

Tematikus összeállítás

HOMEOPÁZIA: EGY TUDOMÁNYTALAN GONDOLAT TANULSÁGOS TÚLÉLÉSE

HOMEOPATHY: LESSONS FROM THE SURVIVAL OF AN UNSCIENTIFIC THEORY

VENDÉGSZERKESZTŐ: KOSZTOLÁNYI GYÖRGY

BEVEZETÉS

INTRODUCTION

Kosztolányi György

professor emeritus, Pécsi Tudományegyetem
Kosztolanyi.gyorgy@pte.hu

Rendkívül érdekes cikksorozat áll a tisztelt olvasó előtt. Azt tanácsolom, az öt cikket egyvégtében olvassa el! Képet nyerhet nemcsak egy gondolat megszületéséről és életben maradásáról, hanem arról is, hogy a tudományos tételek, eredmények emberi, társadalmi befogadásában nem a gondolat igazságtartalma a domináns elem. A következő cikkekből képet kaphatunk korunk általános közgondolkodásának útvesztőiről is. A homeopátia körüli viták ugyanis kiléptek a biomedicina, az orvostudomány kereteiből. Nem a homeopátiát megalapozó gondolat, a feltételezett hatáselmélet körül zajlik a vélemények ütköztetése – ennek természettudományi abszurdítása ma már aligha vonz elhivatott kutatókat. A homeopátia híveinek és ellenzőinek gyakran érzelmileg túlfűtött megnyilvánulásai az eljárás alkalmazására irányulnak. A nézetek ütköztetése azt a kérdést is felszínre hozza: mi az orvosi tevékenységnek az a megkülönböztető sajátága, ami a pilulák, a sebészeti szike alkalmazásán túl elengedhetetlen feltétele a gyógyulásnak? Tanulságos bölcséletelméleti vetülete van annak: mi tart életben több mint két évszázadon át egy természettudományi eszközökkel alá nem támasztható gondolatkört? De túl az orvostudományon: mi a titka annak, hogy az emberek könnyen elfogadják olyan érveket, ajánlásokat, iránymutatásokat, amelyeknek

nincs észszerű magyarázatuk? Saját egészségét érintő helyzetektől kezdve messés gazdagodást felcsillantó pilótajátékokon át populista politikai szólamokig? A homeopátia, az emberi gondolkodás fönixmadara, megszívlelendő tanulságokat szolgáltat minderre.

A kiváló tanulmányokban olvashatunk a homeopátia gondolatának fogantatásáról és eddigi történetéről, a cáfolatokkal dacoló életképességéről a gyógyszerészet általános történeti tapasztalatai tükrében (*Dobson Szabolcs*). Megismerhetjük a homeopátiás szerek alapanyagait, az alkalmazásra szánt termékek előállításának folyamatát (*Csupor Dezső–Bozsó Marianna*). Olvashatunk a soha nem igazolt hatásmechanizmusra vonatkozó fiziko-kémiai okfejtésről, a kétdimenziós infravörös spektroszkópiával végzett vizsgálatok negatív eredményéről (*Pusztai László*), az utóbbi időben végzett metaanalízisek leleplező következtetéseiről (*Boldogkői Zsolt*).

A hatásvizsgálatok negatív eredményei, a nemzetközi tudományos testületek közelmúltbeli határozott fellépései rámutatnak a homeopátia minden tudományos alátámasztást nélkülöző ürességére. Ennek ellenére a homeopátia népszerűsége változatlan, a „gyógyszerek” legálisan, vonzó kiszerelésben beszerezhetők a patikákban, igénybevételüket nemcsak a média reklámozza, hanem diplomás orvosok, gyógyszerészek is propagálják. És az eljárás életben maradásának legfontosabb elemeként az emberek jelentős része igényli, töretlen hittel veszi igénybe a homeopátia kínálatát. Megszívlelendők azok a gyakorlatból származó idézetek, amelyek páciensek véleményét tartalmazzák, s amelyekkel makacs ragaszkodásukat indokolják a homeopátiához az allopátiával, a bizonyítékokon alapuló orvoslás tényeken alapuló ajánlásaival szemben (*Sarkadi Balázs–Kálmán Zsófia*). A szerzőpáros fontos következtetést fogalmaz meg, amikor felveti: a páciensek felől jelentkező igényt különféle okok folytán diagnosztika nélkül kielégítő homeopata orvosok-gyógyszerészek ezen tette minősüljön orvosi műhibának!

Jellemzőek a homeopátia két évszázados történetében az ideológiai, politikai összefüggések, amelyek háttérrel adtak hol a tiltás, hol a tűrés, sőt támogatás alátámasztására. Pontos képet kapunk a jelenkori hazai és nemzetközi jogszabályi keretokről, a tétovázó társadalmi-politikai reakciókról. Izgalmas vetülete az öt cikk egybevetésének, hogy az alkalmazás jogi szabályzásáról, a tiltás vagy tűrés kérdéséről megoszlanak a vélemények az öt szerző közt is: olvashatunk a körütekintés nélküli jogi korlátozás lehetséges paradox hatásáról (*Dobson Szabolcs*), de a jogi szigorítás szükségességéről is (*Boldogkői Zsolt*).

