslésnek és a korrekten elvégzett fizikális vizsgálatnak, továbbá a bokavérnyomás-mérésnek, a boka-kar index meghatározásának, a lábujjvérvérnyomás-mérésnek, a transcutan parciális szöveti oxigéntenzió-mérésnek és a duplex ultrahangvizsgálatnak. Ezen összefoglaló célja ráirányítani a figyelmet arra, hogy az alsó végtagi fájdalom hátterében nemcsak mozgásszervi eredet állhat, hanem sokszor a nem típusos panaszok mögött végtagot, sőt akár életet veszélyeztető végtagischaemia bújhat meg.

perifériás verőérbetegség, PAD, végtagischaemia, alsó végtagi fájdalom, rizikóbecslés, boka-kar index, lábujjvérvérnyomás-mérés, transcutan parciális szöveti oxigéntenzió

Peripheral artery disease (PAD) is of high prevalence, and one of the most common clinical manifestations of the atherosclerosis beside ischaemic heart disease and cerebrovascular disease. PAD should be considered as a systemic disease, PAD patients have two times higher ten-year cardiovascular mortality than the normal population. For these reasons, the early recognition of the disease, the appropriate secondary preventive medical and non-medical therapy are of great importance. Risk stratification, proper physical examination, ankle pressure, ankle-brachial index, toe pressure, transcutaneous partial tissue oxygen pressure measurement and duplex ultrasound are the cornerstones to an early diagnosis. This summary aims at calling attention to the fact that lower extremity pain can not only be caused by musculoskeletal diseases but limb and/or life-threatening limb ischaemia can be revealed in the background.

peripheral artery disease, PAD, limb ischaemia, lower extremity pain, risk stratification, ankle-brachial index, toe pressure, transcutaneous partial tissue oxygen pressure

dr. KÉSMÁRKY Gábor (levelező szerző/correspondent), dr. FENDRIK Krisztina, dr. BIRÓ Katalin, dr. KOLTAI Katalin, dr. ENDREI Dóra, dr. TÓTH Kálmán: Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ, I. Sz. Belgyógyászati Klinika, Angiológiai Tanszék/Division of Angiology, 1st Department of Medicine, University of Pécs; H-7624 Pécs Ifjúság útja 13. E-mail: kesmarky.gabor@pte.hu

Érkezett: 2019. július 10.

Elfogadva: 2019. augusztus 6.

<https://doi.org/10.33616/lam.29.034>

A perifériás verőérbetegség (PAD) az ischaemiás szívbetegség és a cerebrovascularis betegség mellett az atherosclerosis egyik leggyakoribb megjelenési formája. A perifériás

verőérbetegek számának növekedése egyrészt a népesség öregedésével, másrészt a nyugati társadalmakban életmódbeli tényezőkkel, ezáltal például a diabetes nagyobb arányú előfordulásával

függ össze. Egy 2010-ben készült felmérés szerint a PAD globális szintű prevalenciáját 202 millió érintett betegre becsülték. A nyugati országokban a PAD incidenciája 13% körülire tehető. Az életkor növekedésével a PAD előfordulása exponenciálisan nő, becslések szerint minden ötödik 65 éven felüli ember érintett lehet a betegségben. A boka-kar index méréssel felfedezett, még aszimptomatikus betegek száma körülbelül négyszerese a már tünetes betegekének.

A perifériás érrendszerbetegségnek tekintendő, ezen betegekben a cardiovascularis eredetű halálozás, az összhálózás és a coronariaesemények 10 éven belüli bekövetkezésének aránya is kétszerese a normál népességének. Ezért is kiemelt fontosságú a betegség korai felismerése, illetve a megfelelő szekunder prevenciók gyógyszeres és nem gyógyszeres kezelése megfelelő beállításával.

Mindezek alapján látható, hogy igen nagy prevalenciájú kórképpel állunk szemben, melynek jelentősége – tekintve a diagnosztikai és terápiás hiányosságokat is – hazánkban sajnos még alulbecsült. Az Európai Unión belül sajnálatos módon Magyarországon a legmagasabb az amputációk száma, ez évente 5-6000 beteget érint. Írásunk célja felhívni a figyelmet arra, hogy alsó végtagi fájdalom esetében ne csak mozgásszervi okot keressünk, hanem gondoljunk érszűkület lehetőségére is.

A perifériás verőérbetegség tünetei

A perifériás verőérbetegség klinikai megjelenési forma, súlyosság alapján a Fontaine-klasszifikáció szerint négy stádiumba sorolható. I. stádiumban már valamilyen eszközös vizsgálattal kimutatható a kórkép, de klinikailag manifeszt tüneteket még nem okoz. II. stádiumban jelenik meg a típusos tünet, a terhelésre jelentkező claudicatio, azaz görccsszerű alsó végtagi fájdalom az izomzatban. A panaszok az artériás szűkület/elzáródás szintjétől distalisán jelentkeznek, legtípusosabban a lábszárizmok területén, ám comb- vagy fartájékon is kialakulhat fájdalom. A tünetek a beteget séta közben megállásra kényszerítik, jellemzően pihenés hatására rövid időn belül megszűnnek. III. stádiumról beszélünk, ha a beteg már nyugalmi végtagfájdalomról panaszkodik, ez gyakran az éjszakai alvást is zavarja. IV. stádiumban nem gyógyuló sebek, fekélyek jelennek meg az érintett végtagon, melyek a végtagot is veszélyeztethetik. A Fontaine-beosztás

szerinti III. és IV. stádiumot kritikus végtagischaemiának tartjuk, mely magas cardiovascularis morbiditással és mortalitással járó tünetegyüttes. A klasszikus tünetek és panaszok mellett figyelniük kell az atípusos végtagfájdalomra, a néma ischaemiára és az „álcázott” végtagi verőérbetegségekre, amely például diabetesben, szívelégtelenségben, légzési elégtelenségben vagy idős betegeknél lehet jelen.

Az alsó végtagi fájdalom differenciáldiagnózisa

Nem egyszerű megkülönböztetni az érszűkültre jellemző claudicatiós panaszokat más kórképekben jelentkező, mozgásfüggő fájdalomformáktól. Claudicatiós panaszokat nemcsak artériás érszűkület, hanem vénás elégtelenség, varicositas is okozhat. Ilyenkor általában hosszas állás vagy ülés után, de akár hosszabb fizikai megterhelés hatására is, jellemzően a nap második felében vagy meleg időben jelentkezhet sokszor szimmetrikus, égő, feszítő jellegű fájdalom, nehézláb-érzés az alsó végtagok, főleg a lábszárak területén. A nyirokelfolyási zavar, *nyiroködéma* a vénás elégtelenséghez hasonló panaszokat okozhat. Gerincvelői szűkület okozta *spinalis claudicatio* esetén terhelés hatására gyakran mindkét alsó végtagot érintő, derékból kiinduló, csípőbe, majd az alsó végtagok hátsó részébe sugárzó fájdalom lép fel. Jellemzően ez a fájdalom pihenés hatására nem szűnik meg olyan gyorsan, mint az artériás eredetű claudicatio. Az *ideggyökök kompressziójából* adódó fájdalom sokkal inkább éles, hasogató jellegű, ami nemcsak séta, hanem ülés és állás közben is felléphet. Nagyobb méretű *Baker-cysta* a térdhajlatban jelentkező, majd lefelé sugárzó fájdalmat okozhat. Ez sok esetben fájdalmas duzzanatot is okoz a térdhajlatban. Természetesen nem szabad elfeledkezni a terhelésre jelentkező fájdalom *mozgásszervi* okairól, ide értve az autoimmun vagy degeneratív jellegű, magában az érintett *ízületben* lokálisan jelentkező fájdalmakat. Ezekre jellemző, hogy a mozgás elindítása a legnehezebb, a panaszok elindulás után enyhülhetnek, de a fájdalom folyamatos jellegű is lehet. Különböző *bőr- vagy csontbetegségek* szintúgy alsó végtagi fájdalmat okozhatnak.

Diagnosztika

A leírtakból is látszik, hogy az anamnézis pontos felvétele döntő fontosságú. Bonyolítja a helyzetet, hogy típusos claudicatiós panasz a perifériás verőérbetegség mindössze 10-20%-ánál jelentkezik. Ennek okát kereshetjük abban, hogy az idős

A perifériás verőérbetegség számának növekedése a népesség öregedésével, valamint az életmódbeli tényezőkkel is összefügg.

betegek nagy része egyéb társbetegségek (például szívelégtelenség, légzési elégtelenség, ízületi fájdalmak) miatt claudicatiós küszöbénél kevesebbet mozog. A diabeteses betegek, ezen belül a diabeteses polyneuropathiában szenvedők aránya egyre nő, sok esetben így rejtett marad a terhelés hatására fellépő alsó végtagi fájdalom. Nemegyszer már csak a nem gyógyuló alsó végtagi fekély hívja fel a figyelmet érszűkület lehetőségére.

A *Fizikális vizsgálat* során a betegnek az alsó végtagjait szabaddá kell tennie. A végtagok megtekintése sokszor már önmagában is diagnosztikus. Nem gyógyuló sebek, fekélyek, hypotrophia lábszári izomzat, szőrzet hiánya, korábbi érműtétekből származó hegek hívhatják fel a figyelmet az alsó végtagi artériás érszűkület lehetőségére. Az alsó végtagok *inspekcióján* túl a perifériás *pulzusok* tapintása és az esetleges érzőrejek auszkultációja a fizikális vizsgálat alapvető eleme. Klinikai gyanú esetén a következő és a perifériás érszűkület diagnosztikájában alapvető vizsgálat a *boka szintjén a vérnyomás* mérése és a *boka-kar index (BKI)* kiszámolása. E vizsgálat során fekvő helyzetben, 5-10 perces pihenés után Doppler-készülék és kézi pumpálású vérnyomásmérő segítségével felső és alsó végtagi vérnyomást mérünk. Fontos, hogy mindkét kar vérnyomását megmérjük. Az alsó végtagi vérnyomásmérés során mindkét oldali arteria dorsalis pedis és arteria tibialis posterior szisztolés nyomását határozzuk meg. Az abszolút nyomásértékek feljegyzése is fontos. Az alsó végtagi distalis artériákon és felső végtagon mért szisztolés érték hányadosa adja a boka-kar indexet mind az arteria dorsalis pedisre, mind az arteria tibialis posteriorra levetítve (a felső végtag nyomásértékei közül az index számolásához a magasabb értéket használjuk). Ez a hányados normális esetben 1,0 és 1,4 közé esik. A 0,9 és 1,0 közötti hányados szűrkezőnás, míg 0,9 alatti érték az 50%-ot meghaladó szűkületek megbízható jelzője nem diabeteses betegeknél. A 0,4 alatti érték súlyos alsó végtagi verőérbetegségre utal. Amennyiben normális értéket kapunk, de klinikailag a PAD gyanúja megalapozott, terhelés után is el kell végezni a BKI meghatározását.

Külön figyelmet kell szentelnünk az 1,4 fölötti értékeknek, melyek nem vagy nehezen komprimálható erekre, általában diabeteses eredetű mediasclerosisra utalnak. Diabetesben a bokanyomás és a boka-kar index értéke bizonytalan a nehezen/nem komprimálható erek miatt. Ilyenkor nem szabad megelégedni a boka-kar index meghatározásával, hanem lábujjvérvnyomást kell mérnünk. Ez történhet *lézer-Doppler* vagy *fotopletiz-mográfias* módszerrel. Az előbbi működése a Doppler-effektuson, vagyis a visszavert lézertény

frekvenciaeltolódásán, az utóbbi működése a visszavert fény intenzitásának változásán alapul. A mérés kis méretű, lábujj köré helyezhető mandzsettával történik, a műszer a mandzsetta felfújása után lineárisan, körülbelül 2 Hgmm-enként csökkenti a nyomást. A perfúzió megindulásának detektálása jelzi a lábujjvérvnyomást. Kritikus végtagischaemiára a 30 Hgmm alatti nyomásérték utal. A lábujjvérvnyomás segítségével kiszámítható a lábujj-kar index, melynek normálértéke 0,7 fölötti.

Diabeteses betegekben további alapvető vizsgálat (kellene, hogy legyen) a diabeteses polyneuropathia megítélése, melyet a napi gyakorlatban többnyire *Rydel-Seiffer-féle kalibrált hangvillavizsgálattal* végzünk, további differenciáldiagnosztika céljából mikrofilamentteszt, különböző reflex-teszt, illetve elektroneurográfia (ENG) elvégzése is szükséges lehet.

Nem gyógyuló sebek esetén a fekély etiológiájának megállapítása céljából indokolt elvégezni a *transcutan parciális szöveti oxigéntenzió- (tcpO₂)* mérést. E vizsgálat során a műszerhez csatlakoztatott elektróda segítségével a lokálisan 44 °C-ra felmelegített bőrfelszínen keresztül a felszínhez közeli, kitágult erekből történő oxigéndiffúzió mértékét, illetve a parciális oxigéntenziót mérjük. Ennek normálértéke 60 Hgmm fölötti. 30 Hgmm alatti érték esetén kritikus ischaemia áll fenn. 10 Hgmm alatti érték esetén a végtag revaszarisatiója nélkül nincs esély sebgyógyulásra.

Klinikailag legalább Fontaine II. stádiumú PAD-ra utaló tünetek, illetve patológiás boka-kar index vagy lábujj-kar index esetén, amennyiben a panaszok az optimális konzervatív terápia és rizikófaktor-menedzselés ellenére is életminőséget jelentősen limitálóak, további diagnosztikus képalkotó vizsgálatok végzése indokolt. Első lépésben végzendő vizsgálat a *szinkódolt, duplex ultrahang*, mely noninvazív jellege miatt előnyben részesítendő az invazív képalkotással szemben. Segítségével a poplitealis régiótól proximálisan a laesiók helye pontosan lokalizálható, a későbbi endovascularis intervenció is megtervezhető. CT- vagy MR-angiográfia segítségével az endovascularis stentek, bypassok jól megjeleníthetők, az aneurysmák diagnosztikájában a CT szerepe elsődleges. Lábszári lokalizáció esetén ezek a képalkotó módszerek gyakran nem informatívak a szűkület/elzáródás pontos lokalizációját és mértékét illetően, ezen esetekben a *digitális szubtrakciós angiográfia* (DSA) előnyben részesíthető. E vizsgálatok tervezésénél a beteget érő ionizáló sugárzást és kontrasztanyag-terhelést figyelembe kell

Diabetesben a PAD előfordulása exponenciálisan nő.

vennünk. A képalkotó vizsgálatok a végtagperfúzió, illetve ischaemia mértékéről nem adnak információt, ezért a terápiát meghatározó döntésünkben a klinikumot, a hemodinamikai eredményeket és a képalkotó vizsgálatok eredményét együtt kell értékelnünk.

Következtetések

Kritikus végtag ischaemiára az 50 Hgmm alatti bokanyomás, illetve a 30 Hgmm alatti lábujjvérvnyomás utal.

Az alsó végtagi fájdalom hátterében verőérbetegség, ischaemiára azért kell gondolnunk, mert a végtagot vagy akár az életet is veszélyeztető betegség állhat fenn. Összevetve a különböző mozgásszervi eredetű megbetegedésekkel, melyek

szintén jelentős mértékű fájdalmat okozhatnak, és emiatt a beteg életminőségét rontják, a perifériás verőérbetegség nemcsak a beteg életminőségét rontja, hanem az életkilátásokra is jelentős hatással van.

Felmerül a kérdés, hogy kikenél végezzünk ér-szűkület irányában szűrővizsgálatot. Perifériás verőérbetegség magas kockázatának vannak kitéve az igazoltan atheroscleroticus megbetegedésekben (például ischaemiás szívbetegségben vagy cerebrovascularis betegségben) szenvedő, illetve hasi aortaaneurysmával diagnosztizált betegek, így az ő rutinszerű, PAD-irányú szűrésük indokolt. Koszorúérbypass-műtetre kerülő betegek-nél a perifériás verőérbetegség felmérése azért is fontos, hogy a szív-műtét-nél szükséges-e a vénák megkímélése egy esetleges későbbi perifériás ér-műtét-hez. Egyes krónikus megbetegedések, például szívelégtelenség vagy krónikus veseelégtelenség fennállása esetén is célszerű a szűrővizsgálat. A jelenleg érvényben lévő nemzetközi ajánlások alapján javasolt továbbá boka-kar index mérése azon tünetmentes személyek-nél, akik-nél a PAD előfordulásának magas rizikója áll fenn, ide tartoznak a 65 évnél idősebb betegek (nők és férfiak egyaránt), az 50 éven felüli nők és férfiak,

akik-nél a családi anamnézisben perifériás verőérbetegség szerepel, illetve azon 65 év alatti betegek, akik-nél az ESC besorolása alapján magas cardiovascularis kockázat áll fenn. Az utóbbi csoportba azon betegek tartoznak, akik-nél egyes rizikófaktorok fokozottan állnak fenn, mint például a 180/110 Hgmm-t meghaladó vérnyomás, a 8,0 mmol/l fölötti koleszterinszint, célszervkárosodás nélküli 1-es vagy 2-es típusú diabetesben szenvednek (kivéve a fiatal 1-es típusú cukorbetegeket), illetve akik-nél az ESC score-táblázat alapján a tíz éven belüli, halálos kimenetelű cardiovascularis megbetegedések aránya 5–10% közé tehető. A boka-kar indexet meghatározzuk terhelésre jelentkező alsó végtagi panasz, illetve verőérbetegségre utaló fizikális vizsgálati eltérés esetén.

Az alsó végtagi panasszal jelentkező betegek-nél a rizikóbesorolás és az alapvető fizikális és műszeres vizsgálatok elvégzését javasoljuk. Mint minden artériás betegségben, PAD-ban is alapvető a megfelelő konzervatív kezelés, a szekunder prevenció gyógyszeres (lipidcsökkentő, trombocitaaggregáció-gátló, antihipertenzív) és nem gyógyszeres eljárások alkalmazása. Az utóbbiak között kiemelkedő fontosságú a dohányzásmentesség és az intenzív járásgyakorlatok végzése. Ezen intézkedések révén a jelentősen emelkedett cardiovascularis eredetű mortalitás felére csökkenthető lenne.

Írásunk üzenete, hogy alsó végtagi fájdalom esetén ne csak mozgásszervi eredetre gondoljunk, és fájdalomcsökkentő kezeléssel elejét vegyük további diagnosztikának. Különösen magas kockázatú betegcsoportokban gondoljunk perifériás verőérszűkület fennállásának lehetőségére. Ezen betegek kiemelésével, az egyszerűen és gyorsan kivitelezhető fizikális vizsgálattal lényegesen több esetben kerülne felfedezésre az alsó végtagi verőérszűkület. Reményeink szerint a boka-kar indexmérés egyre több családorvosi praxisban lesz ténylegesen elérhető és bevett gyakorlat. A betegek megfelelő vascularis centrumba irányításával, optimális konzervatív terápia beállításával, illetve endovascularis intervenció vagy rekonstrukciós érműtét időben való elvégzésével az amputációs arány lényegesen csökkenthető lenne.

Irodalom

1. Aboyans V, Ricco JB, Bartelink MEL, et al. ESC Scientific Document Group, 2017 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2018;55(3):305-368. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy045>
2. Gerhard-Herman MD, Gornik HL, Barrett C, et al. 2016 AHA/ACC Guideline on the Management of Patients With Lower Extremity Peripheral Artery Disease: A Report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation* 2017;135(12):e726-79. <https://doi.org/10.1161/cir.0000000000000502>
3. Lawall H, Huppert P, Rümenapf G, Diehm C. Periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK). *S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Klinikarzt* 2011;40(11):396-403. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/065-003L_S3_PAVK_periphere_arterielle_Verschlusskrankheit_final-2016-04.pdf. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1298131>
4. Késmárky G, Koltai K, Biró K, Endrei D, Tóth K. Alsó végtagi perifériás verőérbetegségek noninvasív diagnosztikája. *Cardiologia Hungarica* 2018;48: 206-2010. <https://doi.org/10.26430/chungarica.2018.48.3.206>

A finanszírozás tudathasadása – megoldási kényszerek a magyar egészségügyben

BALÁZS PÉTER

HUNGARY'S SCHIZOPHRENIC HEALTH POLICY – SOLUTIONS UNDER PRESSURE

A nemzetközileg mintaeértékű egészségügyi szolgáltató modellek többé-kevésbé harmonikus megoldásokat találtak a szociális és az üzleti alapú ellátás viszonyának rendezésére. A magyar egészségpolitika mind a mai napig képtelen volt ennek a feladatnak a megoldására. Külső kényszerektől mentesen, az 1989-es rendszerváltozás óta eltelt évtizedek alatt, szabadon rendelkezünk minden eszközzel és megoldással, így a jelenlegi állapotaink miatt csakis a mindenkori egészségpolitikai döntéseket tehetjük felelőssé. Ráadásul, külföldről nézve a hazai korrupció egyik fajsúlyos tétele az orvosok és betegek között évenként 50-100 milliárd forintba becsülhető illegális üzletelés a közfinanszírozott ellátásban. Természetesen nagyon fontos a diszfunkcionális részjelenségek feltárása, és minden egyeztetés a partikuláris érdekcsoportok képviselőivel, de ezekből nem származnak rendszerszintű megoldások. Harminc év sikertelenség után legcélszerűbb volna egy bizonyítottan működőképes, hagyományainkhoz legközelebb álló modellt átvenni, és a tűrőhatárok között átalakítani hazai viszonyaink rendezésére.

There are internationally accepted models of health services that succeeded more or less in compromising public and private economy. Unfortunately, Hungary's health policy was unable since ever to solve this problem. After the fall of the Communist health system (1989) this country was free to implement any means and ways without any external pressure thus only the health policy is responsible for our prevailing circumstances. Additionally, if seen from abroad the well-established medical grease-money of 50-100 thousand million HUF a year in medical services is a surplus burden of socioeconomic corruption. No question, it is necessary to explore any dysfunctions and negotiate with all particular pressure groups, however these actions do not result in system level changes. After 30 years of mismanagement it is time to take over a sound compact model which resembles our traditions and implement while respecting its limits of elasticity.

**egészségügyi közfinanszírozás,
adók és járulékok, társadalombiztosítás**

**healthcare public financing,
taxes and contributions, social security**

dr. BALÁZS Péter (levelezési cím/correspondence): Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Népegészségtani Intézet/Semmelweis University, Faculty of Medicine, Institute of Public Health; H-1089 Budapest, Nagyvárad tér 4. E-mail: balazs.peter@med.semmelweis-univ.hu

Érkezett: 2019. április 6.

Elfogadva: 2019. július 16.

<https://doi.org/10.33616/lam.29.035>

Miért nem mellőzhetők az előzmények?

Esetleg szükségtelennek vélhetnénk a szociális biztonsági rendszerek történelmi előzményeinek ismertetését, mivel az egészségügyben műveltebb laikusok is tisztában vannak a „Bismarck–Szemasko–Beveridge-modellekkel”. Teljesnek tűnik a kép, ha ehhez még azt is hozzáfűzzük, hogy az USA rendszere egészen másként működik, így érdektelen Európa számára. Mindezek

ellenére, egyes makacsul öröklődő tévedések mégis indokolják a rövid visszatekintést. Ezek közül 1989-től mind a mai napig a legtöbb kárt a letűnt szocialista társadalombiztosítás helyett a „bismarcki szolidáris rendszerhez” való visszatérés okozta.

Európában a 19. század ipari forradalma tömegméretű katasztrofális emberi viszonyokat teremtett. Ezért a szociális biztonság (védőháló) szempontjából mindent újra kellett gondolni a megelőző századok örökségéből. A mezőgazdaságból az új ipari központokba vándorló, tartalé-

A modern jóléti társadalmakban azonban arról mindenképpen gondoskodni kell, hogy senki ne rekedjen kívül az ellátásból csupán azért, mert azt nincs pénze megfizetni. Ezt a közfinanszírozás biztosítja.

kok nélkül, máról holnapra tengődő ipari proletariátus legfőbb gondja a munkahely és a keresőképtesség volt, ugyanis ezek hiányában gyakran az éhenhalással kellett szembenézni. Váratlan keresetkiesés betegség, ipari baleset, vagy munkanélküliség miatt átmeneti, tartós veszélyként pedig a rokkantságra és a keresőfoglalkozásra már képtelen idős-korra kellett gondolni. Társadalmi szinten három megoldási lehetőség versengett egymással: 1) az utóvédharcot folytató keresztény karitász, 2) a jövőbe menekülő kommunista ideológia és 3) a gazdaságot irányító polgárság józan belátása.

Teljesen nyilvánvaló volt – minden jóakarattal ellentétben –, hogy az egyházi jótékonykodás középkorból örökölt módszerei elégtelenek a tömeges katasztrófa kezelésére. Még a legnagyobb hatalommal és tekintéllyel rendelkező katolikus egyház sem volt képes valós alternatívát felmutatni. Ezért kell ideológiai utóvédharcnak tekinteni *XIII. Leó* pápa (1878–1903) *Rerum novarum* kezdetű, 1891-ben kiadott szociális enciklikáját. „Manapság ugyan sokan, mint régebben a pogányok, gáncsolni merik az egyház e lángoló szeretetét s állami törvények által szervezett jótékonytársaságokat akarnak helyébe léptetni. De nincs s nem lesz soha emberi erő, mely pótolhatná az önfeláldozó felebaráti szeretetet” (1).

Karl Marx (1818–1883) és *Friedrich Engels* (1820–1895) 1848-ban kiadott Kommunista Kiáltványa lesújtó ítéletet mondott a tőkés társadalom szociálpolitikájáról. „A bér munka átlagos ára a munkabér minimuma, azaz azoknak a létfenntartási eszközöknek az összessége, melyek szükségesek ahhoz, hogy a munkást, mint munkást életben tartsák. Amit tehát a bér munkás a maga tevékenységével elsajátít, az pusztán arra elég, hogy csupasz életét újratermelje” (2). A kommunisták szerint ezt a nyomorúságos helyzetet a proletárforradalom győzelme fogja felszámolni. Ennek elsőrendű 10 teendőjét is megnevezték, de csak az utolsónak volt közvetlen szociálpolitikai üzenete, amennyiben minden gyermek nyilvános és ingyenes nevelését ígérte.

Forradalom nélkül *Otto von Bismarck-Schönhausen* (1815–1898) német birodalmi kancellár törvénycsomagja nyújtott időtálló megoldást a fenyegetően növekvő szociális feszültségek kezelésére. Németország 1883-ban a betegségi, 1884-ben a munkahelyi baleseti, 1889-ben pedig

az öregségi és munkanélküliségi szociális biztosítási ágazatot hozta létre. A rendszer az évezredek óta ismert üzleti biztosítás alapmodelljére épült, de azt szociális szempontok mentén módosította, és a jogosultságot a munkaviszonyra építette. A szociális elem úgy érvényesült, hogy a munkavállalók biztosítási díjának egy részét a munkáltató fizette, vagyis a díj a felek járulékából állt össze. Történelmi távlatból azt mondhatjuk, hogy az évezredek óta ismert adórendszert megkerülve, a bérköltségek növelésével az állam címetesen „adóztatta meg” a munkáltatót, a munkavállalónak pedig személyre szóló jogosultságot biztosított. Akinek viszont a munkáltató eleve magas bért/fizetést adott, az nem szorult rá erre a szociális támogatásra. Üzleti biztosítás révén gondoskodhatott magáról és a családjáról. Akik tőkejövedelemmel rendelkeztek, azokat eleve kizárták a jogosultak köréből.

Ez a szociális modell 1883 óta jogfolytonosan működik Németországban, sőt 1911-ben az Egyesült Királyság, 1935-ben pedig az USA is átvette, továbbá napjainkban minden fejlett ország ezt alkalmazza. A változatosságot a rendszer egészében kizárólag a természetbeni egészségügyi szolgáltatások pénzforrásainak képzése, illetve elosztása, közkeletű szakmai nevén finanszírozási modellje okozza. Az Egyesült Királyság az egészségügyi alap- és szakellátást 1948-tól kiemelte a szociális biztosításból és általános adóbevételekből finanszírozza. Az USA viszont ezeket a szolgáltatásokat eleve kizárta a rendszerből, és a költségtérítést a biztosítások magánpiacára bízta.

Történelmi tény, hogy a kommunizmus alsó fokának, vagyis a szocializmusnak a rendszere is az eredeti német modellre épült. Azért kötődik *Nyikolaj Alexandrovics Szemasko* (1874–1949) nevéhez, mert ő készítette elő a tervezetet az Oroszországi Szociáldemokrata Munkáspárt 1912-ben Prágában rendezett VI. kongresszusára. Elméletben a bolsevikok jó előre „túlszárnyalták” az eredeti megoldást, majd a gyakorlatba is átültették a forradalom 1917-es győzelme után. Állami adóbevételekből fedezett, mindenkire nézve kötelező, társadalombiztosításnak nevezett rendszert hoztak létre. Hazai vonatkozásban Szemasko modelljének sajnálatos aktualitását az adja, hogy Magyarország a maradványaitól mind a mai napig képtelen volt megszabadulni.

Adók és járulékok

A járulékalapú, német típusú szociális biztonsági rendszer pénzügyi sajátosságait kevesen ismerik a szűkebb szakértői körökön kívül. Amíg a nyug-

díj személyes és halmozódó jogosultság (felosztó-kiróvó rendszerben is), betegségi vagy egészségbiztosításban a járulékbefizetések nem halmozódnak. Egyszerűbben szólva, ha semmit nem használtunk fel belőle, akkor is folyamatosan elveszítjük az előző befizetéseinket. Pontosabban az adott év kiadásait ugyanazon év járulékbefizetéseiből fedezzük.

A járulékelv miatt a pénzügyi nyilvántartások személyre szólóan működnek, amint azt a hatályos, 1997. évi LXXX. törvényünk is rögzíti. Következésképpen tartalmazzák „a foglalkoztatók és a biztosítottak törvényben előírt kötelezettségei teljesítésével szolgáltatott mindazon adatot, amelyből biztosítottanként megállapítható a társadalombiztosítási, egészségbiztosítási és munkaerőpiaci, valamint nyugdíjjárulék-alapot képező jövedelem, a biztosított után megfizetett, illetőleg a tőle levont egészségbiztosítási járulék és nyugdíjjárulék összege, a biztosítási jogviszony időtartama, valamint a biztosítottat megillető ellátások megállapításához szükséges adat” (41. §, 1. bek) (3). A „biztosítottanként megállapítható” szövegrész egyértelműen utal arra, hogy az egyes személyeket pontosan azonosítható módon kell nyilvántartani.

Amikor az Egyesült Királyság 1948-ban az egészségbiztosítás természetbeni ellátásainak pénzügyi fedezetét áthelyezte az adórendszerbe, radikálisan szakított a járulékelvvel, de ez a legkevésbé sem ingatta meg a rendszer egészét. Ezt a lehetőséget, a táppénzzel szemben – a német törvényhozás eredeti szándékától függetlenül – a rendszer eleve tartalmazta. Keresőképtelenség esetén a táppénz megállapítása a biztosított munkajövedelmével arányosan történik. Következésképpen a folyósításához elengedhetetlen a jogosult személy szerinti azonosítása, munkaviszonyának igazolása és járulékbefizetéseinek ellenőrizhetősége. Ezzel szemben a természetbeni ellátásokban a szolidaritási elv érvényesül. A befizetett járulék összegétől függetlenül mindenki ugyanazt a szakmai minőségű szolgáltatást kapja, vagyis nincs különbség az adórendszer újraelosztási elvével szemben. Az állami adórendszerben – a jelenlegi kétszer 1%-os lehetőségtől eltekintve (4) – minden személyes kapcsolatunk megszakad az általunk befizetett összegekkel. Társadalom-leléktani szempontból mindenki természetesnek tekinti, hogy például a közoktatásra fordított adójából semmit nem kérhet vissza, ha gyermekét közpénzekből nem támogatott magániskolába járatja. Más kérdés, hogy a közpolitikai szempontból hasznosnak minősített magániskolák tulajdonosa részére (például egyházi fenntartó esetén) az állam a feladatfinanszírozást a közzsférához hasonlóan folyósíthatja.

Az Egyesült Királyság 1948 óta állampolgári jogon adja a természetbeni egészségügyi szolgáltatásokat, így két problémát oldott meg egy csapásra. Nincs kettéosztva a társadalom szociális és magánalapon biztosítottakra, tehát jövedelemháttárt sem kell megállapítani a két csoport között. Ezzel szemben Németországban az eredeti bismarcki modell szerint, a hatályos törvény alapján is, főszabályként azoknak kötelező a szociális betegségi biztosítás, akik „munkások, alkalmazottak, szakmunkásképzésben résztvevők, akiket munkajövedelem ellenében foglalkoztatnak” (5). Egyébként az idézett jogszabályhely még további 12 bekezdésben sorolja fel a jogosultság részletes eseteit, amelyekről terjedelmi okok miatt kellett eltekinteni. Pénzügyi szabályként kötelezően azok vesznek részt a szociális betegségi biztosításban, akik 2019-ben legfeljebb bruttó 4537,50 Euro (€) havi keresettel rendelkeznek (6). Nagyobb munkajövedelem vagy tőkejövedelem esetén is kötelező azonban 2009. január 1-jétől valamilyen betegbiztosítást kötni, abban az esetben is, ha az csak tisztán magánbiztosítás volna és nem a kötelező biztosítás kiegészítő biztosítása. Magánbiztosítás egyébként az Egyesült Királyságban is köthető, de ha az ellátást bárki az állami tulajdonon kívüli szolgáltatónál veszi igénybe, csakis az adott szolgáltatás tekintetében önként lemond a nemzeti egészségügyi ellátó szolgálatban (National Health Service, NHS) fennálló jogosultságáról. Semmi más nem történik, csak az, amit Magyarországon is természetesnek tekintünk, ha az előző fejezet példája alapján a szülők gyermekük részére nem a közoktatás közfinanszírozott intézményeit veszik igénybe.

Természetbeni egészségügyi szolgáltatások terén a jelenlegi magyar rendszer következetesen kitart a biztosítási járulékelv mellett, jóllehet a háttérben megtett lépések nyomán ma sem volna akadálya az angol megoldás bevezetésének. Hatályos Alaptörvényünk „Szabadság és felelősség” fejezetének XIX. cikke az állampolgárok szociális biztonsága kapcsán eszközként nem nevezi meg a társadalombiztosítást (7). Munkáltatói részről a társadalombiztosítási járulék vonatkozó törvényünkben „szociális hozzájárulási adóként” szerepel. Rendeltetését illetően a 4. § 1. bek. szerint „A szociális biztonsághoz, valamint a testi és lelki egészséghez való jog érvényesítését szolgáló egyes szociális ellátások fedezetéhez, továbbá az

Az állami vagy közalkalmazott orvosok a világon sehol sem keresnek annyit, amennyi megfelelő a szabadpiacon szerencsésen elérhető jövedelemnek.

**Magyarországon
a társadalombiztosítás
számos tévedést
követett el csaknem
130 éves története során,
a teljes gátszakadást
azonban az egészség-
ügyi infrastruktúra
szocialista államosítása
okozta.**

egységes állami nyugdíjrendszer fenntartásához szükséges államháztartási források biztosítása céljából az adóból származó államháztartási bevétel a központi költségvetésről szóló törvényben meghatározott arányok szerint megoszlik a társadalombiztosítás egyes pénzügyi alapjai és a törvényben meghatározott elkülönített állami pénzalap költségvetése között” (8).

Szemben a fentiekkel, a biztosítottak felől nézve továbbra is járulékalapú maradt a jogosultság. Hatályos jogszabályunk 19. § 3. bekezdése szerint a biztosítottak jövedelmük 3%-át fizetik a pénzbeli, 4%-át pedig a természetbeni szolgáltatások fedezetére (3). A táppénz, az előző fejezetre visszautalva, feltétlen személyi jogosultság és mindenki a saját fizetése százalékában részesül belőle.

Ráadásul portábilis módon viselkedik, tehát nem befolyásolja a jogosultságot, ha munkahelyet váltunk a közszférából az üzleti szférába, vagy éppen fordítva. Ebből viszont semmi sem igaz az egészségügyi természetbeni szolgáltatásokra nézve, azok ugyanis az adórendszer logikájához igazodnak. Ha valaki nem a köztulajdonú közfinanszírozott szolgáltatóhoz fordul, követelési jogosultság nélkül lemond a társadalombiztosítási ellátás igénybevételére befizetett összegeiről. Valójában tehát nincs akadálya a 4% áthelyezésének az adórendszerbe, ráadásul a tőkejövedelmek után fizetendő egészségügyi hozzájárulás eleve adó módjára viselkedik. Ennek ellenére a hazai egészségpolitika (tudatosan vagy ösztönösen?) mégsem teszi meg ezt a lépést, vagyis az (adófizetői) állampolgári jogon járó ellátás bevezetését.

Politikai szempontból a háttérben csak az 1989-es rendszerváltoztatás óta jól beváltak gondolt „valódi biztosításhoz” való ragaszkodást lehet feltételezni. Másfelől azt sem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy az állampolgári jogú ellátás politikailag nehezen vállalható visszatérés volna a szocializmus 1975-ben megvalósult „vívmányához”. A társadalombiztosításról szóló 1975. évi II. tv. végrehajtása tárgyában kiadott szakminiszteri rendelet szerint „a Magyar Népköztársaság területén lakó minden magyar állampolgár az állami egészségügyi ellátás keretében állampolgári jog alapján az orvosi vizsgálatra, a szükséges orvosi gyógykezelésre – ide értve a fekvőbeteg-gyógyintézeti gyógykezelést és a gyógyfürdőkezelést is –, a szülészeti ellátásra és mentőszállítás-

ra ingyen, a szükséges gyógyszerekre, gyógyászati segédeszközökre, fogpótlásra e rendeletben meghatározott mértékű térítés fizetése ellenében jogosult” (9).

Ausztria rendszere az egészségbiztosításban

Nyugati szomszédunk szociális egészségbiztosítási rendszere kevésbé ismert a nagy mintaértékű rendszerek árnyékában. Mégis érdemes részletesebben bemutatni, mivel a fentiek alapján nem valószínű, hogy visszatérnénk az állampolgári jogosultsághoz, másfelől a német rendszerben a már említett jövedelemhatár felett nincs mindenki nézve kötelező társadalombiztosítás. Ennek következtében Németországban a teljes népesség 11%-a rendelkezik magánbiztosítással (10). Hazai felfogásban ez a rendszer az elmúlt 30 év pártpolitikai közmegegyezése szerint a „szegényekre és gazdagokra felosztott egészségügy” rémképének szinonimája, tehát a legcsekélyebb esély sincs a bevezetésére, pontosabban a mindenki nézve kötelező társadalombiztosítás feladására.

Ausztriában mindenki nézve kötelező társadalombiztosítás működik (11), ráadásul a magyar rendszer látványos diszfunkciói (főként hálapénz) nélkül, tehát érdemes legalább nagy vonalakban – főként a hazai alkalmazhatóság miatt – kissé közelebbről megismerni. Ez a rendszer is az eredeti német alapvetéssel, járulékfizetésre épül, fele-fele arányban a munkáltatók és a munkások/alkalmazottak befizetései alapján. Ezen túl azonban a német rendszerhez képest alapvető különbségek jellemzik.

Ausztriában nincs szabad biztosítóválasztás, a kötelezést a lakóhely (minden szövetségi tartományban egy biztosító) és a keresőfoglalkozás természete határozza meg. Tőkejövedelemmel rendelkezők a saját kamarájuk szerinti biztosítóhoz tartoznak. Versengés nincs a biztosítók között, ugyanis országos szinten a járulékok és szolgáltatások is azonosak. A kötelező biztosítottak havi teljes fizetésének 7,65%-át vonják le egészségbiztosítás céljára, amelyből a saját részük 3,87%, a további 3,78%-ot a munkáltató fizeti, azonban a bérek és fizetések havi 4860 € feletti része mentesül a levonás alól. Ezzel a biztosítottak szabadon rendelkeznek, és a felhasználásával kiegészítő biztosítást köthetnek, a többi között szabad orvosválasztásra vagy a fekvőbeteg-ellátásban magasabb szintű hotelkomfort szolgáltatásra.

Megjegyzendő, hogy Ausztriában az öregkori járulékosok és a nyugdíjasok is fizetnek 5,1%-os

járuvékot. Önfoglalkoztatás esetén az érintettek természetesen a 7,65%-ot teljes egészében saját maguk kötelesek befizetni. Akik csekély összegű (<415,72 €) havi jövedelemmel rendelkeznek, havi átalányként csak 50 €-t fizetnek. Klasszikus német mintára a társadalombiztosítás családi elven működik, vagyis az önálló jövedelem nélküli családtagok a keresőfoglalkozást folytatók révén jogosultak az ellátásokra. Jelentkezés esetén a jogviszony igazolása (a magyar tájkaártyához hasonlóan) e-kártyával történik, amelynek a hátoldala egyben európai egészségbiztosítási kártyaként is szolgál. Elektronikusan tárolt és leolvasható személyes egészségügyi adatokat viszont egyik oldal sem tartalmaz.

Ellátás céljából a betegek olyan orvoshoz is fordulhatnak, akinek nincs társadalombiztosítási szerződése. Ekkor a szolgáltatási díjakat maga az orvos határozza meg, a betegek pedig közvetlenül fizetnek, számla ellenében, majd a kötelező biztosítóhoz fordulhatnak a költség visszatérítésért. Ilyen esetben azonban a biztosítók azt az összeget sem térítik, amelyet különben azonos ellátásért a szerződéses szolgáltatónak fizettek volna, hanem annak csupán 80%-át. Tehát a beteg eljárásának az a „jutalma”, hogy nem a számlán feltüntetett összeget kapja vissza, ráadásul a közfinanszírozásnak is csak a 80%-át, és erre is várakoznia kell a pénzügyi adminisztrációs folyamatok miatt.