A homeopátia vélt sikerét taglaló sejtések közt mind az öt cikkben megfogalmazódik a placebohatás, amelynek fontos üzenete van. Arra utal, hogy az emberek bizalma az orvosi ellátás iránt, a páciensek hite a kezelés hatékonyságában fontos szerepet játszik a gyógyulásban. Minden paramedicinális praktika látszólagos eredményességének fontos eleme a placebohatás, a páciens és a szakember közti emberi kapcsolat milyensége, a gyógyulásba vetett hit életben tartása, amit

a homeopátiás szakemberek bizonyára igen erőteljesen sugallnak. Ez a szuggesztív erő különösen szembetűnő lehet a páciens számára, ha nem kapja meg ugyanezt az allopátiás kezelés során, ha a tudományos alapokon tevékenykedő, jobban képzett, de túlhajszolt szakember kevesebb figyelmet fordít a lelki tényezőkre. Legyen ez a homeopátiának egy paradox üzenete: az orvoslásnak erre a nélkülözhetetlen elemére a jelenleginél nagyobb hangsúlyt kell helyezni az orvosképzést folytató egyetemeken és az orvostovábbképzésben!

Az öt kitűnő tanulmány jó példával szolgál arra is, hogy a természeti jelenségekről, emberi megnyilvánulásokról a tudomány csak multidiszciplináris közelítéssel, kizárólagosságot kerülő módon fogalmazhat meg véleményeket.

A TISZTA VÍZ MEMÓRIAZAVARAI, AVAGY HOGYAN NEM MŰKÖDHETNEK A HOMEOPÁTIÁS SZEREK

MEMORY LOSS IN PURE WATER: OR HOW HOMEOPATHIC PRODUCTS DEFINITELY CANNOT WORK?

Pusztai László

az MTA doktora, tudományos tanácsadó, MTA Wigner Fizikai Kutatóközpont
pusztai.laszlo@wigner.mta.hu

ÖSSZEFOGLALÁS

A homeopátiás szerek „hatásméletének” rövid ismertetése után bemutatom, hogy mit is jelentene mindez a víz mikroszkopikus szerkezetének szempontjából. Ezek után felidézem azt a kísérletet, amelyet a kétdimenziós infravörös spektroszkópia módszerével végeztek, és amely felső korlátot ad a víz szerkezetét meghatározó hidrogénkötések élettartamára. A kísérletek szerint a hidrogénkötés és ezzel együtt a vízmolekulák egy adott elrendeződése tiszta vízben legfeljebb a másodperc kevesebb mint egymilliárdod részéig maradhat állandó. Ez a kísérleti eredmény egyértelműen jelzi a homeopátiás szerek feltételezett hatásmechanizmusának tartóhatatlanságát.

ABSTRACT

Following a brief introduction to the “mode of action” of homeopathic products, it is described what all that would mean regarding the microscopic structure of water. Then, a two dimensional infrared spectroscopic experiment is recalled that was able to establish an upper limit for the lifetime of hydrogen bonds, which, in turn, determine the structure of water. According to these experiments, the hydrogen bond and therefore any given arrangement of water molecules can only last for less than one billionth of a second. This experimental result makes it evident that the assumed mode of action of homeopathic products is indefensible.

Kulcsszavak: homeopátia, vízszerkezet, hidrogénkötés, 2D infravörös spektroszkópia

Keywords: homeopathy, water structure, hydrogen bond, 2D infrared spectroscopy

BEVEZETŐ GONDOLATOK

A homeopátia mint alternatív, természetes, holisztikus gyógyítás körüli vita manapság ismét fellángolni látszik, részben talán az Európai Akadémiák Tudományos Tanácsadó Testülete (EASAC) közelmúltbeli állásfoglalásától (EASAC, 2017) nem teljesen függetlenül. Az állásfoglalás (többek között) a következőket állítja: (a) a homeopátiás szerek hatásmechanizmusáról az azokat favorizálók által terjesztett tanok nem hozhatók összhangba megalapozott tudományos koncepciókkal, (b) a homeopátiás szerek hatásossága bizonyíthatóan nem terjed túl a placebohatáson. Ezen megállapításokkal teljes mértékben rezonál egy szintén közelmúltbeli, ám földrajzilag távoli helyen publikált jelentés (NHMRC, 2015): az Ausztrál Kormány Nemzeti Egészségügyi és Gyógyszerészeti Tudományos Tanácsa (National Health and Medical Research Council, NHMRC) átfogó forráselemzést végzett, amelynek eredményét röviden úgy lehet összefoglalni, hogy egyetlen megbízható összehasonlító vizsgálat sem tudott a placebohatáson túlmutató hatásosságról beszámolni egyetlen vizsgált tünetcsoport esetében sem. Miatán a homeopátiás gyógyítás témaköre iránt érdeklődőknek számtalan információs forrás áll rendelkezésére (például a Wikipédia vontkozó oldalai vagy akár egy egészen friss MTA-videó [Fábián, 2017]), a továbbiakban a homeopátia komplex kérdéskörével általánosságban nem kívánok e helyt foglalkozni. Ehelyett egyetlen kérdésre, az ún. memória effektusra (lásd alább) koncentrálok.