Főszabályként a kötelező biztosítás szolgáltatásai az egész ország területén azonosak. Jellemző különbségek a betegek oldaláról adódhatnak, amennyiben az önfoglalkoztatottak a járóbeteg-ellátásban többlétszolgáltatásokat vehetnek igénybe, azonban ezek ellentételezésére 20% önrészt kell fizetniük. Vényköteles gyógyszerek esetén a térítés 100%-os, azonban receptdíj fizetendő, minden egyes gyógyszer felírása esetén 5,70 € összegben. Éves szinten a receptdíjak halmozott összege nem lépheti túl a biztosított nettó jövedelmének 2%-át. Ezen határ felett megszűnik a fizetési kötelezettség, viszont alacsony jövedelemre hivatkozva a területi biztosítónál teljes mentesség is kérvényezhető. Fekvőbeteg gyógyintézeti kezelés során többágyas szobában (három vagy több ágy) való elhelyezés esetén nincs külön fizetési kötelezettség, viszont a kórház ellátási napdíját számít 10 €/nap értékben, ez azonban legfeljebb 28 napra érvényesíthető. Fogászati kezelésben térítésmentesek a fogmegtartó és fogeltávolító kezelések. Tipikusan ilyen kezelés a fogtömés és a gyökérkezelés, illetve a foghúzás. Amennyiben esztétikai okokból a tömés nem a kötelező biztosítás által térített anyagból készül, az többletkiadással jár, de erről a fogorvos köteles a beteget előre

tájékoztatni. Ilyen esetben a fogorvos számlája közvetlenül fizetendő, a biztosító azonban csak a számlázott összeg 80%-át fogja téríteni. Amennyiben bármilyen fogpótlásra kerül sor, a biztosító csak a költségek 60%-át téríti.

Kiegészítő biztosítással többlétszolgáltatások vehetők igénybe. Ezek természete a keresleti és kínálati viszonyokhoz igazodik. Természetbeni szolgáltatások terén szabad kórházválasztás, emelt szintű hotelszolgálat (1-2 ágyas szobák), szabad orvosválasztás és kiterjesztett fogorvosi kezelés áll rendelkezésre. Járóbeteg-szakellátásban is lehet szabadon orvost választani, továbbá megfelelő biztosítási díj ellenében alternatív gyógy módok, továbbá fizioterápia, logopédia és korlátlan pszichoterápia is választható. Az utóbbi esetében a kötelező biztosítás, méltányossági kérelem nélkül, csak az első 10 orvos-beteg találkozást fizeti. Legjellemzőbb azonban a kiegészítő biztosítások között a fogorvosi ellátás, amely a biztosítási díj függvényében akár 100%-ban is térítheti a költségeket, még fogpótlás esetén is.

Ausztáriában a magánbiztosítás piaca viszonylag jól áttekinthető, ugyanis 10 társaság kezében összpontosul. Kétségtelen, hogy Németországgal szemben magasabbak a biztosítási díjak, ez azonban egyértelműen a kockázati közösség méretarányai közötti jelentős különbségből adódik.

Hazai kereslet és kínálat

Problémáink megértéséhez az egészségügyi szolgáltatások piacát, ha vázlatosan és röviden is, de át kell tekintenünk. Minden sajátossága ellenére, ez a piac is keresletre és kínálatra épül, azonban erőteljesen szabályozott az állam mértékadó jelenléte révén. Sőt, amennyiben az általános egészségi állapot kedvező szinten tartásához elemi társadalmi érdek fűződik, az állam a szolgáltatást a piacról is kiemeli, és központi költségvetésből, akár hatósági kényszerintézkedésként is garantálja (lásd kötelező védőoltások). Kényszergyógykezeléstől eltekintve, az állam egyetlen polgárát sem kötelezheti bármely szolgáltatás igénybevételére, pontosabban a beteg minden beavatkozás felől szabadon rendelkezik. Modern jóléti társadalmakban azonban arról mindeképpen gondoskodni kell, hogy senki ne

A szerves fejlődés útjára az 1989-es rendszer-változtatás kapcsán térhettünk volna vissza, sajnálatos módon azonban nem éltünk ezzel a történelmi lehetőséggel.

rekedjen kívül az ellátásból csupán azért, mert azt nincs pénze megfizetni. Ezt a fentiekben többszörösen tárgyalt közfinanszírozás biztosítja.

Lényegesen bonyolultabb az állam jelenléte a szolgáltatásokban. Történelmi tény, hogy a min-
taértékű szociális egészségbiztosítási rendszerek

magántulajdonú vagy partikuláris (önkormányzati, egyházi) közösségi tulajdonú szolgáltatóhálózatra épültek. A piacon megjelenő szociális biztosítás tömeges igénybevételt és biztos jövedelmet ígérve tehetett ajánlatot a szolgáltatóknak. Ilyen előnyökért cserébe azonban a szabadpiaci árhoz képest nyomottabb szinten vásárolta a szolgáltatást, ami ma is jellemző a közfinanszírozásban.

Állami vagy közalkalmazott orvosok a világon sehol sem keresnek annyit, amennyi megfelelné a szabadpiacon szerencsésen elérhető jövedelemnek.

Mellőzve az egészségügyi gazdaságtani részleteket, a szolgáltatók kiadásai tőke- és folyó költségekből tevődnek össze. Mivel a folyó költségek között az egyetlen rugalmas elem az élőmunka díjazása, amennyiben a dologi költségek térítése valós piaci beszerzési áron történik, a társadalombiztosítási kiadások csakis a nyomott munkadíjak révén tarthatók alacsony szinten. A tőkeköltségek ügye bonyolultabb kérdés, alapvetően azonban a társadalombiztosítás állami vagy közösségi tulajdonostól vásárolja a szolgáltatást, így ugyanis nem kell fizetnie az amortizációt.

Magyarországon a társadalombiztosítás számos tévedést követett el csaknem 130 éves története során, a teljes gátszakadást azonban az egészségügyi infrastruktúra szocialista államosítása okozta. Álságos ennek kapcsán arra hivatkozni, hogy 1948-ban az angol NHS is az ellátó hálózat államosítására épült. Egyfelől a tulajdont nem ellenszolgáltatás nélkül vették el, másfelől az államosítás sem volt teljes körű. Magántulajdonban maradhattak az egyházi intézmények, illetve más közhasznú szervezetek kórházai, sőt az 1950-es évektől új magánkórházakat is építettek.

A hazai államosítással egyidejűleg a kereslet teljes kisajátítása is megtörtént. Ez valamivel hosszabb ideig tartott, mint az államosítás, ugyanis csak az 1960-as évek elején, a mezőgazdaság szocialista átszervezésével fejeződött be. Ettől kezdve mindenki köztulajdonú munkáltatónál dolgozott, elvileg mindenki bérből és fize-

tésből élt, tőkejövedelmek ugyanis, mások munkáját úgymond kizsákmányolva, a szocializmusban eleve nem létezhetek. Miután többszörös nagyságrendi különbségek a bérek és fizetések között sem voltak, a mindenkire nézve kötelező társadalombiztosítás helyett más finanszírozás eleve nem létezhetett.

A szerves fejlődés útjára az 1989-es rendszer-változtatás kapcsán térhettünk volna vissza, sajnálatos módon azonban nem éltünk ezzel a történelmi lehetőséggel. Döntően a szocializmusból hagyományozott két tényező, 1) a magántulajdonnal szembeni teljes bizalmatlanság, és 2) a „szegény és gazdag” egészségügy rémképével való ijesztgetés akadályozta az érdemi átrendeződést. Ezek következtében mind a mai napig érintetlenül hagytuk az alapvető problémákat, felszínesen változtatgatjuk a közfinanszírozás szabályait, és megőriztük a magántulajdonnal szembeni ellenérzéseinket. Közfinanszírozást a magánellátók akkor élvezhetnek, ha köztulajdonú infrastruktúrában tevékenykednek (lásd házi-orvosok), a magántulajdonú magánellátás pedig akkor „méltó” a bizalomra, ha semmi kétség nem férhet a közhasznú és egyben folyamatos működéséhez (lásd történelmi egyházakhoz kötődő magánkórházak). Ezen az úton viszont nem alakítható át a járóbeteg-szakrendelések egykori szovjet mintára kialakított struktúrája. Mindennek végeredménye továbbra is a fizetőképes kereslet teljes körű kisajátítása, és olyan állami (helyi önkormányzati) tulajdonú ellátó kapacitás fenntartása, amelyben a mindenható állami akarat tévedéseivel szemben a korrekciós mechanizmusokat egyedül az üres alkalmazotti álláshelyek jelzik.

A fentiekkel szemben Magyarországon egyetlen kivételt a fogorvosi ellátás képez, amelyben jogfolytonosan jelentős a magántulajdonú magánellátás aránya. Jellemző, hogy még az Európai Unióhoz történt csatlakozásunkat (2004. május 1.) követő „fogászati turizmus” nagy léptékű üzleti kibontakozása előtt a működő fogorvosok 51%-ának egyáltalán nem volt társadalombiztosítási szerződése (12). Másfelől a maradék 49% is jellemzően kettős érdekeltségben dolgozott, vagyis magánrendelője is volt a közfinanszírozott köztulajdonú helyeken („SZTK-fogászat”) végzett szolgáltatás mellett. Ez az autonóm magánpiaci szegmens nem volt és ma sem hajlandó veszteséges működésre a közfinanszírozott térítések ellenében. Következésképpen a forrástömeg növelése nélkül egyedül járható útként maradt a közfinanszírozott szolgáltatások körének jelentős csökkentése. Az erről rendelkező eredeti 1997. évi LXXXIII. törvényt a jogalkotás az utóbbi években fokozatosan enyhítette, azonban

Hatalmas érdekérvényesítő ereje van a köztulajdonban berendezkedett ál-magánrendeléseknek.

Nevén nevezve, ez a hálapénzes orvoslobbi.

a hatályos változat szerint némi egyszerűsítéssel 18–62 éves kor között a sürgősségi ellátás kivételével a fogsebészeti ellátás, fogköltésváltás, az ínyelváltozások kezelése és a fogmegtartó kezelések rendelkeznek csak teljes társadalombiztosítási fedezettel (13). Egyes ellátások (18 éves kor alatti fogszabályozás, rágóképesség érdekében végzett fogpótlás) részleges térítéssel, minden további ellátás csak magánfinanszírozás ellenében vehető igénybe.

A rendszerváltozás után minden más szakterületen csak úgy keletkezhetett új alapítású jelentősebb magántulajdonú magánellátó kapacitás, ha az egyéni vagy csoportos orvosszakmai tőkebefektetők úgy ítélték meg, hogy maradt még fizetőképés kereslet az egyébként teljes körű ellátás ígéretével elvont járulékok és hozzájárulások ellenére. Ezek összesített nagyságrendje és szakmai lobbijere azonban távolról sem mérhető a fogászati ellátáshoz. Másfelől hatalmas érdekérvényesítő ereje van a köztulajdonban berendezkedett álmagánrendeléseknek. Nevén nevezve, ez a hálapénzes orvoslobbi, amelyek megtúrt szolgáltatásai „vegytiszta” módon jelzik a magántulajdont elutasító állam álságos magatartását. Másfelől a hálapénzes piac pénzforgalma (a kényszerhálapénztől eltekintve) a magánbiztosításba csatornázzható vásárlóerő nagyságrendjét is pontosan jelzi.

Visszatérve a fogorvosláshoz, ezen a területen látszólag minden feltétel adva van a magánbiztosítások térnyeréséhez. Pontosán meghatározott a „társadalombiztosítási csomag”, nevezetesen számos szolgáltatásnak nincs közfinanszírozott fedezete, van magántulajdonú ellátóhálózat tiszta üzleti viszonyokkal, és a magánkereslet is jelentős. Ráadásul hálapénz sincs, ami egyedüli kivételként ritkán kerül említésre. Mindennek ellenére a szolgáltatás igénybevétele jellemzően eseti, készpénzes fizetéssel történik.

Állami modellválasztás és a társadalom lélektana

Az emberi magatartás alakulásában (alakításában) az „objektív valóság” mellett a szociálpszichológiai tényezőket sem szabad lebecsülni. Ezt közvetve pontosan jelzi egy igen alapos hazai tanulmány, amely többszörösen visszatér az egészségügyi ellátásban a „társadalom kettészakadásának” veszélyére (14). Bármilyen változtatás kapcsán kulcskérdés a társadalombiztosítás és az adórendszer különbségeinek tudatosítása. Amennyiben elfogadjuk a közoktatás fentiekben említett állami és magánfinanszírozási rendszerét, ennek az egészségügyben sem volna elvi aka-

dálya. Az adóként befizetett pénzekből az állam saját intézményeiben az ország teljesítőképességének megfelelő színvonalú egészségügyi szakmai és komfortszolgáltatást lehetne igénybe venni. Aki ezeken túlterjedő ellátásban akar részesülni, külön intézményrendszerben fizetné a szolgáltatások teljes költségét. Azt pedig a biztosítási üzletágra kellene bízni, hogy ezen a piacon megjelenjen-e a saját számításai alapján. Azon viszont a legkevésbé sem kellene meglepődni, hogy kismértűnek becsült kockázati közösségben, szűk körű lehetséges „káresemény” kapcsán, az üzleti biztosítás nem tanúsítana érdeklődést.

A magyar rendszer társadalombiztosítási mitológiája, és a szocialista egészségügyben hiteltelenné vált egységes állami tulajdon, illetve állampolgári jogú ellátás miatt a fenti megoldással politikailag nagyon kockázatos volna kísérletezni. Ennél kisebb pénzügyi változtatások (vizitdíj és kórházi napidíj) is elsőpró politikai verességgel jártak.

Az osztrák modell azért kínálna kedvező megoldást, mert látványosan fenntartaná a mindenkire nézve kötelező társadalombiztosítás gyakorlatát. Ugyanakkor első üzenetként nem azt közvetítené, hogy mindenképpen többletkiadásra kell számítani annak, aki kiegészítő biztosítást akar kötni. Modellszámítások segítségével viszonylag egyszerűen lehetne meghatározni a bérből és fizetésből élők körében azt a jövedelemhatárt, amely felett megszűnne a 4%-os járulék levonása. Ez kétségtelenül bevételkiesést eredményezne a társadalombiztosítás költségvetésében, azonban közvetlen bevételként az egészségügyi szolgáltatóknál jelentkezne. A legális többletszolgáltatások megjelenésével, fogadalmak, fizetésemelés és erkölcsi ráolvasás helyett érdemi (ha kell büntetőjogi) lépéseket lehetne tenni a hálapénzes „üzletelés” ellen. Kétségtelenül az egész rendszer kritikus eleme a többletszolgáltatásokat nyújtó magántulajdonú intézményrendszer hiánya, megfelelő kereslet esetén azonban ennek kialakulását a piac spon-tán szabályozná.

Összegzés

Jelenlegi hazai viszonyaink között a különböző egészségügyi szociális modellek közötti választásunkat semmilyen külső tényező nem befolyásolja. Ugyanakkor a szabad választás hátrányos

Az emberi magatartás alakulásában az „objektív valóság” mellett a szociálpszichológiai tényezőket sem szabad lebecsülni.

következményei is teljesen szabadon érvényesülnek. Ahhoz sem férhet kétség, hogy a közfinanszírozás alapmodellje a rendszer központi vezérlőegysége. Amennyiben ez magában foglalja a diszfunkcionális működés lehetőségét, a hátrányos következményeket nem lehet kiiktatni.

A fentiekben előadott gondolatok természetesen még vázlatnak sem elegendők egy megvalósíthatósági tanulmányhoz, csupán arra kívántak rámutatni, hogy eleve bukásra ítélt tüneti kezelések helyett, milyen alapokra kellene építeni a közfinanszírozás átalakítását.

Irodalom

1. XIII. Leó pápa apostoli körlevele a munkások helyzetéről (ford. Prohászka O.). Budapest: Szent István Társulat (reprint); 1991.
2. Marx K, Engels F. A kommunista kiáltvány, II. proletárok és kommunisták. Budapest: Kossuth Könyvkiadó; 1962.
3. Magyar Országgyűlés, 1997. évi LXXX. törvény a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről. Megtekintve: 2019. március 29.
4. Magyar Országgyűlés, 1996. évi CXXVI. tv. 5/A. § (5) bek., 5/B. §, 6/B. § (2) bek. Megtekintve: 2019. 04. 06.
5. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 5 Versicherungspflicht. Megtekintve: 2019. március 29.
https://doi.org/10.1007/978-3-642-59926-2_6
6. Krankenversicherung.net. Megtekintve: 2019. március 29.
7. Magyarország Alaptörvénye, 2011. április 25. Megtekintve: 2019. március 29.
8. Magyar Országgyűlés: 2018. évi LII. törvény a szociális hozzájárulási adóról, 5. fejezet: Az adóra vonatkozó közös szabályok 4. § 1. bek. Megtekintve: 2019. március 29.
9. Hatályos egészségügyi jogszabályok gyűjteménye 1947-1989: Eü. M. 7/1975 (VI. 24.) rendelet a magyar állampolgárok gyógyító-megelőző ellátásáról. Budapest: Pallas Lap- és Könyvkiadó; I. kötet, p. 659.
10. Private Krankenversicherung. Megtekintve: 2019. 03. 30.
11. Gesundheitssystem in Österreich. Megtekintve: 2019. 03. 30.
12. Balázs P. Migrációs hatások a magyar fogorvos társadalomban. *Fogorvosi Szemle* 2005;98(5):179-83.
13. Magyar Országgyűlés: 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól, fogászati ellátás, 12. §. Megtekintve: 2019. április 1.
14. Kincses Gy. Az egészségügyi reform egy esélye: A „köz” és a „magán” új együttélése az egészségügyben. Budapest: Praxis Server Egészségügyi Tanácsadó Kft.; 2002.



HÍR

A népegészségügy aktuális kérdései.

A nem fertőző betegségek megelőzési lehetőségei, az időszerű környezet-egészségügyi feladatok és a (hazai, nemzetközi) társadalmi változásokhoz kapcsolódó járványügyi feladatok kihívásai

A Magyar Higiénikusok Társasága rendezvénye
2019. november 29.

MTA Kísérleti Orvostudományi Kutatóintézet
(1083 Budapest, Szigony u. 43.)

Az idősödő népesség, a társadalmi változások és a krónikus nem fertőző betegségek előretörése miatt jelentősen növekszik az egészségügyi ellátórendszer szolgáltatásai iránti kereslet, és ez a tendencia az elkövetkező évtizedekben is meghatározó lesz. A nem fertőző betegségek okozta növekvő terhek, az új járványügyi kihívások, a klímaváltozás hatása gazdasági is, és nem csak egészségügyi. Itt az idő, hogy megfelelő válaszokat adjunk a nem fertőző betegségek okozta terhekre. Jelentős és hosszú távú javulást a népesség egészségi állapotában csak a népegészségügyi és a lakóhelyhez közeli egészségügyi szolgáltatások, továbbá az ezekhez rendelt erőforrások átgondolt, integrált fejlesztésével, továbbá a lakosság hatékonyabb bevonásával lehet elérni. Fel kell készülni továbbá azokra a potenciális változásokra a környezet-egészségügy és a járványügy terén, melyekre a jelenlegi szervezeti és módszertani kereteink között hatékony válaszokat már nem tudunk adni.

A fájdalmas diabeteses polyneuropathia kezelése

Kis JÁNOS TIBOR

TREATMENT OF PAINFUL DIABETIC POLYNEUROPATHY

A diabeteses polyneuropathia a cukorbeteg-
gek akár 20-60%-ában jelen lehet, ezzel a
cukorbetegség leggyakrabban előforduló
szövődménye, mégsem diagnosztizálják
gyakran. A diagnózis alapvetően a tünetek-
ken alapul, de számos eszközös vizsgálati
lehetőség is rendelkezésünkre áll. A neuro-
pathia megelőzése szempontjából a gly-
kaemiás paraméterek hosszú távú rendezé-
se a legfontosabb. A diabeteses polyneuro-
pathia okozta fájdalom a cukorbeteg-
gek 13–26%-át érinti. A diagnózis felállítása
után számos kezelési lehetőség áll rendelkezésünkre,
melyek oki és tüneti terápiára
oszthatók. A szerző gyakorlati szempont-
ból foglalja össze a terápiás lehetőségeket.

Diabetic polyneuropathy can be present in
up to 20-60% of diabetics, making it the
most common complication of diabetes,
but it is often undiagnosed. The diagnosis is
mainly based on symptoms, but also several
test options are available. For the prevention
of neuropathy, long-term control of
glycemic parameters is the most important.
The pain caused by diabetic polyneuro-
pathy affects 13-26% of diabetics. After the
diagnosis, there are a number of treatment
options that can be divided into causal and
symptomatic therapy. The author summa-
rizes therapeutic options from a practical
point of view.

**diabeteses polyneuropathia,
glykaemiás paraméterek, diagnózis**

**diabetic polyneuropathy,
glycemic parameters, diagnosis**

dr. KIS János Tibor (levelezési cím/correspondence): Betegellátó Irgalmas Rend, Budai Irgalmasrendi Kórház,
Belgyógyászati Centrum/ Polyclinic of Hospitaller Brothers of St. John of God, Department of Internal Medicine;
H-1027 Budapest, Frankel Leó u. 17–19. E-mail: kis.janos@irgalmas.hu

Érkezett: 2019. július 22.

Elfogadva: 2019. augusztus 9.

<https://doi.org/10.33616/lam.29.036>

A neuropathia a cukorbetegség leggyako-
ribb szövődménye. *Pirart* és munkatársai
a diabeteses idegbántalom szempontjából
4400 beteget követtek a 2-es típusú cukorbeteg-
ség diagnosztizálásától 25 éven keresztül (1). A
neuropathia diagnózisát az Achilles-ín és/vagy
patellareflex kiesése mellett észlelt csökkent vibrá-
cióérzet alapján állították fel. Ezzel a módszer-
rel a cukorbetegség felismerésekor a betegek
12%-át, 25 év múlva 50%-át találták neuropa-
thiásnak (1). A DCCT és a UKPDS adatai alap-
ján a neuropathia éves incidenciája 2% körüli (2).
Ziegler eredményei alapján ezenfelül a cukorbeteg-
gek 13–26%-ának krónikus fájdalmas neuropa-
thiája is van (3). Hazánkban elsőként *Halmos* és
munkatársai mérték fel az autonóm neuropathia
gyakoriságát. Cardiovascularis reflextesztek
alapján az 1-es típusú cukorbeteg-
ek 32%-ában, a 2-es típusúaknál 48%-ban igazoltak autonóm
neuropathiát (4). *Kempler* és munkatársai 185 1-es
és 96 2-es típusú cukorbeteg között vizsgálták a
neuropathia gyakoriságát. Eredményeik alapján

az 1-es típusú cukorbeteg-
ek között a paraszim-
patikus autonóm neuropathia 65%, a szimpatikus
39%, a szenzoros neuropathia 64%, a 2-es
típusú diabetesesek között sorrendben 66%,
44%, 68% volt a neuropathia előfordulása (5). A
frissen felfedezett 2-es típusú cukorbeteg-
ek felében találtak neurométer segítségével szenzoros
neuropathiát (5). A különböző vizsgálatok
között jelentős eltérések lehetnek a neuropathia
előfordulásának tekintetében, mely a vizsgált
betegpopuláció eltérő voltával (például ambu-
lans, kórházi beteg), illetve a változatos vizsgál-
ati módszerekkel magyarázható. Összességében
megállapíthatjuk, hogy a 2-es típusú cukorbeteg-
ek nagyjából 50%-ában már a diagnózis felállítá-
sának pillanatában kimutatható a neuropathia,
míg a már ismert cukorbeteg-
ek körülbelül 2/3-a
szenvet a neuropathiától. A fájdalmas neuropa-
thia a cukorbeteg-
ek 13–26%-ában lehet jelen. A szerző saját gyakorlatán keresztül mutatja be a
neuropathia felismerésének és kezelésének
legegyszerűbb gyakorlati vonatkozásait.

A neuropathia diagnosztizálása

A neuropathia vizsgálata a beteggel való első találkozáskor, neuropathiára utaló tünetek esetén, illetve minimum évente egyszer végzendő (6). A neuropathia járhat visceralis, szomatikus, motoros és szenzoros tünetekkel, érintheti a szimpatikus és a paraszimpatikus idegrendszert, okozhat pozitív és negatív tüneteket. A sokszínű klinikai kép is hozzájárul a kórkép aluldiagnosztizálásához. A szerteágazó tünetegyüttesekből saját gyakorlatomban 1-es típusú cukorbetegknél gyakran találkozom sinus tachycardiával, melyet a n. vagus neuropathiás károsodása és a túlsúlyba került szimpatikus hatás okoz. A 2-es típusú cukorbetegknél a lábfájdalom a leggyakoribb pozitív tünet. A lábfájdalom megítélése során annak jellege jellemző lehet, mint például: bizsergés, hangya-

A neuropathia járhat visceralis, szomatikus, motoros és szenzoros tünetekkel, érintheti a szimpatikus és a paraszimpatikus idegrendszert, okozhat pozitív és negatív tüneteket.

mászásszerű érzet, éles, lancináló jelleg, fájdalomtalan inger által kiváltott fájdalom (allodyna), fájdalmas ingerre adott túlságosan erős fájdalom (hyperalgesia), késleltetett kirobbanó válasz (hyperpathia) stb. Az anamnézis során a fájdalom jellege néha nem segít, ezért legfontosabbnak a fájdalom napszaki és mozgással kapcsolatos jellemzőit tartom. Az artériás keringészavar leggyakrabban terhelés során, az arthrosisos mozgás indításakor, míg a neuropathiás fájdalom pihenéskor, gyakran éjszaka jelentkezik. Az eszközös vizsgálatok közül Magyarországon legelterjedtebb a Rydel-Seiffer-hangvillavizsgálat. A megpengetett hangvillát az öregujj hegyéhez, a belbokaéhoz vagy az I–II. ujj metatarsusának fejecskéhez érintjük, és megkérjük a beteget, hogy jelezze, amikor már nem érzi a vibrációt. Az 5-ös vagy az az alatti érték tekinthető kórosnak. Az anamnézis és a kalibrált hangvillával végzett vizsgálat a betegek jelentős részében elegendő a diagnózis felállításához. Egy nagy esetszámú vizsgálatban a hangvillavizsgálatot a biotéziómméterrel azonos érzékenységgűnek találták (7). Ezen kívül a szenzoros károsodás kimutatását segíti a Semmes–Weinstein-féle monofilamentum-vizsgálat, a sudomotor-funkciót a neurotesztzel ellenőrizhetjük. A vékonyrost-neuropathia kimutatására a vibrációs hangvilla- és a monofilamentteszt nem használható, de a neuropathia-centrumokban elérhető neurométer- vagy Medoc-rendszer erre alkalmas.

A neuropathia oki kezelése

A neuropathia kezelése során, mint a legtöbb betegség esetén is, a megelőzésre kell koncentrálnunk, mely cukorbetegség esetén a normoglykaemiára való törekvést jelenti. A glykaemiás paraméterek kontrollja mellett a dyslipaemia, a hipertenzió kezelése, a dohányzás mellőzése, az alkoholfogyasztás csökkentése segítheti a neuropathia megelőzését, a súlyosbodás lassítását. A gyógyszeres kezelést oki és tüneti terápiára oszthatjuk. Az oki terápiát a rizikófaktorok csökkentése, és az alternatív anyagszereket gátló, transzketoláz-aktivátor benfotiamin- és az antioxidáns hatású α -liponsav-kezelés jelenti.

A benfotiamin hatékonyságát és biztonságosságát számos nemzetközi és hazai tanulmány igazolta (8). *Winkler* és munkatársai a benfotiamin különböző adagolási sémáját hasonlította össze. A nagy dózisú B-vitamin-komplexet kapó betegek körében észlelték a legnagyobb javulást, de a vibrációérzés és a fájdalom javulása tekintetében nem volt lényeges különbség a vizsgálati ágak között (9). A kombinált készítmény (0,25 mg cianokobalamin, 90 mg piridoxin-hidroklorid, 40 mg benfotiamin) használata esetén napi 3–4 $\times$ 1 kapszula ajánlott, a csak benfotiamint tartalmazó tablettából napi 300 mg, maximum 450 mg ajánlott, melyet 3–4 hét múlva napi 150 mg-ra lehet csökkenteni (10).

Az α -liponsav diabeteses neuropathiában elsősorban antioxidáns hatása révén fejt ki jótékony hatást, de javítja az idegsejtek vérellátását is, sőt közvetlen anyagszerehatás is felmerült. Az első klinikai vizsgálat, mely az α -liponsav diabeteses neuropathiában való hatását tanulmányozta, az ALADIN (Alfa-Lipoic Acid in Diabetic Neuropathy) vizsgálat volt (11). A három hétig tartó tanulmányba 328 beteget vontak be, akik 3 $\times$ 5 napig placebót, illetve 100–600–1200 mg/nap α -liponsav-tartalmú infúziót kaptak. A 600 és 1200 mg-os csoportban jelentősen javultak a neuropathia tünetei, a vibrációs és hőérzetkülönbözet is. A 100 mg-os ág lényegesen nem különbözött a placebótól, illetve nem volt lényeges különbség a 600 és 1200 mg-os dózis között (11). Az ALADIN vizsgálatot számos tanulmány követte, melyben vagy intravénásan, vagy orálisan adott α -liponsav mellett észlelték a hiány, vagy fájdalmas tünetek javulását, a szívfrekvencia-variabilitás rendeződését, a szenzoros és motoros idegvezetési sebesség javulását (12). Az α -liponsavat egy nagy esetszámú ($n = 424$), nyílt, egy hónapig tartó magyarországi vizsgálat is tanulmányozta. A kezelés kapcsán a betegek fájdalomérzete, a hiánytünetek szignifikáns mértékben csökkentek, mindkét alsó végtagon javult a vibrációérzés is (13). A mindennapi gyakorlatban infú-

ziós formában napi 600 mg ajánlott 5–15 napon keresztül, melyet napi 600 mg orális készítménnyel javasolt folytatni. Az infúzió fényérzékeny, ezért a beadás során a fényvédelemről gondoskodni kell (10).

A neuropathia tüneti kezelése

A neuropathiás fájdalom csökkentésére a hagyományosan alkalmazott fájdalomcsillapítók (például: NSAID-ek) többnyire hatástalanok. A leggyakrabban alkalmazott készítményekre jellemző, hogy nem fájdalomcsillapítók, hanem az anti-epileptikumok vagy antidepresszánsok közé sorolandó. Az előbbieik közé tartozik a gabapentin és a pregabalin, az utóbbi a duloxetin.

A gabapentin az idegsejtekbe irányuló Ca^{2+} -beáramlást gátolja, így az idegvégződésekben a fájdalomérzékelő transzmitterek felszabadulása csökken. Az egyik randomizált, placebokontrollált vizsgálat szerint a gabapentin dózisának 900 mg-ról 3600 mg-ra való emelése már a második héten enyhítette a neuropathiás fájdalmat és az ehhez kapcsolódó álmatlanságot, javította az életminőséget (14). Egy másik vizsgálatban a gabapentin dózisát 1200 mg-ig emelték. A legalább 50%-os fájdalomcsökkenést elérők aránya az aktív karban 82%, míg placebo mellett csupán 13% volt ($p < 0,001$) (15). A gabapentin adása során különösen fontos a készítmény helyes titrálása. Az első nap 300 mg, a második nap 600 mg, a harmadik nap 900 mg javasolt, majd ezt követően – a beteg egyéni reakciójától és a kezelés tolerálhatóságától függően – az adag 2-3 naponként, 300 mg/napos lépésekben tovább növelhető a maximális dózis eléréséig, ami 3600 mg naponta. Egyes betegek esetében megfelelőbb lehet a gabapentin adagjának lassúbb titrálása. Az 1800 mg/nap dózis elérésének legrövidebb időtartama egy hét; míg a 2400 mg/nap dóziséssal összesen két hét, és a 3600 mg/nap dóziséssal összesen három hét (10).

A pregabalin hatásmechanizmusa a gabapentinéhez hasonló. A pregabalin hatékonyságát is számos klinikai vizsgálat igazolta, ezek metaanalízise már több mint 700 beteg adatát feldolgozva demonstrálja a pregabalin fájdalomcsökkentő hatását diabeteses fájdalmas neuropathiás betegek körében (16). A pregabalin kezdőadagja 150 mg naponta, 2-3 adagra elosztva, azaz leggyakrabban 2×75 mg. Az egyénenként változó hatás és tolerabilitás függvényében a napi adag 3–7 nap múlva 300 mg-ra emelhető, és amennyiben szükség van rá, újabb hét nap múlva a napi adag maximum 600 mg-ig tovább emelhető (10).

A duloxetin kettős hatású szerotonin- és noradrenalinreuptake-gátló, dózisfüggő módon emeli az

intracelluláris neurotranszmitter-szintet a leszálló gátlópályák neuronjaiban, így fokozva fájdalomcsillapító hatásukat. A duloxetin neuropathiás fájdalomcsökkentő hatása független a készítmény antidepresszív hatásától, ugyanakkor a cukorbeteg közt – különösen, ha fájdalmas neuropathia rontja az életminőségüket – gyakrabban fordul elő depresszió, így annak kezelésére is alkalmas lehet a duloxetin (17). A duloxetin esetében számos klinikai vizsgálat igazolta a jelentős fájdalomcsillapító hatást, javult a napi aktivitás, az életminőség, az egészség általános megítélése. Rendelkezünk 6 és 12 hónapos vizsgálatok eredményeivel is (18). Ugyanakkor a duloxetin mellett az éhomi vércukor 0,5–0,67 mmol/l-es emelkedését észlelték, melyet használata során figyelembe kell vennünk (19). A javasolt dózisa napi 60 mg, melyet maximum napi 120 mg-ra lehet emelni. A kezelésre adott választ két hónap múlva kell értékelni, a készítmény elhagyása során azt 1-2 hét alatt, fokozatosan kell leépíteni (10).

Összefoglalás

Az említett hatóanyagok kezdeti és maximális dózisát az 1. táblázatban foglaltam össze. Saját gyakorlatomban a fájdalommentes neuropathiás betegeknek benfotiamintartalmú készítményt javaslok, leggyakrabban kombinált (B_6 - és B_{12} -) vitamin formájában. A neuropathiás fájdalom jelentkezése esetén Magyarországon 90%-os támogatással rendelhető az α -liponsav tablettás formája, a gabapentin, a pregabalin és a duloxetin (10). Az oki terápia megtartása mellett gyakran szükség van a tüneti terápiára (20). A legtöbb beteg esetében egy oki és egy tüneti szer ajánlott. Terápiarezisztens, makacs esetekben két oki terápiás készítmény és egy tüneti terápia is indokolt lehet. Ritkán előfordult, hogy két oki terápiás készítmény mellett egy antidepresszív és egy eredetileg anti-epileptikum-készítményt alkalmaztam. Sőt még gabapentin és a pregabalin együttes alkalmazása esetén is szinergista hatás derült ki (21). A tüneti terápia egyedüli alkalmazása, a tünetek csökkenése mellett, a hátérben álló neuropathia észrevétlen rosszabbodásához vezethet. A neuropathia kezelése során fontos, hogy felhívjuk a betegek figyelmét arra, hogy ez a fájdalom nem csökkenthető azonnal, gondos gyógyszeresedés, előírásoknak megfelelő titrálás és gyakran hónapok kellenek ahhoz, hogy a tünetek javuljanak.

A tüneti terápia egyedüli alkalmazása, a tünetek csökkenése mellett, a hátérben álló neuropathia észrevétlen rosszabbodásához vezethet.

1. táblázat. A diabeteses neuropathia kezelésére leggyakrabban alkalmazott készítmények adagolása (a dózisok a napi adagban értendők, szájon keresztül bevéve, kivéve külön megjegyzés, részletesen lásd a szövegben)

	Név	Kezdő dózis	Maximális dózis
Oki terápia	benfotiamin	150/300 mg	450 mg
	benfotiamin + B ₆ + B ₁₂	3-4 × 1	4 × 1
	alfa-liponsav	600 mg intravénásan/per os	600 mg
Tüneti terápia	gabapentin	300 mg	3600 mg (például 3 × 1200 mg)
	pregabalin	2 × 75 mg	2 × 300 mg
	duloxetine	60 mg	120 mg

A diabeteses neuropathia még ma is aluldiagnosztizált kórkép annak ellenére, hogy a diagnózis felállításához a gondos anamnézis, illetve egyszerű vizsgálati módszerek (például: vibrációs hangvilla) elegendők az esetek többségében. A vékonyrost-neuropathia, illetve a bonyolultabb esetek kapcsán

a ma már országosan kiépült neuropathia-centrumok lehetnek segítségünkre. Ha időben felismerjük és kezeljük a diabeteses neuropathiát, nagyban hozzájárulhatunk ahhoz, hogy a cukorbetegség egyik legrettegettebb szövődményét, a diabeteses lábat, illetve az alsó végtagi amputációt elkerüljük.

Irodalom

- Pirart J. Diabetes mellitus and its degenerative complications: a prospective study of 4,400 patients observed between 1947 and 1973. *Diabetes Care* 1978;1:168-88. <https://doi.org/10.2337/diacare.1.3.168>
- Duby JJ, Campbell RK, Setter SM, et al. Diabetic Neuropathy: An intensive review. *American Journal of Health-System Pharmacy* 2004;61:160-73. <https://doi.org/10.1093/ajhp/61.2.160>
- Ziegler D. Painful diabetic neuropathy: advantage of novel drugs over old drugs? *Diabetes Care* 2009;32 Suppl 2:S414-19. <https://doi.org/10.2337/dc09-s350>
- Halmos T, Pováczsai É, Suba I. A kardiorepiratorikus reflex károsodása mint az autonóm neuropátia részjelensége diabetes mellitusban. *Nucleic Acids Res* 1983;124:263-6.
- Kempler P, Váradi A, Tamás G. Which battery of cardiovascular autonomic function tests - suggestion for a rational diagnostic model. *Diabetologia* 1990;33:640-1161. <https://doi.org/10.1007/bf00400214>
- Gaál Zs, Gerő L, Hidvégi T, et al. Egészségügyi szakmai irányelv - A diabetes mellitus kórimzéséről és gondozásáról felnőttkorban (szerk.: Jermendy Gy). *Diabetologia Hungarica* 2017;25:3-77. <https://doi.org/10.1556/650.2017.30808>
- Kastenbauer T, Sauseng S, Brath H, et al. The value of the Rydel-Seiffer tuning fork as a predictor of diabetic polyneuropathy compared with a neurothesiometer. *Diabetic Medicine* 2004;21:563-7. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2004.01205.x>
- Ziegler D, Hanefeld M, Ruhnau KJ, et al. Treatment of symptomatic diabetic peripheral neuropathy with the antioxidant alpha-lipoic acid. A 3-week multicentre randomized controlled trial (ALADIN Study). *Diabetologia* 1995;38:1426-33. <https://doi.org/10.1007/bf00400603>
- Winkler G, Pál B, Nagybégányi E, et al. Effectiveness of Different Benfotiamine Dosage Regimens in the Treatment of Painful Diabetic Neuropathy. *Arzneimittelforschung* 1999;49:220-4. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1300405>
- <https://www.pharmindex-online.hu>.
- Ziegler D, Hanefeld M, Ruhnau KJ, et al. Treatment of symptomatic diabetic peripheral neuropathy with the antioxidant alpha-lipoic acid. A 3-week multicentre randomized controlled trial (ALADIN Study). *Diabetologia* 1995;38:1426-33. <https://doi.org/10.1007/bf00400603>
- Ziegler D, Hanefeld M, Ruhnau KJ, et al. Treatment of symptomatic diabetic polyneuropathy with the antioxidant alpha-lipoic acid: a 7-month multicenter randomized controlled trial (ALADIN III Study). ALADIN III Study Group. Alpha-Lipoic Acid in Diabetic Neuropathy. *Diabetes Care* 1999;22:1296. <https://doi.org/10.2337/diacare.22.8.1296>
- Jermendy Gy. Alfa-liponsav-kezelés diabeteses neuropathiában - a hazai, multicentrikus, nyílt klinikai vizsgálat eredményei. *Magyar Belorvosi Archivum* 2001;54:199-203.
- Dalocchio C, Buffa C, Mazzarello P, et al. Gabapentin vs. Amitriptyline in Painful Diabetic Neuropathy: An Open-Label Pilot Study. *Journal of Pain and Symptom Management* 2000;20:280-5. [https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(00\)00181-0](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(00)00181-0)
- Morello CM, Leckband SG, Stoner CP, et al. Randomized Double-blind Study Comparing the Efficacy of Gabapentin With Amitriptyline on Diabetic Peripheral Neuropathy Pain. *JAMA Internal Medicine* 1999;159:1931-7. <https://doi.org/10.1001/archinte.159.16.1931>
- Hurley RW, Lesley MR, Adams MCB, et al. Pregabalin as a Treatment for Painful Diabetic Peripheral Neuropathy: A Meta-Analysis. *Reg Anesth Pain Med* 2008;33:389. <https://doi.org/10.1016/j.rapm.2008.02.012>
- Kempler P. Duloxetine kezelés fájdalommal járó diabeteses neuropathiában. *Diabetologia Hungarica* 2006;14:19-27.
- Skljarevski V, Desai D, Zhang Q, et al. Evaluating the maintenance of effect of duloxetine in patients with diabetic peripheral neuropathic pain. *Diabetes Metab Res Rev* 2009;25:623-31. <https://doi.org/10.1002/dmrr.1000>
- Hardy T, Sachson R, Shen S, et al. Does Treatment With Duloxetine for Neuropathic Pain Impact Glycemic Control? *Diabetes Care* 2007;30:21. <https://doi.org/10.2337/dc06-0947>
- Várkonyi T, Körei A, Putz Z, et al. Advances in the management of diabetic neuropathy. *Minerva Med* 2017;108: 419-37.
- Senderovich H, Jeyapragasan G. Is there a role for combined use of gabapentin and pregabalin in pain control? Too good to be true? *Current Medical Research and Opinion* 2018;34:677-82. <https://doi.org/10.1080/030077995.2017.1391756>

Allergiaellenes szerek és az ICAM-1-antitestek lehetséges alkalmazása a felső légúti infekciók kontrollálásában

SZABADKA HAJNALKA

ANTI-ALLERGIC AGENTS AND ICAM-1-ANTIBODIES FOR THE CONTROL OF UPPER RESPIRATORY INFECTIONS

A felső légúti infekciók több mint 50%-áért a rhinovírusok a felelősek. Jól ismert, hogy a rhinovírusok, valamint az akut másodlagos bakteriális fertőzések jelentős részét okozó *Haemophilus influenzae* légúti epithelsejtekhez történő kötődésében nagy szerepet játszik az „intercelluláris adhéziós molekula 1” (ICAM-1). Az ICAM-1 fehérje expresszióját fokozzák mind a rhinovírusok, mind a *H. influenzae*, elősegítve ezzel a saját és a társ kórokozó epitheladhézióját. ICAM-1-antitestek alkalmazásával kísérletesen igazolták, hogy a receptorfehérje expressziójának visszaszorításával gátolni lehet a rhinovírus-, illetve *H. influenzae*-fertőzések kialakulását. Mivel egyes allergiaellenes szerek – desloratadin, levocetirizin – ugyancsak bizonyítottan gátolják az ICAM-1-receptort, alkalmazásuk kedvező hatása lehet a rhinovírus- és a *H. influenzae*-infekciók kontrollálásában.

Rhinoviruses are responsible for more than 50 percent of upper respiratory infections. It is well-established that the „Intercellular Adhesion Molecule 1” (ICAM-1) plays a crucial role in the adhesion of rhinoviruses and the relevant secondary bacterial pathogen *Haemophilus influenzae* to the epithelial cells of the respiratory tract. Both rhinoviruses and *H. influenzae* enhance the expression of ICAM-1 promoting their own attachment and mutually promoting that of the associated pathogen. It was experimentally shown that anti-ICAM-1 antibodies will inhibit infection by both rhinoviruses and *H. influenzae*. Since some anti-allergic agents – desloratadine and levocetirizine – also inhibit the expression of ICAM-1, their use may be beneficial in controlling some respiratory infections

**rhinovírusok, *Haemophilus influenzae*,
adhéziógátlás, ICAM-1,
expresszió, desloratadin, levocetirizin**

**rhinoviruses, *Haemophilus influenzae*,
inhibition of adhesion, ICAM-1,
expression, desloratadine, levocetirizine**

dr. SZABADKA Hajnalka (levelezési cím/correspondence):

Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Fül-Orr-Gége Osztály és Fej-Nyak Sebészeti Osztály/Bajcsy-Zsilinszky Hospital and Outpatient Clinic, Department of Otolaryngology, Head and Neck Surgery;
H-1106 Budapest, Maglódí út 89–91. E-mail: szabadka@bajcsy.hu

Érkezett: 2019. július 17.

Elfogadva: 2019. augusztus 6.

<https://doi.org/10.33616/lam.29.037>

A felső légúti fertőzések az egyik leggyakoribb infekciónak számítanak világszerte. Egy nemrég végzett felmérés szerint az Amerikai Egyesült Államok lakosságának mintegy 10%-a szenved krónikus rhinosinusitisben (1). Magyar adat sajnos nem található a részletesen áttekintett hazai irodalomban. Éppen ezért rendkívül fontos, hogy megértsük a felső légúti infekciók – azon belül is a rhinosinusitis – patomechanizmusát, és ennek alapján hatékonyan tudjuk megelőzni, illetve gyógyítani ezeket a fertőzéseket.

A felső légúti fertőzések kialakulását megelőzi az epithelsejtek kórokozókval történő kolonizációja. Tehát a felső légutak epithelsejtjei a légúti kórokozók elsődleges támadáspontjai. A fertőzés kialakulása szempontjából meghatározó, hogy a patogének mennyire képesek kötődni a felső légúti epithelhez.

A rhinosinusitisek nagy többségét a rhinovírusok okozzák (2, 3) mint kizárólag virális infekciót, vagy baktériumokkal együtt mint kombinált virális-bakteriális fertőzést (4). A vírusinfekciót kísérő kórokozó baktériumok közül a

leggyakoribb patogén a *Haemophilus influenzae* (4). A rhinosinuszitisen kívül a rhinovírusok és a *H. influenzae* gyakran okoznak együttesen más infekciókat is, mint például a krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD) akut exacerbációját (5).

Egyértelműen beigazolódott, hogy a légúti epithelsejtekhez tapadó rhinovírusok növelik a sejtek közötti permeabilitást (6) és ezáltal a sejtreteg sérülékenységét. Ez a hatás független a fertőzést kísérő citokinreakciótól és vizsgálatok igazolták, hogy elősegíti a *H. influenzae*-infekció kialakulását (6).

Az intracelluláris adhéziónak a molekulák jelentősége

A legtöbb rhinovírus-szerotípus számára a legfontosabb receptor a légúti epithelsejtek felszínén az „intercelluláris adhéziónak molekulák 1” (ICAM-1) (7). Igen fontos, hogy az ICAM-1 a rhinovírusokon kívül a leggyakoribb felső légúti bakteriális patogén, a *Haemophilus influenzae* adhéziójában is jelentős szerepet játszik (8). Mind a rhinovírusok, mind a *H. influenzae* elősegítik az ICAM-1 expresszióját (9–11) és ez által fokozzák mind a saját, mind az esetleges társ kórokozó adhéziónak képességét.

Az ICAM-1 az immunglobulin-fehérjecsald tagja, amelyet számos sejttípus folyamatosan, bár alacsony szinten expresszál (12). A gyulladásos mediátorok ugyanakkor az ICAM-1 jelentős túltermeléséhez vezethetnek. Az ICAM-1 elsődleges fiziológiás szerepe a sejtek közötti kapcsolatok stabilizálása, de emellett a gyulladásos folyamatok alkalmával elősegíti a leukocyták migrációját is az endothelsejteken keresztül (12).

A gyulladásos folyamatokon kívül az ICAM-1 fokozott expresszióját a dohányfüst is elősegíti. In vitro kísérletes vizsgálatok igazolják, hogy a dohányosok epithelsejtjei szignifikánsan több ICAM-1-molekulát termelnek, mint az egészséges emberek sejtei (13). Ezenkívül egyértelműen igazolták, hogy az epithelsejtek in vitro dohányfüst-expozíciója ugyancsak fokozott ICAM-1 képződéséhez vezet (13).

Ugyancsak emelkedett ICAM-1-expressziót figyeltek meg többféle krónikus légúti gyulladásos folyamatban, mint például a krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD) bizonyos típusaiban (14, 15), amelyekben a rhinovírusok és a *H. influenzae* vezető kórokozókként szerepelnek (16). COPD-s betegektől vett epithelsejtek in vitro valóban fokozott érzékenységet mutattak rhinovírus-fertőzéssel szemben (17).

Tehát az ICAM-1-receptornak döntő szerepe van a rhinovírusok és a *H. influenzae* adhéziónak, és a vírus, valamint a kórokozó baktérium is növeli közös receptoruk expresszióját. Ezáltal elősegítik egymás kolonizációját, illetve a kombinált fertőzés kialakulását.

Az elmondottak alapján az ICAM-1-expresszió csökkentése a felső légúti epithelsejtek felszínén bizonyos fokú védelmet kell, hogy nyújtson mindkét kórokozóval történő kolonizációval, illetve fertőzéssel szemben. Mindenfajta lokális, illetve gyógyszeres kezelés, amely csökkenti mind a rhinovírus, mind a *H. influenzae*-fertőzés szempontjából kulcsfontosságú ICAM-1-receptor expresszióját, kedvező hatással lesz a beteg állapotára.

ICAM-1-antitestek terápiás alkalmazása

Az ICAM-1-ellenes specifikus antitestek alkalmazásával sikerült in vitro jelentősen csökkenteni a rhinovírusok szaporodását epithel-sejtkultúrákban, és transzgenikus állatokon is igazolták a specifikus antitestek vírusgátló aktivitását (18, 19). Az ellenanyagok ezenkívül a rhinovírus-fertőzés által indukált citokintermelést is csökkentették (19).

A rhinovírus ICAM-1-expressziót növelő hatása szteroidokkal csökkenthető, ami megmagyarázhatja, hogy miért fordul elő ritkábban akut COPD-exacerbatio szteroidterápia mellett (20). Amint említettük, a COPD-exacerbatiókért döntően a rhinovírus- és *H. influenzae*-fertőzések a felelősek, gyakran együttesen, illetve egymást követően okozva infekciót (16).

Az *Echinacea purpurea* kivonata ugyancsak hatásosnak bizonyult az ICAM-1-expresszió és következtetésképpen a *H. influenzae*-adhézió csökkentésében (21).

Végül néhány korszerű és gyakran használt antihisztamin-készítményről – a desloratadinról és levocetirizinről – is kiderült, hogy hatásosan csökkenti nemcsak a rhinovírus által indukált ICAM-1-expressziót, hanem még a vírusfertőzéssel kapcsolatos citokintermelést is (22–27). Ennek alapján elmondhatjuk, hogy egyes 2. generációs antihisztaminok, az antiallergiás és gyulladáscsökkentő hatásukon kívül mikrobaadhézió gátló hatással is rendelkeznek. Bár részletes klinikai vizsgálatokra még szükség lesz, a desloratadint és levocetirizint rhinovírus-, valamint *H. influenzae*-fertőzés kialakulását gátló szernek tekinthetjük, amely kedvező hatású lehet a felső légúti infekciók jelentős részében, amint arra már egy korábbi közleményünkben is utaltunk (28).

Irodalom

- Palmer JN, Messina JC, Bileitch R, Grosel K, Mahmoud RA. A cross-sectional, population-based survey of U.S. adults with symptoms of chronic rhinosinusitis. *Allergy Asthma Proc* 2019;40(1):48-56. <https://doi.org/10.2500/aap.2018.39.4182>
- Lee SB, Yi JS, Lee BJ, Gong CH, Kim NH, Joo CH, Jang YJ. Human rhinovirus serotypes in the nasal washes and mucosa of patients with chronic rhinosinusitis. *Int Forum Allergy Rhinol* 2015;5(3):197-203. <https://doi.org/10.1002/alr.21472>
- Lima JT, Paula FE, Proença-Modena JL, Demarco RC, Buzatto GP, Saturno TH, et al. The seasonality of respiratory viruses in patients with chronic rhinosinusitis. *Am J Rhinol Allergy* 2015;29(1):19-22. <https://doi.org/10.2500/ajra.2015.29.4129>
- Sundell N, Andersson LM, Brittain-Long R, Sundvall PD, Alsiö Å, Lindh M, et al. PCR Detection of Respiratory Pathogens in Asymptomatic and Symptomatic Adults. *J Clin Microbiol* 2019;57(1). pii: e00716-18.
- Choi J, Oh JY, Lee YS, Hur GY, Lee SY, Shim JJ, Kang KH, Min KH. Bacterial and Viral Identification Rate in Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Korea. *Yonsei Med J* 2019;60(2):216-2. <https://doi.org/10.3349/ymj.2019.60.2.216>
- Sajjan U, Wang Q, Zhao Y, Gruenert DC, Hershenson MB. Rhinovirus disrupts the barrier function of polarized airway epithelial cells. *Am J Respir Crit Care Med* 2008;178(12):1271-81. <https://doi.org/10.1164/rccm.200801-136oc>
- Basnet S, Palmenberg AC, Gern JE. Rhinoviruses and Their Receptors. *Chest* 2019;155(5):1018-25. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2018.12.012>
- Novotny LA, Bakaletz LO. Intercellular adhesion molecule 1 serves as a primary cognate receptor for the Type IV pilus of nontypeable *Haemophilus influenzae*. *Cell Microbiol* 2016;18(8):1043-55. <https://doi.org/10.1111/cmi.12575>
- Whiteman SC, Bianco A, Knight RA, Spiteri MA. Human rhinovirus selectively modulates membranous and soluble forms of its intercellular adhesion molecule-1 (ICAM-1) receptor to promote epithelial cell infectivity. *J Biol Chem* 2003;278(14):11954-61. <https://doi.org/10.1074/jbc.m205329200>
- Sajjan US, Jia Y, Newcomb DC, Bentley JK, Lukacs NW, LiPuma JJ, et al. *H. influenzae* potentiates airway epithelial cell responses to rhinovirus by increasing ICAM-1 and TLR3 expression. *FASEB J* 2006;20(12):2121-3. <https://doi.org/10.1096/fj.06-5806fje>
- Gulraiz F, Bellinghausen C, Bruggeman CA, Stassen FR. *Haemophilus influenzae* increases the susceptibility and inflammatory response of airway epithelial cells to viral infections. *FASEB J* 2015;29(3):849-58. <https://doi.org/10.1096/fj.14-254359>
- Ramos TN, Bullard DC, Barnum SR. ICAM-1: isoforms and phenotypes. *J Immunol* 2014;192(10):4469-74.
- Shukla SD, Mahmood MQ, Weston S, Latham R, Muller HK, Sohal SS, et al. The main rhinovirus respiratory tract adhesion site (ICAM-1) is upregulated in smokers and patients with chronic airflow limitation (CAL). *Respir Res* 2017;18(1):6. <https://doi.org/10.1186/s12931-016-0483-8>
- Wang YX, Ji ML, Jiang CY, Qian ZB. Upregulation of ICAM-1 and IL-1 β protein expression promotes lung injury in chronic obstructive pulmonary disease. *Genet Mol Res* 2016;15(3). <https://doi.org/10.4238/gmr.15037971>
- Ji M, Wang Y, Li X, Qian Z. Up-regulation of ICAM-1 mRNA and IL-1 β mRNA in lung tissues of a rat model of COPD. *Int J Clin Exp Med* 2015;8(11):21956-63. eCollection 2015.
- Wilkinson TMA, Aris E, Bourne S, Clarke SC, Peeters M, Pascal TG, et al; AERIS Study Group. A prospective, observational cohort study of the seasonal dynamics of airway pathogens in the aetiology of exacerbations in COPD. *Thorax* 2017;72(10):919-27. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2016-209023>
- Owuor N, Nalamala N, Gimenes JA 17. Jr, Sajjan US. Rhinovirus and COPD airway epithelium. *Pulm Crit Care Med*. 2017 Oct;2(3). <https://doi.org/10.15761/PCCM.1000139>.
- Charles CH, Luo GX, Kohlstaedt LA, Morantte IG, Gorfain E, Cao L, et al. Prevention of human rhinovirus infection by multivalent fab molecules directed against ICAM-1. *Antimicrob Agents Chemother* 2003 May;47(5):1503-8. <https://doi.org/10.1128/aac.47.5.1503-1508.2003>
- Traub S, Nikonova A, Carruthers A, Dunmore R, Voudsen KA, Gogsadze L, et al. An anti-human ICAM-1 antibody inhibits rhinovirus-induced exacerbations of lung inflammation. *PLoS Pathog* 2013;9(8):e1003520. <https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1003520>
- Yamaya M, Nishimura H, Nadine L, Kubo H, Nagatomi R. Formoterol and budesonide inhibit rhinovirus infection and cytokine production in primary cultures of human tracheal epithelial cells. *Respir Investig* 2014;52(4):251-60. <https://doi.org/10.1016/j.resinv.2014.03.004>
- Vimalanathan S, Schoop R, Suter A, Hudson J. Prevention of influenza virus induced bacterial superinfection by standardized *Echinacea purpurea*, via regulation of surface receptor expression in human bronchial epithelial cells. *Virus Res* 2017;233:51-9. <https://doi.org/10.1016/j.virusres.2017.03.006>
- Min JY, Shin SH, Kwon HJ, Jang YJ. Levocetirizine inhibits rhinovirus-induced bacterial adhesion to nasal epithelial cells through down-regulation of cell adhesion molecules. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2012;108(1):44-8. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2011.09.014>
- Jie Q, Kodithuwakku ND, Yuan X, He G, Chen M, Xu S, Wu Y. Anti-allergic and anti-inflammatory properties of a potent histamine H1 receptor antagonist, desloratadine citrate disodium injection, and its anti-inflammatory mechanism on EA.hy926 endothelial cells. *Eur J Pharmacol* 2015;754:1-10. <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2015.02.016>
- Muntean IA, Bocsan IC, Miron N, Buzoianu AD, Deleanu D. How Could We Influence Systemic Inflammation in Allergic Rhinitis? The Role of H1 Antihistamines. *Oxid Med Cell Longev* 2018 12;2018:3718437. <https://doi.org/10.1155/2018/3718437>
- Vignola AM, Crampette L, Mondain M, Sauvère G, Czarlewski W, Bousquet J, et al. Inhibitory activity of loratadine and descarboethoxyloratadine on expression of ICAM-1 and HLA-DR by nasal epithelial cells. *Allergy* 1995;50(3):200-3. PubMed PMID: 7677235. <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.1995.tb01133.x>
- Papi A, Papadopoulos NG, Stanciu LA, Degitz K, Holgate ST, Johnston SL. Effect of desloratadine and loratadine on rhinovirus-induced intercellular adhesion molecule 1 upregulation and promoter activation in respiratory epithelial cells. *J Allergy Clin Immunol* 2001;108(2):221-8. PubMed PMID: 11496238. <https://doi.org/10.1067/mai.2001.116861>
- Ciebiada M, Barylski M, Ciebiada MG. Nasal eosinophilia and serum soluble intercellular adhesion molecule 1 in patients with allergic rhinitis treated with montelukast alone or in combination with desloratadine or levocetirizine. *Am J Rhinol Allergy* 2013;27(2):58-62. <https://doi.org/10.2500/ajra.2013.27.3881>
- Szabadka H, Halász Á. Antihisztamin-terápia jelentősége a felső légúti infekciók kezelésében. *Magyar Családorvosok Lapja*, 2013 Július (7): 41-43.

Gyulladáscsökkentés vagy a lipidszint mérséklése?

A HMG CoA-reduktáz gátlói – azaz a statinok – kapcsán a szakirodalomban időről időre előkerül az a kérdés, hogy látványos preventív hatásosságukat a lipidprofil javításával vagy az érfali gyulladásos folyamatok mérséklésével érik-e el. Ez a dilemma elméleti jelentősége mellett azért is fontos lehet, mert megválaszolása újabb terápiás célpontokhoz, a meglévők még hatékonyabb kiaknázásához nyújthatna segítséget. Közleményünk a „gyulladás vagy lipid” vita legfontosabb állomásait tekinti át.

A referens

A cardiovascularis kockázat csökkentése szempontjából az egyik nagy fordulópont 1994 volt, amikor napvilágot láttak a Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S) eredményei. Ebben a kettős vak, placebokontrollált, prospektív vizsgálatban 4444 coronariabetegben sikerült simvastatinkezeléssel a teljes mortalitást 30%-kal, a cardiovascularis eseményeket 34%-kal és a revascularisációs beavatkozásokat 37%-kal csökkenteni. A kemény végpontok alakulásával szoros korrelációt mutatott a kis sűrűségű lipoprotein-C (LDL-C) szintjének 35%-os csökkenése és a nagy sűrűségű lipoprotein (HDL-C) szintjének 8%-os emelkedése. Az adatok azt is mutatták, hogy az LDL-C-szint 1%-os mérséklése 1,7%-kal csökkenti a súlyos coronariaesemények kockázatát.

Az LDL-C-szint csökkentése és a cardiovascularis morbiditás és mortalitás közti összefüggéseket epidemiológiai vizsgálatok is alátámasztották, és hasonló eredményekre jutottak a pravastatinnal, atorvastatinnal és rosuvastatinnal végzett primer és szekunder prevenciók klinikai kísérletek is. A terápia előnyeként jelentősen csökkent az infarktus, a stroke vagy coronariarevascularisációk aránya. A kezeléssel elért LDL-C-csökkenés szorosan összefüggött a cardiovascularis kimenetellel.

Ezekből a kutatásokból az a koherens kép rajzolódott ki, hogy az elért túlélési és morbiditási előnyök oka egyértelműen az LDL-C-szint csökkentése.

A lipidprofil kulcsszerepét később más hatástani csoportba tartozó hatóanyagokkal is megerősítették. Így például a koleszterin felszívódását gátló ezetimibbel végzett IMPROVE-IT vizsgálatban, illetve a PCSK9-inhibitorral végzett FOURIER vizsgálatban az LDL-C-szintben és a cardiovascularis végpontokban a statinoktól függetlenül is csökkenést lehetett elérni. További

kutatásokból és metaanalízisekből az is kiderült, hogy nemcsak szekunder, hanem primer prevencióban is előnyös a hyperlipidaemia csökkentése.

Úgy tűnt, hogy mindegy, milyen úton érjük el, ha megfelelő irányba sikerül módosítani a lipidprofil, javítjuk a cardiovascularis egészséget és az életkilátásokat.

A cardiovascularis kockázattal kapcsolatos vizsgálatokban azonban kezdetektől fogva jelen voltak azok a megközelítések is, amelyek a gyulladásos folyamatok szerepét feszegették. A gyulladásos markerek – mint a nagy érzékenységsű C-reaktív protein (hsCRP), az interleukin-6 vagy az intercelluláris adhézis molekula-1 (ICAM-1) – szintjének emelkedése mind az első, mind az ismételt cardiovascularis eseményekkel összefüggést mutatott.

A GREACE vizsgálatban 800-800 coronariabeteg randomizáltak atorvastatinra vagy hagyományos kezelésre. A hároméves követési idejű vizsgálatban az atorvastatinágon javult a lipidprofil és csökkent a cardiovascularis kockázat. Egy post hoc elemzésből az is kiderült, hogy az atorvastatinnal az eGFR értéke szintén javult. Ez a javulás azonban már a kezelés hatodik hetében szignifikáns volt, vagyis nehezen tulajdonítható a veseartériákban elért plakkregresszió eredményének, sokkal inkább az érfali gyulladás és a glomerulosclerosis csökkentésének. A statisztikák azt mutatták, hogy az eGFR és a cardiovascularis események kockázata szoros fordított korrelációban áll, független a lipidprofil változásától, és vélhetően a statinok pleiotrop hatásának, többek között a gyulladáscsökkentésnek tudható be. Ez volt az első vizsgálat, amelyben az antiinflammatorikus és a hypolipidaemiás hatás klinikai előnye elkülöníthető volt.

A GREACE következtetéseit látszott alátámasztani a TNT vizsgálatot követő post hoc elemzés is. 10 000, napi 10 mg vagy 80 mg ator-

Az LDL-C-szint csökkentése és a cardiovascularis morbiditás és mortalitás közti összefüggéseket epidemiológiai vizsgálatok is alátámasztották.

vastatinnal kezelt coronariabeteget követtek öt éven át. A várt eGFR-romlás nem következett be, illetve az eGFR javulásával arányos csökkenést tapasztaltak a coronariaesemények gyakoriságában, ami arra utalt, hogy a hatás dóziszfüggő.

Mindez azt a képet sugallta, hogy először a gyulladásgátló, azt követően pedig az LDL-C-csökkentő hatás javítja a jelentős rizikótényezőnek tekinthető rossz vesefunkciót, és mérsékli a cardiovascularis kockázatot, függetlenül a lipidprofil javulásától.

A JUPITER vizsgálatba több mint 17 000 egészséges férfit és nőt vontak be, akiknél az LDL-C-szint <130 mg/dl, a hsCRP koncentrációja $\geq 2,0$ mg/dl volt. Az alanyokat napi 20 mg rosuvastatinra vagy placebo-ra randomizálták. Majdnem két éves követés után a rosuvastatinon az LDL-C szintje 50%-kal, a hsCRP 37%-kal csökkent, egyidejűleg a kompozit cardiovascularis végpont kockázata 47%-kal mérséklődött. Vagyis a normális lipidprofilú, de emelkedett hsCRP-szintű személyekben a rosuvastatin csökkentette a cardiovascularis események rizikóját, illetve a tartósan magas hsCRP-koncentráció – statinterápia nélkül – növelte a cardiovascularis kockázatot.

A percutan coronariaintervencióhoz (PCI) kapcsolódó myocardialis necrosis a beavatkozás egyik fontos kockázata. A PCI-hez kapcsolódó statinvédelemről szerzett ismeretekhez számottevően hozzájárult egy olasz kutatócsoport kutatása. Az ARMYDA vizsgálatokból arra derült fény, hogy az elektív PCI előtt hét nappal megkezdett statinkezeléssel szignifikánsan csökkenthető a beavatkozás utáni pitvarfibrilláció kialakulásának kockázata, 88%-kal csökkenthető az infarktusveszély és lerövidíthető a hospitalizációs idő. Bár az ARMYDA vizsgálatok többségét statinnaív betegekkel végezték, az ARMYDA-RECAPTURE-be már eleve statinra állított betegeket vontak be, és a beavatkozás előtt adott statin jelentősen csökkentette a cardialis mortalitást, infarktust vagy revascularisatio végpontját.

Hasonló eredményekre jutottak más statinokkal is. Egy szisztematikus áttekintés és metaanalízis a rosuvastatin nagy dózisban (napi 20 mg) előnyösebbnek találta akut coronariabetegekben, mint a kis adagot, egy másik tanulmányban pedig az elektív PCI előtt 12 órával telítő adagban adott rosuvastatin javította a hsCRP-, CK-MB- és cardialis troponin-I-értékeket, csökkentette a beavatkozással járó myocardialis károsodást és

gyulladásos reakciót, valamint javította a bal kamrai funkciót.

Miközben a statinvizsgálatok azt mutatták, hogy az artériafal enyhe gyulladása oki szerepet játszik az atherosclerosisban, a gyulladás mérséklését célzó egyéb gyógyszerekkel végzett vizsgálatok nem voltak sikeresek.

A canakinumabot, az immunválaszban kulcsfontosságú interleukin- 1β -t gátló humán monoklonális antitest vizsgálatára végezték a randomizált, kettős vak, placebokontrollált CANTOS vizsgálatot. A kutatásba 10 000 posztinfarktusos beteget vontak be, akiknél a hsCRP szintje legalább 2 mg/ml volt. Négy év követés után a placebohoz képest a canakinumabbal kezelt betegeknél a hsCRP szintje dózistól függetlenül 37–41%-kal csökkent, míg a lipidprofil nem változott. Ugyanakkor a kemény elsődleges végpontok közül a cardiovascularis eseményekben 14–15%-os javulást tudtak elérni, azonban a teljes mortalitásban nem volt szignifikáns eltérés. Szignifikánsan gyakoribb volt viszont a neutropenia és az infekciókkal összefüggő halálozás.

A kivizsgálendő mellékhatásokon túlmenően, a canakinumab terápiás költsége (körülbelül évi 65 000 dollár az USA-ban) is jelentős probléma. Bár a CANTOS megerősítette a gyulladáscsökkentés szerepét a hosszú távú cardiovascularis rizikócsökkentésben, a napi gyakorlatban reálisan elérhető megoldásokra van szükség.

A lipidanyagcsere és a gyulladásos folyamatok kapcsolatát vizsgáló kutatások az elmúlt években egyre inkább arra utalnak, hogy a lipidmetabolizmus zavarai, az enyhe, tartós érfali gyulladás és az atherosclerosis elválaszthatatlanul összefüggnek. Egyfelől tudjuk, hogy az akut gyulladásos reakció és az ennek kapcsán termelődő interleukinok hypertrigliceridaemiát és hypercholesterinaemiát idéznek elő, és a tartós gyulladás hozzájárul a dyslipidaemia fenntartásához. Másfelől viszont a perifériás szövetekben a lipidek proinflammatorikus hatása atherosclerosis és kardiometabolikus betegségek kialakulásához vezet.

Ha mind az LDL-C emelkedett szintje, mind a folyamatos érfali gyulladás szerepet játszik az atherosclerosis patofiziológiájában, akkor mindkét tényező befolyásolása alkalmas lehet a szövdmények és kockázatok csökkentésére.

A statinok jó példaként szolgálnak erre a kettős támadáspontra: egyrészt hatékonyan javítják a lipidprofilot, másrészt pedig pleiotrop hatással csökkentik az érfalban zajló gyulladást. Egyes esetekben, például az ARMYDA vizsgálatokban az antiinflammatorikus hatás, más esetekben – például a PROVE IT vizsgálatban mindkettő tetten érhető. Az IMPROVE IT – vizsgálatban pedig az ezetimib-simvastatin kombinációval

magasabb LDL-C- és hsCRP-célértékeket sikerült elérni, mint az önmagában adott simvastatinnal, vagyis a kettős cél – a gyulladás- és lipidszintcsökkentés kettős célja – elérésében az ezetimib-statin kombináció hatásosabbnak látszik, mint a statinnal végzett monoterápia.

A referens megjegyzései

A statinok lehetséges szerepét a primer prevencióban elsőként a placebokontrollált, randomizált WOSCOPS vizsgálat és annak kiterjesztése mutatta meg. A vizsgálatba 45–64 év közötti (átlagosan 55 éves), 155 mg/dl (4 mmol/l) LDL-C feletti, korábban lipidcsökkentő kezelésben nem részesült betegeket vontak be, és kizárták azokat, akiknek anamnézisében infarktus szerepelt. 190 mg/dl (4,9 mmol/l) feletti LDL-C-értékek mellett a WOSCOPS kezdeti, ötéves átlagos követési idejű randomizált fázisában a coronariabetegség kockázata 27%-kal, a súlyos cardiovascularis események rizikója 25%-kal mérséklődött. A randomizált szakaszt követő 20 éves átlagos követési idejű kiterjesztett vizsgálatban a coronariabetegség miatti halálozás 28%-kal, a cardiovascularis mortalitás 25%-kal, a teljes mortalitás pedig 18%-kal csökkent (1).

A bizonyítékok alapján ma a mértékadó irányelvek (2) primer prevencióban, diabetes mellitus hiányában, 40–75 éves korban, alacsony cardiovascularis kockázat mellett LDL-C $\geq 4,9$ mmol/l (190 mg/dl); közepes kockázatú személyeknél

LDL-C $\geq 2,6$ mmol/l (100 mg/dl), nagy kockázatú betegeknél LDL-C $\geq 1,8$ mmol (70 mg/dl) esetén indokolt a statin, feltéve, hogy az előzetesen javasolt és betartott életmód-változtatással sikertelennek bizonyult az ideálisnak tartott LDL-C-szintek elérése és megtartása. Diabetes mellitusban a statinok 40 éves kor felett javasoltak. 40 éves kor alatt nagy vagy igen nagy cardiovascularis rizikó esetén megfontolandó a statinok alkalmazása, 75 éves kor felett primer prevencióban pedig nagyon szűk a statinok indikációs köre. Mivel a lipidcsökkentő kezelés előnye a fennálló teljes cardiovascularis kockázat mértékétől függ, a terápia megkezdéséről hozott döntés előtt komplex cardiovascularis kockázatértékelést kell végezni.

A lipidanyagcsere és a gyulladásos folyamatok kapcsolatát vizsgáló kutatások az elmúlt években egyre inkább arra utalnak, hogy a lipidmetabolizmus zavarai, az enyhe, tartós érfali gyulladás és az atherosclerosis elválaszthatatlanul összefüggnek. Egyfelől tudjuk, hogy az akut gyulladásos reakció és az ennek kapcsán termelődő interleukinok hypertrigliceridaemiát és hypercholesterinaemiát idéznek elő, és a tartós gyulladás hozzájárul a dyslipidaemia fenntartásához. Másfelől viszont a perifériás szövetekben a lipidek proinflammatorikus hatása atherosclerosis és kardiometabolikus betegségek kialakulásához vezet (3).

dr. Reinhardt István

Irodalom

1. Vallejo-Vaz AJ, Robertson M, Catapano AL, Watts GF, Kastelein JJ, Packard CJ, et al. Low-Density Lipoprotein Cholesterol Lowering for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease Among Men With Primary Elevations of Low-Density Lipoprotein Cholesterol Levels of 190 mg/dL or Above: Analyses From the WOSCOPS (West of Scotland Coronary Prevention Study) 5-Year Randomized Trial and 20-Year Observational Follow-Up. *Circulation* 2017;136(20):1878-91. <https://doi.org/10.1161/circulationaha.118.033781>
2. Catapano AL, Graham I, De Backer G, Wiklund O, Chapman MJ, Drexel H, et al; ESC Scientific Document Group. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. *Eur Heart J* 2016;37(39):2999-3058. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw272>
3. Bernardi S, Marcuzzi A, Piscianz E, Tommasini A, Fabris B. The Complex Interplay between Lipids, Immune System and Interleukins in Cardio-Metabolic Diseases. *Int J Mol Sci* 2018;19(12):4058. <https://doi.org/10.3390/ijms19124058>

eLitMed.hu



TÁJÉKOZÓDJON NÁLUNK!
Olvassa hiteles szakfolyóiratainkat online az eLitMed.hu-n!

Életutak a társadalomban pszichiátriai beteg diagnózissal

Bányai Borbála, Légmán Anna

PATH OF LIFE IN THE SOCIETY WITH A DIAGNOSIS OF A PSYCHIATRIC DISEASE

BEVEZETÉS – Tanulmányunk célja, hogy egyéni élettörténeteken keresztül bemutassuk, hogyan lehet pszichiátriai betegség, szkirozofrenia diagnózissal élni Magyarországon.

MÓDSZEREK – Kutatásunkban 25 narratív életútinterjút készítettünk pszichiátriai betegnek diagnosztizáltakkal, és az életutakban hasonló mintázatokat kerestünk, melyek hatással lehetnek az érintettek önálló életvitelére, közösségi részvételére.

EREDMÉNYEK – Az interjúalanyok a társadalomban való részvétel akadályaként jelölték meg az állapotukat vagy a betegséget magát, a diagnózist követő stigmát, az intézmények működését és a betegszereppel együtt járó önállótlanyságot, míg támogató tényezőként a családot és saját motivációikat. A szerzők akadályozó tényezőként a magyar pszichiátriai ellátórendszer zárt működését, az intézményes karriert és a stigmát azonosították, míg támogató tényezőként az egyéni motivációkat.

KÖVETKEZTETÉSEK – Szükséges az intézményes működések és az egyéni életutak együttes vizsgálata, ami feltárhatja a lehetséges támogató tényezőket, amik elősegíthetik az érintettek társadalmi részvételét.

INTRODUCTION – The aim of our study is to show how people can live with a diagnosis of a psychiatric disease, a schizophrenia diagnosis in Hungary.

METHODOLOGY – We made 25 narrative life story interviews with Hungarian people diagnosed with mental illnesses. We examined what the main obstacles and supporting factors may be in the life stories regarding the independent lifestyle and participation in community.

RESULTS – According to the interviewees the main obstacles are their states or diseases, the stigmas after their diagnoses, the function of the psychiatric care system and the lack of self-reliance following the patient role. They mentioned the family and their own motivations as supporting factors.

CONCLUSION – The examination of the institutional functions can reveal what the supporting factors may be which can facilitate the social participation of people diagnosed with mental illnesses on the level of the system.

felépülésmodell, pszichiátriai betegség, társas-társadalmi részvétel, önálló életvitel, életút

recovery-modell, psychiatric disease, social participation, independent lifestyle, course of life

dr. BÁNYAI Borbála (levelező szerző/correspondent), dr. LÉGMÁN Anna:
Eötvös Loránd Tudományegyetem, Társadalomtudományi Kar, Szociálpolitika Tanszék/Eötvös Loránd University,
Faculty of Social Sciences, Department of Social Policy; H-1117 Budapest, Pázmány Péter sétány 1/A.
E-mail: borbala.banyai@gmail.com

Érkezett: 2018. június 7.

Elfogadva: 2018. november 2.

<https://doi.org/10.33616/lam.29.038>

A jelen kutatás célja pszichiátriai beteg életutak bemutatása egy kelet-európai országban, Magyarországon. Milyen élettörténetek lehetségesek a mai Magyarországon pszichiátriai betegség diagnózissal, az érintettek maguk hogyan mesélik el életútjukat, hogyan tekintenek betegségükre. Szkirozofeniával és más súlyos kórképpel diagnosztizáltakkal készítettünk 25 narratív életútinterjút, és elemeztük, hogy milyen akadályozó és támogató tényezők segítik önálló

életvitelüket és közösségi részvételüket. Ez nem egy reprezentatív minta, ugyanakkor lehetőséget ad arra, hogy bizonyos mintázatokat, identitáspusokat beazonosítsunk.

Míg nemzetközi szinten számos meghatározó mű látott napvilágot a társadalom és a pszichiátria kapcsolatáról, Magyarországon nincs jelentős hagyománya a pszichiátriai intézmények, a pszichiátriai betegségek és betegnek diagnosztizáltak társadalomtudományi vizsgálatának. Az elmúlt

**Magyarországon
nincs hagyománya
a pszichiátriai
intézmények
társadalomtudományi
vizsgálatának.**

években végzett kutatásainkban narratív interjúk technikával pszichiátriai betegek diagnosztizáltak élettörténeteit vizsgáltuk. A szkizofréniával kezelt emberekkel készített életútinterjúk elemzésének alapja az a feltételezés volt, hogy olykor bizarrnak, értelmetlennek tűnő élettörténeteiket másokhoz hasonlóan ők is a „társadalom által felkínált” narratívákra támaszkodva fogalmazzák meg. Elbeszéléseik a szkizofrénia megélésének különböző lehetőségeit jelenítik meg (1), ami nem kizárólag a betegség-narratívát jelenti számukra. Emellett vizsgálódásainkat

kiterjesztettük arra is, hogy milyen életutakat kínál egy pszichiátriai betegnek diagnosztizált egyénnek a társadalom, hol és milyen körülmények, normák és szabályok között élhetnek (2). Elsősorban nem arra kerestük a választ, hogy mi az oka a pszichiátriai betegségnek, hogyan jön létre, hanem hogy hogyan élheti meg ezt az egyén a társadalomban.

Korábbi kutatásainkban azt találtuk, hogy a pszichiátriai ellátórendszerbe kerülve kényszerítő elvárás, hogy az egyén élettörténete betegség-történet legyen, az egyén betegként határozza meg önmagát. Azonban a külvilág (gyakran negatív) megítélése és az individuumok saját élményei gyakran nem mesélhetőek el összefüggő történetként, nem összeegyeztethető a (mindenki által vágyott) pozitív identitás (aminek keretei között többé-kevésbé egységes, koherens történetként mesélhetőek el az egyén életeseményei) és a betegidentitás. Talán ez is hozzájárul ahhoz, hogy az elbeszélők „betegidentitása” sokszor szét-töredezett, ellentmondásokkal teli (a felépülés modell – lásd később – lehetőséget ad arra, hogy az egyének ne betegség-történetként meséljék el élettörténetüket, így egyszerűbb összefüggőbb történetet alkotniuk). Az állandó betegidentitás jelentős akadálya lehet a társadalomban való megjelenésüknek, részvételüknek. A betegség-narratíva magyarázatot ad másságukra, felmenti őket számos társadalmi kötelezettség, elvárás (munka, család stb.), viselkedésük következményei alól, azonban viselniük kell az elmebetegség stigmáját, a megbélyegzettséget, a kiközösítést, az őket övező félelem, a velük való (sokszor embertelen) bánásmód terhét. A pszichiátriai betegként diagnosztizáltak nagy részét kizárják a társadalom életéből, leszázalékolják és a már meglévő intézményrendszerhez kötik őket (3).

Kutatásunk elméleti bázisa két nagyobb diszkurzusba ágyazódik be. Mindkettő közös jellem-

zője, hogy a korábbiaknál sokkal erőteljesebben jelenítik meg az érintett csoportok álláspontját.

A fogyatékoság szociális modellje az ENSZ CRPD Egyezmény óta világszerte elismert és használt paradigma a fogyatékoság tudományában. Az úgynevezett medikális modellt felváltó szociális modell többé már nem kizárólag a biológiai károsodásra helyezi a hangsúlyt. A fogyatékoságot inkább társadalmi jelenségként értelmezi, egyfajta kölcsönhatásként, a társadalmi előítéletek és akadályok eredményének tekinti, ám ez kultúránként eltérő lehet. Leginkább a fejlődő országokban (például India) jellemző, hogy a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak felépülése, kezelésének időtartama, halálozási mutatója kedvezőbb, mint a fejlett országokban, melynek okai egyelőre nem tisztázottak (alacsonyabb genetikai meghatározottság, kevésbé kiterjedt ellátórendszer, „feltételezett bölcsesség”, „presumed wisdom”) (4).

A fogyatékoság két legfontosabb eleme a (vélt vagy valós) károsodás és az ezáltal csökkenő társadalmi szerepvállalás. A CRPD meghatározása szerint a pszichoszociális fogyatékoság az egyén és környezetének interakciójában jön létre, annak következménye, vagyis folyamatosan változik, ugyanakkor az egyén és a közösség, társadalom közötti viszonyon múlik. Ez egy ideális társadalomban akár a fogyatékoság eltűnéséhez is vezethet. Jelenleg a károsodások mértékének és minőségének meghatározásai a pszichiátria keretei között (BNO, DSM rendszer) történik, ami továbbra is hangsúlyos szerepet biztosít az orvosi, betegség-narratívának még a fogyatékoság modell keretei között is. Azonban az, hogy az egyének közötti interakciók és a társadalmi szerepvállalás is központi szerepbe kerültek ebben a meghatározásban, lehetőség arra, hogy azt vizsgáljuk, mik azok az elemek, amik a pszichoszociális fogyatékosággal élők társadalmi részvételét, közösségi szerepvállalásukat lehetővé teszik.

A másik elméleti hátteret az úgynevezett felépülésmodell (recovery model) adja. A modellhez kapcsolódóan formálódott elméletek közös sajátossága, hogy szakítanak a hagyományos, „klinikai narratívával”, a mentális problémák pusztán orvosi, pszichiátriai értelmezésével, és közelítik azt az egyéni történetekhez, beszámolókhöz. Szintén közös jellemző, hogy a modell nem maradt elméleti síkon, hanem az ellátórendszer elmúlt évtizedben megfigyelhető fejlődéséhez (közösségi szolgáltatások) is hozzájárult. Mára a felépülésmodell két ága különül el, a szakmai és a felhasználói értelmezés. A szakmai felépülésmodell azonban könnyen egy biomedikális, normatív rendszerré válhat, ha nem reflek-

tál az egyénre, a személyes tapasztalatokra, nem hagy teret, hogy a „betegség” megtapasztalása is részese legyen az egyéni identitásnak (5). A felépülésmodell felhasználóinak megfogalmazásában az egyik úttörőnek tartott *Patricia Deegan* a következőképpen definiálja a megközelítést: „A felépülés egy folyamat, egy életmód, attitűd, annak a módja, ahogy a mindennapok kihívásaihoz közelítünk. Ez nem egy egyenes irányú tökéletes út. Alkalmanként elbukunk ezen az úton, visszazuhanunk, majd újra összeszedjük magunkat és újrakezdjük. A felépülés annak a folyamatos igénye, hogy legyőzzük a saját fogyatékoságunk jelentette kihívásokat, hogy újjáépítsük saját integritásunkat és értelmet adjunk életünknek a fogyatékoságunk jelentette gátak között is. A felépülés az inspiráció az életre, a munkára, a szeretetre és szerelemre egy olyan közösségben, melyhez mi magunk is hozzájárulhatunk” (6).