A HOMEOPÁTIÁS SZEREK „HATÁSELMÉLETE”

A homeopátiás készítmények kiinduló anyagai (östiniktúrák) növényi nedvek, állati mérgek vagy váladékok, ásványi oldatok vagy porok. A készítmények előállítása két fő lépésből áll (lásd például NHMRC, 2015; Wikipédia, 2018):

- (1) hígítás: egy lépésben minimum tízszeres („D” sorozat), de inkább százszoros („C” sorozat); a nem is túlságosan hígított (homeopátiás szóhasználatban: nem is túlságosan erős) „D25”-ös szer például szinte bizonyosan nem tartalmaz egyetlen hatóanyag-molekulát sem, hiszen 1 mólnyi, azaz 6×10^{23} molekulányi östiniktúrát az 1025-öd részére csökkent.
- (2) minden hígítási lépés után erőteljes mechanikai behatás (rázás, dörzsölés stb.), a dinamizálás (vagy energetizálás, potenciálás) következik.

Néhány szót majd ejtek a „dinamizálás” lehetséges hatásairól is, azonban a hangsúlyt az (1)-es pontra kívánom helyezni, hiszen bárki első naiv kérdése lehet, hogy ha a gyógyítás céljából a homeopata által kijelölt készítményben legtöbbször egyáltalán nincs hatóanyag, akkor mégis hogyan lehet az hatásos. Ha belegondolunk, a sorozatos vízzel való hígítást követően azt kellene megmagyaráznunk,

hogyan gyógyít a tiszta víz! (Ráadásul attól függően különböző módon, hogy milyen östinktúrából indultunk ki...)

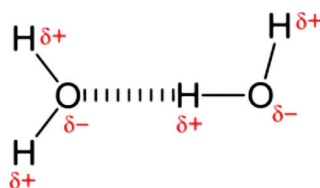
A homeopátiás válasz a fenti problémára az, hogy a hígító közeg, egyszerűség kedvéért e műben a víz, emlékszik a részecskékre, amelyeket eleinte, a hígítási sorozat kezdetén körülvelt, még hozzá annál jobban (erősebben), minél többször vetették alá a hígítási-dinamizálási ciklusnak. Ez ugyan ellentmondani látszik a józan paraszti észnek, mégis, komoly tudományos szakfolyóiratok is elfogadtak már ezen érven alapuló közleményeket, lásd például (Dayenas et al., 1988).

A következőkben megpróbálom megfogalmazni, hogy hogyan is képzelhetjük el a víz „emlékezőképességét”, majd egy ezzel kapcsolatos konkrét tudományos kísérletsorozatot (Cowan et al., 2005) ismertetek röviden, amelyben felső időkorlátot adtak arra, hogy mennyire hosszú távú a tiszta, folyadék állapotú víz memóriája.

NÉHÁNY GONDOLAT A TISZTA VÍZ MIKROSZKOPIKUS SZERKEZETÉVEL KAPCSOLATBAN

E témában nem is olyan régen már megjelent egy részletes összefoglaló e lap hasábjain, Baranyai András tollából (Baranyai, 2011), így itt csak a homeopátia feltételezett „hatásmechanizmusának” szempontjából releváns információt idézem föl.

Mint ahogy azzal mindannyian szembesültünk általános és középiskolai tanulmányaink (Siposné et al., 2002, 2003) során, a víz molekulái „V”-alakúak. A „V” csúcsában egy oxigén-, a szárak végén pedig 1-1 hidrogénatom található – így jön ki a jól ismert H_2O kémiai képlet. Az O és H atomokat egyszeres kovalens kötés kapcsolja össze, míg az oxigénatom rendelkezik két nemkötő elektrópárral. A nemkötő pároknak nagyobb helyigényük van, mint a kovalens kötésekben részt vevőknek, ezért alakul ki a vízmolekula „V”-alakja. Másrészt a két nemkötő elektrópár következtében a vízmolekula „hidrogénmentes” oldalán negatív töltésoverlet alakul ki, a „hidrogénes” oldala pedig pozitív töltésűvé válik: ezeket az ún. parciális (vagy rész-) töltéseket is szemlélteti az *1. ábra*. A molekulán belüli töltésszimmetria teszi a vízmolekulákat *dipólusmolekulákká*. A szomszédos vízmolekulák ellentétes töltésű részeinek vonzó kölcsönhatását nevezi meg a 8.-os kémiakönyv annak fő okaként, hogy a víz szobahőmérsékleten folyadék (és nem gáz, mint az elemek periódusos rendszerében az oxigén körüli összes elem hidrogénnel alkotott vegyülete, mint a metán, CH_4 , ammónia, NH_3 és a kénhidrogén, H_2S). A vízmolekulákkal, valamint a köztük lévő kölcsönhatásokkal kapcsolatos bőséges információforrásként (Baranyai András már említett műve [Baranyai, 2011] mellett) Martin Chaplin folyamatosan bővülő internetes oldalát (Chaplin, 2018) ajánlom.