Melyek azok a tényezők, amik elősegítik, hogy egy egyén az élete során kialakult krízishelyzetből felépüljön, megküzdjön az akadályokkal, kihívásokkal és képes legyen az újrakezdésre? Vagy másképp közelítve: melyek azok a tényezők, amelyek stabilitása védelmi faktornak minősül a stresszkezelésben és a kapcsolatok kialakításában? A felépüléshez szorosan kapcsolódik a pszichológiai értelemben vett reziliencia, az ellenálló képesség és rugalmasság fogalma, melynek gyengítő és védelmi faktorait már az 1970-es évek óta többféle kutatási módszerrel vizsgálták (7). A kutatások főként a családszerkezetre (túl sok testvér, elvált szülők) a családban előforduló devianciákra (bűnöző, alkoholista szülők), élethelyzetre (szegénység, gyakori költözködés) és az egyéni sajátosságokra fókuszáltak. Ezeket a tényezőket általában külső, belső és kulturális szempontok szerint csoportosítják, és a kutatási eredmények ezek multikauzalitását erősítették meg, azaz minél több és többféle faktor esetében van károsodás, annál nagyobb a valószínűsége, hogy valaki mentálisan instabillá válik, vagy krízishelyzetekből kevésbé tud felépülni. Valamint megállapították, hogy az ellenálló képességnek van egy terhelhetősége, ami az életút során dinamikusan változik (8). Napjainkban a leginkább elfogadott elmélet összekapcsolható a fogyatékoság biopszichoszociális értelmezésével is, ugyanis a reziliencia komplex értelmezése mellett a neurobiológiai és a társas, viselkedési hatások szociokulturális és pszichológiai tényezőit is figyelembe veszik.

Ebben a megközelítésben, vagyis ha a felépülést egy folyamatos „integritásépítésnek” tekintjük – az az egyik legjelentősebb innováció, hogy az érintettek, a felhasználók saját tapasztalataira

és az ezeket megjelenítő narratívákra épít. Emellett az egyén tapasztalataiból kiindulva értelmezi a közösségi integrációt. Magyarországon is megjelent már a felépülés modell, aminek működésére jó példa a Budapesti Hanghalló Önszolgáltató Csoport (9).

Módszerek

Kutatásunkban a narratív élettörténeti módszert alkalmazzuk (10, 11). A módszer alapja, hogy az egyén is befolyásolja a társadalom működését, az egyén és a társadalom közötti kölcsönhatás állandó. Az élettörténetek segítségével az egyén életének olyan látens aspektusai is feltárulhatnak (a társadalmi valóságról alkotott szubjektív képzetek, a cselekvést motiváló gondolati, érzelmi világ), amelyek egyébként rejtve maradnának (12). Interjúalanyainknak elmondtuk, hogy egy kutatás keretei között pszichiátriai betegnek diagnosztizált emberekkel készítünk interjúkat, és szeretnénk, ha ők is elmesélnék élettörténetüket. Ez nem egy „hagyományos értelemben vett interjú”, ők (az elbeszélők) azok, akik irányítják, meghatározzák az interjú menetét, mi (a kérdezők) a „viselkedésünkkel” (szemkontaktus, arcjáték stb.) és kérdéseinkkel (ami az általuk elmondottakra való visszakérdezés) történetük elmondását segítjük elő. A kutatásban való részvétel önkéntes volt, interjúalanyainknak titoktartást és anonimitást ígértünk, a tanulmányban megjelenő nevek álnevek.

Eredmények

Cikkünk 25, 2010–2015 között készült életútinterjún alapul. Interjúalanyaink közül 14 férfi és 11 nő, a legfiatalabb 1989-ben, a legidősebb 1940-ben született. Az interjú készítésekor a fővárosban élnek 16-an és más vidéki városban heten, egyik interjúalanyunk Romániában élő magyar. Iskolai végzettségüket tekintve hat főnek van befejezett felsőfokú végzettsége (egy doktori fokozat), bár négyen elkezdtek valamilyen felsőfokú képzést, de a diagnózist követően ezt nem tudták befejezni. Öt interjúalanyunk van érettségije és mellette valamilyen szakmunkás végzettsége vagy technikuma, négy főnek van csak érettségije. Négy fő rendelkezik szakmunkás-bizonyítvánnyal, és három főnek van kifeje-

A pszichiátriai ellátórendszerbe kerülve kényszerítő elvárás, hogy az egyén élettörténete betegség-történet legyen.

zetten alacsony iskolai végzettsége, azaz maximum az általános iskola 8 osztályát végezték el, illetve elkezdték, de nem tudták befejezni a szakmunkásiskolát. Családi állapotukat tekintve heten házasok és egy háztartásban is élnek férjükkel vagy feleségükkel, ketten párkapcsolatban élnek, öten elváltak, ketten az interjú készítésekor éppen válófélben voltak, és tíz interjúalanyuknak nincs saját családja. Nyolc interjúalanyuk van gyereke, ebből ketten nem tartják a kapcsolatot gyermekükkel.

A pszichiátriai betegnek diagnosztizáltakkal készített interjúk alapján az életutak alábbi főbb állomásait azonosítottuk: gyerekkor, iskola, munkaerőpiaci részvétel (aktív-inaktív státuszok), egészségügyi, szociális intézményi karrier, kezelés, családi és emberi kapcsolatok, jövőkép, identitás. Ezeknek az állomásoknak a leírásánál a közös elemeket, mintázatokat emeljük ki.

Gyerekkor

„Az anyunál, igen, hát szóval egy piszkos folt vagyok a bizonyítványában” (Jutka). A gyerekkorra általában jellemző, hogy traumatizált. Az egyik szülő vagy mindkettő hiányzik, például válás, öngyilkosság, börtön, vagy az egyik szülő pszichiátriai betegsége miatt. Jellemző a családban a bántalmazás, állandó veszekedések, feszültség, esetleg alkoholizmus, vagy ezek együttesen. Sok esetben elhanyagolják a gyerekeket (sokat dolgoznak a szülők, vagy más családtagot ápolnak), nincsenek szabályok, vagy rideg, szeretetlen túlszabályozott (bigott vallásosság), tekintélyelvű a nevelés. Sok interjúalany magányos gyerekkorról számol be, illetve sokaknál már korán megjelennek a másik nemmel való kapcsolati, szexuális problémák. Jellemző az interjúalanyok egy részénél egyfajta állandósult bizonytalanság, gyakori költözködések, vagy egy szeretett személy korai halála.

„Kiskoromban náluk ott (nagyszülők – a szerk.) nyugalom volt. Aztán nagyon hirtelen elment. Aztán rá egy évre meghalt apu [...] egyik napról a másikra láttam, hogy két bőrönddel kísértál” (Jázmin). Összességében néhány kivételtől eltekintve interjúalanyaink elmesélése alapján arra következtethetünk, hogy nem volt igazi gyerekkoruk, nem lehettek gyerekek. Ennek következménye lehet, hogy túl korán felnőttként kellett viselkedniük, helytállniuk, vagy benneragadtak egyfajta önállóan gyermeki létbe. A gyermekkori traumák súlyának eredménye is lehet, hogy felnőttként összeroppannak, vagy nagyobb sorscsapásokat nem tudnak feldolgozni.

Iskola

„Egy eléggé szorongó meg meg ő befelé forduló ő kisgyerek lett belőlem. Már az óvoda, óvodás évek közepe táján is.... nem nagyon voltak barátaim öhm nem nem tudtam kapcsolódni sehogy se szinte a kortársakkal ö.... És ez folytatódott az általános iskolában is” (Miklós). Interjúalanyaink közül mindenki járt általános iskolába, közülük egy járt fogyatékos személyek számára létesített szegregált iskolába. Az iskola mint másodlagos szociális közeg sok interjúalanyunknak kudarcélményt jelent közösségi szempontból (túlzott visszahúzóds, verekedések, cikizések). Az „ügynevezett problémák”, vagy súlyosabb traumák jelentősen kihatottak az iskolai eredményekre, ami az iskolai előmenetelben is tükröződik. Néhány interjúalany esetében már kamaszkorban, de többeknél csak fiatal felnőttkorban jelentkeztek a „gondok” és ennek megfelelően az iskolai elmaradások „A Műszaki Egyetemen meg voltam rettenve” (Dániel), „úgyhogy elmaradt a jelentkezésem az egyetemre és ő hát elkezdődött egy ilyen betegség karriernek mondják szép szóval tehát egy ilyen betegség karrierem” (Márk). Több interjúalanyunk a családi támogatás hiánya ellenére is befejezte a félbemaradt tanulmányokat, vagy magasabb iskolai végzettséget szerzett. „Utána fölvettem erre az egyetemre. Nagyon nehezen végeztem el tulajdonképpen. [...] utána el tudtam helyezkedni” (Csaba). Ez a felépülés egy lépcsőjét jelenthette számukra és hozzájárult ahhoz, hogy visszaszerzzék önbizalmukat. „Nem voltam hónapokig iskolában, meg meg magamnál sem voltam igazából, amikor volt az érettségi és mindenki meg volt rajta lepődve, hogy úristen hogy lett négyes” (Szilvi).

Munkaerőpiaci részvétel

„Elmentem garázsmesternek mindenféle voltam én életembe, mindenféle ö... ilyen link állást vállaltam” (Dániel). A legtöbb esetben nincs sikeres, egyenes vonalú, felfelé ívelő karrierút. Azok, akik már fiatalabb korban kimaradnak az iskolából szinte egyáltalán nem is dolgoztak, vagy csak átmenetileg kiegészítő munkákat végeztek. A végzettségtől függetlenül interjúalanyaink felénél jellemző, hogy hosszabb-rövidebb ideig egyszerű betanított munkákat is elvállaltak

A gyerekkorra általában jellemző, hogy traumatizált.

(pincér, takarító, segédkömüves), közülük mindössze négy fő az, aki huzamosabb ideig (legalább egy évig) dolgozott egy munkahelyen. Általában elmondható, hogy sokukra jellemző, hogy nem tudnak hosszabb ideig megmaradni egy munkahelyen, vagy a munka nem megfelelő, vagy sorozatos konfliktusba keverednek. „Megálltam mindenhol a helyem és ennek ellenére viszont kihasználtak [...] bérszámolóként dolgoztam és ott is kikezdték, mert magasabb iskolai végzettségem volt, mint a csoportvezetőnek” (Vali). Interjúalanyaink munkaerőpiaci karrierje „betegségük” kezdete után általában megtörik, mindössze három interjúalanyunk tud elhelyezkedni saját szakmájában. „Ami talán a legjobb az, hogy azt csinálhatom, amit szeretek (3). Egész nap kinn tudok lenni a szabadba, gyerekekkel, meg lovakkal” (Jázmin).

Az interjúk készítésekor a legtöbben nem dolgoztak, akik dolgoztak, azoknak a többsége védett munkahelyen vagy megváltozott munkaképességű sorstársakkal, szegregáltan. Kiemelendő, hogy ketten is olyan önszorgú vagy érdekvédelmi csoportban dolgoznak, mely a pszichiátriai diagnózissal élők esélyegyenlőségéért jött létre. A munka hiánya csökkenti az önállóságukat, függetlenségüket, családtagjaik tartják el őket, vagy állami juttatásokból élnek. „Megmonda az altató doktornőm, hogy felejtsem el, hogy dolgozom” (Ilona). Ez szintén egy kiszolgáltatott, gyermeki státuszt eredményez, mely az önértékelésükre, önbizalmukra nincs jó hatással. Ráadásul ez a státusz nem az időskor kezdetén, egy előrehozott megoldást jelent, hanem interjúalanyaink közel kétharmadát fiatalon (21–28 éves koruk között) leszázalékolják (harmadukról nincs információnk) a nemzetközi trendekhez hasonlóan. „Az OECD 2012-es jelentése szerint számos európai országban a mentális károsodással élő fiatalok túlságosan könnyen és gyorsan kapnak fogyatékosági támogatást, ami ahhoz vezet, hogy elhagyják a munkaerőpiacot egy biztos megélhetésért (13). A leszázalékolás egy olyan biztos és végleges bevételi forrást jelent, ami inaktív és kiszolgáltatott státuszukat állandósíthatja, hiszen Magyarországon a juttatások mellett csak bizonyos feltételekkel lehet munkát vállalni „csak akkor dolgozhatok itt (védett munkahely – a szerk.), ha le vagyok százalékolva, amúgy nem. Én meg aktív munkahelyen nem tudok elhelyezkedni, és akkor nekem a kör bezárult. Én csak itt tudok dolgozni” (Nóra). A pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak hátrányos munkaerőpiaci helyzete korántsem magyar sajátosság. Az OECD-jelentés szerint annak ellenére, hogy a fogyatékosági járadékok igen magas indirekt költségeket rónak a gazdaságra, a mun-

kaerőpiacot továbbra is elutasító magatartás jellemzi, ami a mentális betegek magas inaktivitási szintjéhez vezet (13).

Család és emberi kapcsolatok

„Hazajöttem, itt tovább lábadoztam, szüleim, hát persze, a gyermeki pozícióba visszasüllyedt gyermeküket ápolták” (Csaba). A kiszolgáltatott, önállótlan élethelyzetet tükrözi, hogy az interjú készítésekor interjúalanyaink kétharmada szülőkkel (főként édesanyákkal), rokonokkal vagy bentlakásos intézetben él. Néhányukra jellemző, hogy nagyon szoros, már-már szimbiotikus viszonyt alakítottak ki édesanyjukkal vagy házastársukkal, ami ugyan biztonságos, azonban másokat kizáró, saját világot kínál. „Most, hogy válás előtt állok, ő a támaszom. Ennek ellenére anyukám nagyon szigorú” (Mari). Többüknek volt saját családja és otthona, de a betegség következtében a családok is felbomlottak. Jelenleg mindössze öten laknak saját otthonukban, illetve egy valaki védett lakhatásban. A klasszikusnak mondható családi életút, miszerint a szülői házból kikerülve saját otthonot és családot teremtenek, többségükönél hiányzik.

Egészségügyi, szociális intézményi karrier

„Jött a betegségem és három évig kórházból ki, kórházba be” (Vali). Életútjukban meghatározó a különböző egészségügyi intézményekkel és az ott dolgozókkal való állandó kapcsolat. Kórházban és pszichiátriai zárt osztályon minden interjúalanyunk feküdt, és többségük rendszeresen visszatér ide több hétre, hónapra vagy akár egy évre is. Az elmesélt életutakban pszichiátriai kórházi osztályra tipikusan két úton jutnak el. Az egyik esetben van valamilyen kórházi vagy egészségügyi kezelésbeli előzmény; például a család érzékel valami problémát és háziorvoshoz vagy pszichiáterhez, pszichológushoz fordul, vagy valamilyen más betegséggel járnak orvoshoz (belgyógyászati, születési rendellenesség), majd előbb-utóbb pszichiátriára kerülnek. Ez az egész folyamat hat interjúalanyánál már gyermekkorban elkezdődik. „Gyerekkortól kezdődtek a problémák, jártunk orvostól orvosra, nem derült ki a problémám” (Nóra), és három esetben már születéskor

Az alanyok munkaerőpiaci karrierje betegségük kezdete után általában megtörik.

A legtöbbben egy konkrét traumához kapcsolják első intézménybe kerülésüket.

„édesanyámnak nem volt segítsége és biciklit vett, ónos esőbe és azért is lettem ilyen terhelt. Mert elesett velem, tehát én már agyam, én már megsérültem, én már idegbetegen születtem” (Pál). Sokuknak ténylegesen egész életük állandó részévé válik az egészségügyi intézmény. A másik tipikus úton minden korábbi kezelés nélkül kerülnek pszichiátriára. „akkor teljesen elvesztettem így a realitásérzékemet és engem akkor vittek be először pszichiátriára”

(Jázmin). Ez interjúalanyaink harmadára jellemző. A kórházi kezelések után sokan a magyar rendszerben kialakult egészségügyi forgóajtó csapdájába esnek, azaz a háziorvosi vagy a járóbeteg-ellátást használják, majd saját vagy mások

kérésére kórházba kerülnek, ahol intenzív gyógyszeres kezelést kapnak, hazakerülnek, otthon vannak, szedik a háziorvos vagy a járóbeteg-gondozást végző pszichiáter által felírt gyógyszereket, míg állapotuk miatt újra kórházba nem kerülnek. Több esetben előfordult, hogy két-három kórházi bennfekvés után évekig stabilizálódik az állapotuk annyira, hogy nem kell kórházban kezelni őket, majd újra olyan állapotba kerülnek, hogy elkerülhetetlenné válik a kórházi kezelés. Az egészségügyi intézmények mellett sok esetben közösségi-szociális intézményeket is igénybe vesznek, ahol többnyire betegtársakkal töltik idejüket. A teljes közösségi izolációt elkerülendő többen járnak pszichiátriai betegek számára létesített nappali klubba vagy önszolgáltató csoportba. „Egészséges szemmel néztek rám, hiszen mindenki sorstársam volt” (Vali). A szinte teljes izolációt jelentő bentlakásos szociális otthonban három interjúalanyunk él. Az intézményes karrier nem csak a társadalmi izolációt erősítheti, hanem a velük szemben lévő stigmát és diszkriminációt is (14).

Kezelések

„Más ember lettem, meghíztam” (Márk). Minden interjúalanyunk szed valamilyen gyógyszert (négyen depóinjekció formában), jellemzően többfélét is. Ez a többségnek problémát jelent: elhíznak, aluszékonnyá válnak, lassul az agyműködésük stb. Interjúalanyaink fele megkísérelte elhagyni gyógyszereit, vagy önállóan, vagy kezelőorvosuk felügyelete mellett fokozatosan csökkentették adagjukat. „elmentem a csajhoz (főorvos asszony – a szerk.), hogy állítson le róla,

mert a kezelőorvosom nem akarta. Konkrétan rosszul voltam tőle” (Jázmin). „Azt mondta (a járóbeteg-rendelésen az orvosa), hogy jó, hát ezeket most szeded és akkor úgy fokozatosan csökkentjük” (Csaba). Valamennyi gyógyszer szedését többen elfogadják, ami a betegség elfogadását is jelentheti, vagy azt, hogy a kritikus állapotok gyógyszerek segítségével elkerülhetőek, a hétköznapiak fenntarthatóak. A gyógyszeres kezelés mellett megjelennek más terápiás kezelések is az életutakban. Többen sokféle alternatív kezelést kipróbáltak (meditációs tanfolyam, gyógynövények), és más terápiát is (kórházi rehabilitáció, családterápia, hipnózis, pszichoterápia, irodalmi csoport, művészetterápia, csoportterápia), vagy nappali klub által szervezett csoportokba esetleg önszolgáltató csoportokba jártak. Általános vélemény, hogy a kórházi kezelés (többen elektrosokk-kezelést is kaptak) „rettenetes volt, rettegtem tőle. És akkor utána meg sokkoltak, tehát hatot kaptam” (Márk). Szerintük a kórház nem megoldás, többen észrevették magukon a hospitalizáció jeleit, vagy ezzel ellentétben kényszerkezelésnek tartották a kórházi kezelést. „Tudod milyen egy kórház, beleszagsz a levegőbe és már azt mondd, Úristen, innen menekülnék” (Jázmin). Felvetődik a kérdés, hogy elképzelhető-e a folyamatos egészségügyi ellátás elhagyása, létezik-e valamilyen stabilizálható és fenntartható állapot e nélkül. Vajon mi okozza azt az állapotváltozást, aminek következtében elkerülhetetlenné válik a kórházi kezelés? Maga az egészségügyi ellátórendszer van eleve hibásan felépítve, s bent tartja a betegeket a túlzott gyógyszeres, intézményes kezelésekkal, vagy a traumatizált gyermekkor és a félresiklott, „nem valós” felnőtt élet teszi lehetetlenné a teljes értékű társadalmi részvételt? Milyen út van tovább?

Jövőkép

„Tehát addig gyűjtöm az élettapasztalatot, és akkor szeretnék majd írni...” (Csaba). Az interjúk során főképp a múltjukról beszéltek részletesen és elemző szemlélettel interjúalanyaink, és több mint a harmaduk nem fogalmazott meg semmilyen jövőképet. Akik jövőjükéről beszéltek, azok közül ketten bizonytalanságot vagy reménytelenséget fogalmaztak meg, viszont sokuknál megfogalmazódik a rendezett párkapcsolat, család és a gyerek utáni vágy, leszokás a gyógyszerekről, a munka, egy hétköznapi élet. Szintén többeknél megjelenik valamilyen művészeti tevékenységgel való foglalatosság, mint könyvírás, festés és kiállításrendezés, kerá-

miázás, illetve ketten terapeuták (művészet, pszichiáter) szeretnének lenni, másokon, sors-társaikon segíteni.

Identitás

Az alábbiakban bemutatjuk, hogy interjúalanyaink hogyan értelmezik, látják saját életútjukat, a pszichiátriai betegséget, önmagukat mint pszichiátriai beteget. Először megvizsgáljuk, hogy szerintük mi volt az oka az első pszichiátriai intézménybe kerülésüknek, illetve a betegségüknek, állapotuknak. Majd leírjuk, hogyan viszonyulnak a pszichiátriai betegséghez, az intézményekhez, és hogyan alakult identitásuk.

A legtöbben egy konkrét traumához (halálestet, válás) kapcsolják első intézménybe kerülésüket. „összepakolt és eltűnt (a feleség – a szerk.). Na akkor megbuktam és öngyilkossági kísérletet hajtottam végre” (Bálint). De van, hogy túl sok a stressz, túl sok a teher az iskolában, a munkahelyen, az emberi kapcsolatokban. „Nagyon-nagyon csúnya időszak volt. [...] nagyon sokat túlóráztam [...] És otthon apám akkor volt a legbetegebb időszakában, mint ugye már alkoholista” (Ilona). Többnyire arról számolnak be, hogy nehezen mennek társaságba, félnek az emberektől, szoronganak, vagy erős testi tünetek (például fejfájás) jelennek meg. Betegségük, állapotuk okaként interjúalanyaink többsége a (rideg, szeretet nélküli) családot említette „Nem szerettem anyukámat, nem ismertem” (Pál), 11-en ezen belül is az apával való kapcsolatot, vagy annak a hiányát (bár sok esetben fizikailag jelen van). „Apám az egy feudális beállítottságú volt [...] maximális uralmú családfenntartó” (Ilona). A családi kényszerről is sokan beszámolnak (például bigott vallásosság, vagy természettudomány tanulása) „a betegség kialakulásának a kezdeteivel az, hogy [...] Ő (apa – szerk.) a materialista fölfogásait meg képzeit, azt mintegy belém erőszakolta” (Csaba). Többen mondták a munkahelyi stresszt, illetve azt, hogy állapotuk örökletes is lehet (hatan). „Örökletes, apai ágon két agybajos is van” (Márk). Négyen arról tudósítottak, hogy még magzatként vagy újszülöttként sérültek, ketten, hogy a kábítószer okozta az állapotukat, míg ketten arról számolnak be, hogy olyan szexuális problémáik, szorongásaik voltak gyerekkorukban, amit nem tudtak kezelni. Összességében sokféle magyarázat megjelent, ugyanakkor a gyerekkori trauma, illetve a család szerepe meghatározónak tűnik.

A betegséghez való viszonyuk, identitásuk jellemzően ambivalens, a többség valamilyen formában próbálja elfogadni, hogy ő beteg (hiszen

mindenki a szűkebb és tágabb környezetében annak tartja). „Tényleg nagyon sok baj van velem” (Jázmin). Ugyanakkor ezt többnyire mégsem tudják teljes mértékben magukévá tenni (eddig kutatásaink alapján elsősorban a pszichiátriai beteg szerep negatív megítélése miatt). „Szkizofréniával akartak kezelni, de nem egyeztem bele a diagnózisba sehogy se” (Bálint). Többen úgy távolítják maguktól a pszichiátriai beteg szerepet, hogy ez a múlt, de ennek már vége. „Meggyógyultam, de szedem a gyógyszert” (Csaba). Vagy más betegségüket hangsúlyozzák (például cukorbetegség, drog). „Én már soha nem fogok rendes életet élni, drogos vagyok, szükségem van a gyógyszerekre” (Jutka). Ezt könnyebb elfogadniuk, mint a pszichiátriai betegséget, vagy egyszerűen megpróbálják elfelejteni a betegségüket, semmissé tenni a hétköznapiakban. „El kell felejteni, beteg vagyok, úgy tudok funkcionálni” (Jázmin).

Vannak, akik teljes mértékben elfogadják a betegszerepet, átveszik az orvosi értelmezést, úgynevezett „jó betegek”, s vannak, akik teljes mértékben elutasítják a pszichiátriai betegséget, tudják, hogy ők mások, de ezt állapotnak vagy képességnek tekintik, úgy érzik ők nem hétköznapi emberek, kitűnnek a többiek közül. Többen is a betegidentitás helyett valamiféle válásos identitást próbálnak meg kialakítani, ami valamiféle kapaszkodóként is szolgálhat számukra, s értelmet adhat a velük történeteknek. „valami nagyon nagy misztikus élményem volt [...] Isten szemét láttam” (Dániel). Sokan vannak, akiknek eleinte nem volt betegségtudatuk, aztán a későbbiekben kialakult, s többen megtanulták úgy mond kontrollálni állapotukat.

Élettörténeteikre jellemző egyfajta analitikus szemlélet, folyamatos értelmezése, magyarázata életeseményeiknek. „...és akkor kezdődött el a lelki problémáknak a hivatalos minősítése, illetve akkor erősödtek föl a lelki zavaraim. És attól kezdve zavart meg kusza meg mindenféle bonyodalmakkal terhes az életutam” (Csaba). Ennek oka lehet, hogy a pszichiátriai ellátórendszerbe kerülve feltehetőleg számtalanszor el kellett mesélniük élettörténetüket.

Az intézményekhez való viszonyukat nagymértékben meghatározza a betegséghez való viszonyuk. Akik elutasítják a betegidentitást vagy ambivalensen viszonyulnak hozzá, azok jellemzően negatívan viszonyulnak a pszichiátriai ellátórendszerhez. Heten egyértelműen negatívan nyilatkoztak a kórházról, zárt osztályról, intézetekről, börtönként, kínzásként, kényszerkezelés-

A betegséghez való viszonyuk, identitásuk jellemzően ambivalens.

Interjúalanyaink társadalmi részvétele nem teljes, jelentős korlátokba ütközik.

ként, egyfajta növényi létként vagy kísérleti nyúlként élték meg, ahol róluk, de nélkülük döntenek, ahol erőszkos kezeléseket kapnak és a betegek közt még betegébbé válnak. „A pszichiátriai osztályon önkényeskedések vannak, vagyis hát a pszichiáter azt tesz, amit akar” (Csaba). Sokan emellett úgy érzik, hogy nem tudnak rajtuk segíteni, becsapják őket. „Képesek így elbizonytalanítani az egyébként is bizonytalan vagy lelki problémával küzdő embereket... [...] még rosszabbul is lettem a pszichológusnál” (Csaba). Vannak, akik ambivalensen viszo-

nyulnak a pszichiátriai intézményekhez, nem szeretik őket, de maguktól bemennek, ha kell, és/vagy elfogadják a gyógyszeres kezeléseket. Ők úgy érzik, ez segít rajtuk, el tudják látni a családjukat vagy jobban érzik magukat tőle, de a mellékhatások azok rosszak. Az úgynevezett „jó betegek” elfogadják, sőt szeretik az intézményeket. „3-szor voltam ebben az épületben, már úgy ismerem, mint a tenyeremet, szeretek itt lenni, jó az ennivaló, ha az ember szót fogad jól bánnak vele” (Pál). Náluk azonban megjelenik egyfajta hospitalizáció is, az intézet jó, védett hely, ahol nem kell szembenézni a kinti világ nehézségeivel, a munkakereséssel, a rossz kapcsolatokkal stb. „Nehezen tudtam hazaköltözni is, nagyon nehéz, mert ott bent mindent szabad, azt csinálsz amit akarsz, és háromszor megetetnek, neked csak le kell vonulni egy ebédlőbe, ahol remekül főztek rettenetesen aranyos asszonyok, és mindig finom volt az ebéd, és akkor mi annyit hülyültünk, amennyit csak akartunk, és akkor haza kell jönni és neki kell állni munkát keresni, ami nincs, és kezdődik a sodródás, kezdődik az ellenségeskedés a világgal, szóval nagyon nehéz visszazökkenni” (Jutka). Nyolc interjúalanyunk említ nappali klubokat, önszervezeteket, amikről pozitívan nyilatkoznak, itt elfogadják őket, közösséget jelent számukra, sorstársakkal vannak és támogatja őket abban, hogy önállóbbá váljanak.

Következtetések

Az általunk felvázolt életutakból megállapítható, hogy interjúalanyaink társadalmi részvétele nem teljes, jelentős korlátokba ütközik. Nem tudnak önálló életet élni, sok esetben nincs családjuk, magányosak, többségük nem képes önállóságra, életük intézményközpontú. Interjúalanyaink társadalmi, közösségi részvétele külön-

böző módokon és mértékben valósul meg. Az alábbiakban összegyűjtöttük, hogy interjúalanyaink maguk milyen akadályokat és lehetőségeket látnak társadalmi részvételükre. A társadalmi részvételt támogató tényezőként négyen kifejezetten saját kitartásukat és motivációjukat említik, megtanulják kezelni és kontrollálni állapotukat és folyamatosan keresnek újabb megoldásokat a mindennapok kiegyensúlyozottabbá tételére és az önálló életvitel kialakítására. Jellemzően ők azok, akiknek vannak céljaik, vágyaik, és nem adták fel a teljes gyógyulás reményét. Őt ember említi, hogy a vallásban, különböző gyülekezetekben talált támaszra. Többen említik a támogató családi közeg (nagycsalád vagy unokák, testvér) fontosságát, öten az anyát, illetve hárman a házastárs, segítő jelenlétét. A felépülés folyamatában ketten említenek valamilyen állatot (macska, ló), és ketten gyerekekkel való foglalkozást mint terápiás hatást. A krízisen való átgéjtést többen valamilyen szervezett társasághoz, internetes segítő csoport-hoz, laikus segítőhöz, vagy régi barát jelenlétéhez kapcsolják, hárman a klubéletet említik, illetve a kibeszélés, beszélgetés, társaságba járás fontosságát hangsúlyozzák. Mindössze interjúalanyaink negyede számolt be arról, hogy az orvosok (pszichiáter, háziorvos) segítették őket. A munka és a tanulás is megjelenik mint ösztönző tevékenység.

A társadalmi részvétel szempontjából az egyik legtöbbet említett akadály a betegség vagy az állapot maga. Az állapotukat gyakran mások, a környezet nem tudja kezelni, negatívan reagál rájuk. A pszichiátriai betegség diagnózist nehezen fogadják el, gyakran szégyelli az érintett maga és a közvetlen környezete is. Sokan említették, hogy a betegség megbélyegzi, stigmatizálja őket és a családjukat a közösségben (elsődleges, másodlagos deviancia fogalma) (15). Az, hogy tudományos szinten is megjelent a szkizofrénia újragondolásának igénye (16), jelentősen segítheti a diagnózis okozta stigma csökkentését. Sokan kritizálják az orvosok, kórházak működését, sőt kifejezetten kártékónak tartják, különösen a gyógyszerek mellékhatásai (elhízás, nyálfolyás stb.) akadályozzák megállapításuk szerint a közösségi részvételt. Többen magányosnak, meg nem értettnek érzik magukat (szétmegy a házasságuk, a gyereke terhére lesz, családban tabutéma az állapotuk) és félnek a külvilágtól. Többen megfogalmazzák, hogy napjaik értelmetlenül, semmittevéssel telnek el, egész nap alszanak, nincs kedvük élni, ennek következtében hullámzó a kedélyállapotuk. Akadályozó tényezője a társadalmi részvételnek elmondásuk szerint, hogy nem szólhatnak bele saját életükbe,

nem hozhatnak döntéseket róla, mások és ők maguk is lemondanak önmagukról, úgy érzik nincs remény, nincs kiút.

A pszichiátriai betegségek kialakulásának vizsgálatakor a klasszikus orvosi szempontú megközelítések esetében is a genetikai sérülékenység, a korai környezeti hatások és a stressz mellett egyre több kutatónál hangsúlyossá válik a pszichoszociális tényezők felértékelte szerepe; ez az úgynevezett szociális fejlődés modellje (17). Van Os és társai a pszichiátriai betegségeket nem állandó állapotként, hanem folyamatként fogják fel; modelljükben a hajlam-állandóság-károsodás szakaszait határozták meg. Szerintük az emberek életének során többször is előfordulhat pszichotikus szakasz, melynek végkimenetele lehet pozitív, vagy negatív, melyben a genetikai rizikófaktorok mellett a környezeti rizikófaktoroknak is jelentős hatása van. Pozitív kimenetelnek azt tekintették, amikor az érintett és a környezete a pszichotikus szakasz kialakulásakor felismerik az állapotot, és megelőző, védekező mechanizmusokat alkalmaznak (reziliencia), míg negatív kimenetelnek, amikor az érintett a pszichotikus szakaszt klinikai kezeléssel és károsodással kénytelen lezárni. Az általuk átvizsgált szakirodalom szerint leginkább a gyermek- és felnőttkori traumák, a kannabiszhasználat és a nagyvárosi környezet, migráns státusz vezethet az állandósult pszichotikus állapot kialakulásához (18). Az interjúk alapján a szerzők rendszerszinten akadályozó tényezőként azonosították a betegség diagnózist, a pszichiátriai intézményes karriert, a pszichiátriai betegség stigmáját. A diagnózis az intézményes karrier kezdetét jelenti. Innentől kezdve az egyén egy zárt, védett világ részévé válik, a többségi társadalomtól elkülönítve éli az életét. Jellemzően a magyar pszichiátriai intézmények a rendszerben tartják az embert, és nem segítik, hanem akadályozzák a társadalmi integrációt, részvételt (19). És a társadalmi részvétel hiánya súlyos következményekkel járhat. Ahogy Sen fogalmaz „... a társadalmi kirekesztés közvetlenül része a lehetőségektől való megfosztásként értelmezett szegénységnek. Jó példa erre Adam Smith megállapítása, amelyben a megfosztottság egyik eseteként azt említette, ha az ember nem képes szegyenkezés nélkül megjelenni mások társaságában. Ez a közösségi életben való részvétel fontosságához, és végső soron ahhoz az arisztotelészi megállapításhoz kapcsolódik, mely szerint az egyének élete mindenképpen „társas” élet. [...] a társas kapcsolatokból való kirekesztettség más megfosztottságokhoz is vezethet, melyek tovább korlátozzák életlehetőségeinket. A kirekesztettség például a foglalkoz-

tatási lehetőségekből vagy a hitelekhez való hozzájutásból gazdasági elszegényedéshez vezethet, ami további megfosztottságokat – alultápláltságot vagy hajléktalanságot – okozhat” (20).

Interjúalanyaink többsége a középiskolát képes volt befejezni, de a munkaerőpiaci megjelenésük problémás volt. Több esetben már a diagnózisuk előtt sem volt támogató a családi környezet, problémásak voltak emberi kapcsolataik: nincs szoros viszony a családtagokkal, nem segítenek neki, döntenek helyette, visszaélnék a bizalmával. Felnőttként sokuknak nem sikerül családot alapítani, vagy ha sikerül, az kudarcra végződik. A kialakult betegszerep felelősség nélküli életet biztosíthat interjúalanyaink számára, ugyanakkor kizárja őket a közösségi életből. A betegszereppel együtt járó stigmatizáció hozzájárulhat az egyén kizárásához a helyi közösségekből, a munkaerőpiacról, megfoszthat normális emberi kapcsolatokról. Corrigan kutatása szerint a mentális betegséggel élők makroszintű diszkriminációjának két meghatározó faktora van: az egyik, hogy az állami és a magánintézmények korlátozzák a mentális betegséggel élők lehetőségeit, a másik, hogy az intézményi politikák (biztosítási rendszer, szülői jogok korlátozása) – nem szándékolt – következménye is a kirekesztés (21).

Interjúalanyaink egy része képes valamilyen formában a közösségben való részvételre, míg mások kevésbé. „Pár évig sokat voltam kórházban, nagyon rosszul voltam aztán elhagytam a gyógyszereimet. Végül megelégteltem az egészséget és elhatároztam, hogy megpróbálom bebizonyítani, hogy talpra tudok állni, valamiféle önállóbb életet el tudok érni és ez odáig ment, hogy szakmát tanultam és jelenleg ebben a szakmában dolgozom” (Csaba). Úgy tűnik, Magyarországon ez elsődlegesen az egyéni motivációkon múlik. Aki nem fogadja el teljesen a végleges beteg identitást, az intézményes életutat, akinek vannak céljai és vágyai, az sokkal inkább képes részt venni a közösségi, társadalmi életben.

További kutatásainkban szeretnénk választ kapni arra a kérdésre, hogyan lehet pszichiátriai diagnózissal teljes értékű életet élni a társadalomban. A pszichiátriai ellátórendszerben, helyi közösségekben mik lehetnek azok a támogató tényezők, amik elősegíthetik ezeknek az embereknek az egyenlő módon történő közösségi részvételét.

TÁMOGATÁS

Bányai Borbála: NKFI-PD OTKA (121202).

Légmán Anna: NKFI-K OTKA (112079).

Irodalom

1. Fernezely B, Légmán A. A skizofrénia társadalmi narratívái. Budapest, Hilscher Rezső Alapítvány: *Esély* 2003;6: 39-57.
2. Bányai B, Légmán A. Pszichiátriai betegek szociális intézeti környezetben. Budapest, Hilscher Rezső Alapítvány. *Esély* 2009;2:68-84.
3. Légmán A. Állandóság vagy átalakulás? A magyar pszichiátriai ellátórendszerrel (Stability or transformation? About the Hungarian psychiatric care system). *Replika* 2011;74: 169-87.
4. Jablensky A, Sartorius N. What did the WHO studies really find? *Schizophrenia Bulletin* 2008;34(2):253-5. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm151>
5. Gwinner K, Knox M, Brough M. Making sense of mental illness as a full human experience: perspective of illness and recovery held by people with a mental illness living in the community. *Social Work in Mental Health* 2013;11(2). <https://doi.org/10.1080/15332985.2012.717063>
6. Bugarszki Zs. A mentális problémák felépülés alapú megközelítése. Budapest: Hilscher Rezső Alapítvány. *Esély* 2013;5:68-85.
7. Cole M, Cole S. Fejlődéslélektan. Budapest: Osiris; 2006.
8. Hirani SS. Social support intervention to improve resilience and quality of life of women living in urban Karachi, Pakistan: A randomized controlled trial. 2003. letöltve: 2017. 10. 21: https://era.library.ualberta.ca/files/cxg94hp86m/Hirani_Saima_S_201703_PhD.pdf
9. Romme M, Escher S, et al. Élet a hangokkal – 50 felépüléstörténet. 2009.
10. Rosenthal G. Erlebte und erzählte lebeengeschichte, gestalt und struktur biographischer selbstbeschreibungen. Frankfurt/New York: Campus; 1995.
11. Schütze F. Zur hervorlockung und analyse von erzählungen thematisch relevanter geschichten im rahmen soziologischer feldforschung. Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen: Kommunikative Sozialforschung. München: Fink; 1976.
12. Pászka I. Narratív történetformák (Narrative story forms). Szeged: Belvedere; 2007.
13. OECD Sick on the job? Myths and realities about mental health and work, mental health and work, OECD Publishing, 2012. letöltve: 2013. 10. 21: <https://doi.org/10.1787/9789264124523-en>
14. Harangozó J, et al. Stigma and discrimination against people with schizophrenia related to medical services. *International Journal of Social Psychiatry*, 2013.
15. Sampson RJ, Laub JH. A life-course theory of cumulative disadvantage and the stability of delinquency in advances in criminological theory. 1997;7:1-29. letöltve: 2017. 10. 28: http://scholar.harvard.edu/files/sampson/files/1997_act_laub.pdf
16. Maj M. Understanding the pathophysiology of schizophrenia: are we on the wrong or on the right track? *Schizophrenia* 2011;127:20-1. 10.1016/j.schres.2011.01.002 <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.01.002>
17. Kéri Sz. Kemény és puha adatok a diagnosztikában/Soft and hard data in diagnostics. Magyar Pszichológiai Szemle, Magyar Pszichológiai Társaság folyóirata. Budapest: Akadémiai Kiadó; 2013;68(1):127-40.
18. van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabendam L. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine* 2009;39(2):179-95. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003814>
19. Csurgó B, Kondor Zs, Légmán A. Zárt közösségből a helyi közösségbe? A pszichiátriai betegek diagnosztizáltak egy alföldi kisvárosban. *Kultúra és közösség*; 2016;1:47-61.
20. Sen A. Társadalmi kirekesztés: Fogalom, alkalmazás és vizsgálat I. Budapest: Hilscher Rezső Alapítvány. *Esély* 2003;2 letöltve: 2011.07.23 http://www.esely.org/kiadvanyok/2003_6/SEN.pdf
21. Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *The American Psychologist* 2004;59(7):614-25. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>



HÍR

Hevesy- emlékülés

MTA Orvosi Tudományok Osztálya, Orvosi Diagnosztikai Tudományos Bizottsága,
az Országos Onkológiai Intézet, valamint a Hevesy György Magyar Orvostudományi
Nukleáris Társaság Onkológiai Munkacsoportjának rendezvénye

2019. november 11.

Magyar Tudományos Akadémia– Felolvasóterem
(1051 Budapest, Széchenyi István tér 9.)

Hevesy György, a magyar származású kémiai Nobel-díjas (1943) 70 éve vehette át a Copley-érmet, amire különösen büszke volt és úgy nyilatkozott: „A közönség azt hiszi, hogy egy kémikus számára a Nobel-díj a legnagyobb kitüntetés, amit tudós elnyerhet, de nem így van. Negyven-ötven kémikus kapott Nobel-díjat, de csak tíz külföldi tagja van a Royal Societynek, és ketten (Bohr és Hevesy) kaptak Copley-érmet.”

Ezen fontos esemény nemcsak a magyar orvostudomány egyik létfontosságú pillére, de az egész világ számára olyan örökség, amely nélkülözhetetlen és folyamatos eredményeket és lehetőségeket nyújt az orvoslás és kutatás számára.