1. ábra. Hidrogénkötés kialakulása két vízmolekula között (sematikus ábrázolás, Wikipédia).
Figyeljük meg, hogy a szabályos hidrogénkötésben az O...H-O szög egyenes (180°-os);
attól eltérő szögértékek energetikailag kedvezőtlenebbek.

A cseppfolyós vízben a molekulák a gázokhoz képest lényegesen szorosabban illeszkednek egymáshoz: a két szomszédos vízmolekula közötti átlagos távolság kb. 0,3 nm (nanométer, 10^{-9} m, a méter egymillárdod része), ami a szilárd anyagokban fellelhető szomszéd távolságok nagyságrendjébe esik. Ennek oka az, hogy a vízmolekulák hidrogénatomjai (elektrosztatikus jellegű) vonzó kölcsönhatásba lépnek a szomszédos vízmolekula oxigénatomjához tartozó egyik nemkötő elektronpárjával. Az így kialakult kötéseknek nevezzük *hidrogénkötésnek*, amely a vízmolekulákon belül meglévő O-H kovalens kötéseknel kb. 20-szor (Chaplin, 2018) gyengébb, ún. másodrendű kötés (lásd *1. ábra*). Amint azt Baranyai (2011) részletesen ismerteti, a víz különleges tulajdonságait a molekulák közötti hidrogénkötéseknek köszönheti.

Könnyen belátható, hogy egy vízmolekula akár négy hidrogénkötést is ki tud alakítani szomszédjaival: kettőt H atomjain, további kettőt pedig O atomjának nemkötő elektronpárjain keresztül. Ezáltal, ideális esetben, minden egyes vízmolekula közel szabályos tetraéderes környezetű lehet – ez a jég (szilárd víz) leginkább ismert kristályrácsaiban meg is valósul minden vízmolekulára. A szobahőmérsékletű cseppfolyós vízben egy molekula átlagosan kb. 3,5-3,6 hidrogénkötést képes létesíteni (Chaplin, 2018); a tökéletes (4-es) koordinációt a molekulák szakadatlan (hő)mozgása akadályozza.

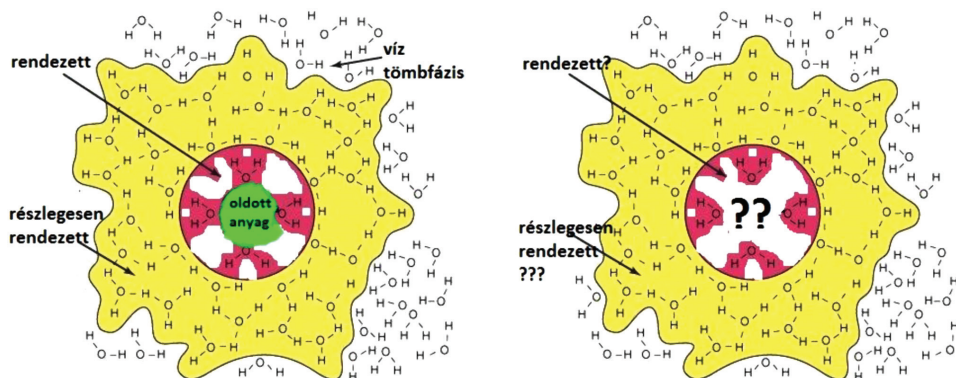
A fentieket figyelembe véve H. E. Stanley és José Teixeira (1980; valamint Teixeira, 2007) munkáival összhangban megkísérelhetjük tömören megfogalmazni, miként is képzelhetjük el a cseppfolyós víz molekuláris szintű szerkezetét. Ha minden egyes vízmolekula minden időpillanatban átlagosan több mint három hidrogénkötésben vesz részt, akkor ebből logikusan következik, hogy tetszőleges, akár vizespohárnyi mennyiségű vízben a hidrogénkötéseknek egy olyan hálózata alakul ki, amelynek praktikusán minden vízmolekula tagja. A tiszta víz szobahőmérsékleten tehát tekinthető végtelen, háromdimenziós hidrogénkötés-hálónak – pont, mint egy gél (lásd például kocsonya, szilikagél stb.).

Igenám, de a „víz-gél” élettartama igen rövid, mindössze pikoszekundumos (1 ps = 0,000 000 000 001 s, 1 billiomod másodperc) nagyságrendű! Ezt többféle-képpen is észlelhetjük (Cowan et al., 2005; Teixeira et al., 2006), annak alapján pél-

dául, hogy az egy egyenesen elhelyezkedő O...H-O (vö. *1. ábra*) konstellációk mind rezgési spektroszkópiai kísérletekben, mind számítógépes szimulációkban azonosíthatók; az ilyen konstellációk élettartamának felső korlátja tiszta vízben márpedig mindössze néhány pikoszekundum. A hidrogénkötések szobahőmérsékleten állandóan fölbomlanak és újjászerveződnek, oly módon, hogy azok 3D hálózata minden időpillanatban észlelhető – azonban az egyedi kötések korántsem állandóak. Ezért javasolta Stanley és Teixeira (1980) a „víz mint tranziens gél” koncepciót.