A munkaképesség elbírálásának lehetőségei: irodalmi áttekintés

Mák Kornél, Fehér Gergely, Gombos Katalin, Pusch Gabriella, Koltai Katalin, Bank Gyula, Kósa Gábor, Varjasi Gábor, Tibold Antal

WORKING CAPACITY ASSESSMENT: A LITERATURE REVIEW

BEVEZETÉS – A munkaképesség megítélésének fontos szociális és társadalmi következményei vannak, de jelenleg hazánkban nem áll rendelkezésre standardizált mérési rendszer.

CÉLKITŰZÉS – Vizsgálatunk célja a munkaképesség vizsgálatának áttekintése szakirodalmi adatok alapján.

EREDMÉNYEK – Többféle módszer áll rendelkezésre a legegyszerűbb kérdőíves felmérésektől kezdve a számítógépes alapú vizsgálatokig, mely utóbbiak a legobjektívebbek. A fizikális vizsgálatot célszerű kiegészíteni cardiovascularis rizikóprofil-felméréssel és pszichometriás vizsgálatokkal is. Az intenzív kutatások ellenére sem áll rendelkezésre egyértelmű standard a munkaképesség-megítélésre.

MEGBESZÉLÉS – További kutatások, nemzeti és nemzetközi standardok kialakítása szükséges.

INTRODUCTION – Although work capacity assessment (WCA) has high social and economical impacts, national medical standards are lacking in Hungary.

AIM – The aim of our literature search based review was to gather evidence and international standards on WCA.

RESULTS – There are different methods in WCA, from questionnaire forms to computer-based evaluation, the latter seems to be the most effective. Apart from physical WCA, additional cardiovascular risk profile and psychosocial evaluations are recommended. Despite of intensive research of the topic, evidence-based standards do not exist.

CONCLUSION – There is an increasing demand on evidence-based WCA.

munkaképesség-vizsgálat, alapellátás, fizikai paraméterek, pszichometria, rizikóprofil

functional capacity assessment, primary care, physical parameters, psychometry, risk profile

dr. med. habil. FEHÉR Gergely PhD (levelező szerző/correspondent),
MÁK Kornél, KÓSA Gábor, VARJASI Gábor, TIBOLD Antal: Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ
Foglalkozás-egészségügyi és Munkahigiénés Központ/Centre for Occupational Medicine, Medical School,
University of Pécs; H-7624 Pécs, Nyár u. 8. E-mail: feher.gergely@pte.hu
GOMBOS Katalin: Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Laboratóriumi Medicina Intézet/
Department of Laboratory Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs
PUSCH Gabriella: PTE KK Neurológiai Klinika/Department of Neurology, Medical School,
University of Pécs, Pécs
KOLTAI Katalin: Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ I. Sz. Belgyógyászati Klinika/
First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs
BANK Gyula: Kecskeméti Kórház, Krónikus Belgyógyászati Osztály/Department of Chronic Medicine,
Bács-Kiskun County Hospital, Kecskemét

Érkezett: 2018. augusztus 13. Elfogadva: 2018. november 16.

<https://doi.org/10.33616/lam.29.039>

A munkavégzés, illetve a munkára való alkalmasság fontos tényezője az ember mindennapjainak. A munkanélküliség (akár az állás elvesztése, akár fizikális korlátok okán) egyértelműen kedvezőtlen szociális és egészségügyi következményekkel jár (1).

A foglalkozás-egészségügyi szakemberek feladata (ideális esetben) egyrészt a munkavállaló fizikális/pszichés/szociális állapotának legin-

kább megfelelő munkakör kiválasztása, másrészt mindent megtenni ezek megőrzésére munkahe-lyi körülmények között, harmadrészt az egész-ségre potenciálisan veszélyes tényezők kiszű-rése, valamint az ennek megfelelő védekezési stratégiák kidolgozása, negyedrészt a különböző betegségek fellépése után a munkába visszakerü-lés elősegítése, illetve a beteg állapotának megfe-lelő munkakör kiválasztása (2).

**A munkaképesség
megítélésének fontos
szociális és társadalmi
következményei vannak,
de standardizált mérési
rendszer nincs.**

A munkaképesség vizsgálata, illetve meghatározásának módszerei nem épültek be az általános orvosi gyakorlatba. Az orvosképzésnek sem meghatározó része, hiszen az döntően a betegségek kialakulásának mechanizmusaira és a kórképek ellátására fókuszál; sem a rehabilitáció, sem a későbbi munkába/korábbi életmenethez való visszatérés elősegítése/megítélése nem szerves része a tananyagoknak.

A munkaképesség meghatározásának egyrészt orvosi, másrészt jogi definíciói vannak. Sajnálatos módon mind a mai napig nem áll rendelkezésre sem hazai, sem nemzetközi egyértelmű, standardizált orvosi definíció, amely a munkaképesség megítélésére rendelkezésre állna (3).

Cikkünk célja az, hogy áttekintést adjon a jelenleg rendelkezésre álló módszerekről és ezek klinikai relevanciájáról.

Módszerek

Irodalmi áttekintésünk során a PubMed, Cochrane Library és Google Scholar keresőket használtuk az alábbi kulcsszavakkal angol nyelvű publikációk keresése céljából: functional capacity evaluation, functional capacity assessment, disability, fitness for work, work ability, questionnaire. A keresést 2018 januárjáig végeztük. A szerzők a talált absztraktok áttekintése után szelektálták a releváns publikációkat, melyet a kézirat tartalmaz.

A munkaképesség minősítésének szabályai

A Foglalkozások Egységes Osztályozási Rendszere (FEOR) a tevékenységi körök leírását tartalmazza, egyértelműen meghatározza a foglalkozási kategória ismérveit, a foglalkozáshoz tartozó kompetenciákat, és az ehhez kapcsolódó egészségi szempontokat/kockázatokat (foglalkozás jellege, egészségre gyakorolt potenciális hatások, lehetséges kórok, kizáró vagy korlátozó tényezők) (4). A nemzetközi foglalkoztatási nomenklatúrát több alkalommal is felülvizsgálták, legutóbb 2008-ban. Hazánkban ez 2007 és 2010 között zajlott, az új rendszer FEOR-8 jelöléssel 2011 januárjától hatályos. Összesen tíz főcsoporton belül 42 csoportot, 116 alcsoportot és 485 foglalkozást definiál; tartalmazza a foglalkozási tevékenységek összességét, továbbá a készség/

képzettségszinteket is (4). A kézikönyv azonban nem foglalkozik a meghatározáshoz szükséges vizsgálmódszerekkel, ugyanis egységes minősítési kritériumrendszer sem nemzetközi, sem nemzeti szinten nem áll rendelkezésre.

A munkára való alkalmasságot az egyén egészségi állapota egyértelműen meghatározza. Az egészség azonban nem a betegség/fogyatékosság/egészségkárosodás hiányát jelenti, hanem a teljes testi, lelki és szociális jóllétet (5, 6). Noha a magyar nyelvű foglalkozás-egészségügyi újabb kézikönyvek és publikációk már ilyen megközelítéssel íródtak, a mindennapi gyakorlatban még nem terjedt el ez a szemlélet (6, 7). A munkaalkalmasság meghatározásánál egyrészt a különböző fizikális képességek definiálása mellett fontos a foglalkozás-egészségre gyakorolt potenciális károsító hatásainak előzetes felmérése, az ergonómiai és pszichoszociális tényezők részletes feltérképezése és ennek tükrében a széles körű prevenció (medicinális, pszichés és szociális) stratégiák alkalmazása (4–8) (1. táblázat).

Megváltozott munkaképesség

Az Egészségügyi Világszervezet már 2001-ben az egészséget és az egészségi állapot változásával kapcsolatos osztályozási rendszer alkalmazását javasolta, azonban a klinikai tankönyveink még mindig nem vették át ezt a szemléletet (6–8). Ma a támogatásra jogosultság orvosszakértői véleményezések és jogszabály alapján történnek, definíció szerint meghatározható az egészségi állapot vagy az egészségkárosodás mértéke mint „mérőszám”, de a pontos, validált módszertan, továbbá az egészségkárosodás emberi tevékenységre gyakorolt hatása hiányzik a miniszteri rendeletből (4–8).

Az utóbbi évtized/évtizedek törekvései alapján a megváltozott munkaképesség (avagy fogyatékosság) kezelésének legfontosabb jellemzője a károsodások és az esetleges fejleszthető képességek minél alaposabb feltárása annak érdekében, hogy a megváltozott munkaképességű ember ne eltartottja, hanem jogaival élni képes, alkotó résztvevője legyen a társadalomnak, sikeres társadalmi integrációja minél hamarabb megvalósuljon (6). Nemzetközi szinten is elmondható, hogy a munkaképesség-csökkenés orvosi és jogi definíciói között ellentmondások feszülnek. Ez részben természetes is, hiszen a tudományos alapon nyugvó szakmai szempontok általában megelőzik a jogi szabályozást és annak intézményrendszerét (6, 7).

Hazánkban kissé komplikálja a képet, hogy a jogalkotó bonyolult módon szabályozza a meg-

1. táblázat. Példák a komplex foglalkozás-egészségügyi felmérésekre. Forrás: Kézikönyv a foglalkozások egészségi szempontjainak meghatározásához Cseh Károly (szerkesztő) (4)

Foglalkozás	Kompetenciák	Egészségre gyakorolt hatás	Megjegyzések
Gazdasági, költségvetési szervezet vezetője	Kognitív készségek tekintetében a probléma átlátásának képessége és világos gondolkodás szükséges. Kivitelezési készségek közé tartozik az akarati tényezők kontrollja, a jó kommunikációs és kapcsolatteremtési készség, a rendszerszemlélet és a rendszerzés, döntésképesség. Fontos a stressztűrő képesség.	Baleseti egészségkárosodás (esés, sérülés, közlekedés) lehetséges. A képernyős munkavégzés okozta terhelések. Számítógép-függőség lehetősége. A szemre gyakorolt terhelés, a szemizmok feszüléssel terhelése, a conjunctiva, cornea kiszáradása. A váz-izomrendszer ülő helyzetű terhelése, a nyak, váll, lumbalis gerinc izomzatának feszüléssel terhelése. A sokszor ismétlődő mozdulatok (egérhasználat) okozta alkar-, csukló-, kézterhelés, carpalis alagút szindróma, lateralis epicondylitis. Adekvát fizikai aktivitás hiánya esetén a cardiovascularis és daganatos betegségek, elhízás, metabolikus szindróma, cukorbetegség kialakulásának kockázata fokozódik. Ergonómiai, pszichés és pszichoszociális egészséget érintő kockázatok.	Egészségfejlesztés céljából általános prevenciók stratégia javasolt (dohányzás kerülése, egészséges táplálkozás, rendszeres fizikai aktivitás, a testsúly optimális szinten tartása, optimális stresszkezelési stratégiák, vérnyomás, vércukor és vörzsír, a szív és érrendszeri kockázati tényezők optimális szinten tartása).
Takarítók és kisegítők	Alapvető a látásképesség és a fizikai állóképesség. Esetenként meghatározó lehet a mozgáskoordináció, a figyelem-összpontosítás. Fontos kompetencia a megbízhatóság, a felelősségérzet, esetlegesen a monotonia tűrése.	Baleseti egészségkárosodás (esés, sérülés, közlekedés). Kedvezőtlen klimatikus viszonyok, termális diszkomfort. Kültéri munkavégzés esetén UV-expozíció okozta egészségkárosodás kockázata. Rovarcípés lehetősége. Takarítógép-használat esetén zaj, egész test és kéz-kar vibráció érzékszerveket, váz- és izomrendszert, cardiovascularis és idegrendszert károsító hatásai. Porok, aeroszolok inhalációja. Kémiai anyagok (takarítószerek, peszticidek) inhalatív, dermalis és orális expozíciója miatt daganatok, légúti, fertőző, bőr-, idegrendszeri, érzékszervi, gyomor-bél rendszeri, endokrin, immun-, vese- és cardiovascularis megbetegedések kockázata nő. Az éjszakai műszak (IARC 2A) daganatok és cardiovascularis betegségek kialakulásának kockázatát fokozza. Fokozott a musculoskeletal rendszer megbetegedéseinek kockázata. Ergonómiai, pszichés és pszichoszociális, egészséget érintő kockázatok. Egyes háztartási tisztítószer, légfrissítők növelhetik az emlőrák előfordulását.	Általános prevenciók stratégia javasolt egészségfejlesztés céljából. Audiológiai, légzésfunkciós, EKG-vizsgálat, mellkasröntgen, laboratóriumi vizsgálatok ajánlhatók. Daganatos és cardiovascularis kockázatok felismerését célzó szűrővizsgálatok javasoltak.

változott munkaképesség fogalmát és a hozzá kapcsolódó munkajogi és szociális támogatási rendszert. Ráadásul a hazai jogrendszerben jelenleg sincs egységes definíció, mely egyrészt az egyes jogterületek és szakterületek különbözőségéből fakad, továbbá még jogi értelemben sincs egységes szóhasználat a megváltozott munkaképességre (például a megváltozott munkaképességű/fogyatékkal élő/fogyatékossgal élő stb. nem épültek be). A megváltozott munkaképesség fogalma csupán a foglalkoztathatóság (azaz fizikai terhelhetőség) szempontjából fogalmazza meg a fogyatékossg, illetve az egészségkárosodás miatti akadályozottságot, sem pszichés,

sem egyéb társadalmi/szociális tényezőket nem vesz figyelembe (4, 7–9) (2. táblázat).

A módszer legnagyobb hibája az, hogy a károsodás, a fogyatékossg és a munkaképesség-csökkenés véleményezése, a fokozatokba való besorolása meglehetősen szubjektív, tág határok között értelmezhető. Mind a szakma, mind a jogalkotó törekvése az, hogy a fenti kritériumrendszert a legnagyobb mértékben objektívvá (és reprodukálhatóvá) tegye, összehasonlítható standard adatokat alkalmazzon egységes eljárási rendszer kialakítása céljából, továbbá a visszaélések és megalapozatlan döntéshozatalok megakadályozása okán is (6, 7, 9).

2. táblázat. Komplex minősítési kategóriák

Kategória	Kritériumok
B1 minősítési kategória	Az egészség állapot 51–60% között van és foglalkoztatási szempontú rehabilitáció javasolható (egészségkárosodás: 40–49%).
B2 minősítési kategória	Az egészségi állapot 51–60% között van és a rehabilitálhatóság foglalkoztatási vagy szociális szempontú vizsgálata alapján a rehabilitáció nem javasolt (egészségkárosodás: 40–49%).
C1 minősítési kategória	Az egészségi állapot 31–50% között van és foglalkoztatási szempontú rehabilitáció javasolható (egészségkárosodás: 50–69%).
C2 minősítési kategória	Az egészségi állapot 31–50% között van és a rehabilitálhatóság foglalkoztatási vagy szociális szempontú vizsgálata alapján a rehabilitáció nem javasolt (egészségkárosodás: 50–69%).
D minősítési kategória	Az egészségi állapot 1–30% között van és orvos-szakmai szempontból önellátásra képes (egészségkárosodás: 70–100%).
E minősítési kategória	A beteg egészségi állapota 1–30% között van és orvos-szakmai szempontból önellátásra nem, vagy csak segítséggel képes (egészségkárosodás: 70–100%).

Megemlítendő továbbá, hogy a hagyományos orvosi szemlélet a megelőzést, a gyógyítást és a rehabilitációt egymástól elkülönülő tevékenységeknek tekinti. Emellett az alapellátást, az akut és a rehabilitációs ellátást végző intézmények között (de még egy csoporton belüli különböző szakmák esetében is) a kommunikáció nehézkes, igen hiányos (6, 7). Mivel a központban az egyén áll betegségével (betegségeivel) és annak az egyénre és társadalomra irányuló minden hatásával együttesen, ezen a (főként csupán betegség-re/orvosi ellátásra fókuszáló) szemléletmód maximum didaktikai alapon tartható fenn, létjogosultsága igen kérdéses, megközelítésében alapvető változás szükségeltetik. Az emberközpontú szemlélet ennek egységét követeli meg, a „prekurehabilitáció” elve legyen az elsődleges megközelítési szempont (6, 7).

Végezetül, az egészségi állapot változásának nem csupán orvosi/fizikális, hanem szűkebb és tágabb társadalmi, szociális és pszichés vonzatai is vannak, így a rehabilitáció során a kitűzött orvosi célokon kívül ezeket is maximálisan figyelembe kell venni.

A munkaképesség meghatározásának lehetőségei

Fizikális vizsgálatok

A munkaképesség meghatározásával foglalkozó publikációk döntően fizikai paramétereket vesznek figyelembe. Tekintettel arra, hogy a fizikális

vizsgálat elvégzése után a döntés az orvos kezében van – mely jelentős ingadozásokat mutat – kezdetben kérdőívek, illetve ezeken alapuló vizsgálatok bevezetése történt meg (10).

A legegyszerűbb esetben a rutin orvosi vizsgálatot megelőzően a beteg egy kérdőívet tölt ki (akár önállóan vagy a vizsgálóval együtt), melyben a mindennapi tevékenységeivel és ezek elvégzési nehézségeivel kapcsolatos kérdések szerepelnek (ülés, állás, járás, cipelés, mozgások kivitelezése, fájdalom stb.) (a 3. táblázatot megtekintheti a www.elitmed.hu oldalon). A munkaképességet, illetve annak csökkenését a vizsgáló orvos korábbi leletek, szakvélemények, a kérdőív eredménye és a rendelői felmérés alapján határozza meg (11). A napi gyakorlatból ez a metódika kiszorult, hiszen a szubjektív tényezők jelentősen befolyásolják a kérdőív kitöltését, továbbá az ilyen típusú vizsgálat jár messze a legtöbb rokkantosítással (12).

A leginkább elterjedt módszer az, amikor a beteg előzményeinek áttekintése után standardizált fizikális vizsgálat történik egy benne jártas szakember (akár orvos, akár szakasszisztens) közreműködésével (13). A gyakorlatban ez egy minimum 12 lépéses vizsgálatot jelent, ahol részletes mozgásterjedelem-felvétel történik, illetőleg tárgyak mozgatása, súlyok emelése és aerobtesztek is a vizsgálat részei (4. táblázat). Ez már jóval objektívebb fizikális státuszfelmérest tesz lehetővé. Mindazonáltal megfelelő előképzés szükséges a vizsgálat elvégzéséhez, és megfelelő tapasztalat nélkül az eredmények interpretálása igen különböző lehet (14). Az előzőek okán különösen a nyugat-európai biztosítók nem preferálják az ilyen típusú vizsgálat elvégzését munkaképesség-csökkenés elbírálása céljából, illetőleg csak ebben képzett szakemberekkel/validált intézményben, ellenben a rehabilitációs kezelés megtervezésében és a célok kitűzésében is fontos szerepe van (15, 16).

A szubjektív tényezők kiküszöbölésére különféle képességtesztelő gépeket fejlesztettek ki. Jelenleg több is elérhető a piacon: Blankenship, Ergos Work Simulator and Ergo-Kit variation, Isernhagen Work System, Hanoun Medical, Physical Work Performance Evaluation (Ergoscience), WEST-EPIC, Key, Ergos, ARCON és AssessAbility rendszerek (17). Mindegyikről elmondható, hogy igen részletes és objektív mozgásterjedelem- és terhelhetőség-felmérést tesz lehetővé, egy-egy vizsgálat akár három órát is igénybe vehet. Különböző feladat-sorok alapján objektíven megmérhető a statikus és dinamikus erő kifejtés, illetőleg ezek összehangolásának a képessége. Továbbá a protokoll része az állóképesség-felmérés is, de különböző

4. táblázat. Komplex állapotfelmérés részei

Anamnesisfelvétel	Musculosceletalis fizikális vizsgálat	Eszközös kapacitásfelmérés
demográfiai adatok betegségek gyógyszerelés fájdalomérzet szubjektív állapot/teljesítmény munkahely	testtartás rugalmasság mozgásterjedelem izomerő	futószalagos tesztek maximális erő kifejtés vizsgálata finommozgások vizsgálata
Anyagmozgató vizsgálat	Toleranciátűrés	Felső végtagi mozgások
komplex felmérés, biomechanicus, cardiovascularis, metabolikus és pszichofizikális aspektussal	repetitív, illetve a munkavégzés során rendszeresen megkövetelt mozgások vizsgálata	erő kifejtés és sebesség kezeség kézmozgások finommozgások

finommozgások kivitelezésének megítélése is történik, ülő-, illetve állómunkára való alkalmasság megítélése, és a monotóniatűrést is felméri. A Baltimore Therapeutic Equipment prediktív értéke meggyőzőnek tűnik, a legjobb reprodukálhatóságot pedig az Ergo-Kit rendszer biztosítja egy közelmúltbeli összehasonlító analízis alapján (18).

Rizikóprofil-felmérés

A csupán fizikális vizsgálaton alapuló képességvizsgálatok fő hátrányára talán egy 2003-as ausztrál vonatszerencsétlenség hívta fel a figyelmet (19). A vonatvezető egy hirtelen fellépő kamrafibrilláció következtében képtelenné vált a szerelvény irányítására, a segédvezető pedig pánikba esett (korábban többszörös pszichiátriai kezelésen esett át) és nem húzta be a vészféket. A katasztrófa hét halálesethez vezetett (20). A tragikus baleset a vizsgálati protokollok azonnali módosítását vonta maga után, mely során kiderült, hogy a vonatvezetők több mint 10%-a alkalmatlan feladata ellátására az új kritériumrendszer alapján, döntően cardiovascularis rizikófaktorok, illetve érbetegség okán (20).

Mivel a cardiovascularis okok még mindig a morbiditási és a mortalitási listák éllovasai, természetesen a munkavállalók ez irányú szűrése is alapvető. A legegyszerűbb módszer erre az úgynevezett Framingham score táblázat, ami adekvát rizikóbesorolást tesz lehetővé, melynek komoly terápiás vonzatai is vannak. Gyakorlatilag az összes prevenció ajánlás ezt preferálja (21). Számos online is elérhető kockázatbecslő algoritmus áll rendelkezésre, melyek igen könnyűvé teszik a mindennapos felhasználást (22). Mindazonáltal a betegek jelentős része nem kapja meg a rizikóprofiljának megfelelő adekvát kezelést, ezt támasztják alá a

középkorú, vascularis rizikófaktorokkal ugyan rendelkező, de a vascularis eseménytől mentes migrénes betegeken elvégzett vizsgálatunk eredményei is (23).

Pszichoszociális faktorok

Az egyén munkaképességét nem csupán fizikális, hanem pszichés, illetve szociális tényezők is befolyásolják. Kiemelendő a krónikus fájdalommal járó betegségekben szenvedők képességvizsgálata és ennek nehézségei. A krónikus derék- és nyakfájdalom okozta munkaképességcsökkenés (mint vezető ok), illetőleg ennek objektív meghatározása világszerte problémát jelent (24).

Krónikus fájdalom esetén mindig magasabb az átlagpopulációhoz képest a hangulatzavar aránya, és hangulatzavarban szignifikánsan gyakrabban lép fel fájdalom (25). Depresszió, illetve anhedonia esetén pedig a fizikális felmérések sem feltétlenül az objektív állapotot mutatják. Említésre méltó fogalom (nem csupán foglalkozás-egészségügyi szempontból) az úgynevezett atípusos vagy larvált depresszió.

Larvált vagy atípusos depresszióról akkor beszélünk, ha a kórképet nem hangulatzavar, hanem (akár jelentős) testi tünetek dominálják, esetlegesen szervi betegség megtevesztő látszatát keltve. Ezek a betegek sokszoros, igen részletes kivizsgálásokon, műtéti beavatkozásokon is áteshetnek, mire a hangulatzavar lehetősége egyáltalán felmerül (26). A larvált depresszió valójában a primer depressziók egyik speciális megnyilvánulási formája, melynek kezelésében a depressziók terápiájának általános irányelvei a mérvadóak, tehát szakszerű antidepresszív gyógyszeres kezelés és szükség esetén kiegészítő pszichoterápia indikált (27).

A fentiek alapján a krónikus fájdalommal járó

5. táblázat. A Work Role Functioning kérdőív

Munkahelyi követelmények	Megfelelés	Fizikai követelmények
Könnyedén kezdem a napi munkámat. Amint beérek a munkahelyemre, azonnal munkához látok. Megállás nélkül dolgozom. Minden percben tudom, mit kell tennem.	Olyan gyorsan dolgozom, ahogy csak tudok. Időben befejezem a munkám, bármilyen történjék is. Csak hibát ne kövessek el. Megfeleljek a főnökeimnek. Elégedett legyek a munkámmal. Megtegyem, ami tőlem telik.	5 kg-nál nehezebb tárgyak mozgatása. Legalább 15 percen át munkavégzés ugyanabban a pózban. Repetitív munka. Hajlongást, térdelést, nyújtózkodást igénylő munka. Kézfinommozgást igénylő munka (telefon, fax, számítógép stb.).
Rugalmasság	Mentális és szociális követelmények	
Fő célokat kell megvalósítanom. Időszakos változások következnek be a munkatervben. Bejövő információkat dolgozok fel (e-mail, telefon stb.). Egyszerre többféle dolgot is kell csinálnom. Önállóan, kreatívan kell dolgoznom.	Folyamatosan a munkámra koncentrálok. Figyelmesen dolgozom. Oda kell figyelnem a munkámra. Munka közben elkalandoznak a gondolataim. Munka közben olvasok, vagy könnyen veszek fel szemkontaktust. Emberekkkel beszélgetek személyesen vagy telefonon. Uralkodnom kell magamon a többiek között.	

betegségek esetén mindig fel kell, hogy merüljön a hangulatzavar lehetősége is. Külön kategória a neuropathiás fájdalom kimutatása krónikus fájdalommal járó betegségek között, melynek tárgyalása meghaladja cikkünk kereteit (28).

Az említett kórképekben a munkaképesség elbírálása komoly nehézségekbe ütközik, a beteg részvétele fájdalmas panaszaira való hivatkozással néha igen korlátozott lehet. Talán a legobjektívebb képet az egyén terhelhetőségéről a különféle képességtesztelő gépek adják (25). Célszerű a vizsgálatokat különféle hangulatzavar (például Beck-féle depresszióskála, MMPI) és fájdalom (szomatikus vs. neuropathiás fájdalom, például PainDetect vagy DN4 kérdőív) mérésére alkalmas kérdőívekkel is kiegészíteni ezen esetekben. Léteznek már olyan, foglalkozás-egészségügyi vizsgálatok során validált kérdőívek is (például Work Role

Functioning Questionnaire), melyek pszichoszociális faktorokat is figyelembe vesznek, de sem hangulatzavar, sem fájdalomtípus adekvát szűrésére nem alkalmasak (29) (5. táblázat).

A végső megoldás: ERGOSCOPE?

A leírtak alapján elmondható, hogy a munkaképesség elbírálása összetett folyamat végeredménye: egyrészt a lehető legobjektívebb fizikális felmérésből kell, hogy álljon, másrészt ezt ki kell egészíteni a különböző rizikófaktorokat, illetőleg pszichoszociális kvalitásokat mérő vizsgálatokkal.

Az ERGOS rendszeren alapuló magyar gyártású ERGOSCOPE rendszer ezeket nagy részben egyesíti (5, 6). A számítógépes szoftver segítségével lehet maximális, illetőleg átlagos erő-

6. táblázat. Az ergoszkóp vizsgálati protokollja

Statikus és dinamikus erő kifejtés vizsgálata	horizontális/ vertikális húzás/nyomás
Dinamikus erő kifejtés vizsgálata	súly székre vagy párkányra emelése két kézzel
Kéz erő kifejtése	csukló, kéz és ujjak mozgásai
Kéz érintésének vizsgálata	váltott kézzel tárgyak megérintése
Billentyűzetkezelés vizsgálata	billentyűzet lenyomása jobb, illetve bal kézzel, valamint utasításra
Tollvezetési vizsgálat	írászerű teszt
Mozgó fogantyú	mellkas, illetve fej feletti magasságban mozgatás
Váltókar	mellkas, illetve fej feletti magasságban mozgatás
Nyomógomb	mellkas, illetve fej feletti magasságban mozgatás
Kitartás	ládmozgatás, labdávágatás/-gördítés
Monotóniátűrő	bőröndök mozgatása, labdák szelektálása

kifejtést objektíven vizsgálni, továbbá az ezekből származtatható nyomatókat és egyéb teljesítménnyel kapcsolatos paramétereket mérni. A finommozgások (ujjak, kéz) objektív megítélésre is lehetőség van, továbbá munkafolyamat-összerendezés, illetve monotoniatűrési vizsgálatára is alkalmazható. Az ülő-, illetve állómunkára való alkalmasság eldöntése is a folyamat része. A repetitív tesztek statisztikai kiértékelése pedig segít a teljesítménycsökkenés, illetőleg hibaszázalék megítélésében (31, 32) (6. táblázat). Az eszközös vizsgálatok különféle kérdőíves vizsgálatokkal kiegészülve igen hatékony állapotfelmérést tesznek lehetővé, melynek komoly szociális és egészségbiztosítási vonzatai is lehetnek (33, 34).

A rokkantsági nyugdíjasok számának 1960-as években indult jelentős növekedése a rendszer-váltás időszakában csúcsosodott ki, az 1990-es évek elején a rendszerbe áramlók évenkénti száma megközelítőleg 60–70 ezer között mozgott. (Az egészségi állapot megromlása mellett a betegség hátterében főleg a munkaerőpiaci viszonyok drasztikus változását, az elhelyezkedési lehetőségek beszűkülését kell, hogy keressük, a rokkantosság ugyanis ekkor sokak számára a munkanélküliség alternatíváját jelentette.) A rokkantsági nyugdíjasok száma a 2000-es évek elején még valamelyest emelkedett, 2005-től azonban – a rendszerbe belépők számának csökkenése, az öregsginyugdíj-korhatár átlépése, valamint az azóta életbe léptetett szigorítások, felülvizsgálatok eredményeképpen – már folyamatosan mérséklődött. A fentiek ellenére is 2011 januárjában országosan közel 338 ezren részesültek korhatár alatti rokkantsági nyugdíjban a KSH adatai alapján (35). Alapvetően fontos lenne eme jelentős csoport munkavégző-képességének felülvizsgálata és lehetőség szerint (akár csökkent munkaképességüként) visszavezetése a nyílt munkaerőpiacra, mely jelenleg komoly (mind a munkavállalói létszám, mind a képzettség tekintetében) kihívásokkal küzd.

Az ismertetett eszközös vizsgálat segítségével nemzeti szinten, objektíven, adekvát kérdőíves kiegészítéssel lehetségessé válik a munkavégző-képesség- és munkaképesség-csökkenés összetett elbírálása, melynek szociális és anyagi vonzata jelentős. Ezek orvosi háttere hazánkban még nem teljesen kiforrott, melyre nemzetközi felmérések is felhívják a figyelmet (36).

A fentiek okán a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal 2015-ben 18 darab egypanelos ERGOSCOPE képességvizsgáló szimulátort (megyenként 1-1 darab) és 7 darab hárompanelos képességvizsgáló munkaszimulátort (régiónként 1-1 darab) szerzett be a TÁMOP 5.4.8 és a TIOP 3.2.2. konstrukció keretében. A be-

szerezés a munkaképesség-változás objektív mérési rendszerének kialakítása érdekében történt, amelyre a rehabilitációs ellátás tömeges felülvizsgálata teremtett igényt. A gépek valós rendszerbe állítása azonban nem történt meg, amit részben az NRSZH megszűnése is indokolt. Kiépítettek egy olyan országos lefedettségű mérési hálózatot, amely jelenleg nem működik, mivel a kormányhivatali rendszerben jelenleg nincs meg az a tudás, amivel a rendszer használható lenne, illetve hiányzik az a know-how, amivel komplex vizsgálatokat lehetne végezni a megváltozott munkaképességű célcsoportok egészséges és tartós foglalkoztatása érdekében (5).

Összefoglalás

Noha a foglalkozás-egészségügyi kutatások a 21. század elején jelentősen felerősödtek, elmondható, hogy a vizsgálatok döntően a fizikális paraméterekre fókuszálnak (37). Az egyén terhelhetősége szempontjából a legobjektívebb eredményt egyértelműen az eszközös (komputerizált) vizsgálatok adják, de figyelembe kell venni pszichoszociális tényezőket, illetőleg a vascularis rizikófaktorokat is. A növekvő számú szakirodalmi adat ellenére sincsenek kidolgozva a nemzetközi normák, mely hiányosságra ismételt felhívja a figyelmet egy, a *British Medical Journalben* közelmúltban megjelent összefoglaló elemzés (38).

Több európai országban (Hollandia, Svédország) létrehozták már az egységes nemzeti normákat és az ennek megfelelő képzési programokat is (16, 34). Az ERGOSCOPE széles körű elterjesztésével ennek már hazánkban is megvan az alapja, jelenleg a nemzeti standardok kialakítása folyik.

Sajnálatos módon a fenti rendszer esetében olyan adatbázis és szoftver, mely a munkaképesség, illetve csökkenésének objektív megítélését tenné lehetővé, még nem áll rendelkezésre. Intézetünkben jelenleg ennek kialakítása történik, továbbá a képességvizsgáló munkaszimulátoros fizikai mérésekhez szellemi kompetencia-vizsgáló rendszert illesztünk, ami így alkalmassá válik a komplex felhasználásra.

Összegezve, cikkünk egy jelenleg kialakítás alatt álló, izgalmas témakörre igyekszik felhívni a figyelmet, mely a rutin orvostudásnak – sajnálatos módon – nem szerves része, noha mind anyagi, mind szociális vonzatai óriásiak.

A munkaképesség vizsgálata, meghatározásának módszerei nem épültek be az általános orvosi gyakorlatba.

Irodalom

1. Wind H, Goutteborge V, Kuijjer PP, et al. Complementary value of functional capacity evaluation for physicians in assessing the physical work ability of workers with musculoskeletal disorders. *Int Arch Occup Environ Health* 2009;82(4):435-43. <https://doi.org/10.1007/s00420-008-0361-x>
2. Serra C, Rodríguez MC, Delclos GL, et al. Criteria and methods used for the assessment of fitness for work: a systematic review. *Occup Environ Med* 2007;64(5):304-12. <https://doi.org/10.1136/oem.2006.029397>
3. James CL, Reneman MF, Gross DP. Functional Capacity Evaluation Research: Report from the Second International Functional Capacity Evaluation Research Meeting. *J Occup Rehabil* 2016;26(1):80-3. <https://doi.org/10.1007/s10926-015-9589-y>
4. Kézikönyv a foglalkozások egészségi szempontjainak meghatározásához Cseh Károly (szerkesztő). Pécsi Tudományegyetem Emberi Erőforrás Fejlesztési Kar, 2014. https://mkrt.hu/doc/Szoros_Gabriella_Alkalmassagi_vizsgalatok_az_NRSZH_gyakorlataban.pdf
5. Irányelvek a funkcióképesség, a fogyatékoság és a megváltozott munkaképesség véleményezéséhez. Juhász Ferenc (szerkesztő). Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.; 2004.
6. Vályi P. LAM „Betegségügy”, „egészségügy” vagy „egészség-ügy” a mindennapi orvosi gyakorlatban? *Lege Artis Medicinæ* 2015;25(11-12).
7. Vályi P. Az egészségügytől az „egészség-ügy”-ön át a „teljeség-ügy”-ig. *Hypertonia és Nephrologia* 2017;21(6):262-9. www.ommf.gov.hu/letoltes.php?id_id=7422
8. Simpson SJ, Richlin D. The role of functional capacity evaluations in occupational health settings. *AAOHN J* 2003;51(5):202-3. PMID:12769165
9. Matheson L. The functional capacity evaluation. In G. Andersson & S. Demeter & G. Smith (Eds.), *Disability Evaluation*. 2nd Edition. Chicago, IL: Mosby Yearbook; 2003.
10. Hunt DG, Zuberbier OA, Kozlowski AJ, et al. Are components of a comprehensive medical assessment predictive of work disability after an episode of occupational low back trouble? *Spine (Phila Pa 1976)*. 2002;27(23):2715-9.
11. Pransky GS, Dempsey PG. Practical aspects of functional capacity evaluations. *J Occup Rehabil* 2004;14(3):217-29. PMID: 15156780
12. Lax MB, Manetti FA, Klein RA. Medical evaluation of work-related illness: evaluations by a treating occupational medicine specialist and by independent medical examiners compared. *Int J Occup Environ Health* 2004;10(1):1-12. <https://doi.org/10.1179/oeh.2004.10.1.1>
13. Wind H, Goutteborge V, Kuijjer PP, et al. The utility of functional capacity evaluation: the opinion of physicians and other experts in the field of return to work and disability claims. *Int Arch Occup Environ Health* 2006;79(6):528-34. <https://doi.org/10.1007/s00420-005-0081-4>
14. Soer R, Reneman MF, Frings-Dresen MH, et al. Experts opinion on the use of normative data for functional capacity evaluation in occupational and rehabilitation medicine and disability claims. *J Occup Rehabil* 2014;24(4):806-11. <https://doi.org/10.1007/s10926-014-9507-8>
15. Chen JJ. Functional capacity evaluation & disability. *Iowa Orthop J* 2007;27:121-7. PMID: 17907444
16. De Baets S, Calders P, Schalley N, et al. Updating the Evidence on Functional Capacity Evaluation Methods: A Systematic Review. *J Occup Rehabil* 2018;28(3):418-28. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9734-x>
17. Hocking B. The inquiry into the Waterfall train crash: implications for medical examinations of safety-critical workers. *Med J Aust* 2006;184:126-8. PMID: 16460298
18. Mina R, Casolin A. National standard for health assessment of rail safety workers: the first year. *Med J Aust* 2007;187(7):394-7. PMID: 17908002
19. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2016;37(29):2315-81. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw106>
20. <https://reference.medscape.com/calculator/framingham-cardiovascular-disease-risk>
21. Feher G, Fejes E, Gombos K, et al. Characteristics of patients referred to a primary headache clinic. *Cephalalgia Hungarica* 2018;28:9 (Hungarian).
22. Schult ML, Ekholm J. Agreement of a work-capacity assessment with the World Health Organisation International Classification of Functioning, Disability and Health pain sets and back-to-work predictors. *Int J Rehabil Res* 2006;29(3):183-93. <https://doi.org/10.1097/01.mrr.0000210057.06989.12>
23. Lerman SF, Rudich Z, Brill S, et al. Longitudinal associations between depression, anxiety, pain, and pain-related disability in chronic pain patients. *Psychosom Med* 2015;77(3):333-41. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000158>
24. Łojko D, Rybakowski JK. Atypical depression: current perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2017;13:2447-56. <https://doi.org/10.2147/NDT.S147317>
25. Fehér G. Krónikus derékfájás és ami a háttérben van. <http://www.webdoki.hu/cikk/98258/tudas-a-gyakorlatban/kronikus-derekfajas-es-kovetkezmenye.html>
26. Deli G, Bosnyak E, Pusch G, et al. Diabetic neuropathies: diagnosis and management. *Neuroendocrinology* 2013;98(4):267-80. <https://doi.org/10.1159/000358728>
27. Kuijjer PP, Goutteborge V, Brouwer S, et al. Are performance-based measures predictive of work participation in patients with musculoskeletal disorders? A systematic review. *Int Arch Occup Environ Health* 2012;85(2):109-23. <https://doi.org/10.1007/s00420-011-0659-y>
28. Hong QN, Coutu MF, Berbiche D. Evaluating the validity of the Work Role Functioning Questionnaire (Canadian French version) using classical test theory and item response theory. *Work* 2017;57(4):501-15. <https://doi.org/10.3233/WOR-172585>
29. Izso L, Szekely I, Danos L. Possibilities of the ErgoScope high fidelity work simulator in skill assessment, skill development and vocational aptitude tests of physically disabled persons. *Stud Health Technol Inform* 2015;217:825-31. PMID: 26294570
30. Bretz KJ, Dános L, Smudla S, et al. Advanced work capacity testing. *Stud Health Technol Inform*. 2015;217:941-5. PMID: 26294589
31. Gibson L, Strong J, Wallace A. Functional capacity evaluation as a performance measure: evidence for a new approach for clients with chronic back pain. *Clin J Pain* 2005;21(3):207-15. <https://doi.org/10.1097/00002508-200505000-00003>
32. Spanjer J, Krol B, Brouwer S, et al. Reliability and validity of the Disability Assessment Structured Interview (DASI): a tool for assessing functional limitations in claimants. *J Occup Rehabil* 2010;20(1):33-40. <https://doi.org/10.1007/s10926-009-9203-2>
33. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/regio/rokkantsag.pdf>
34. Laštovková A, Nakládálová M, Fenclová Z, et al. Low back pain disorders as occupational diseases in the Czech Republic and 22 European Countries: Comparison of national systems, related diagnosis and evaluation criteria. *Cent Eur J Public Health* 2015;23(3):244-51. <https://doi.org/10.21101/cejph.a4185>
35. Cronin S, Curran J, Iantorno J, et al. Work capacity assessment and return to work: a scoping review. *Work* 2013;44(1):37-55.
36. Barth J, de Boer WE, Busse JW, et al. Inter-rater agreement in evaluation of disability: systematic review of reproducibility studies. *BMJ* 2017;356:j14. <https://doi.org/10.1136/bmj.j14>

Az időskorúak gondozásának egészség-gazdaságtani kérdései Magyarországon

Németh Bertalan

THE HEALTH ECONOMIC ISSUES OF GERIATRIC CARE IN HUNGARY

BEVEZETÉS – Magyarországon az elöregedő társadalom komoly kihívások elé állítja az egészségügyi (és a szociális) ellátórendszert. Az időskorúak ellátásának komplex problémája miatt a geriátriai ellátás speciális integráló szemléletet kíván a hatékony működés érdekében.

MÓDSZEREK – A magyar finanszírozó által elérhető adatok alapján, hazai és nemzetközi publikációkkal kiegészítve foglalkozunk meg ajánlásokat a geriátriai ellátásokkal kapcsolatban.

EREDMÉNYEK – A publikus adatok alapján a geriátriai ellátások igénybevételének mértéke kicsi, Magyarországon belül komoly területi egyenlőtlenségek mutatkoznak. A járóbeteg-szakellátásban a geriátria szakmakódú eljárások száma csökkenő tendenciát mutat.