A vízben oldott bármilyen anyag (például sók, alkoholok, savak, lúgok – sőt, „östinktúrák”) perturbálja a tiszta vízre jellemző képet; ezt illusztrálja a *2. ábra* bal oldala. Elektromos töltéssel rendelkező részecskék, például a sókat alkotó ionok, orientálják a környező víz dipólusmolekulákat: kationokhoz (például Na^+) a vízmolekulák negatív oldala (az O atomok nemkötő párjai), anionokhoz (például Cl^-) a pozitív oldala (a H atomok) kerül közel. Az ilyen módon kialakult „klaszterek” élettartama nagyságrendekkel nagyobb, mint a tiszta víz hidrogénkötéseié (Teixeira, 2007), de nem tizenkét nagyságrenddel (ami ahhoz kellene, hogy akár egy teljes másodpercre stabilak legyenek).

Visszakanyarodva eredeti témánkhoz, a homeopátiás szerek hatásmechanizmusának tárgyalásához, e ponton megkísérelhetjük megfogalmazni, hogy mi is kellene ahhoz, hogy a memória effektus létezését bizonyítottan fogadjassuk el. Az östinktúrát vízben oldva tehát valóban megváltozik a vízmolekulák elhelyezkedése, méghozzá valóban az oldott szer anyagi minőségétől függően. Ahhoz, hogy gyógyító szerként alkalmazhassunk egy (a szó legszorosabb értelmében) végtelenül hígra hígított oldatot, arra volna szükség, hogy az östinktúra molekulái körül az *oldás során eredetileg kialakult perturbált hidrogénkötés-hálózat végtelen hosszú ideig fennmaradjon.*



2. ábra. Bal oldali kép: vízmolekulák rendeződése pozitív töltésű oldott anyag (pl. kationok) körül. Jobb oldali kép: annak illusztrációja, hogy az oldott anyag hiányában is meg kellene maradnia ugyanannak a „vízrend”-nek, miközben a rendező erő eltűnik. (Saját szerkesztés)

A fenti feltételt a 2. ábrán próbálom (leegyszerűsítve, 2 dimenzióban) szemléltetni. Az oldott anyag (östinktúra) molekulái kialakítanak maguk körül egy viszonylag állandó vízmolekula-elrendeződést (bal oldali kép). A homeopátia „hatásmélete” szerint a sokszoros hígítást/dinamizálást követően az oldott anyag molekuláinak „hült helye” körül is meg kellene maradnia ugyanannak a vízmolekula-elrendeződésnek: ezt jelentené a „memória effektus”. A következő fejezetben ennek lehetőségével (illetve inkább lehetetlenségével) foglalkozunk – attól a nyugtalanító kérdéstől eltekintve, hogy mi is történik pontosan az oldott anyag hült helyével. (A szerző primitív logikájának megfelelően ugyanis a vízmolekulák eredeti elrendeződése csak úgy maradhat fent, ha az oldószermolekulák helye nem töltődik ki vízmolekulákkal.)

EGY PERDÖNTŐ KÍSÉRLET: ULTRAGYORS MEMÓRIAVESZTÉS TISZTA, FOLYADÉK ÁLLAPOTÚ H₂O-BAN

A Michael L. Cowan és munkatársai által végzett kísérletsorozatban (Cowan et al., 2005) a fent leírt szituációt tiszta vízben olyan módon szimulálták, hogy egy-egy hidrogénkötés környezetét energiaközléssel perturbálták (azzal analóg módon, ahogy egy oldott molekula teszi), majd megpróbálták megmérni, hogy az adott környezettel közölt energia mennyi ideig marad lokalizált.

A kísérletet a maguk által kifejlesztett kétdimenziós infravörös spektroszkópia (Cowan et al., 2004) módszerével végezték, a szintén maguk által létrehozott mérőműszeren. A standard infravörös spektroszkópiát az 1950-es évektől alkalmazzák analitikai célokra, azonban ahhoz, hogy a tiszta folyadék H₂O-ban kaphassunk részletes, molekuláris szintű információt, a technikát jó fél évszázadon át kellett folyamatosan finomítani. A kétdimenziós (2D) infravörös spektroszkópia minden aspektusát részletesen tárgyalja például Peter Hamm és Martin Zanni (2011) kézikönyve.

Az infravörös spektroszkópia (amelyhez egy általános szöveggönyv lehet például Stuart et al., 1996) a molekulák rezgéseire érzékeny kísérleti módszer. A vízmolekula lehetséges molekularezgései (Chaplin, 2018) közül nekünk most az O-H kovalens kötés mentén történő nyújtás a legfontosabb: ennek frekvenciája jó közelítéssel 100 THz (terahertz, 1 THz másodpercenként 10¹² rezgést jelent), hullámhossza kb. 3 mikrométer (a spektroszkópusok által kedvelt hullámszám-egységekben ez 3350 cm⁻¹-nek felel meg). A molekularezgések igen érzékenyek a hőmérsékletre és a szóban forgó kötés környezetére: az említett értékek szobahőmérsékleten érvényesek folyadék (könnyű) vízben (H₂O), azaz olyan vízmolekulákra, amelyek hidrogénkötéses környezetben találhatóak.

Cowan és munkatársai munkájában (2005) a vízmolekulák O-H kötéseit a rájuk jellemző molekularezgések frekvenciájának (kb. 100 THz) megfelelő igen rö-

vid (70 fs, azaz femtoszekundomos, $1 \text{ fs} = 10^{-15}$ másodperc) infravörös impulzusokkal gerjesztették, majd a gerjesztést követő 100 fs alatt követték az infravörös elnyelés (IR-abszorpció) mértékét.

Egy ilyen mértékű gerjesztés modellezheti azt a perturbációt, amelyet a tiszta víz hidrogénkötés-rendszerében a beoldott részecskék (például az „ős-tinktúra” ionjai, molekulái) idéznek elő. Amennyiben a tiszta víznek (ami, emlékezzünk, gyakorlatilag az összes homeopátiás szer „hatóanyaga”) legalább 100 fs-os memóriája volna, úgy a gerjesztés pillanatában mért IR-abszorpciót kellett volna mérni a gerjesztés után 100 fs múlva is. Cowanék ezzel szemben azt találták (lásd Cowan et al., 2005 4. ábráját), hogy a gerjesztés által létrehozott perturbált állapotnak már csak maradványai vannak 50 fs eltelte után, 100 fs-nál pedig már nyomai sem. Azaz legkésőbb a perturbáció megszüntetését (kikapcsolását) követő 0,000 000 000 000 1 másodperc (10^{-13} s) múlva visszaáll a tiszta vízre jellemző, perturbátlan egyensúlyi szerkezet – a tiszta víz emlékezőtehetségének, vagy mondjuk úgy, „rövid távú memóriájának” tehát jelenleg ez a felső korlátja.

A fenti kísérleti eredményeket Cowan és munkatársai úgy értelmezték, hogy a gerjesztés megszűnését követően a rendszerrel közölt energia a víz hidrogénkötéseinek segítségével, azok mentén oszlik szét rendkívül hatékonyan. Azaz, a homeopátiás szerek feltételezett hatásmechanizmusának szempontjából paradox módon, éppen azon sajátága teszi lehetetlenné a víz hosszú távú memóriájának kialakulását, amelynek különleges képességeit (szobahőmérsékleten folyadék mivoltát, a 277 K-en jelentkező sűrűségmaximumot stb. [Baranyai, 2011]; végső soron az élet kialakulásában és fennmaradásában játszott kulcsszerepét) köszönheti.

Megjegyzem, hogy Cowan és szerzőtársai (2005) esetleg a homeopátia kérdéskörétől nem teljesen függetlenül választották az *Ultragyors memóriavesztés és energia-újraelosztás a cseppfolyós H_2O hidrogénkötés-hálózatában* címet... (bár a műben maga a 'homeopátia' kifejezés nem jelenik meg).

ÖSSZEFOGLALÁS ÉS KITEKINTÉS; A „DINAMIZÁLÁSI” LÉPÉS LEHETSÉGES KÖVETKEZMÉNYEI

Leszögezhetjük tehát, többek között Michael Cowan (Cowan et al., 2005) és José Teixeira (Teixeira, 2007) publikációi alapján, hogy miután a tiszta víz emlékezőtehetsége (kis jóindulattal) maximum 0,000 000 000 000 1 másodpercig terjed, a homeopátiás szerek (leginkább csak feltételezett, lásd NHMRC, 2015) hatását semmiképpen nem magyarázhatjuk „memória effektussal”.

Ezen a ponton akár le is zárhatnánk e diskurzust – azonban talán érdemes itt is megismételni Teixeira (2007) okfejtését a „dinamizálás” lehetséges hatásait

illetően. Hiszen igaz ugyan, hogy egy (például) „D25”-ös homeopátiás szerben az eredeti őstinktúrának már egyetlen molekulája sem található, viszont ne feledjük, hogy ugyanennek a szernek az előállítása során 25-ször vetik az (egyre híguló) oldatot „erős mechanikai beavatkozás”, azaz rázás, dörzsölés stb. hatása alá. Ezen folyamat közben a szer erős kölcsönhatásba kerül a tartó/feldolgozó edények falával, valamint a levegővel (és/vagy esetleg egyéb gázhalmazállapotú anyagokkal, a receptúra függvényében). Ilyen módon az elkészült homeopátiás szer valószínűleg mégsem egészen tiszta víz, hanem a híguló oldattal érintkezésbe került felületekből és gázokból beoldódott anyagok nagyon híg oldata. Amennyiben tehát a homeopátiás szereknek a placebohatáson túli hatásmechanizmusát kívánja valaki tudományos alapon magyarázni, az előállítás körülményeit (és azok következményeit) az eddigieknél lényegesen részletesebben kellene elemezni.