MEGBESZÉLÉS – A hazai ellátórendszeren belül nem könnyű eligazodni az igénybe vehető szolgáltatások között, pedig nemzetközi példák alapján a geriátriai ellátás révén egészségnyereség-többlet realizálható. A hazai ellátórendszerben a geriátria szerepének növelése szükséges, ami a szakemberhiány kezelése, az ellátórendszerek közötti és az egészségügyön belüli szakmaközi kapcsolatok tisztázása és összehangolása révén valósulhat meg.

INTRODUCTION – In Hungary, the ageing of the population is a major challenge for the healthcare system (and for the social care). Due to the complexity of treatment of the elderly, geriatric care needs to have a special integrative approach, in order to function effectively.

METHODS – We analysed the data that was made publicly available by the Hungarian Payer, together with domestic and international publications, to provide suggestions regarding geriatric care.

RESULTS – Based on public data, the utilization of geriatric healthcare services is low, and major differences could be observed within different areas of the country. Within outpatient care, geriatric care shows a decreasing trend.

DISCUSSION – It is complicated to navigate through the services provided by the Hungarian healthcare system, while international examples show that additional health gain can be realized with geriatric care. The role of geriatric care needs to be increased within the Hungarian healthcare system, together with addressing the shortage of experts, and clarification of the relations and coordination amongst macro-level systems, and different healthcare professions.

előregedés, időskori ellátás, Magyarország, ellátórendszer

ageing, geriatric care, Hungary, healthcare system

NÉMETH Bertalan (levelező szerző/correspondent):
Syreon Kutató Intézet / Syreon Research Institute; H-1142 Budapest, Mexikói út 65/A.
E-mail: bertalan.nemeth@syreon.eu

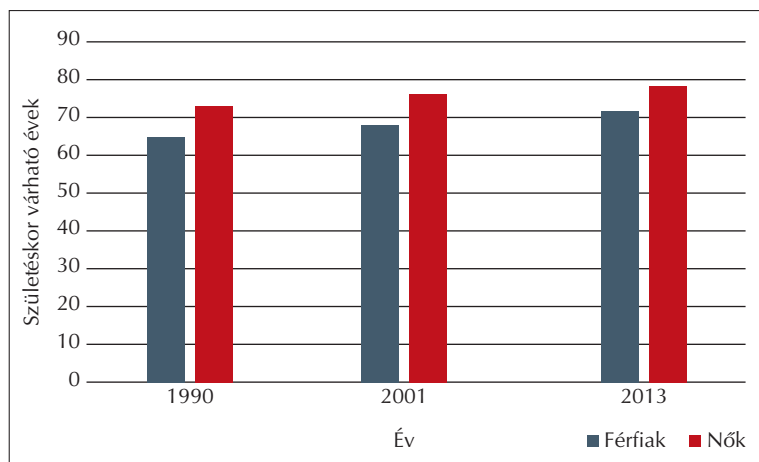
Érkezett: 2018. december 10.

Elfogadva: 2019. január 7.

<https://doi.org/10.33616/lam.29.040>

Magyarország egyik vezető demográfiai kihívása a társadalom elöregedése. A 65 év felettiek gyermekkorú népességhez (0–14 évesek) viszonyított aránya, az úgynevezett öregedési index értéke hazánkban 2015-ben 126,1% volt, ami a korábbi évekhez képest folyamatos emelkedést mutat (1). Egyes becslések szerint ez az érték 2030-ra a 179%-ot is elérheti (2). A jelenség nem magyar sajátosság, az előre-

gedés a világ számos társadalmában jelentkezik. Egyes becslések szerint 2050-re a 60 éven felüliek és a 15 éven aluliak száma a világban közel azonos, egyaránt kétmilliárd fő lesz (2). A folyamat fő okai között a várható élettartam növekedése (1. ábra), illetve a csökkenő gyermekvállalási ráták említhetők, melyek kiegészülnek egy generációhoz (például hazánkban az úgynevezett Ratkó-gyermekekhez) szorosan köthető



1. ábra. A születéskor várható élettartam változása Magyarországon

Adatok forrása: KSH (4)

hullámszerű változásokkal. Sajnálatos módon, a várhatóan egészségben megélt életek növekedése jellemzően elmarad a várható élettartam növekedési ütemétől (3).

Az előregedés egyszerre több területen is nagy kihívást jelent a társadalmak számára, a szociológiai, etikai, munkaerőpiaci és nyugellátási aspektusok mellett természetesen az egészségügyi rendszerek szervezésére is komoly hatással van. A Magyar Nemzeti Bank elemzése alapján a 65 év fölöttiek által igénybe vett természetbeni ellátások egy főre eső értéke több mint duplája a teljes népesség átlagának (5). Ennek fő oka az, hogy a felnőtt korú népességhez képest az időskorúak jellemzően nagyobb mértékben veszik igénybe az egészségügyi rendszerek szolgáltatásait a krónikus betegségek magasabb prevalenciája, a fizikai és mentális betegségek okozta nagyobb mértékű funkcióvesztés, a korlátozott önellátás és a társuló betegségek együttes előfordulása (komorbiditás) miatt (6). Ezzel összefüggésben az egészségi állapot megélése, saját megítélése is

jelentősen romlik a kor előrehaladtával. Egy közelmúltbeli felmérés során a hazai 60–74 éves korosztály közel harmada, míg a 75 éven felülieknek mindössze 14%-a tartotta jónak az egészségi állapotát (7).

Ez a komplex folyamat többletterheket ró az ellátórendszerekre, azonban ezek nagyságrendjéről hosszú ideje komoly szakmai viták folynak az egészségügyi közgazdaságtan szakemberei között. Egyes modellek szerint az egészségügyi kiadások emelkedésében a társadalmak előregedésének szerepe annak lassú üteme miatt nem tekinthető jelentősnek, és a költségek növekedését egyéb folyamatok, például a növekvő innovációs költségek nagyobb mértékben befolyásolják (8–10). A Magyar Nemzeti Bank korábban a bruttó nemzeti össztermék (GDP) arányában a bázisadathoz viszonyítva 0,4 százalékpontos növekedést becsült a 2012 és 2027 közötti időszakra összesen (5). Abban a legtöbb szakértő egyetért, hogy a jelenséget a költségvetés változásán túl szemléletbeli és strukturális változtatások szintjén is szükséges kezelni, illetve hogy a változásokra nem megfelelően felkészült rendszerek esetében az anyagi következmények is súlyosabbak lehetnek. Mindezek mellett az egyes ellátások szervezésénél nem szabad megfeledkezni arról, hogy az egészségügyi dolgozók előregedése önmagában is kihívás elé állítja az ellátórendszereket (11).

A geriátriai ellátás esetében fontos hangsúlyozni, hogy ennek jellege túl kell, hogy mutasson az önmagában a betegek életkorán alapuló besoroláson, speciális integráló szemlélettel kell, hogy forduljon az egyszerre fellépő kórképek kezelése és a rehabilitáció lehetősége felé (12). Fontos kiemelni, hogy a krónikus ellátás és az időskori ellátás között még annak figyelembevétele mellett is érdemes különbséget tenni, hogy tudjuk, az időskorúak többsége egy vagy több krónikus betegséggel él együtt. Hazánkban legin-

1. táblázat. A NEAK járóbeteg-szakellátásra vonatkozó adatai alapján a geriátriai ellátások megoszlása 2017-ben

Megye	Megyei lakónépesség	Megjelenési esetszám	Megjelenési esetszám / 100 ezer lakos	Beavatkozások száma	Beavatkozások száma / 100 ezer lakos	Pontszám összesen
Baranya	365 726	598	163,51	1912	522,80	562 202
Csongrád	401 469	668	166,39	1445	359,93	337 935
Komárom-Esztergom	297 381	8	2,69	10	3,36	5428
Szabolcs-Szatmár-Bereg	562 058	185	32,91	189	33,63	133 399
Zala	272 798	2361	865,48	2882	1056,46	1 650 994
Összesen	9 797 561*	3820	38,99	6438	65,71*	2 689 958

*Magyarország összesen

Forrás: NEAK (15), KSH (16)

kább a magasvérnyomás-betegség, az ischaemiás szívbetegség, valamint a csigolya- és porckorong-betegségek előfordulása a jellemző, amit a zsíryanycsere-zavarok, cukorbetegség és az agyi ér-betegségek követnek (13).

Írásunkban a hazai időskorú népesség ellátásának legfőbb jellemzőit mutatjuk be röviden, a helyzet megismerése, illetve a lehetséges fejlesztési irányok meghatározása céljából.

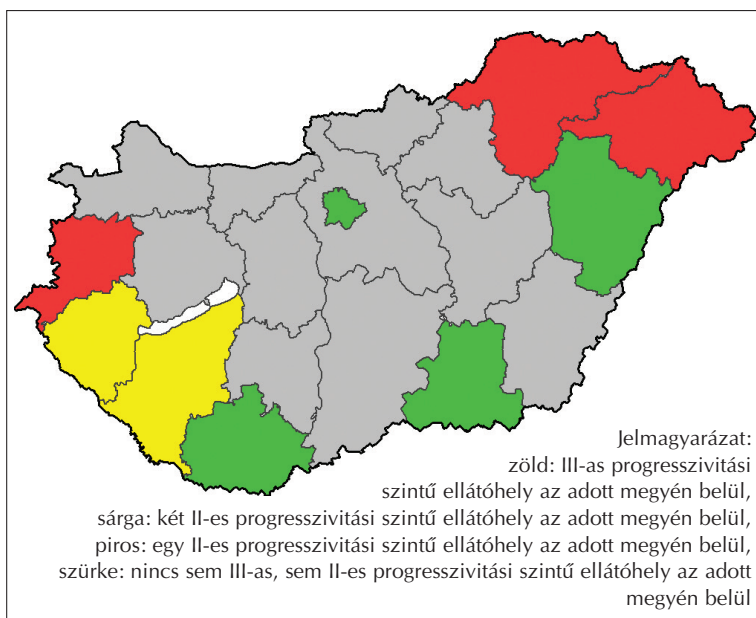
Módszerek

Elemzésünk során elsősorban a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) nyilvános adatbázisaira támaszkodtunk, illetve annak kiegészítéseként a hazai és nemzetközi publikációk alapján teszünk kísérletet a helyzet leírására, a statikus adatokon túl a trendszerű változásokat is elemezve, amelyek alapján ajánlások is megfogalmazhatók.

Eredmények

A hazai jogszabályi definíció szerint geriátriai beteg „az a 65 évesnél idősebb, több betegségben szenvedő beteg, akinél komplex diagnosztikai felmérésre és rehabilitációra szoruló állapot észlelhető, amely miatt folyamatosan kezelni, törődni és gondozni kell az erre az életkorra jellemző urogenitális, pszichiátriai, mozgásszervi, kardiális és egyéb betegségekkel” (14).

Prof. dr. Kiss István 2016-ban az aktív geriátria esetében négy III-as progresszivitási szintű, eze-



2. ábra. A III-as és II-es progresszivitási szintű aktív geriátriai ellátóhelyek megyei bontásban, prof. dr. Kiss István 2016-os előadása nyomán

Forrás: Prof. dr. Kiss István (13)

ken felül hat további, II-es progresszivitási szintű ellátóhelyet azonosított (13). Ezek elhelyezkedését megyénkénti bontásban mutatja a 2. ábra.

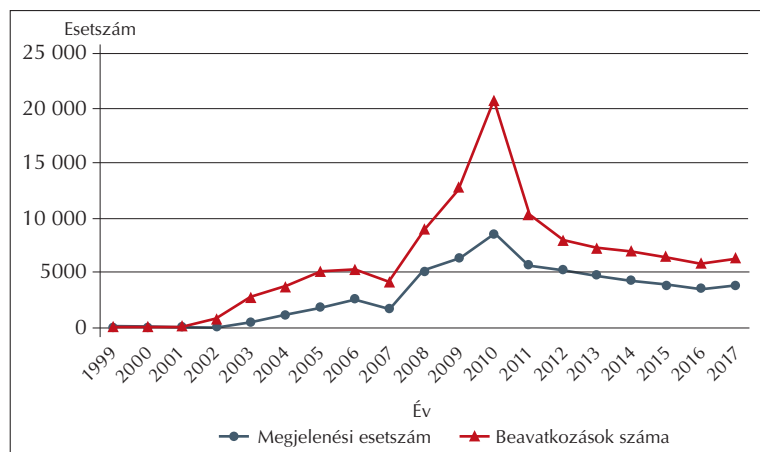
Sajnálatos módon, a hazai publikus adatbázisok közül nem mindegyikben van lehetőség az adatok korcsoport szerinti bontására. A NEAK járóbeteg-szakellátásra, illetve fekvőbeteg- és kúraszerű ellátásra vonatkozó adatai (15) közül a Geriátria szakmakódú (0106) 2017. évi ellátások számát (OENO pontszám, illetve HBCs súlyszám adatok alapján) az 1., illetve a 2. táblázat

2. táblázat. A NEAK fekvőbeteg- és kúraszerű ellátás összesített teljesítmény adatai alapján a geriátriai ellátások megoszlása 2017-ben megyék szerint

Megye	Megyei lakónépesség	Finanszírozási eset	Finanszírozási eset / 100 ezer lakos	Elszámolt ápolási nap	Elszámolt ápolási nap 100 ezer lakos	Súlyszám összesen	Elszámolt nap / finanszírozási eset
Budapest	1 752 704	546	31,15	6618	377,59	509,01	12,1
Baranya	365 726	502	137,26	7101	1941,62	578,43	14,1
Borsod-Abaúj-Zemplén	654 402	435	66,47	4695	717,49	321,22	10,8
Csongrád	401 469	421	104,86	4539	1130,60	447,31	10,8
Hajdú-Bihar	532 399	124	23,29	1204	226,15	144,04	9,7
Somogy	306 698	559	182,26	8054	2626,04	566,53	14,4
Szabolcs-Szatmár-Bereg	562 058	431	76,68	4011	713,63	314,41	9,3
Vas	253 109	196	77,44	1578	623,45	200,06	8,1
Zala	272 798	618	226,54	5459	2001,11	565,74	8,8
Összesen	9 797 561*	3831	39,10	43 259	441,53*	3646,74	11,3

*Magyarország összesen

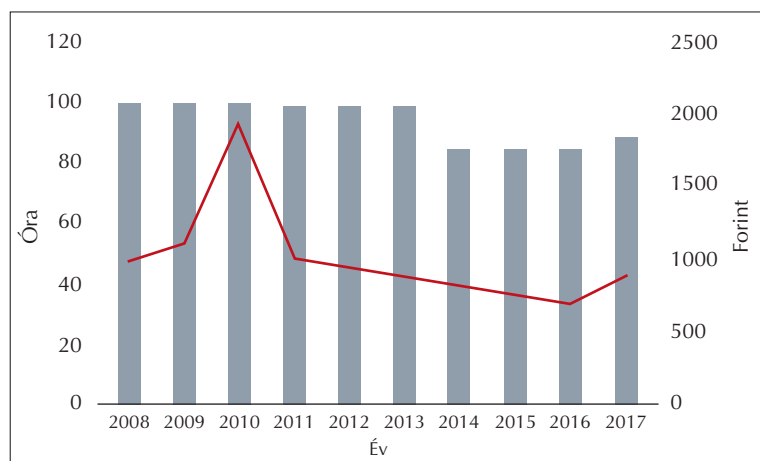
Adatok forrása: NEAK (15), KSH (16)



3. ábra. A NEAK járóbeteg-szakellátásra vonatkozó adatai alapján a geriátriai ellátások esetszámának és a beavatkozások számának alakulása

Adatok forrása: NEAK (15)

mutatja azon öt megyéből, illetve a fővárosból, és abból a nyolc megyéből, ahonnan ezeket az ellátásokat jelentették. A 3. ábra mutatja be a NEAK járóbeteg-szakellátásra vonatkozó adatai alapján a Geriátria szakmakódú (0106) ellátások időbeli változását, míg a 4. ábra az átlagos heti rendelési órák, valamint az egy órára jutó átlagos szakorvosi munkadíjak változását ugyanezen ellátások esetében. A geriátriai fekvőbeteg-ellátás NEAK adatbázisában megtalálható adatai az intézetek típusa szerinti bontásban is elérhetők (3. táblázat).



4. ábra. A NEAK járóbeteg-szakellátásra vonatkozó adatai alapján a geriátriai ellátások rendelési óráinak és az egy órára jutó szakorvosi munkadíjak változása

Adatok forrása: NEAK (15)

Megbeszélés

Magyarországról korábban már megállapították, hogy a hazánkban működő geriátriai osztályok száma kevés, a 2. ábra alapján az aktív geriátria

II-es és III-as szintű ellátóhelyeinek földrajzi megoszlása egyenlőtlen (13). Ezt támasztja alá az 1. és a 2. táblázat is, ahol mind a járóbeteg-szakellátásra, mind a fekvőbeteg- és kúraszerű ellátásra jellemző a megyék szintjén megjelenő igen jelentős eltérés. Ezt illusztrálja, hogy Zala megye a 100 ezer lakosra jutó geriátriai ellátások tekintetében első helyen áll, az elszámolt ápolási napok tekintetében Somogy megye vezet 100 ezer lakosra vetítve. Utóbbi adata még a budapesti számokat is felülmúlja, miközben tíz megyénkben egyik típusú ellátásra sem számoltak el eseteket. Az egy esetre jutó finanszírozási napok száma is jelentős megyénkénti eltéréseket mutat, a Vas megyében jellemző 8,1-es értéktől a Somogyban jellemző 14,4 napig terjed a skála. Az intézmények típusa szerinti bontás (3. táblázat) alapján a megyei és egyetemi intézmények szerepe kiemelkedő, a fővárosi intézmények az esetszám és az ápolási napok tekintetében is alacsony számokat mutatnak. Az egy esetre jutó finanszírozási napok száma a városi intézmények kivételével nem mutat jelentős különbségeket az intézmények típusa szerint.

A járóbeteg-szakellátás idősoros adatai alapján a geriátriai ellátás gyors növekedése után 2010 óta csökkenés figyelhető meg. A geriátriai ellátások iránti igény a szakemberek közötti konszenzus alapján nem csökkenő, hanem növekvő tendenciát mutat, így a 3. ábra elsősorban a hazai ellátórendszer, illetve az adatbázisok limitációit, a 0106-os szakmakód körüli változtatásokat jelzi (13). A 4. ábra alapján, az elmúlt tíz évet tekintve, a heti rendelési órák kismértékű csökkenést mutatnak, míg az egy órára jutó díj összege a 2010-es maximum óta csökkenő tendenciát mutat – ez alól a 2017. évi adat kivétel, ott ismét növekedés figyelhető meg. Az egy órára jutó díjak tekintetében fontos kiemelni, hogy a geriátria esetében a 2017. évi 887 forint a NEAK táblázatában felsorolt szakmák közül a legalacsonyabbak közé tartozik, és jelentősen elmarad a 10 782 forintos 2017. évi szakmák közötti átlagtól (15). Ezen jelenségek összességében negatívként értékelhetők.

Túlmutatva a geriátriai szakmakódon könyvelt eljárásokon, egy korábbi elemzés alapján mind az aktív, mind a krónikus belgyógyászati ágyak többségén (62%, illetve 63%) 65 év feletti betegeket látnak el, míg az ápolási szakellátás esetén ez az arány megközelíti a 80%-ot (17). Az időskorúak által igénybevett egészségügyi szolgáltatások mértékét és annak növekedését jól illusztrálja, hogy az Egészségbiztosítási Alap által finanszírozott kórházi napok közül a 65 évesnél idősebb korosztály által igénybevett napok száma a 2004-es 38%-ról mindössze tíz év alatt 49%-ra emelkedett. A hazai belgyógyászati és

3. táblázat. A NEAK fekvőbeteg- és kúraszerű ellátás összesített teljesítmény adatai alapján a geriátriai ellátások megoszlása 2017-ben az intézetek típusa szerint

Intézet típus	Finanszírozási eset	Elszámolt ápolási nap	Súlyszám összesen	Elszámolt nap / finansz. eset
Egyetemek	1047	12 844	1169,78	12,3
Megyei intézetek	1585	18 730	1352,20	11,8
Fővárosi intézetek	133	1596	151,50	12,0
Városi intézetek	653	5067	615,75	7,8
MÁV, MH, BM, Egyéb intézetek	412	5022	357,50	12,2
Összesen	3831	43 259	3646,74	11,3

Adatok forrása: NEAK (15)

geriátriai osztályokon kezeltek körében a 70–90 éves korosztály esetében jelentős átfedés tapasztalható (17).

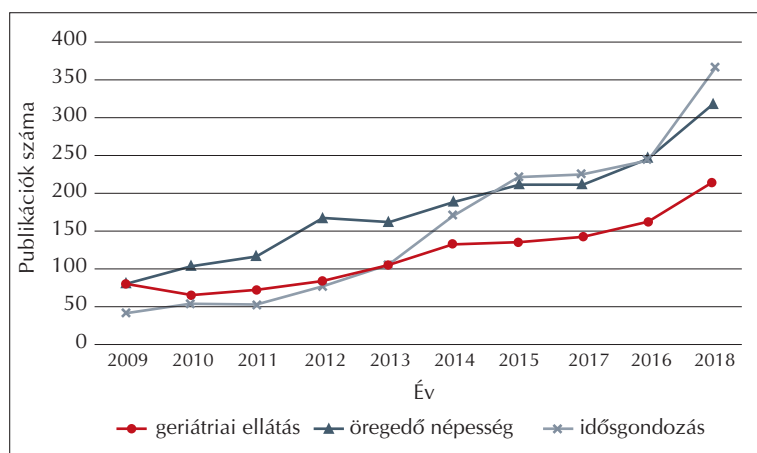
Prof. dr. Bakó Gyula, a Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság megbízott elnöke szerint a magyar geriátriai ellátás helyzetét súlyos szakemberhiány jellemzi. A 2000 óta szakvizsgához kötött geriátriát, mint önálló szakterületet, mindössze körülbelül 120-an művelik hazánkban (18). További probléma, hogy az idősgyógyászati osztályok vagy egyetemi tanszékek lényegében hiányoznak az egészségügyi ellátásból, és hogy az orvosképzésben nem kötelező az alapszintű geriátriai ismeretek megszerzése. Prof. dr. Bakó Gyula megítélése szerint Magyarország a geriátria területén az utóbbi években lemaradt nemcsak a fejlett nyugat-európai országoktól, hanem Szlovákiától vagy Csehországtól is (18).

Az elmúlt évtizedben az időskori ellátással kapcsolatos publikációk száma világszerte folyamatosan növekszik, bővítve a geriátriai ellátással kapcsolatos ismeretanyagot. Ezt illusztrálja az 5. ábra, ami évenkénti bontásban mutatja néhány kapcsolódó keresőkifejezés találati számát a PubMed adatbázisban.

A következő nemzetközi példák alátámasztják a célzott geriátriai kezelések révén megmutatkozó, sok esetben számszerűsíthető előnyöket. Egy közelmúltbeli norvég tanulmány eredményei szerint a vizsgált csípőtörés esetében szignifikánsan jobb eredmény érhető el a gyógyulás terén, amennyiben a geriátriai jelleget is figyelembe veszik a kezelés során (20). A komplex geriátriai kezelés egy holland kutatás szerint emellett az időskori funkcionális terén jelentkező csökkenést is mérsékelheti (21). Az életminőség-méréssel egybekötött vizsgálatok is igazolták a geriátriai ellátások jelentette előnyöket – különösen az alacsony jövedelemből élők körében (22). Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) időskori ellátással foglalkozó riportja is

egyértelműen a betegségalapú megközelítés helyett a funkcióközpontú megközelítést javasolta, kiemelve az egyéni belső kapacitásainak javítását a teljes élethossz során (23). Mindezek fényében nem meglepő, hogy egy holland elemzés a 2008 és 2030 közötti időszakra a geriátriai kezelések igénybevételének 37%-os növekedését becsülte (24). Fontos megemlíteni, hogy Európa keleti és nyugati fele között jelentős a különbség az időskorúak kezelésének hatékonyságában, amit példaként ezen korcsoport influenza elleni vakcinációja, illetve a megbetegedés kezelése kapcsán mutatott be egy tanulmány (25).

A nemzetközi példák alapján a geriátriai kezelések által az időskorúak körében egészségnyereség realizálható. Sajnálatos módon a jelenlegi magyar ellátórendszerben nem könnyű eligazodni az igénybe vehető szolgáltatások között (13, 17). Ezen túlmenően, a hazai elemzők lehetőségei is korlátozottak – javasolt, hogy az ország legfontosabb publikus adatbázisaiban legyenek meg a technológiai feltételei az időskorú korcsoportra vonatkozó célzott elemzéseknek. Fontos



5. ábra. Az időskori ellátással kapcsolatos publikációk száma a PubMed adatbázisban, évenkénti bontásban

Adatok forrása: PubMed (19)

feladat a szociális és egészségügyi ellátórendszer kapcsolatának rendezése, működésük összehangolása, valamint az utóbbi rendszeren belül az egyes szakmák egymáshoz való viszonyának egyértelműsítése is (13, 17).

Egészség-gazdaságtani elemzői szempontból továbblépési irány lehet az időskori ellátásban korábban már kutatásokat végzők összefogása, a tapasztalatok megosztása és a minél teljesebb adatbázisokhoz való hozzáférés annak érdekében, hogy még pontosabb képet kapjunk erről az egyre fontosabbá váló területről.

Összegezve a leírtakat, a magyar társadalom elöregedése komoly változtatásokat tesz szükségesé. A jelenlegi ellátórendszer számos elemében szükséges a fejlesztés, az integráló típusú hálózatos szerkezet és működés létrehozása, a dedikáltan geriátriai kapacitások bővítése a területi egyenlőtlenségek csökkentése érdekében. Mivel igen kevés a szakember, ezen célok csak a hazai geriátriai képzés bővítésével együtt valósíthatók meg. A kérdéskör komplexitása miatt azonban a fenti lépésekre csupán az érintett szereplők összhangja és aktív együttműködése révén kerülhet sor.

Irodalom

- Gyöngyi S. A gyermekvállalási hajlandóság vizsgálata a gyermek felnevelésével járó többletköltség tükrében. *Tanulmánykötet-Vállalkozásfejlesztés a XXI. században VII.* 2017. p. 549-60.
- Harper S. Economic and social implications of aging societies. *Science* 2014;346(6209):587-91. <https://doi.org/10.1126/science.1254405>
- Lim WS, Wong SF, Leong I, Choo P, Pang WS. Forging a frailty-ready healthcare system to meet population ageing. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2017;14(12):1448. <https://doi.org/10.3390/ijerph14121448>
- Központi Statisztikai Hivatal Népeségtudományi Kutatóintézet. Demográfiai Fogalomtár. Szerk: Kapitány Balázs. 2015.
- Magyar Nemzeti Bank. Elemzés az államháztartásról – Kivetítés a költségvetési egyenleg és az államadósság alakulásáról (2013–2027). 2003. Elérhető: <https://www.mnb.hu/letoltes/elemez-es-allamhaztartasrol-201302.pdf>
- Shrivastava SR, Shrivastava PS, Ramasamy J. Health-care of Elderly: Determinants, Needs and Services. *International Journal of Preventive Medicine*. 2013;1(1):1224-5.
- Központi Statisztikai Hivatal. Európai lakossági egészségfelmérés, 2014. Statisztikai tükrök 2015;29:1-9.
- Evans RG, McGrail KM, Morgan SG, Barer ML, Hertzman C. Apocalypse no: population aging and the future of health care systems. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement* 2001;20(S1):160-91.
- Reinhardt UE. Does the aging of the population really drive the demand for health care? *Health Affairs* 2003;22(6):27-39. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.22.6.27>
- Chawla M, Betcherman G, Banerji A. From red to gray: the "third transition" of aging populations in Eastern Europe and the former Soviet Union. *The World Bank*; 2007 Jun 15.
- Rechel B, Grundy E, Robine JM, Cylus J, Mackenbach JP, Knai C, et al. Ageing in the European union. *The Lancet* 2013;381(9874):1312-22. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62087-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62087-X)
- Székács B. Geriátria. Az időskori gyógyászat. Egyetemi tankönyv. Budapest: Semmelweis Kiadó; 2005.
- Kiss I. Az idősok ellátása Magyarországon, a geriátria szerepe és jelentősége [előadás]. Emberi Erőforrások Minisztériuma a minőségi intézményi szakápolás dilemmái az idősgondozás területén - Konferencia a tartós szakápolásról. 2016.
- 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről.
- Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő. Gyógyító-megelőző ellátás. Elérhető: http://neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/publikus_forgalmi_adatok/gyogyito_megelozo_for_galmi_adat
- Központi Statisztikai Hivatal. A lakónépesség nem szerint, január 1. (2001–). Elérhető: http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_wdsd003b.html
- Gresz M, Farkas Borbás F, Dózsa Cs. A hosszú távú ellátások kapacitás- és igénybevételi adatainak elemzése – úttalan utakon... *IME – Interdiszciplináris Magyar Egészségügy* 2016;XV(2). 63-67.
- Bakó G. Sürgős tennivalók egy előregedő társadalomban: miért virtuális a magyar geriátriai szakellátás? *Medical Tribune* 2017;15(6):6.
- PubMed adatbázis. Elérhető: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- Prestmo A, Hagen G, Sletvold O, Helbostad JL, Thingstad P, Taraldsen K, et al. Comprehensive geriatric care for patients with hip fractures: a prospective, randomised, controlled trial. *The Lancet* 2015;385(9978):1623-33. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62409-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62409-0)
- de Vos A, Cramm JM, van Wijngaarden JD, Bakker TJ, Mackenbach JP, Nieboer AP. Understanding implementation of comprehensive geriatric care programs: a multiple perspective approach is preferred. *The International Journal of Health Planning and Management* 2017;32(4):608-36. <https://doi.org/10.1002/hpm.2383>
- Counsell SR, Callahan CM, Clark DO, Tu W, Buttar AB, Stump TE, Ricketts GD. Geriatric care management for low-income seniors: a randomized controlled trial. *JAMA* 2007;298(22):2623-33. <https://doi.org/10.1001/jama.298.22.2623>
- World Health Organization. World Report on Ageing and Health. 2015. Elérhető: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/>
- Eggink E, Woittiez I, Ras M. Forecasting the use of elderly care: a static micro-simulation model. *The European Journal of Health Economics* 2016;17(6):681-91. <https://doi.org/10.1007/s10198-015-0714-9>
- Kovács G, Kaló Z, Jahnz-Rozyk K, Kyncl J, Csohan A, Pistol A. Medical and economic burden of influenza in the elderly population in central and eastern European countries. *Human Vaccines & Immunotherapeutics* 2014;10(2):428-40.

MOTESZ – az egészséges családokért, az egészséges nemzetért

Az egészség tíz parancsolata



A MOTESZ 2014-ben alkotta meg „Az egészség tíz parancsolata programot”, amelyben összefoglalta az egészséges ember legfontosabb teendőit egészsége megőrzése és a betegségek megelőzése érdekében. Tervezetét jómagam készítettem el, majd *Bitter István, Kásler Miklós, Merkely Béla, Poór Gyula, Tímár József* professzorok észrevételei alapján véglegesítettük az itt olvasható szöveget. A végleges változatot 2014 novemberében a szakmának és a sajtónak is bemutattuk Poór Gyula akkori elnökünkkel a Magyar Orvostudományi Napok rendezvény keretében. Az útmutatás azóta is elérhető a MOTESZ honlapján (www.motesz.hu).

Elnökségünk ez évi júniusi ülésén döntött arról, hogy a kormány népegészségügyi erőfeszítéseinek támogatására programot indít, amelynek mottója: „*MOTESZ – az egészséges családokért, az egészséges nemzetért*”. A programot Kásler Miklós miniszter úr és *Horváth Ildikó* államtitkár asszony is támogatja. A MOTESZ valamennyi korábbi elnöke, de Poór Gyula és különösen *Karádi István* nagy jelentőséget tulajdonított az egészségügyi felvilágosításnak, a megelőzésnek. Bízunk abban, hogy a most induló program – amelyben támaszkodni fogunk tagtársaságaink nagy tapasztalatára és együttműködésére – hozzájárul ahhoz a kedvező fordulathoz, amit nemzetünk egészségi állapotában és demográfiai helyzetében valamennyien nagyon remélünk.

Arra számítunk, hogy „*Az egészség tíz parancsolata*” jó kiindulást és kapcsolódást kínál tagtársaságainknak, hogy saját szakterületük tömör útmutatásait megalkossák. Azokat azután megfelelő szakmai koordinációval, kommunikációs szakemberek bevonásával, minél több emberhez, családhoz, közösséghez igyekszünk eljuttatni.

Az alábbiak közreadásával a „*MOTESZ – az egészséges családokért, az egészséges nemzetért*” program „nulladik” mérföldkövét kívánjuk elhelyezni.

Az egészségi állapot jelentősége

Minden ember alapvető tapasztalata, hogy az egyének, és az általuk alkotott közösségek lehető legjobb egészségi állapota alapvető szükséglet.

Az optimális egészségi állapot mind az egyéni létfenntartás, önmegvalósítás, jóllét és boldogság, mind a közösségi életképesség, hatékony és eredményes működés, végső soron a fennmaradás alapvető feltétele. Ez érvényes a családra és minden további, különféle célok szolgálatára, értekek képviselésére, illetve érdekek érvényesítésére létrehozott különféle társulásokra (munkahely, település, állam, államközösség). Ezt a tapasztalati ténytet az orvosbiológia és a korszerű orvoslás, a pszichológia, a közegészségtan, továbbá a társadalomtudományok, így az antropológia, a szociológia, a statisztika és az egészség-gazdaságtan, a demográfia is vizsgálati adatokkal, tényekkel igazolják.

Az emberiség történetének utolsó száz éve összességében igen sikeres volt az egészség védelmét és a betegségek megelőzését illetően, hiszen viszonylag rövid idő alatt sok országban jelentősen megnőtt a születéskor várható élettartam, jelentősen csökkent az anyai halálozás és a gyermekhalandóság. A jelenség elsősorban nem az egészségügyi ellátórendszer és az orvostudomány fejlődésével magyarázható, bár ezek is fontosak (különösen kritikus helyzetekben), hanem főként az életkörülményekben és az életmódban bekövetkezett változásokkal. Sok ország esetében kedvező történelmi körülmények is közrejátszottak (háborúk korlátozódása, tartózkodás a tömegpusztító fegyverek alkalmazásától).

A kismértékű korai halálozás és a lakosság jó egészségi állapota kedvező a fenntartható fejlődésre és jelentősen növeli az érintett ország nem-

zetközi versenyképességét. A népesség jó egészségi állapota kedvező a munkaképességre, az emberi erőforrások minőségére, javítja a gazdaság állapotát és áldásos hatással van a családokra, a közösségekre és az egész társadalomra.

Egyenlőtlenségek az egészségi állapotban

A kedvező jelenség fonákja, hogy az egészségi állapot utóbbi évtizedekben tapasztalt javulása nem terjedt ki minden országra, népességre, nemzedékre. Globálisan, regionálisan és egyes országokon, településeken belül is nagyon jelentős különbségek alakultak ki. A tapasztalatok szerint egyes, úgynevezett halmozottan hátrányos helyzetű emberek, népcsoportok esetében az egészségkárosító tényezők egymás hatását megsokszorozó módon jelentkeznek. A rossz egészségi állapot számtalan velejárója, következménye ismert: társadalmi szerepvállalási korlátozottság a mindennapi életben, hátrányos munkaerőpiaci megkülönböztetés, rokkantság, társadalmi marginalizálódás, kirekesztődés, a család működési zavarai, családon belüli konfliktusok, csökkent értékelés, kiszolgáltatottság, a lelki élet zavarai, agresszivitás, önkárosítás, öngyilkosság stb.

Míg sok országban szinte folyamatos a mutatók javulása, más országok esetében ez hullámzó,

vagy romló. Ez az égető probléma nem csak az afrikai földrészen, vagy számos ázsiai és latin-amerikai országban jelentkezik. Észleléséhez sajnos nem kell messzire utazni. Elég összehasonlítani a magyarországi és a más hasonló fejlettségű, történelmi adottságú országok népességi adatait. Tanulságos a különféle hazai térségek, települések adatainak, vagy a főváros különféle kerületei, lakókörzetei adatainak egybevetése is. Hasonlóan drámai különbségeket tapasztalunk, ha különböző foglalkozású vagy iskolai végzettségű csoportok egészségi állapotát, születéskor várható élettartamát hasonlítjuk össze.

Egészségkommunikáció és a lakosság egészségfejlesztése

Az a tapasztalat, hogy a jól előkészített, tömör és világos üzenetek sokak „fejébe szöveget ütnek”, tovább élnek bennük, sok esetben beszélgetési témává válnak. Ezáltal esély nyílik arra, hogy kedvező irányú változást indítsanak meg az érintettek egészséggel kapcsolatos gondolkodásában, ami az egészség-magatartás változásának előfeltételévé, esetenként első lépésévé válhat. Ennek érdekében biztosítani kell a szükséges ismeretek és készségek megszerzését és az egészséges életmód kialakításához szükséges elhatározások megszületését a népesség minden tagja számára. Ez rendszeres és következetes ismeret-

„Az egészség tíz parancsolata” A legfontosabb teendők az egészség megőrzése és a betegségek megelőzése érdekében

I. Tekintsd a magad és mások egészségét becses értéknek, és életed során törekedj annak védelmére! Szerezz megfelelő egészségügyi ismereteket, és biztass mindenkit az egészségtudatos életmódra!

II. Tartsd tisztán a testedet és környezetedet, s tapintatosan biztass erre másokat is!

III. Őrizd optimális testsúlyodat, táplálkozz egészségesen, és szorgalmazd ezt, akinél csak teheted!

IV. Törekedj a testi és szellemi regenerációhoz szükséges pihenésre és napi alvásra, és segítsd ezt elő másoknak is!

V. Egyáltalán ne dohányozz, ne használj kábítószerket, és kerüld a rendszeres és túlzott alkoholfogyasztást! Beszéld le ezekről a környezetedet is! Mindenben legyél mértékletes, kerüld el azt, ami veszélybe sodorhat téged és másokat, s járj ebben elől jó példával!

VI. Mozogj rendszeresen, sportolj, és csinálj kedvet hozzá másoknak is!

VII. Rendszeresen tedd próbára az agyadat, és biztass erre a környezetedet!

VIII. Törekedj harmonikus kapcsolatokra embertársaiddal, és ne keresd feleslegesen a konfliktusokat! Pozitív tapasztalataidat és élményeidet add át másoknak is!

IX. Tervszerűen törekedj az egészséges életmódra! Tedd ezt fokozatos, kitartó, kis lépésekkel, és ne szélsőséges, rendszertelen fellángolásokkal!

X. Alakíts ki bizalmi kapcsolatot orvosoddal, időben fordulj hozzá kérdéseiddel, így ha panaszod van, közvetlenül szakszerű ellátásban részesülhetsz!

1. táblázat. A logikai rendszer és a kapcsolódó normaalkotó folyamat*

Vezérelvek	Származtatott normák	„Parancsolatok”	
1. Az élet tiszteletéből eredően kötelesség és felelősség az egészség megőrzése, a betegségek megelőzése.	Az egészség megőrzése, a betegségek megelőzése minden ember és közösség élethosszig tartó kötelessége. Felelősek vagyunk a saját egészségünkért és másokéért is. Törekedni kell az egészség megőrzéséhez és a betegségek megelőzéséhez szükséges ismeretek, készségek megszerzésére, az egészségbárát tevékenységek, szokások, életmód, és a segítő-támogató kapcsolatok kialakítására. Meg kell ismerni személyes testi, lelki, szellemi adottságainkat és ezekre alapozva kell kialakítani és rendszeresen felülvizsgálni élettervünket, életprogramunkat.	<i>Tekintsd a magad és mások egészségét becses értéknek és életed során törekedj a védelmére! Szerezz megfelelő egészségügyi ismereteket, és biztass mindenkit az egészségtudatos életmódra!</i>	I.
2. Az egészségmegőrzés és a betegségmegelőzés fontos eleme a károsító tényezők távoltartása, a kockázatos tevékenységek, magatartások kerülése, vagy amikor ez nem lehetséges, a megfelelő körültekintés és a szükséges óvintézkedések alkalmazása. Ugyanezért mindenkor mértéktartásra kell törekedni, viszont még a mértéktartásban is óvakodni kell a túlzásoktól.	Személyi higiéné és egészséges környezet. Az egészséghez szükséges minőségű, mennyiségű és rendszerességű táplálkozás (evés, ivás). Megfelelő mennyiségű és minőségű pihenés és alvás. A dohányzás teljes mellőzése. Mértékletes alkoholfogyasztás. Kábítószeres tilosok, gyógyszerek fogyasztása csak orvosi rendelvényre. Kockázatos szexuális magatartás elkerülése. Balesetveszélyes tevékenységek, színhelyek kerülése (gyorshajítás, veszélyes sportok, otthoni balesetekhez vezető tevékenységek). Környezeti ártalmak kerülése (például napártalom, lég- és környezetszennyezés).	<i>Tartsd tisztán a testedet és környezetet, és tapintatosan biztass erre másokat is!</i> <i>Őrizd optimális testsúlyodat, táplálkozz egészségesen, és szorgalmazd ezt, akinél csak teheted!</i> <i>Törekedj a testi és szellemi regenerációhoz szükséges pihenésre és napi alvásra, és segítsd ezt elő másoknak is!</i> <i>Egyáltalán ne dohányozz, ne fogyassz semmiféle kábítószer, kerüld a rendszeres és túlzott alkoholfogyasztást! Beszélj le ezekről a környezetedet is! Mindenben legyél mértékletes, ami veszélybe sodorhat téged és másokat, és járj ebben elől jó példával!</i>	II. III. IV. V.
3. Az egészségmegőrzés és a betegségmegelőzés másik fontos eleme a rendszeres tevékenység, aktivitás. Nagyon fontos a megfelelő mennyiségű, minőségű, rendszeres, személyre szabott testmozgás. Ugyancsak fontos a rendszeres szellemi-intellektuális tevékenység, mind a munkahelyen, mind a magánéletben, a szabadidőben. Szükséges a rendszeres részvétel olyan egyéni és közösségi tevékenységekben, amelyek során érdeklődést, fejtörést, gyönyörködést, pozitív érzelmeket kiváltó élményekben lehet részesülni.	Rendszeres mozgás, testedzés. Egyéni és csapatsportok űzése, tevékenységek szervezése. Gondolkodó és problémamegoldó képesség kifejlesztése és karbantartása, ötletességet, szellemességet, humort serkentő élethelyzetek keresése. Mások támogatása ebben. Egészséges, gazdag érzelmi életre törekvés, az önuralom képességének kifejlesztése és megőrzése. Mások segítése ebben.	<i>Mozogj rendszeresen és csinálj kedvet hozzá másoknak!</i> <i>Rendszeresen tedd próbára az agyadat és biztassd erre a környezetedet is!</i> <i>Törekedj harmonikus kapcsolatokra embertársaiddal, és ne keresd feleslegesen a konfliktusokat! Pozitív tapasztalataidat és élményeidet add át másoknak is!</i>	VI. VII. VIII.
4. Az egészségmegőrzést és a betegségmegelőzést szolgáló elemeket tudatosan be kell építeni az egyéni és közösségi (család, munkahely, lakóhely, szabadidő) életvitelbe. Személyes jó példa mutatóként, a saját ismeretek, tapasztalatok átadására kell törekedni.	Egészségbárát életmód kialakítása és törekvés ennek folyamatos fenntartására, megújítására. Tiszteletben tartva mások magánéletét, a környezetünkben élők megismerése. Az elmagányosodás, izolálódás kerülése. Törekvés a másokkal való kapcsolattartásra. Az egészségre vonatkozó ismeretek és tapasztalatok átadása másoknak, kerülve a hiedelmek, babonák, áltudományos nézetek terjesztését.	<i>Térszerűen törekedj egészséges életmódra! Tedd ezt fokozatos, kitarató, kis lépésekkel, és ne szélsőséges, rendszertelen fellángolásokkal!</i>	IX.
5. Egészséges élet nincs megfelelő orvoskapcsolat nélkül.	Megfelelő orvos kiválasztása, aki évente egyszer alapos vizsgálatot végez és tájékoztatást ad az aktuális testi és lelki egészségi állapotról, tanácsot ad az egészség megőrzését és a betegségek megelőzését illetően, továbbá a személyes adottságokkal összefüggő (nem, kor, család, hivatás stb.) kérdésekben.	<i>Alakíts ki jó kapcsolatot orvosoddal, időben fordulj hozzá kérdéseiddel, így ha panaszod van, közvetlenül szakszerű ellátásban részesülhetsz!</i>	X.