IRODALOM

- Baranyai A. (2011): A víz fizikai kémiája. *Magyar Tudomány*, 172, 12, 1459–1466. <http://www.matud.iif.hu/2011/12/06.htm>
- Chaplin, M. (2018): *Water Structure and Science*. http://www1.lsbu.ac.uk/water/water_structure_science.html (Legutóbb frissítve: 2018. szeptember 6.)
- Cowan, M. L. – Bruner, B. D. – Huse, N. et al. (2005): Ultrafast Memory Loss and Energy Redistribution in the Hydrogen Bond Network of Liquid H₂O. *Nature*, 434, 199–202. DOI: 10.1038/nature03383, <https://www.nature.com/articles/nature03383>
- Cowan, M. L. – Ogoľvic, J. P. – Miller, R. J. D. (2004): Two-dimensional Spectroscopy Using Diffractive Optics Based Phased-locked Photon Echoes. *Chemical Physics Letters*, 434, 199–202. DOI: 10.1016/j.cplett.2004.01.027
- Dayenas, E. – Beauvais, F. – Amara, J. et al. (1988): Human Basophil Degranulation Triggered by Very Dilute Antiserum against IgE. *Nature*, 333, 816–818. DOI: 10.1038/333816a0, <https://bit.ly/2wK6edO>
- EASAC (2017): *Homeopathic Products and Practices. Assessing the Evidence and Ensuring Consistency in Regulating Medical Claims in the EU*. <https://easac.eu/publications/details/homeopathic-products-and-practices/>
- Fábián I. (2017): *Csodavizek, csodások*. MTA Videó (MTÜ 2017.11.08.). <https://www.youtube.com/watch?v=szLrKfPIQRY>
- Hamm, P. – Zanni, M. (2011): *Concepts and Methods of 2D Infrared Spectroscopy*. Cambridge University Press. DOI: 10.1017/CBO9780511675935
- NHMRC (2015): National Health and Medical Research Council. 2015. *NHMRC Information Paper: Evidence on the Effectiveness of Homeopathy for Treating Health Conditions*. Canberra, Australia. ISBN Online: 978-1-925129-29-8. www.nhmrc.gov.au/guidelines-publications/cam02
- Dr. Siposné Dr. Kedves É. – Horváth B. – Péntek L. (2002): *Kémia 9. Általános kémia*. Szeged: Mozaik Kiadó
- Dr. Siposné Dr. Kedves É. – Horváth B. – Péntek L. (2003): *Kémia 8. Szervetlen kémia*. Szeged: Mozaik Kiadó

- Stanley, H. E. – Teixeira, J. (1980): Interpretation of the Unusual Behavior of H₂O and D₂O at Low Temperatures: Tests of a Percolation Model. *The Journal of Chemical Physics*, 73, 3404–3423. DOI: 10.1063/1.440538
- Stuart, B. H. – George, B. – McIntyre, P. (1996): *Modern Infrared Spectroscopy*. Wiley
- Teixeira, J. (2007): Can Water Possibly Have a Memory? A Sceptical View. *Homeopathy*, 96, 158–162. DOI: 10.1016/j.homp.2007.05.001
- Teixeira, J. – Luzar, A. – Longeville, S. (2006): Dynamics of Hydrogen Bonds: How to Probe Their Role in the Unusual Properties of Liquid Water. *Journal of Physics: Condensed Matter*, 18, S2353–S2362.
- Wikipédia (2018): *Homeopátia*. <https://hu.wikipedia.org/wiki/Homeop%C3%A1tia> (Legutóbb frissítve: 2018. augusztus 7.)

HOMEOPÁTIA OBJEKTÍVEN: JOGI ÉS KÉMIAI VONATKOZÁSOK

CLEAR-CUT HOMEOPATHY: LEGAL AND CHEMICAL ASPECTS

Csupor Dezső¹, Bozsó Marianna²

¹dékanhelyettes, Szegedi Tudományegyetem Gyógyszerésztudományi Kar Farmakognóziái Intézet
elnök, Magyar Gyógyszerésztudományi Társaság Gyógynövény Szakosztály
csupor.dezso@pharmacognosy.hu

²Szegedi Tudományegyetem Gyógyszerésztudományi Kar Farmakognóziái Intézet

ÖSSZEFOGLALÁS

Napjaink homeopátiájának megértése lehetetlen anélkül, hogy ismernénk a módszert szabályozó joganyagot. Az Európai Unió homeopátiával kapcsolatos joganyaga hézagos, és a viszonylagos szabályozatlanság eredményeként olyan termékek is megjelennek a piacon, amelyek nagyon távol állnak a klasszikus, hatóanyagmentes homeopátiás szerektől.

ABSTRACT

The better understanding of contemporary homeopathy is impossible without the recognition of laws that have major influence on this therapeutic system. The legislation of the European Union relating homeopathy is imperfect and the loopholes led to the appearance of homeopathic medicines that are far away from the original, active-component free homeopathic products.

Kulcsszavak: homeopátia, jogszabályok, hígítás, gyógyszer-engedélyezés

Keywords: homeopathy, law, dilution, authorisation

A homeopátia napjainkban virágkorát éli Magyarországon: a legtöbb gyógyszer-tárban kiemelt helyen szerepelnek a homeopátiás szerek, a betegeknek szóló ismeretterjesztő kiadványokban és a laikus médiában számos ismertető és reklám látható, és a betegek érdeklődését tekintve feltételezhető, hogy a készítmények forgalma is igen jelentős. A homeopátiás termékek hazai forgalma 2007-ben 1,23 milliárd, 2013-ban 1,9 milliárd forint volt, a teljes gyógyszerpiac mintegy 0,32%-a (Molnár, 2010; URL1). Ezek a forgalmi adatok és arányok messze elmaradnak attól, ami a homeopátiával kapcsolatos csatazaj alapján feltételezhető lenne. A homeopátia minden bizonnyal a jelenkor európai gyógyászatának egyik