*Az elkészült normaszöveg. A végleges, nyilvános kommunikáció céljára javasolt szövegnek van egy közvetlen, tegező és egy hagyományos udvariasabb változata is. Itt az első változatot adjuk közre.

átadással, kapcsolattartással biztosítható, amely ötletes, egyszerű, világos, figyelemfelkeltő, sokszor ismételtető információ formájában törekszik az érintettek gondolkodását megragadni és befolyásolni.

A „tíz parancsolat” megfogalmazásának logikai rendszere és menete

A MOTESZ szakértői csoportja egységbe illeszkedő 10 üzenetet készített *Az egészség tíz parancsolata* címmel. Ez az „egészséges felnőtt emberek” számára törekszik tömören és jól érthetően megfogalmazni a jelenlegi magyar népesség egészségének megőrzése, megbetegedésének megelőzése és felelős egészség-magatartásának kialakítása érdekében időszerűnek tartott tíz legfontosabb egészség-magatartási normát. Az üzenet alkalmas lehet figyelemfelkeltő egészségkommunikációra és rendszeres, következetes ismétlésével kedvező változások elérésére az egyének és nagyobb közösségeik egészséggel kapcsolatos gondolkodásában, remélhetőleg egészséggel kapcsolatos magatartásában és életmódjában.

A szakértői csoport a bevezető részben összefoglaltak és további saját szakmai tapasztalatok átgondolása, az egészségfejlesztési és népegészségügyi szakirodalom, továbbá a hazai és külföldi egészségpolitikai források áttekintése, az interneten elérhető hasonló dokumentumok összegyűjtése, rendszerezése után kezdett a 10 normapont összeállításához.

A normatív etikai és bioetikai szakirodalomban a normaképzés alapjául széles körben elfogadott az *érték-elv-norma* hármas egysége. Ennek alkalmazása koherenssé, logikussá és áttekinthetővé teszi a felépítendő *1. táblázat* normarendszert. Jelen esetben a kiinduló érték az élet tiszteletéből következően fontos egészség volt. Erre alapozva az egészség megőrzésére irányuló magatartás szám szerint öt vezérelvét állítottuk össze. Majd az öt vezérelvből összesen 19 egészség-magatartási norma fogalmazódott meg „származtatás” révén. Végül e 19 normából kiindulva, egyszerűsítéssel, összevonással és válogatással, összesen 10 „parancs” jött létre. A redukció során az egészség-magatartás megfelelő irányú és mértékű befolyásolása szempontjából egyetlenegy érdemi információ, teendő sem veszett el. Az így kialakult normasorozat alkotja a „tíz parancsolatot”.

A 10 pont határozott felhívást, egyértelmű iránymutatást tartalmaz ahhoz, hogy aki meg kívánja szívlelni őket, az a nyomtatott és elektronikus formában könnyen és bőségesen elérhető, közérthető források, valamint hiteles tanácsadók (például a „tizedik parancsolat” szerinti orvosa) révén eljusson az egészsége szempontjából kedvező fordulatig.

A továbbiakban, különösen, ha a szöveg érzékelhetően eléri a megcélzott hatást, hozzá illeszthető egy részletes egészség-magatartási útmutató elektronikus (honlaphoz kapcsolódó) és nyomtatott formában egyaránt.

dr. Oberfrank Ferenc,
a MOTESZ elnöke



HÍR

Magyar Orvostudományi Napok

A Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége rendezvénye
2019. október 29–30.

Magyar Tudományos Akadémia
(1051 Budapest, Széchenyi István tér 9.)

A Magyar Orvos Napok (MON) a MOTESZ legjelentősebb tudományos rendezvénye, melyre a Magyar Tudomány Ünnepe rendezvénysorozat keretén belül kerül sor minden évben.

Az idei MON címe „A jelen és a jövő kihívásai a diabetológiában”, mely teljes egészében a klinikai diabetológiával foglalkozik. A program áttekintést nyújt a cukorbetegség megelőzésének lehetőségeiről, legfontosabb szövődményeiről és korszerű kezeléséről. A nem kívánt mellékhatásokon belül jelentős hangsúlyt kap a cardiovascularis szövődmények bemutatása. Az elmúlt körülbelül 10 év elsősorban a 2-es típusú diabetes kezelésében eredményezett régóta remélt, ugrásszerű fejlődést. Bemutatásra kerül a 2-es típusú cukorbetegség prevalenciájának változása, valamint szövődményeinek alakulása 2001 és 2016 között a Magyar Diabetes Társaság vizsgálata alapján.

Aszklepion

2019 ■ szeptember

Orvoslás a
társtudományok
és művészetek
tükrében



Edward Hopper: Éjszaka az irodában (részlet, 1940)

Hopper művészetét legerőteljesebben a szexuális feszültség befolyásolta; képei tele vannak visszafojtott erotikával.

(A leselkedő festő, avagy a kiérdemelt katonai kereszt című írásunk a 412. oldalon.)



Elismerés a jövő építéséért

Kun J. Viktória

A Prof. Dr. Romics László Akadémikus Emléke-
re Alapítvány pályázatának díjait idén is a
Simmelweis-napon, június 28-án adták át. A pá-
lyázatot az akadémikus fia, ifj. dr. Romics László
hozta létre testvére, barátai és tanítványai részvé-
telével a névadó munkássága előtti tisztelgés-
ként. Ebben az évben négy fiatal orvost díjaztak
a pályázaton, de ezúttal két további különdíjat is
kiosztottak.

A Romics László akadémikus, az egyetem egy-
kori rektora emlékére létrejött alapítvány pályá-
zatát olyan, negyven év alatti orvosi biológiai ku-
tatásokat végző orvosok számára írták ki, akik
elsősorban Romics professzor úr kutatási terüle-
tén, cardiovascularis vagy anyagcserezavarokkal

foglalkozó témákban végeznek eredményes
kutatómunkát.

A kiírásra országosan 17 pályázat érkezett,
melyeket az Alapítvány kuratóriumi tagjai bírál-
tak el. A meghirdetett pályadíjat és a különdíjat,
összesen 650 ezer forintot, négy fiatal között
osztották meg.

„Fontos, hogy jutalmazzuk a fiatalok erőfeszí-
téseit. A pályázatok alapján elmondhatom, hogy
a pályájuk elején járó orvosok nemzetközi mun-
kát végeznek az idősebb kutatókkal versengő
eredményekkel. Kell, hogy innovatívak és nem
utolsósorban kitartóak legyenek. Nagyon lelke-
sek, de kell nekik a lendület, a támogatás, még ha
nem is a pénz motiválja őket. Mert, aki ma orvos-
nak megy, az nem az anyagiakért teszi. Vannak
olyan hallgatók ma is, akik közben nővéként,
minimális pénzért dolgoznak, csak azért, hogy
részt vegyenek a gyógyításban. Ahogy a profesz-
sor kimagasló kutatói és gyógyító tevékenysége
és iskolateremtő egyénisége egy egész orvosge-
neráció szakmai fejlődését segítette, tanítványait
inveniózus tudományos gondolkodásra oktatta,
és az első lépésektől kezdve gondosan, nagy
türelemmel segítette kutatói fejlődésüket. Ez
Alapítványunknak is a legfőbb küldetése” – fo-
galmazott korábban lapunknak ifj. dr. Romics
László.

„Fontos célunk volt a pályázat kiírásánál, hogy
a kutatás és a klinikum összeérjen. Vagyis mind-
egy, hogy deduktív vagy induktív módszerek
adják az alapot, vagyis a tapasztalatokból kiindul-
va kezdünk vizsgálatokba, vagy az elméleti felve-
tések és annak eredményeit nézzük meg a gya-
korlatban, mindenképp fontos az átjárás. Az
orvosok életpályájában egyébként sokszor látha-
tó, hogy a kutató megy ki a betegek mellé, vagy
fordítva, a klinikai orvos kezd vizsgálatokba. De
ez nagyon fontos, hiszen ez teszi a tudományt
élővé, ami egyben hidakat is épít. Ez a szemlélet
szintén Romics László fontos hagyatéka” –
mondta akkor az alapítvány elnöke, a névadó fia.

Falus András akadémikus, az alapítvány egyik
kurátora, névadójának korábbi mentoráltja sze-
rint az is a jövőépítés eszköze, amit dr. Romics
László mindvégig képviselt.

„Több évtizede ismertük egymást a Pro-
fesszorral, aki nyitott, széles érdeklődésű bel-
gyógyász volt. Genetikusként kapcsolódtam
kutatási területéhez, hiszen a zsíryanagcsere-
betegségeknek fontos az immunológiai és gene-
tikai háttere is. A nyolcvanas évektől dolgoztunk
együtt, én akkor még Amerikából, ahol egy új
módszer kimunkálásán dolgoztam. Aztán haza-
jöttem, az egyetemen kezdtem el dolgozni, ahol
ő rektor lett, de nagyon fontos volt számomra
emberi, szakmai véleménye. Sokat beszélgettünk

A DÍJAZOTTAK

Első díj – **Dr. Tóth András Dávid**: A gyulla-
dásos mediátor proszttaglandin E2 szerepe
a szívelégtelenség epigenetikai programjá-
nak kiváltásában.

Második díj – **Dr. Tárnoki Ádám Domonkos,**
Dr. Tárnoki Dávid László:
Kardiovaszkuláris ikerkutatások jelentősé-
ge a prevenció tükrében.

Harmadik díj – **Dr. Borda Bernadett**:
A vesetranszplantációt követően újonnan
kialakult diabetes mellitus hatása az aorta
tágulékenységének romlására.

Küldöndíj – **Dr. Wohner Nikolett**:
A kardiovaszkuláris megbetegedések
és a hemosztázis.

A LAM szerkesztőségének különdíja
– **Dr. Mészáros Martina**: A dyslipidaemia
szerepe az obstruktív alvási apnoe pato-
mechanizmusában.

Az Akadémia Kiadó Zrt. különdíja
– **Dr. Barabás János Imre**: Szívsebészeti
szabadalom: Bal kamrai mechanikus
keringéstámogató eszköz beültetése in
silico tervezés alapján.

Az alapítvány díjait dr. Karádi István
és dr. Romics László, a LAM szerkesztősé-
gének különdíját Cserni Tímea, a Kiadó
igazgatója adta át.



Dr. Borda Bernadett



Dr. Mészáros Martina és Cserni Tímea



Dr. Tóth András Dávid



Dr. Wohner Nikolett

és gondolkoztunk azon, hogyan lehet a belgyógyászatot, sebészetet az alapkutatásokkal összehangolni. És ebben is pontosan értettük egymás érveit. Az alapítványt mindenképp úgy akartuk kialakítani, hogy folytassa azt a jövőépítést, amit pályája, sőt, egész élete során képviselt. Ezért döntött fia és családja úgy, hogy támogatja a fiatal orvosok tehetséggondozását. Ehhez szakmai szempontból olyan anyagokat választottunk, amelyek a zsíryanycsere és a szív- és érrendszeri megbetegedések kapcsolatát érintik. Idén az eddigieknél is több és nagyon színvonalas pályamű érkezett a pályázatra, színes, izgalmas munkák, sok közülük messze túlment azon a szköpon, amit kijelöltünk. Már a kérdésselvetések is olyan szakmaiságról és izgalmas megközelítésről árulkodtak, ami mutatta, hogy fiataljaink nagyon is nyitottak és elhivatottak szakmájuk iránt. Tényleg a jó és a jobb között kellett választanunk” – mondta a díjátadó után a kurátor, aki szerint minden ilyen kezdeményezés jó és hasznos annak érdekében, hogy a kollégák ne menjenek el az országból, mert ez most életveszélyes trend.

A *Lege Artis Medicinae* szerkesztősége ebben az évben csatlakozott a kezdeményezéshez.

„Professzor úr éveken át dolgozott velünk a

LAM szerkesztőségében. Széles körű tudásával, nagy tapasztalatával, szakmai kapcsolatrendszerével segítette a *LAM* céljainak elérését. A személye iránti tisztelet okán szerettük volna ezúton is támogatni fia kezdeményezését. Méltó hagyományörzése ez is a szakmai tiszteesség, a tudományos elvekhez és eredményekhez való ragaszkodás és igaz humanitás ötvözetén nyugvó, iskolateremtő életpályának. Úgy véltük, hogy egyszerűen kötelességünk ebbe bekapcsolódni, és büszkéek vagyunk rá, hogy részesei lehetünk ennek a méltó kezdeményezésnek. A hazai egészségügy mostani helyzetében különösen fontosnak tartunk minden hagyományörző és értékmentő tevékenységet, amivel fenntarthatjuk egy olyan szakember emléket, és továbbvihetjük a munkáját, akinek valóban a gyógyító hivatás és a szakmaiság volt a legfontosabb célja. Reményeink szerint ezzel segítjük a felnövekvő orvosgenerációt abban, hogy érezzék, van értelme annak a szakmai elhivatottságnak, kíváncsiságnak, ami a pályamunkákon egyértelműen látszik” – fogalmazott dr. Kapócs Gábor főszerkesztő, a Romics-pályázat *LAM*-különdíjának alapítója.

Fotók: Ancsin Gábor



Felépülés a függőségből

A kötet szerzői az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet (OPAI) és a Nyíró Gyula Kórház Addiktológiai Osztályának munkatársai és a velük együttműködő felépülők. A kötet célja a függőségekből történő felépülés



folyamatának bemutatása a szélesebb olvasóközönség számára. A függőségek helyett a felépülés középpontba állítása a könyv fő üzenete. Emiatt az osztály szakembereinek és a tapasztalati segítő munkatársainak írásai mellett felépüléstörténetek is szerepelnek a kötetben, közel száz oldalon. Műfajukban ehhez

kapcsolódnak az egyes szám első vagy harmadik személyben megfogalmazott, de a függők megélt tapasztalatait bemutató ismertetések is.

Petke Zsolt, az OPAI-Nyíró Addiktológiai Osztályának osztályvezető főorvosa bevezetőjében ismerteti a felépülésközpontú megközelítést. A felépülési modell a felépülés során átélt „sajátélményt” állítja a középpontba, ami szemben áll az „objektívnek tekintett klinikai beállítódással”. A „betegség-tünet-gyógyítás lineáris összefüggést meghaladva a felépülési modell szemlélete ... a problémában érintettek életének egészéről” gondolkodik. A könyv e szemléletet és az Addiktológiai Osztály öt éves munkája során végbement szemléleti és gyakorlati változtatások krónikáját mutatja be. A hagyományos megközelítés és a felépülésmodell szembeállítása a kötet több írásában is megjelenik.

Az általános szemléleti rész két nyitófejezetét a kötet programadó írásainak tekinthetjük. Petke Zsolt saját felépülésének és szakmai útkeresésének bemutatása alkotja azt a felütést, ami a könyv többi fejezetére is jellemző: a szerzők saját érintettségének jelzésén keresztül közelítünk egy-egy témához. Ez nem feltétlenül a függőség „sajátélményével” kapcsolatos; lehet ez a hagyományos medicinális modellből való kiábrándulás is.

Az Addiktológiai Osztály a hozzájuk forduló függők számára első körben az önsegítő – 12

lépéses – programok látogatását ajánlja (a Névtelen Alkoholisták AA-s szlogene szerint az első 90 napban 90-szer). Ennek elégtelensége esetén következik a rövid rehabilitáció osztályos kezelés formájában, a Minnesota Modellnek (MM) megfelelően, ami szintén a 12 lépéses programokra épül. Eredménytelenség esetén következik a hosszú, 1-1,5 éves rehabilitációs kezelés egy rehabilitációs intézményben.

A felépülés a biopszichoszociális-spirituális (BPSS) paradigmába illeszkedik, előzménye alapvetően a 12 lépéses önsegítő mozgalmak (AA). Ahogy láttuk, a szerző a felépülési modellt a biomedikális szemlélettel szemben határozza meg, azonban a kettő közös vonására is rámutat: a pozitív identitáshoz és életcélhoz vezető egyéni út bejárására. A felépülés során megélt tapasztalatok történetek elmondásában jelennek meg; az elmondás színtere a közösség, alapvetően az önsegítő csoport. Petke Zsolt a szenvedélybetegségek egészségügyi megközelítésének kudarcát igazán szemléletesen jeleníti meg: „Kórházi osztályokon szenvedő, kilátástalan alkoholistákkal találkoztam, és reményvesztett, erejükön felül, magányosan dolgozó kollégákkal”, emitt pedig „terápiás közösségben, felépülő függőkkel együtt dolgozó, derűs segítőikkel”. A kétféle, felépülésközpontú és a biomedikális szemlélet szétválasztása azonban a gyakorlatban nem ilyen éles. Ez leginkább a kettős diagnózisú, komorbid eseteknél jelenik meg. Ők választhatják a „felépüléssel járó, örömteli állapotot” vagy a „gyors tünetjavulást” eredményező kezelést, a multiprofesszionális team ajánlására.

A felépülési folyamatban sokszor irreleváns a használt szer típusa, gyakorisága – „az a jó diagnózis, amit a függő önmagának állít fel”. A függőség azonosítását leginkább egy másik függő vagy egy saját élményű segítő (felépülő függő) tudja elvégezni. A felépülés közösségben, a 12 lépéses csoportok közegében folyik – az egész életen keresztül. A felépülés „túllép a tradicionális kezelésen és az életmódváltozást, az identitásváltozást és az intergenerációs átöröklítés megszakítását célozza meg”. A modell az AA – és Jellinek – betegségfelfogására épít; felhasználja a főként az amerikai pszichiátriai ellátásban kifejlődött felépülési (recovery) mozgalom tapasztalatait.

Azért neveztem programadónak ezeket a bevezető írásokat, mert markánsan megfogalmazza a felépülési paradigmát. Ebből érezhetjük és megérthetjük a felépülési modell erejét és megvilágító voltát. A későbbiekben, a többi megszólaló szerzővel az állítások finomodnak, árnyalódnak.

A könyv felépítése nyomon követi a függő útját az osztályon. A szűrés, probléma és az önbecsülés kérdését, a *Prochaska–DiClemente-féle* transzteoretikus modell értelmében a motivációs interjút, a motiváció értelmezését (Farkas Judit). A motiváció fokozásában a megoldásközpontú megközelítés kap szerepet. Áttekintést olvashatunk az MM-ről (Tóth András): ez a 12 lépés programokra és a függőségre mint elsődleges, krónikus, progresszív betegségmodellre („*cukorbetegség-modell*”) épít. A függőkkel multidiszciplináris team foglalkozik, amelyben meghatározó a tapasztalati segítők (felépülő függők) szerepe. Az MM ötvözi a „*szakmaiságot*” és a „*tapasztalaton és sajátélményen alapuló*” önsegítést. A 12 lépés programok, így az MM alapvető eleme a spiritualitás (Tóth András, Molnár Rudolf). Ugyan a lehetőség a 12 lépés végigcsinálására az „*agnosztikusok*” számára is adott, de a szerzők szerint a hit és/vagy spiritualitás nélkülözhetetlen. Az osztály terápiás rendszere „*a hagyományos egészségügyi rendszerekhez képest több különlegességgel bír*”: a partnerség és az egyenrangúság a szakmai team és a függők között, de a szakmai teamen belül is megjelenik (Mészáros Piroska). A kötet a szenvedélybetegségekről, függőségekről szól, de nagyobb hangsúlyt kap a szerencsejáték-használati zavar. A betegség kialakulását, neurobiológiai és pszichológiai jellemzőit, társadalmi költségeit, kórlefolyását, a kezelési lehetőségeket külön fejezet összegzi (Németh Attila, Demetrovics Zsolt, Kun Bernadette). Igen, itt már neurobiológiai és pszichológiai jellemzőkről van szó, ahogyan korábban szűrő és diagnosztikai módszerekről is olvashattunk, azaz, nem „*a kliens adja magának a diagnózist*”. Egy másik fejezetben viszont a szerencsejáték egy eltérő keretben is megjelenik, ahol a szerencsejátékos sorsa egy ponton a fejlődés vagy a halál (Fazekas Zsolt).

Az osztály működése a közösségi addiktológia kontextusában érthető meg a legjobban (Zsély Anna, Rumpecht Mariann). A közösség szerepe döntő: ez a fejezet nemcsak a 12 lépés közösségeket mutatja be, hanem más, olykor online szerveződő csoportokat is. Az osztály számára nélkülözhetetlenek a külső közösségi programok („*megmutatjuk magunkat*”) és az osztály „*kiegészítése*” egy közösségi térrel (Függőkert). A hozzátartozói munka a kódependencia fogalmából építkezik (Marjai Kamilla). A tapasztalati szakértők vagy tapasztalati segítők munkája, ahogy már az eddigiekből is látszik, az MM egyik alapja. Itt ismét megjelenik a „*hagyományos medicínális modell és a természettudományos világlkép*”, valamint az erőforrásokra, pozitív tartalékokra építő fel-

épülési modell különbsége, ahol az utóbbi esetében „*a mentális problémákkal küzdők átéléseinek, élményeinek*” kiemelkedő szerepe van. Ezért jelennek meg a tapasztalati segítők mint a folyamat elengedhetetlen szereplői (Tremkó Mariann, Golenya Éva).

Az osztály rendező-pályaudvar szerepe a kötetben többször is előkerül. A kifejezés a különböző ellátási formák közötti kapcsolatépítést jelenti, „*beszállítókkal*” (az osztály felé) és „*célállomásokkal*” (az osztályos kezelés folytatása) (Bosznai Bea). Az osztályos kezelésben olyan közösségi, terápiás programok is megjelennek, mint a színházterápia (Marjai Kamilla), a meseterápia („*sorsfonó*”, Mészáros Piroska), olvasásterápia (Nagy István Miklós). Ezek mind egy szimbolikus teret hoznak létre, ahol a „*reménytelennek tűnő helyzetek átkeretezése és reménytelivé tétele történik*” (Mészáros Piroska); hangsúlyos az elmélkedés helyett a cselekvés. A terapeuta katalizátorként vesz részt a folyamatban. A személyes monológ kialakítása (színházterápia), a hős útjának egyéni követése (meseterápia), a személyes felismerés (olvasásterápia) jól illeszkednek az osztály felépülési szemléletébe: gondoljunk az egyéni tudatosságra, a felépülés ívének átélésére vagy a közösségteremtésre.

Az osztály működésében kiemelt szerep jut a függőség és a terhesség, az anyaság kapcsolatának (Olasz Anna). A multidiszciplináris team munka itt nemcsak az osztály, hanem számos más, külső szakember együttműködését is jelenti.

A kötet zárásaként felépüléstörténeteket olvashatunk: 18 felépülő mondja el felépülési történetét, mintegy száz oldalon. Ezek – akár a 12 lépés közösségekhez, akár egyéni utakhoz kapcsolódnak – jól érzékeltetik a felépülők megélt tapasztalatainak változását a folyamat során.

A felépülési modell és a szenvedélybetegségek kezelési lehetőségei

Az alkoholfüggőség kezelése esetén a főbb terápiás modalitások között nem tapasztalható lényeges különbség. Az alkoholfüggőséggel foglalkozó egyik legnagyobb vizsgálat (1) szerint a kognitív viselkedéses kezelés (CBT), a motivációfokozó terápia (MET) és a 12 lépés facilitáció (TSF) eredményessége hasonló; az absztinencia elérése a TSF esetén jobb. Ha egyéb kimeneteket is figyelembe veszünk (visszaesések hossza, visszaesés esetén az elfogyasztott alkohol mennyisége, illetve az ivással töltött napok), akkor a módszerek között nincs lényeges különbség. Pszichiátriai tünetek (komorbiditás) esetén a

„Az a jó diagnózis, amit a függő önmagának állít fel.”

1. táblázat. A metaforákban használt két forrástartományra egy példa. A céltartomány az elvontabb fogalomkör, és a forrástartomány az, amelynek a segítségével ez előbbi kifejezzük és felfogjuk (5)

Forrástartomány: UTAZÁS	Céltartomány: SZERELEM
Az utasok	A szerelmesek
A jármű	A szerelmi kapcsolat
Az utazás	A kapcsolatot alkotó események
A megtett távolság	A kapcsolatban elért haladás
Az úton lévő akadályok	A kapcsolat nehézségei
Válaszutak, hogy merre menjenek	A szerelmesek döntései
Úti cél	A kapcsolat célja

CBT eredményesebb. Egy jelentős szakirodalmi áttekintés (2) a rövid intervenciót, a farmakológiai kezeléseket és a CBT-t emeli ki módszertani megalapozottság és eredményesség tekintetében. Az AA és a TSF esetében kevés, módszertanilag megalapozott vizsgálat született. Ferri, Amato és Davoli (3) Cochrane review-jukban az AA eredményességét állapítják meg (kutathatóság problémái ellenére).

A felépülési modell az akut kezelés alternatívájaként alkalmazott krónikusbetegség-modellből indult el és vált felépülésközpontú ellátássá. Így kialakult a kezelési karrier fogalma, ami a visszatesztelések és az újbóli kezelésvétel folyamatára utal a hosszú távú absztinencia előtt. Az egyes – esetenként eredménytelen – kezelési epizódok azonban pozitív hatásukban összeadódnak, ezért a kezelési karrier során a hosszú távú absztinencia elérésének valószínűsége egyre nő (4).

Ma a felépülésközpontú szemlélet a felépülési kultúrát jelenti, ahol virágzó felépülési közösségi szervezetek és mozgalmak alakultak ki (Amerikában), helyi felépülési központokkal, felépülők számára létesített lakhatási lehetőségekkel, felépülők részvételével működő cégekkel és egyházi közösségekkel (4). Ez az az irány, amit a könyv is célnak tart.

A felépülés útján – metaforák

A könyvben számos metafora olvasható. A *felépülés út, utazás, valahonnan valahova tartó út, hosszútávúfutás, El Camino zarándoklat, lépések sorozata. El kell mozdulni, el kell menni a szereteteinktől. A könnyebb út, a kanyarok levágása, az eltévedés, a laza séta helyett kell választanunk ezt az utat*. Persze, a 12 lépéses programok is az út képét használják.

Felmerül a kérdés, hogy miért ez a sok metafora és mit fejeznek ki? A kognitív nyelvészeti metaforaelmélet nem szavak, hanem fogalmak tulajdonságait vizsgálja egy-egy metafora kapcsán. A metafora funkciója, hogy segítse bizo-

nyos fogalmak megértését – tehát nem pusztán szépítő, művészi szerepe van. A metaforával egy elvontabb, nehezen vagy nem megfogalmazható fogalomkört egy konkrétabb, sokszor a testi tapasztalataink, észleléseink által szolgáltatott fogalomkör segítségével érzékeltetünk. Így tehát két fogalmi tartománnyal van dolgunk: a céltartomány, amely az elvontabb fogalomkör és a forrástartomány, amelynek a segítségével ez előbbi kifejezzük és felfogjuk.

Kövecses Zoltán (5) példáit használva, ha azt mondjuk, hogy „a kapcsolatunk megfeneklett”, akkor a kapcsolatunkat egy utazáshoz használt járműhöz hasonlítjuk. Ha a „mögöttünk álló rögzös útról” beszélünk, akkor azokról a nehézségekről van szó, amelyekkel a szerelmeseknek szembe kellett nézni. A „válaszút” a szerelmesek előtt álló fontos döntést mutatja. A szerelem (céltartomány) az, amelyet konkrétabb fogalmakkal (forrástartomány) mutatunk be; ezek a kifejezések egyetlen leképezési rendszerre állnak össze: a SZERELEM UTAZÁS (1. táblázat).

Kínálkozik a lehetőség, hogy a felépülés út metaforáiról hasonlóan gondolkodjunk: a FELÉPÜLÉS ÚT, illetve a FELÉPÜLÉS UTAZÁS. Az elsőbe be is emelhetjük a másodikat. A recenzióban nem feladatunk a felépülés forrás- és céltartományainak elemzése, azonban már ebből az egyszerű modellből is néhány következtetés adódik.

A metaforákkal valami olyasmit akarunk kifejezni, amire nincsenek szavaink vagy pontos foglmaink. A felépülés, a felépülés folyamata olyan gondolati képződmény, amit csak „képes” kifejezésekkel, többféle közelítéssel tudunk leírni és felfogni. Az út/utazás esetében könnyebben tudunk beszélni annak egyes jellemzőiről, mintha az absztrakt, nehezen megfogható felépülésről. Így szó lehet *elindulásról* (mit jelent: elkezdni a felépülést?), *úton levésről, utazásról* (mit jelent: a személyiség változása a felépülés folyamatában? a társas kapcsolatok változása? a belátás? a szerhasználat abbahagyása? az életminőség változása? utóbbi mit is jelent pontosan? ki utazik? a szen-

vedélybeteg vagy a segítője? vagy mindkettő?), *hosszútávfutásról és zarándokútról* (a folyamat nehézsége? időtartama?). Ha az UTAZÁS SZERELEM táblázatra nézünk, akkor látunk néhány példát – a forrás- és a céltartományban –, amit a felépülésre is alkalmazhatunk.

A *zarándokút* esetén a többletjelentés – sőt, az új jelentés – látványosan jelenik meg: nem pusztán „nehézségről” van szó, hanem egy spirituális fejlődésről (ami jól illeszkedik a 12 lépés programok, illetve az MM spiritualitásfelfogásához). Itt azt is látjuk, a metaforával nemcsak könnyebb kifejezni valamit (a céltartományt), hanem új értelmet, egy új valóságot is kapunk. Ez az új értelem nem szabadon választható: a forrás- és céltartomány között strukturális megfelelés van (ebben a képben levegőben, légi úton, léggömbbel nem utazhatunk). Az előbbi felsorolásból az is látszik, hogy a metafora többletjelentést ad vagy egy új realitást hoz létre, ugyanakkor le is egyszerűsíti a jelentést, éppen a kézzelfoghatósága miatt. Bizonyos jelentéseket felerősíthet, másokat elnyomhat, elrejthet. Például a FELÉPÜLÉS ÚT egy valahonnan valahova tartó, egyenes vonal – akár a térképen –, a rajta haladó másfelé nem mehet, mert ott nincs út. Az úton haladó háttérbe szorul. Az út vezethet egyenesen, de felfelé is. A FELÉPÜLÉS UTAZÁS az utazót már aktívabb szerepben ábrázolja. Az út, vagy az utazás esetén nincs út „előtti” állapot. Ugyan az utazás előtti állapotot jobban el tudjuk képzelni, de ezt az „előttiséget” a metafora már nem tartalmazza, elhagyja, elrejti. A különböző irányokból érkezők végül mind ugyanarra az útra érkeznek: lásd mindegy, hogy valaki milyen szert használt, milyen viselkedési addikciója volt, a lényeg a felépülés, ami mindenkinél hasonló. Ha az utazó letér az útról, „eltéved” (lásd a szövegben): a VISSZAESÉS ELTÉVEDES.

A „rendezőpályaudvar” a FELÉPÜLÉS ÚT-hoz kapcsolódik, de az is lehet, hogy itt már egy újabb metaforatartomány nyílik meg: a SEGÍTÉS ELIGAZÍTÁS, a SEGÍTÉS IRÁNYÍTÁS. Itt az előző metaforarendszerrel szemben, a függő valahonnan jön és nem egy, hanem többféle útra is kerülhet. Jól látszik, hogy itt nem a felépülő, hanem a team szemszögéből látjuk a függőt és a felépülőt. A metaforarendszerek koherens módon kapcsolódhatnak össze; azonban szigorú logikai kapcsolatok általában nem állnak fenn. Nem lehet a metaforák határait vég nélkül mozgatni, újabb és újabb jelentéseket beemelve: a FELÉPÜLÉS ÚT, de ebben a forrástartományban például útkarbantartókról nem szoktunk beszélni. Inkább élmény gestaltokról van szó, ezek szétszedésével nem biztos, hogy közelebb jutunk a jelentésükhöz. Végül, ha a segítő szóra kerültek, a metaforahasználat közösségi rítus is

lehet, elősegítve az osztály munkatársainak és a felépülőknél a közös nyelv kialakítását. Ezzel a rítussal olyan valóságok képződnek, amelyek az úton tartják a felépülőket.

A metaforahasználat, de a recenzióban emlegetett szembeállítás, elhatárolás a „*tradicionális medicinától*” (a „mik nem vagyunk” felelegetése) is azt a képzetet erősíti bennem, hogy egy részleteiben és fogalmilag még nem kellően kidolgozott elmélettel van dolgunk. Azonban, ahogy pár sorral előbb erről írtam, a metafora új valóságokat képes teremteni. Egy kreatív, alkotó folyamatról van szó. A felépülésmodell képviselői egy ismeretlen tájon áthaladó utazás elején járnak. A könyvből azt érezzük, hogy a szerzőknek már a megtett úton is meghatározó élményekben volt részük – felépülő klienseikkel együtt.

Az Addiktológiai Osztály praxisa

A kötet erőteljes, fekete-fehérnek tűnő állításai néhol riasztóak lehetnek. Noha Petke Zsolt képe az addiktológiai osztályok betegeiről és a személyzetről nagyon élénk, a saját pszichiátriai-pszichoterápiás osztályos tapasztalataim ennek ellentmondanak: a Goldschmidt-féle pesthidegkúti osztály, Tündérhegy és még a lipóti Perényi-osztály is (bár a megnevezések – Goldschmidt-, Perényi-„féle” – már egy hierarchikus szemléletet tükrözhetnek, vagy éppen a jelölés nehézségeit). Az ambulanciákról már nem is beszélve (főleg nem, elfogultan, a Kék Pont Alapítványról). A „*tradicionális medicina*”, a „*nyugati racionalitás*” kontra felépülés, 12 lépés programok szembeállítás sem biztosan védhető minden helyzetben és esetben. Morálisan ítélezőnek éreztem egyes kijelentéseket: mi a helyes és mi nem. Például, nehezen indokolható az esszé a hazugságról – egy addiktológiai könyvben. Ezek szerint, ha valakinek nincs függőségekkel kapcsolatos saját élménye, akkor már ne is próbálkozzon a segítséssel? A szerzők között is szemléletbeli ellentétek, feszültségek tapinthatóak. Később, rájöttem, hogy a könyvet nem érdemes így olvasni. Öt év munkatapasztalata a kötet; öt éve működik az Addiktológiai osztály, nem kevés sikerrel – a tapasztalatok megértésére és nem kritikájára kell törekednem. A szerzők nem addiktológiai tankönyvet kívántak írni. Ha a vizsgálóbíró szerepéből a tapasztaló szerepébe kerülök, akkor megnyílhatnak előttem olyan jelentések, amik a saját felépülésfelfogásom fejlődését is segíthetik. Már a metaforák elemzésénél is ezzel az élménnyel találkoztam. A megértést gyakorlati alkalmazásként és nem elméletalkotásként kell felfognom.

Ha a könyvben nem azt keresem, „mit” is csinálnak a szerzők már öt éve az Addiktológiai

A metaforahasználat közösségi rítus is lehet.



Marcello Mastroianni és Giulietta Massina Fellini Ginger és Fred című filmjében

osztályon, hanem inkább azt, „hogyan” csinálják, amit csinálnak, akkor talán közelebb jutok a szerzők szándékaihoz. Az alkalmazás hermeneutikai felfogása (6, 7) szerint a praxis inkább célirányos, nem a folyamatra koncentrált: a felépülés elérésére, nem pedig a kivizsgálásra, a diagnózis, a terápia szakaszolására. Innen érthetőbbé válnak a diagnózist megkérdőjelező sorok a bevezető fejezetben – de a könyv későbbi részeinél látjuk, hogy erről nincs is szó. A könyvben bemutatott praxis az osztály működésébe ágyazott; abból nem lehet kiragadni. A használati értékből kell kiindulni (affordancia), nem azt nézni, mi a felépülés, a terápiás csoport, milyen szemlélet a működés alapja, hanem azt, hogy mire való, milyen szerepet szánnak neki a team tagjai, mit kezdenek vele a résztvevők. Hogyan vesznek részt a felépülés folyamatában az osztályos team tagjai (szakértők és tapasztalati segítők)? Hogyan értelmezik és értelmezik újra a felépülés fogalmát (és a szakmai eljárásokat)? Hogyan működik az osztály terápiás repertoárja és milyen változások voltak? Milyen módon, milyen tudások mobilizálásával értik meg egymást a team tagjai, a team és a függők, a felépülők, a szakmai-közösségi környezet szereplői? A metaforák esetében erre láttunk példákat – amik nem egy szaktudományos horizonton képződtek. Ha már a térbeli metaforáknál tartunk (út,

horizont), mik azok a megértéshorizontok, amelyek kialakulnak a különböző aktorok (team és függők, felépülők) között? Hogyan kapcsolódhatnak én ezekhez a megértéshorizontokhoz és hogyan az olvasó? Mi az a narratíva, amely leírja az osztály működését – és most nem a felépülők, hanem az osztály aktorainak közös narratívájára gondolok? Mit ad nekem és az olvasónak ez a narratíva – továbbcsöszörgető-e?

Ha összerakom az előzőekben leírtakat, akkor egy alkalmazott tudásformát látok működni a könyvben – és az osztály gyakorlatában. Ez az alkalmazott tudás, ez a praktikus tudás úgy, ott és akkor érvényes: azaz az osztály gyakorlatától nem elvonatkoztatható módon. Nem lehet „kivonni” az osztály gyakorlatából, nincs valamilyen absztrakt lényege. A metaforáknál is ez derült ki: geográfiaileg elemezhetjük, hogy mit jelent az *El Camino zarándokút* – mint a felépülés metaforája –, de nem jutunk közelebb annak jelentéséhez. Az alkalmazott tudás jellemzője tehát az úgy – akkor – ott hármasa. Ha akárcsak az egyik elem változik, akkor a praxis – az egyik szerző metaforájával élve – „vagy továbbfejlődik, vagy meghal”.

A hermeneutikai „alkalmazás” az AA Big Book-beli tudás alkalmazására is érvényes; ez az alkalmazás végigvonul a könyvön; a könyv egyik meghatározó fonalát adja. Egy másik fonál a

szakértői narratíva: motivációs interjúval, megoldásközpontú megközelítéssel, erőforrással és pozitív pszichológiai megközelítéssel, közösségi addiktológiával, rendszerszemlélettel, színház-, mese- és olvasásterápiával. A két narratíva azonban nemcsak a kizárások felől közelíthető meg; a „szakértői tudás” is magában foglalja a tapasztalati segítőkkel végzett munkát, a közösségek szerepét. A 12 lépéses felépülési narratíva – az osztály gyakorlatában – magában foglalja a szakértőteam-tagok részvételét a kezelésben, egyáltalán, a kezelési folyamatot (az előgondozástól kezdve a rövid és hosszú rehabilitációig), a ket-tős diagnózisú betegekkel vagy éppen a várandós szerhasználókkal végzett munkát. A felépülés e két megközelítése egyszerre van jelen az osztály és a csapatok gyakorlatában.

Felépülésről írnak a szerzők és írok én is. Ámde ezek a felépüléskoncepciók nem feltétlenül azonosak. Az osztály gyakorlati működéséhez a felépülés saját értelmezése is társul – pontosabban a működés eredménye lesz ez a specifikus értelmezés. Ezt a sajátos felépülésfogalmat próbáltam feltárni és megérteni. Ezt a fogalmat igyekszem jellemezni még néhány gondolattal.

Az osztályos gyakorlat – noha számos ponton kapcsolódik különböző, „külsős” közösségekhez – mégis, mintha elszigetelt lenne. Ezt az érzést erősítik a „biomedikális”, „akadémikus medicínával” szembeni állítások. Felmerül a kérdés, hogy valóban szakmai szembenállásról vagy inkább identitásképzésről van-e szó. Hiszen például az AA és a klasszikus addiktológia betegségkonceptiója (a magyar származású Jellinek munkássága alapján) ugyanaz. Ahogy Kelemen Gábor az előszóban fogalmaz, „amióta meghonosodott hazánkban... az addiktológia, ennek magyar művelői Amerikára vetik 'vigyázó szemüket'”. „A számos tekintetben a humanisztikus pszichológiához közel álló MM nem jöhetett volna létre a Jellinek-féle

alapvetés nélkül.” Így, állapítja meg Kelemen Gábor, „Jellinek és Angyal – az MM álműhájában – íme, hazaérkezett”. Angyal András magyar származású pszichiáter, Jellinek munkatársa, közli az előszóban Kelemen Gábor. A jellineki, angyali, AA-beli betegség- és felépüléskoncepciók és az osztály gyakorlatában használt felépülés kifejezés nem feltétlenül fedik egymást.

A FELÉPÜLÉS ÚT és a FELÉPÜLÉS UTAZÁS mellett a felépülési paradigma más metaforákkal is megjelenik. Például a könyvben említett kifejezésekkel: *fejlődés, növekedés, gyarapodás, kiterjedés, betöltés, felemelkedés, gazdagodás, tágulás, újraértelmezés, érzékenyebbé válás*. A FELÉPÜLÉS NÖVEKEDÉS, a FELÉPÜLÉS FEJLŐDÉS, hogy csak két metaforarendszert emeljek ki. Mivel sokszor a csapatok saját személyes és szakmai fejlődésüket értelmezték a felépülés fogalmával, mondhatjuk azt is, hogy a TEAMMŰKÖDÉS FELÉPÜLÉS, az OSZTÁLYMŰKÖDÉS FELÉPÜLÉS. Ezek a felépülésnek egy másik értelmezési keretét adják. A *növekedés, fejlődés, kibontakozás, kiterjedés* kevésbé kézzelfogható, mint az *út* vagy az *utazás*, de a csapatok olyan szakmai és személyes változására utal, amely még a metafora szintjén sem záródik le. Ha a FELÉPÜLÉS FEJLŐDÉS, akkor az OLVASÁS FEJLŐDÉS, az OLVASÁS FELÉPÜLÉS.

RÁCZ JÓZSEF

Eötvös Loránd Tudományegyetem,
Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológiai
Intézet, Tanácsadás Pszichológiája Tanszék

Felépülés a függőségből:

szerencsejáték és szerhasználat

(szerkesztette: Petke Zsolt és Tremkó Mariann),

lektorálta és az előszót írta: Kelemen Gábor.

Budapest: Medicina Könyvkiadó;

2018. 443 oldal.

Irodalom

1. Project MATCH Research Group. Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH Posttreatment Drinking Outcomes. *Journal of Alcohol Studies* 1997;58:7-29.
<https://doi.org/10.15288/jas.1997.58.7>
2. Miller WR, Wilbourne PL. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction* 2002;97:265-77.
<https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00019.x>
3. Ferri M, Amato L, Davoli M. Alcoholics Anonymous and other 12 step programmes for alcohol dependence. *Cochrane Systematic Review*, Version published: 19 July 2006.
4. Kelly JE, White WL. (szerk.) Addiction recovery management. Theora, research and practice. New York: Springer Science + Business Media, Humana Press; 2011.
5. Szabó R, Kövecses Z. A metafora Gyakorlati bevezetés a kognitív metaforaelméletbe. Budapest: Typotex Kiadó; 2005. 280 lap. Szemle. *Magyar Nyelv* 2009;2:230-5.
6. Gadamer HG. Igazság és módszer. Egy filozófiai hermeneutika vázlata. Második, javított kiadás. Budapest: Osiris; 2003.
7. Wilson T. Consumption, Psychology and Practice Theories: A Hermeneutic Perspective. New York: Routledge Interpretive Marketing Research, 2018.
<https://doi.org/10.4324/9781315648521>



Tudományos babonák a női testtel kapcsolatban

Magyar László András

A női test az európai orvostudomány számára sokáig *terra incognita* maradt. Az egyik bibliai teremtéstörténeten (Gen.2.22–23.), illetve arisztotelészi elméleteken alapuló nézetek alapján ugyanis a női testet Európában, egészen a 18. század végéig csupán a férfitest csökevényes változatának tekintették, működésével kapcsolatban pedig egy sor elképesztő tévhit élt az orvosi gondolkodásban. Csúpn a 18–19. században kezdték a nők testét önálló entitásként vizsgálni (1, 2). E változások eredményeképpen jelent meg a színen, 17–18. századi előzményekre építve, a 19. században a modern nőgyógyászat, illetve a női antropológia is, amelyet többek közt Johann Adam Braun (1765–1808), Johann Jakob Bachofen (1815–1887), Julien Joseph Virey (1775–1846) és Hermann Heinrich Ploss (1819–1885) alapozott meg. Ezek a változások természetesen párhuzamosan zajlottak a nők társadalmi szerepének módosulásával (nők bér munkába állása, gyerekszám csökkenése, egyenjogúsági, szociális mozgalmak stb.). A fordulat jelentőségét jobban megérthetjük, ha megismerkedünk az előzmények közül azokkal az orvosi és antropológiai babonákkal, amelyek egészen a 19. századig befolyásolták a női testtel kapcsolatos tudományos gondolkodást.

Fogamzáselméletek

A görög-római tudomány két alapvető fogamzáselméletet hozott létre. A nagyjából száz évvel korábbi, Kr. e. 5. századi hippokratészi elmélet (De genitura 478–480) (3, 4) szerint nem csupán a férfi, hanem a nő is termel „magvat”, vagyis mindketten egyenlő szerepet játszanak a nemzésben. Mivel pedig a hippokratészi elmélet szerint a nő ugyanúgy csak a gyönyör hatására választhat ki magvat, mint a férfi, a fogamzáshoz az ő orgazmusára is szükség van. Az 1. századi nagy görög orvos, Szóránosz nyilvánvalóan Hippokratésszel értett egyet, mert így írt (5): „Kell, hogy létezzék a közösülésre való ösztön és vágy. Mert ösztön nélkül sem a férfi nem bocsáthatja ki magvát, sem pedig a nő nem közösülhet. Ahogy az étel, amelyet étvágytalanul vagy egyenest akarata ellenére fogyaszt az ember, sem megfelelően vagy egyáltalán nem emésztődik meg, a magvat sem képes a szervezet befogadni, és a fogamzás nem idézhető elő, ha hiányzik a

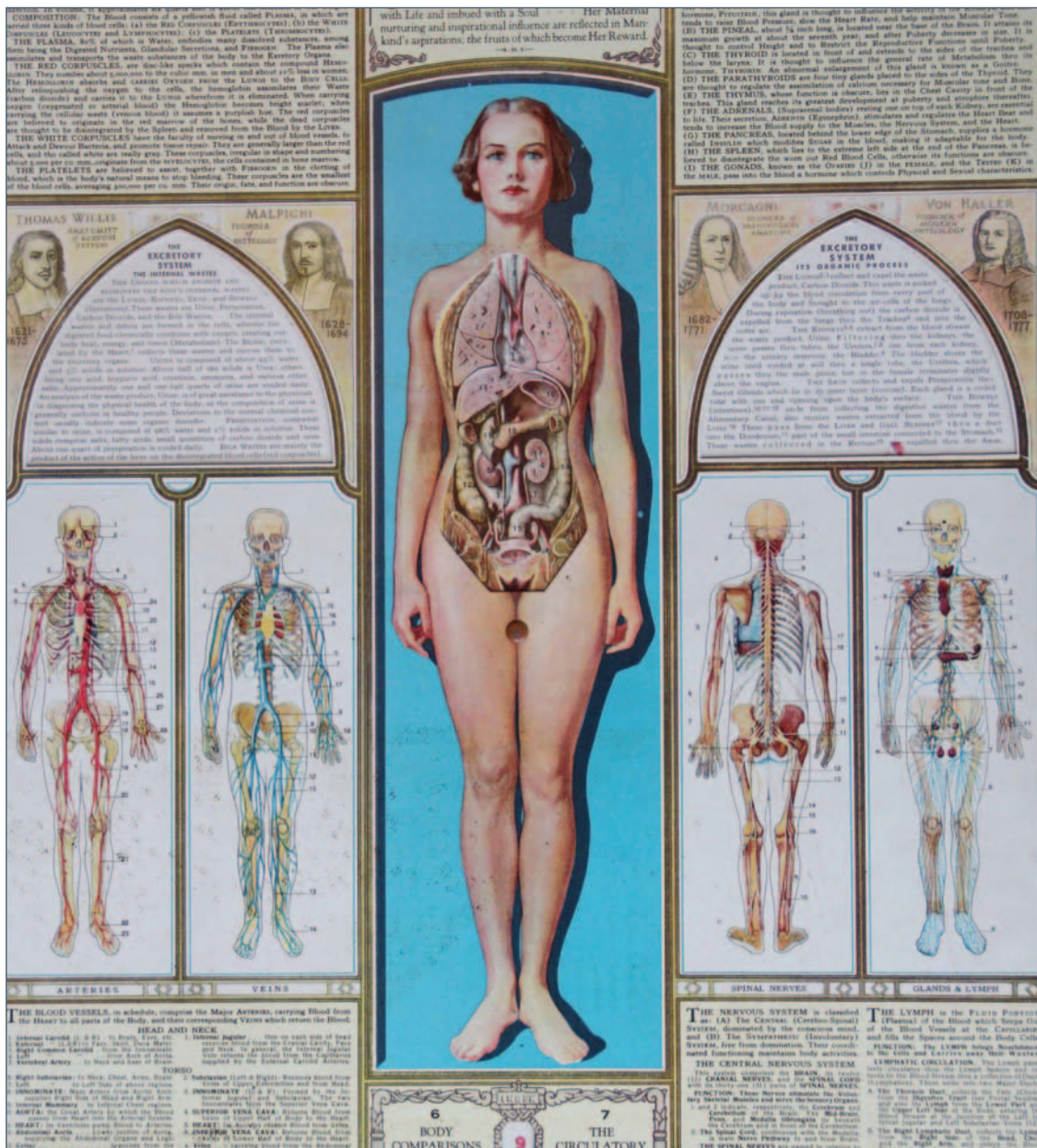
hajlandóság és a gyönyör a közösüléshez.” Ha pedig olyanok is teherbe esnek – teszi hozzá gonosz logikával Szóránosz –, akiket megerősakolnak, akkor biztos, hogy időlegesen és akaratuk ellenére, azért ők is élvezték a dolgot.

Az arisztotelészi elmélet szerint viszont (De generatione animalium 727a 3–20) csak a férfi termel magvat, a nő csupán az alapanyagot adja a nemzéshez. A nő ugyanis nem képes a magvát tökéletessé érlelni, így a nőnek nincs egyebe meg nem főtt (*apeptosz*) magnál, amely a fogamzáskor az alapanyag, a *próté hüle* szerepét játssza (De gen. an. 728.19–28.). Ha azonban nem kerül sor nemzésre, ez az anyag menstruációs vér (*kataménia*), salakanyag (*perittóma*) formájában kiürül (6). Másutt Arisztotelész azt is hozzáteszi (De gen an. 723b 33–724a 3), hogy a gyönyört nem a magkiválasztás, hanem a testet érő erős hatás, gyors mozgás (*kinészmosz iszkhürosz*) okozza. „Am a fogamzásra akkor is sor kerülhet, ha a gyönyör, amelyet a nő közösüléskor tapasztal, nem következik be – elegendő, ha kellően felhevül az adott testrészt, és a méh a test belsejében kellően leszáll.” (De gen an. 739a 30–34). A női orgazmus tehát Arisztotelész szerint nem szükséges feltétele a nemzésnek.

A középkorban a hivatalos teológia az arisztotelészi elméletet fogadta el, míg az orvostudomány inkább a hippokratészt. Mindennek számos fontos következménye lett. Amennyiben ugyanis az arisztotelészi elméletet fogadjuk el, az eredendő bűnt csak a férfi örökítheti tovább. Másrészt ebben az esetben a menstruációs vér bomlott, mérgező anyag, amely rendszeresen tisztátalanná teszi a nőt, harmadrészt pedig a nemzéshez sem a nő aktív közreműködésére, sem pedig orgazmusára nincs szükség.

Ha viszont a hippokratészi elméletet fogadjuk el, akkor a) a nő is örökítheti az eredendő bűnt, b) a nő nem fertőző lény, c) a nő orgazmusa is szükséges a nemzéshez. Mivel pedig a 4. századtól Európában uralkodó keresztény hit szerint közösülni egyedül a nemzés és szaporodás Isten által rendelt céljából szabad, a férfinak a nemzés érdekében a nő orgazmusára is törekedni kell (7). Mindezt egyébként a muszlim teológusok is így gondolták (8). Ennek érdekében a katolikus egyház sokféle szexuális praktikát elnézett vagy egyenest engedélyezett, feltéve, ha a nemzés érdekében került sor rájuk.

Érdekes módon, annak ellenére, hogy az egyébként az arisztotelészinél található hippokratikus nemzéselmélet orgazmusteóriájának a józan ész mellett a mindennapi tapasztalat is elmentmondott, ez az egyébként üdvös hatású hiedelem az ókortól nagyjából a 17. századig uralkodó maradt az orvosok körében (7), ám még a 19. században is sokan hittek benne (9).



Egy tábla Ralph és Theodore Segal Bodyscope című munkájából, 1935

A fogamzás ideje

Az ókori orvosok szinte egyöntetűen úgy vélték, hogy a havi vérzés után közvetlenül következik be a fogamzás. A két legnagyobb szaktekintély, Hippokratész és Arisztotelész egyaránt ezt vallotta (Hippokratész: De muliebribus 62.19.24., Arisztotelész: Historia animalium 7.582b). Szóránosz szerint is a fogamzásra legalkalmasabb időpontnak a vérzés megszűnte (tehát a menstruáció utolsó napja) tekinthető (Szóránosz: Gynaeciorum 1.12.56.). Ma már köztudott, hogy az ovuláció előtti és utáni 2–3 nap a legalkalma-

sabb a fogamzásra. Az ókori orvosok tehát a teherbe esés időpontjának meghatározásában tévedtek, és ugyanúgy, ahogy a női orgazmus kérdésében, ebben az esetben is évszázadokon át a tapasztalattal szögesen ellenkező dolgot állítottak.

Gradvohl Edina elmélete szerint egyébként (10) e tévedésnek az volt az oka, hogy az ókori görög orvosok a fogamzás ideális időpontjára vonatkozó elméleteiket a nőkkel – a korabeli férfiuralmon alapuló kultúrában – gyakran azonosított nőstény kutyák, szukák megfigyelésére alapozták. (Görögül egyébként a nő güné, míg a

szuka küné). A helytelen fogamzáselmélet alapja azonban nem a kutya hétnapos vérzése, hanem 14 napos tüzelési ciklusa volt. Mindennek ellenére ez az ókori teória is egészen a 17. századig eleven életet élt, és az orvosi karok tananyagában is megjelent.

A méh mint mozgó állat és a hisztéria

Az ókori orvosok úgy gondolták, hogy csak a nők lehetnek hisztériásak, hiszen a hisztéria a görögül hűsterának nevezett méh betegsége, nevét is innen kapta. A Kr. e. 5. századtól kezdve egészen a 17. századig tartotta ugyanis magát az az elképzelés, hogy az anyaméh a testen belül vándorolni képes, és olyan görcsöket, fulladást okozhat, amelyet hisztérikus fulladásnak, pontosabban nedvmegrekedésnek (*suffocatio hystericának*) neveztek. Hippokratész egyik követője, a kappadókiai Aretaios (De acut. 2.11.) szerint például „a méh bizonyos szempontból olyan, mint egy élőlény egy másik élőlényen belül”. A tünetek alapján azután a hisztériás fulladást gyakran olyan tünetekkel kapcsolták össze, mint például az idegesség, depresszió, fejfájás, időszakos bénulás, méhgörcsök, illetve a *suffocatio hystericát* hitték e panaszok okának. A vándorló anyaméh elméletével összefüggő hisztéria-betegségfogalom és betegségnevegyéb-ként csak a 20. század negyvenes éveiben tűnt el a kórtani irodalomból (11).

A csikló

Különösen érdekes a klitoris esete, amelyet ugyan az ókorban is jól ismertek és görögül-latinul egyaránt megneveztek (12, 13), sőt Petrus Abanus le is írt a 13. században (14), ám sok orvos számára ennek ellenére ismeretlen maradt. A sokáig legfőbb csökevényes pénisznek hitt csikló neveinek sokasága is e bizonytalanságra utalt. Francesco Plazzoni (1590 k. – 1622) például a 17. század elején ugyan már clitorisnak nevezte e testrészt, ám emellett még sokféle néven emlegette, „*oestrum veneris*”-nek, „*luxuriae aculeus*”-nak, „*amoris dulcedo*”-nak vagy – egy rejtélyes olasz, köznyelvi szóval – „*ilbesevegio*”-nak titulálta (15). A klitoris elnevezés egyébként talán a kleisz ‘kulcs’, ‘kulcslyuk’ szóból származik, mások szerint (16) a klétór, ‘tanú’ szóval áll kapcsolatban – a latin testis (‘tanú’, illetve ‘here’) szó mintájára –, mivel aki tanúként esküdött, annak a heréjére vagy a méhére kellett tennie a kezét, hogy az eskü utódait is hetedízigen kösse. Hyrtl József csodálatos *Onomatologia anatomica*-jában (Bécs, 1880) ezzel szemben a szót a

görög kleitoridzein ‘csiklandozni’, ‘izgatni’ igéből eredeztette, mivel a német Kitzler szónak is „csiklandó” az eredeti jelentése. A magyar ‘csikló’ kifejezés viszont biztos nyelvújítási szó, éppen a német Kitzler mintájára készült, és Bugát Pál terjesztette el, noha első ízben írott formában jóval korábban, 1777-ben (17) fordult elő.

A csiklót és működését tehát tudósok és tudatlanok egyaránt az ókor óta ismerték, a középkorban is több orvos írt róla, ennek ellenére Realdo Colombo (1515–1559), a neves olasz anatómus mégis büszkén állította, hogy ő fedezte föl, pont úgy, mint névrokona az új kontinenst, amiből meghökkentő módon arra következtethetünk, hogy e kicsiny, de lényeges testrész léte és szerepe ebben a korban még az orvosok közt sem volt általánosan ismert (2). Az orvostudomány történetében egyébiránt jócskán léteznek még efféle megfjejthetetlen talányok, mint azt a következő téma is illusztrálja.

A szűzhártya

Bármilyen különös ugyanis, a szűzhártya (hymen) létében szintén sokáig kételkedtek egyes, egyébként kiváló orvosok is (18). A nagy tekintélyű Andreas Laurentius (1558–1609) vagy a nagy francia sebész, Ambroise Paré (1510–1590) például még a 16. század közepén is elutasította a hymen létét, sőt a szintén neves Peter Dionis (1640–1718) sem talált soha ilyen hártyát, még 14 éves lányoknál sem.

A hymen nevet egyébként először Guinterius Andernacus használta 1541-ben *Anatomicarum institutionum ex Galeni sententia libri IIII* (Lugduni, 1541) című könyvében. A kiváló svájci orvostudós, Theophilus Bonetus (1620–1689) pedig ugyan elfogadta, hogy szűzhártya létezik, ám megjegyezte, hogy nem minden hölgy rendelkezik effélével, ő például boncolásai közben több száz eset során csak három ízben talált szűzhártyát (19). Csupán a 18. század közepére vált egyértelművé az, hogy a szűzhártya valóban létezik és nem mese. Haller idején ugyanis a hymen létét már senki nem vonta kétségbe.

A G pont

Manapság általában nem a klitoriszt, hanem a hüvelyen belüli, a húgyvezetékkel szomszédos, úgynevezett Gräfenberg-zónát tartják a gyönyör „születési helyének”. Ezt az elméletét Ernst Gräfenberg (1881–1957), az Egyesült Államokba emigrált német nőgyógyász ugyan csak 1950-ben

tette közzé (20), ám a hinduk már sokkal korábban jól ismerték lényegét (21). Európában azonban úgy tűnik, meghökkentő módon, valóban nem voltak korábbi – legalábbis tudományos – elképzelések e zóna létéről és az orgazmusban játszott szerepéről.

Érdekes, hogy a G pontot angolul nem pontnak, hanem – „pontosabban” – foltnak (spot) nevezik, mivel valójában nem pontról, hanem egy, a vagina felső-belső falán található, átlagosan 1-2 centiméter átmérőjű zónáról van szó. A G pont vagy folt létét és mibenlétét egyébiránt a szakirodalom mindmáig vitatja. A „G spot” nevet magát természetesen nem maga Gräfenberg alkotta, hanem az 1980-as évek elején kiadott amerikai szakirodalomban tűnt föl, bár nehezen tisztázható, ki használta először. Az viszont bizonyos, hogy a G betű mindmáig Gräfenberg emlékét őrzi.

Fogamzásgátlási módszerek

Különösen sok orvosi tévhit élte szívósan életét évezredek át a fogamzásgátlással kapcsolatban. A 19. századig ajánlottak orvosok is megelőzőképpen olyan – a téves nemzélméletekben gyökerező – eljárásokat, mint az előjáték nélküli, hirtelen coitus, a coitus közben „semleges tárgyra” való gondolás, a fül mögötti ér ujjal való elszorítása, a női orgazmus visszatartása, a szoptatási idő elnyújtása, a coitus utáni ugrálás és köhögés (22) vagy éppen bizonyos testhelyzetek preferálása. Az egyház például sokáig kifejezetten elítélte azt a pozitúrát, amelynek során a nő volt felül, mert ez állítólag akadályozta a nemzést, vagyis Isten első és legfontosabb parancsának (Gen.1.28.) végrehajtását. (Nem beszélve arról, hogy a nő ilyenkor férfiszerepet játszott, amit a középkorban szintén súlyosan elítéltek és démonikus dolognak tartottak. A 16–17. századi boszorkányábrázolásokon is ezért látható gyakran a falloszt jelképező seprűn vagy lapátnyélen „lovagoló” boszorkány.)

A női testtel és annak működéssel kapcsolatban a fentieknél persze sokkal több tévedés élt a múltban – és él részben ma is, bár többnyire a tudomány berkeiből immár kiszorítva. Különösen igaz ez a női szexualitásról alkotott képre, illetve a női lélekkel, vágyakkal és női társadalmi szerepekkel kapcsolatos, mindmáig makacsul viruló tévhitekre. A fentiekben csupán néhány olyan, egykori tudományos tévedésre kívántam felhívni az olvasó figyelmét, amely nemcsak a gyógyítást, hanem gyakran a szexualitást, a jogot

és a vallási életet is befolyásolta. Mindenesetre utólag egyenest megdöbbenő, nagyjából kétezer éven át milyen sok ostobaság volt olvasható tudományos munkák lapjain a női testtel kapcsolatban – aminek fő oka nyilván az volt, hogy a tudomány a legutóbbi időkig kizárólag a férfiak fennhatósága alá tartozott.

—
A szerző: a Magyar Nemzeti Múzeum Semmelweis Orvostörténeti Könyvtárának igazgatóhelyettese.
E-mail: magyarlaszlo@semmelweis.museum.hu

Irodalom

- Gallagher C. The Making of the Modern Body. Sexuality and Society in the Nineteenth Century. Berkeley, Los Angeles, London: Univ. of California Press; 1987.
- Laqueur T. A testet öltött nem. Test és nemiség a görögöktől Freudig. Bp.: Új Mandátum; 2002. p. 82-84.
- Adelmann HB. Marcello Malpighi and the evolution of embryology. Ithaca/New York: Cornell Un. Press; 1966. II. p. 729-81.
- Jacquart, D., Thomasset C. Sexuality and medicine in the Middle Ages. Cambridge: Polity Press; 1988. p. 78-86.
- Soranos. Die Gynäkologie (peri gynaikéon) des Soranus von Ephesus. Übers. H.Lüneburg, comm. J.Ch.Huber. München: Lehmann; 1894. p. 24.
- Gerlach W. Das Problem des „weiblichen Samens” in der antiken und mittelalterlichen Medizin. Sudhoffs Archiv für Geschichte der Med 1937-1938;30:177-93.
- Zacchias P. A házastársi kötelességről. Budapest: Európa Kiadó; 2001. p. 60-3.
- Weisser U. Zeugung, Vererbung und pränatale Entwicklung in der Medizin des arabisch-islamischen Mittelalters. Erlangen: Lilling; 1983. p. 153.
- Becker GW. Der Ratgeber vor, bei und nach de Beischlaffe. Leipzig: Wienbrack; 1831. p. 40-52.
- Gradwohl E. Sórános. Budapest: Új Mandátum Kiadó; 2006. p. 124., 127-9.
- Scull A. A hisztéria felkavaró története. Budapest: Holnap; 2013.
- Adams JN. The Latin sexual vocabulary. London: Duckworth; 1987. p. 97-9.
- Hyrtl J. Onomatologia anatomica. Geschichte und Kritik der anatomischen Sprache der Gegenwart. Wien: Braumüller; 1880. p. 122-3.
<https://doi.org/10.5962/bbl.title.26730>
- Abanus P. Conciliator controversiarum, qui inter philosophos et medicos versantur. Venetiis: Juntae; 1565.53B.
- Plazzonus F. De partibus generationi inservientibus libri duo. Lugduni Batavorum: Lopez de Haro; 1664. p. 149-60.
- Kraus LA. Kritisch-etymologisches medicinisches Lexikon. Göttingen: Deuerlich; 1844. p. 246.
- Steidle J. Magyar bábamesterség. Ki-adta Szelei Károly. Béts: Schulz; 1777. p. 18.
- Kenyeres B. Törvényszéki orvostan. Budapest: MOKTÁR; 1909. I. p. 271-4.
- Bonetus T. Sepulchretum sive anatomia practica. Genevae: Chouet; 1679. p. 1370.
- Gräfenberg E. The Role of urethra in female orgasm. International Journal of Sexology 1950;(3. 3.):145-8.
- Syed RQ. Zur Kenntnis der ‘Gräfenberg Zone’ und der weiblichen Ejakulation in der altindischen Sexualwissenschaft. Sudhoffs Archiv 1999;8 (2):171-90.
- Schroeder H. Die Vorbeugung der Empfängnis aus Ehe-noth. Leipzig: Spohr; 1892.



A leselkedő festő, avagy a kiérdemelt katonai kereszt

Gerevich József

Edward Hopper utolsó festménye, a „Két komédiás” (1965) a közönségtől való búcsú frappáns metaforájának tekinthető. A képen két bohóc – egy férfi és egy nő – áll magányosan a színpadon, a leeresztett függöny előtt. Fogják egymás kezét, miközben a férfi szabadon lévő bal kezével mintha a nő felé mutatna. A két alak arcvonása nem hagy kétséget afelől, hogy a művész és felesége látható a festményen. A kép befejezése után Hopper már nem festett többet, egy évvel később meghalt. Ha valóban ezzel a képpel búcsúzott közönségétől, és a képet élete és művészete összegzésének tekintette, akkor felesége, Josephine Nivison Hopper alakja és a feléje mutató kéz arra utal, hogy életművét ketten hozták létre, és ő hálás feleségének ezért. Hopper halála után az őt alig tíz hónappal túlélő Josephine naplójában megerősítette a fenti feltételezést.

Edward és Josephine viszonylag későn, negyvenes éveikben találtak egymásra. Mindketten a New York-i Művészeti Iskolába jártak, bár Hopper később, hét év után fejezte be tanulmányait. Josephine a festészet mellett a színészkisiskolát is elvégezte, és színpadon is rendszeresen fellépett; Yvette Guilbert-rel, Toulouse-Lautrec egykori modelljével is szerepelt. A művésziskolában egyik tanára – Robert Henri – lefeste őt ecsettel a kezében. Tősgyökeres New York-i volt. Zenész apja korán a tánc, a mozgásművészet és a francia irodalom felé terelte. Amikor 1923-ban újra felvették egymással a kapcsolatot, Josephine már érett és befutott festőnek számított, művei együtt szerepeltek Picasso, Modigliani, Kisling és mások munkáival. A *New York Tribune*, a *The Evening Post* és a *Chicago Herald Examiner* rendszeresen jelentette meg rajzait.

Találkozásuk szerelemmé, házassággá és erős sorsközösséggé válásában szerepe lehetett annak is, hogy mindketten jól tudtak franciául. Amikor Hopper Verlaine-t eredetiben idézte, meglepve tapasztalta, hogy Josephine befejezi az általa elkezdett idézetet. Bár személyiségük sok tekintetben teljesen különbözött egymástól (Josephine nyitott, társaságkedvelő, beszédes, Edward gátlásos, befelé forduló, halk, szégyenlős volt).

Edward Hopper: Két komédiás, 1965



Mindketten műveltek, olvasottak voltak, mindketten szerettek utazni, fiatalabb korukban külön-külön, nagy élvezettel bejárták Európát, szerették a színházat, a költészetet, és romantikusnak tartották magukat.

Amikor összeházasodtak, Josephine átköltözött férje műtermébe, amely a Washington Square North 3. szám alatti ház legfelső emeletén volt. Így írt erről naplójában: „Férjem egy 1830-as években épült híres házban lakott már több mint negyven éve. Ott élni spártai kitarást igényelt, de megérte. Ragyogó világosság volt nappal és este, hála a tetőablaknak, a hatalmas fehér márványkandallónak és a két nagy műteremnek.” Hopper és Josephine egészen halálukig itt laktak. A műteremben hűtőszekrény és vécé sem volt. A szemet a pincéből kellett a kandallóba felvinni. Erre utalhatott Josephine a spártai kitarás kifejezésben.

Jelképesnek is tekinthető Josephine-nek egy gesztusa Hopper felé, még házasságkötésük előtt. Amikor a *New York Times* a Brooklyn Múzeumban csoportos kiállítást szervezett, és az asszony műveit választották ki olyan neves művészekkel szemben, mint Georgia O’Keeffe és John Singer Sargent, Josephine saját képei helyett Edward Hopper munkáit javasolta a kurátornak. Ekkor adták el Hopper egyik képét, amely tíz éven belül mindössze a második eladott munkája volt. S bár később naplójában Josephine indulattal írta le, hogy Hopper mennyire elnyomta felesége festészeti aktivitását, a fenti példa mutatja, hogy Josephine kezdettől alávetette saját művészetét a férjének.

Amikor két művész jön össze a magánéletben, általában kölcsönösen támogatják egymás művészi törekvéseit. Ez történt többek között Frida Kahlo és Diego Rivera, Dorothea Tanning és Max Ernst, Sonia és Robert Delaunay, valamint Sophie Taeuber-Arp és Hans Arp esetében. A Hopper házaspár ellenpéldája ennek. 1924-től, házasságuk évétől, Hopper művészi karrierje szárnyakat kapott, míg Josephine művészete háttérbe szorult. Ennek okát nehéz megmagyarázni, hiszen gyermekük sem született, és örökbe sem fogadtak gyermeket. Josephine rokonszenvezett a feminista mozgalommal, és tudatosan alakított ki a hagyományos női szereptől eltérő életformát, nem főzött, nem vezetett háztartást.

Hallgatolagos egyezés jöhetett létre közöttük, amelynek lényege az volt, hogy Josephine lesz férje kizárólagos modellje, és művészetének egyedüli menedzsere, cserében a festészetet hobbiszerűen űzheti csak. Valószínűleg Hopper kezdeményezte ezt a felállást. Erre enged következtetni Josephine naplójának egy részlete, amelyben az asszony panaszkodik, hogy férje



Robert Henri: *Művészhallgató*, 1906

nem támogatja a munkáját. „Nem jó dolog, ha egy feleség fest?” Tette fel egyszer férjének a kérdést. Mire Hopper lakonikusan és megvetően válaszolt: „Bűzlik.”

Leggyakrabban a tetőtéri stúdióban dolgoztak. Hopper festőállványa mellett volt egy tükör, amelyből pontosan felesége stúdiójára látott. Josephine műterméből pedig férje festőállványára lehetett látni. Néha ugyanazt a témát kezdték festeni, csaknem egy időben, vagy egy-két évvel a másik témakidolgozása után. Ilyen festmény volt



Edward Hopper: *Lánykák-show*, 1941

a „Dauphiné-ház” című képük. A Josephine-féle változat kevésbé drámai, vonalvezetése lazább, könnyedebb. De gyakoribb volt, hogy Josephine alkotás vagy olvasás közben festette le férjét, annak élénk tiltakozása ellenére. Ezeken a portrékon sikerült Hopper melankóliáját és befelé forduló személyiségét pontosan megragadnia. Ilyen kép az „Edward Hopper Robert Frost-könyvet olvas”, amelyen Edward mozdulatlanak tűnik, arcifejezése komor.

Kapcsolatuk egyre szorosabbá válásával párhuzamosan egyre több és többféle feszültség alakult ki közöttük. Talán ezzel magyarázható, hogy Hopper hamar eljutott arra a pontra, ahonnan kezdve egyetlen nő foglalkoztatta a festészetben és az életben: a felesége. Josephine figuráját legkülönbözőbb helyzetekben, szerepekben és testtartásban, felöltözve és meztelenül vagy félmeztelenül, legtöbbször kortalanul vitte vásznaira. A házastársak közti rivalizálás szelleméről tanúskodnak Hoppernek a házaseletet ábrázoló karikatúrái is, amelyekkel a házastársak közti feszültségeken próbált úrrá

lenni. „Néhány festménye a bizonyosság rá, hogy komplexusa volt a feleségét illetően.” Nem véletlenül írta egyik festő kortársa, Charles Burchfield, hogy „Hopper művészetének teljes szerkezete összefonódik személyiségével és életmódjával”.

Hopper művészetét legerőteljesebben a szexuális feszültség befolyásolta; képei tele vannak visszafojtott erotikával. Míg korábbi képein a szexuális feszültség nyíltan és egyértelműen jelenik meg, a későbbiekben szemmel alig látható módon. Előbbire az „Éjszaka a hivatalban” (1940), utóbbira a „New York-i iroda” (1962) című kép szolgál. Ahogy az egyik elemző fogalmaz: „A hopperi életművet jellemző különféle rejtélyekhez egy sajátosan szexuális indíttatás is társul: a művész egyrésről nyíltan jeleníti meg szexuális fantáziáit, ugyanakkor a házastársi vágyakozás törvényes kereteibe foglalja azokat.” Hopper a meztelen női testet a leleszkedő nézőpontjából mutatja be, mint a „Lánykák show-ja” (1941) és a „Női napfény” című képeken. Ez a vágyakozó attitűd felveti annak a



Josephine
Hopper:
Önarckép



Edward Hopper: Dauphiné-ház, 1932



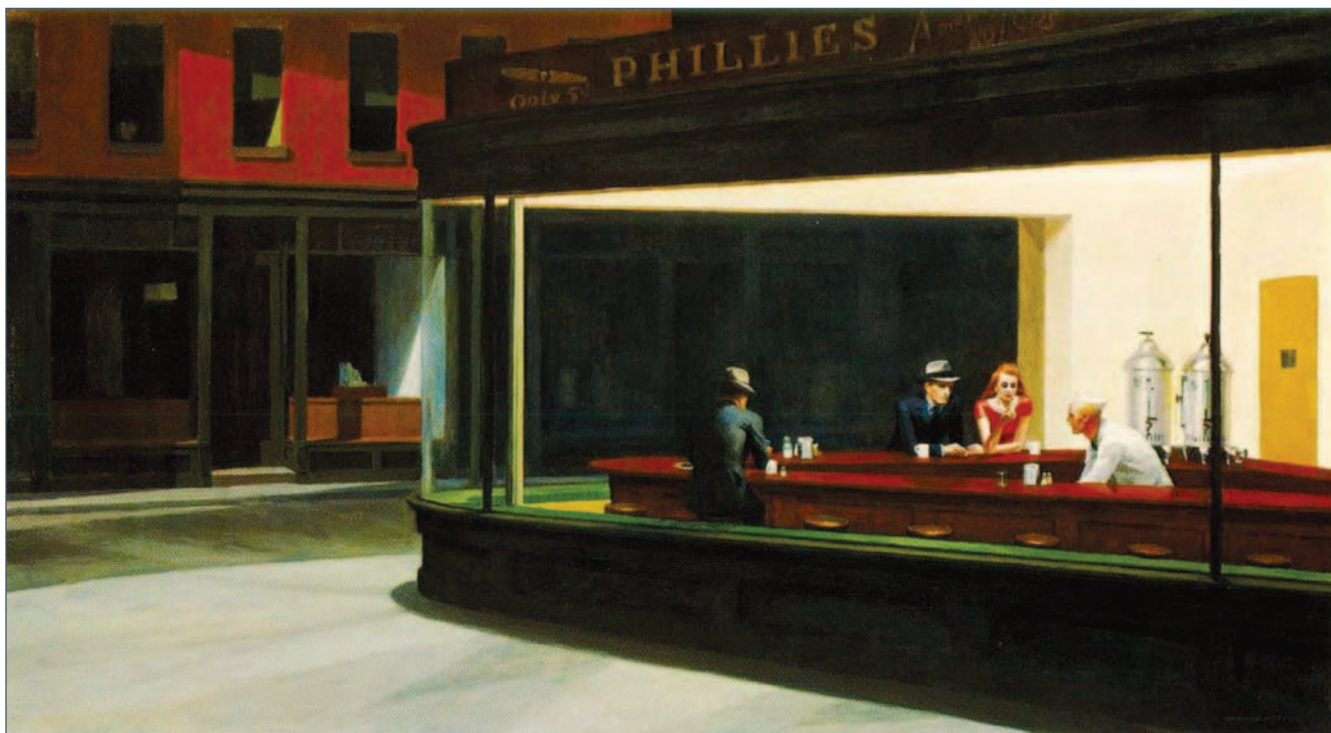
Edward Hopper: Josephine fest, 1941

gyanúját, hogy nem volt minden rendben a szexuális életükkel. Mint házasságuk más intim titkának fellibbentésével, ebben is Josephine naplója van segítségünkre. A naplóból kiderül például, hogy Josephine szűz volt, amikor összeházasodtak. Az asszonyt sokkolta az örömtelenség élménye. „Az egész dolog kizárólag miatta volt, az ő élvezetéről szólt”, írta. Mivel Hopper megtiltotta, hogy más nőkkel cseréljen tapasztalatokat a házaselet rejtelméről, Josephine csalódásával egyedül maradt. Feltételezhetően Josephine ezt azzal torolta meg, hogy megvonta férjétől a szexet. A festő vágyakozó, leselekedő pozíciója ebből a drámai élethelyzetből táplálkozhat. „A tudat alatti szexuális vágyakat és fantáziákat pszichológiai eszközökkel fordította le a vizuális realizmus kódolt nyelvére.”

Gyakran vitatkoztak, sőt veszekedtek egymással. Kezdetben Josephine Arthur nevű kedves macskája volt a vitáik leggyakoribb tárgya. Arthurt Hopper riválisának tekintette, mivel elvonta felesége rá irányuló figyelmét. A vitáik olykor testi erőszakig fajultak. Egy alkalommal

Josephine csontig harapott Hopper kezébe. Más alkalommal úgy rúgta férjét bokán, hogy hetekig sántikált. Viszonzásul Hopper nekilökte felesége fejét egy polc szélének. Gyakoriak voltak a kölcsönös arcucsapások. Huszonötödik házassági évfordulójukon Josephine egy katonai kereszttel ajándékozta meg férjét, mondván, hogy kiváló harcművészetükért mindketten kiérdemelték. Hopper viszonzásul készíttetett egy sodrófát és fakanalat ábrázoló címerpajzsot feleségének, erőszakossága jelképeként.

Szerettek utazni. Autójukat mozgó műteremnek berendezve beutazták az Államokat és Mexikót. Hopper mindent lefestett, ami útjába került, motelakat, vonatokat, autópályákat, benzinkutakat. „Számomra a legfontosabb dolog, hogy érzem, haladok. Milyen szép minden, amikor utazunk”, nyilatkozta. Ő vezetett. Nem engedte Josephine-t a volánhoz, még jogosítványt sem szerezhett. Viszont legendásan rossz sofőr volt, emiatt folyamatosan veszekedtek út közben. De az is feszültséget okozott, hogy Hopper, Josephine naplója szerint, „a so-



Edward Hopper: *Éjjeli baglyok*, 1942

förülést hátrtolta, hogy legyen helye a hosszú lábainak. Én a kormánykerékkel osztottam a vezetőülés melletti széken. Szerencsére csak kis helyet foglaltam el.”

Elszigeteltségükre jó példa egy parti, ahová barátai hívták meg őket. Egyikük későbbi elmondása szerint Josephine és Hopper elsőként érkeztek, és leültek egymás mellé a kanapéra. Ahogy sorban érkeztek a vendégek és látták, milyen jól elvannak egymással, nem akarván zavarni őket, jóval távolabb tőlük foglaltak helyet. A parti közepén az egyik vendéglátó benézett abba a szobába, ahol a Hopper házaspár tartózkodott, és megdöbbenve vette észre, hogy egy nagy üres tér vette őket körül. Ez a látvány emlékeztetett Hopper egyik festményére, amelyen ülnek egy zsúfolt szobában és együttes izoláltságukat sugározzák.

Két magányos, érett ember találkozott egymással. Tudták, milyen rossz egyedül élni. Ezért is volt szükségük egymásra. Josephine azt írta a naplójában, hogy „Ed az univerzumom legbelső központjában van”. De később hozzátette: „Amikor nagyon boldog vagyok, tesz róla, hogy ne legyek az.”

Amikor Hopper meghalt, Josephine azzal vigasztalta magát barátainak, hogy „olyan szép volt

halálában, mint egy El Greco”. Férje halálával Josephine úgy érezte, amputálták az egyik testrészét. Bár semmilyen komolyabb betegsége nem volt, az életmű hagyatékának rendezését követően maga is meghalt. Egyik barátjuk, Barbara Novak szerint „Edward azért halt meg, hogy megszabaduljon Josephine-től, Josephine pedig azért halt meg, mert nem viselte el Edward hiányát. Ezt »folie á deux-nek« (indukált elmezavar-nak) nevezhetjük”, tette hozzá.

A szerző: pszichiáter.

E-mail: gerevichjosef3@gmail.com

Ajánlott irodalom

- Hornik HJ. The Field of Experience and Sensation. *Center for Christian Ethics at Baylor University*; 2011. p. 41-5.
- Levin G. Josephine Verstillé Nivision Hopper. *Woman's Art Journal* 1980;1(1):28-32.
- Levin G. Edward Hopper: An Intimate Biography. *University of California Press*, 1998.
- <https://doi.org/10.2307/1358015>
- Lucy-Smith E. XX. századi művészek élete. Budapest: Glória Kiadó; 2000.
- Hopper RG. A való világ átalakítása. Budapest: Taschen/Vince Kiadó; 2003.
- Wood G. Man and muse. <http://www.theguardian.com/artand-design/2004/apr/25/art1>