leginkább vitatott módszere, ugyanakkor fontos leszögezni: teljességgel legális módszerről és termékekről van szó, a készítmények gyártását, minőségét és azok alkalmazását jogszabályok írják körül. A homeopátia szabályozása ma az Európai Unió jogrend része, és sokkal közelebb kerülhetünk a kortárs homeopátia megértéséhez, ha a jogszabályokat tanulmányozzuk, mintha megalapítója, Samuel Hahnemann írásait vagy a hahnemann-i alapelveket olvasgatnánk (Zajta, 1991a, 1992; Steblucova, 1992). Írásunkban arra vállalkozunk, hogy bemutassuk a homeopátia hazai (és európai) szabályozását és a készítmények – az előbbiekből adódó – kémiai jellemzőit.

A HOMEOPÁTIA JOGI SZABÁLYOZÁSA

A homeopátia 1990-ben vált újra legálisan alkalmazható gyógyászati módszerre Magyarországon, miután az Egészségügyi Tudományos Tanács kimondta: „a homeopata gyógymód magyarországi tiltása nem indokolt” (Zajta, 1991b). A homeopátiás szerekkel kapcsolatos jogi szabályozás megalkotása azonban sokáig váratott magára. Az 1998-as gyógyszer törvény megszületéséig az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény¹ szabályozta a gyógyszer-engedélyezést. Ez a jogszabály nem tartalmazott előírásokat a homeopátiára vonatkozóan (születésekor a módszer tiltott volt). Egy 1987-es rendelet² adott először lehetőséget a homeopatikumok piacra lépéséhez, mivel ez kimondta: az Országos Gyógyszerészeti Intézet (OGYI) határozhatja meg, hogy a törzskönyvbe való bejegyzéshez milyen adatok és bizonylatok szükségesek – így az OGYI a homeopátiás szerek ügyében előbb léphetett, mint ahogy ezek a szerek törvényi szövegben megjelentek.

A rendszerváltás után, a gyógyszerpiac megnyílását követően a nyugat-európai homeopátiás gyógyszergyárak termékeiket hazánkban is törzskönyveztetni akarták. Ebben az időben a homeopátia már nem volt tiltott, de jogszabályi szinten semmi sem szabályozta. Hazánk európai uniós csatlakozási szándékának kinyilvánításával az EU-s irányelvek egyre nagyobb szerepet játszottak a gyógyszerekkel kapcsolatos szabályozás alakulásában is. A homeopátiás készítmények engedélyezése során az OGYI kezdetben a 92/73/EEC irányelv (direktíva) szerint járt el.³ Ez a jogszabály előírja a termékek kölcsönös elismerését, és

¹ 1972. évi II. törvény az egészségügyről.

² 13/1987. (VIII. 19.) EüM rendelet a gyógyszerkészítmények törzskönyvezéséről és a törzskönyvbe bejegyzett gyógyszerkészítmények forgalomba hozataláról.

³ Council Directive 92/73/EEC of 22 September 1992 widening the scope of Directives 65/65/EEC and 75/319/EEC on the approximation of provisions laid down by law, regulation and administrative action relating to medicinal products and laying down additional provisions on homeopathic medicinal products.

első alkalommal itt került megfogalmazásra a ma is alkalmazott egyszerűsített engedélyezési eljárás (lásd később). Az első hazai engedélyek kiadására 1992-ben, a direktíva megszületése után került sor. A készítmények engedélyezése a nyugat-európai gyakorlathoz hasonlóan, a biztonságosság szem előtt tartásával történt. Az OGYI olyan termékeket engedélyezett, amelyeknek volt (az Európai Unió valamely országában hivatalos) homeopátiás gyógyszerkönyvi cikkelye. Az EU-s szabályozás nem tette kötelezővé az engedélyezési gyakorlat tagállamok közötti teljes kölcsönös elismerését (azaz azt, hogy ha egy termék engedélyt kap egy európai országban, akkor az kvázi automatikusan a többiben is piacra kerülhet), de előírta, hogy lehetőség szerint vegyék figyelembe egymás gyakorlatát. Ez volt az alapja annak, hogy az 1990-es évek végén számos, német vagy osztrák törzskönyvvel rendelkező készítmény hazánkban is forgalomba hozatali engedélyt kapott.

Ebben az időszakban született meg a 40/1997. kormányrendelet a természetgyógyászati tevékenységről⁴. Ez a jogszabály felhatalmazást adott a népjóléti miniszternek, hogy rendelettel szabályozza, hogy milyen természetgyógyászati tevékenységek gyakorolhatók. Az ugyanebben az évben született 11/1997. NM rendelet⁵ a homeopátiát a kizárólag orvosok által gyakorolható nem-konvencionális tevékenységek közé sorolta. A homeopátiás terápia művelését a már idézett rendeleten kívül egy másik jogszabály is szabályozza.⁶ Eszerint a homeopátia olyan kiegészítő gyógyászati tevékenység, amelynek során az orvos gyógyító, betegségmegelőző és egészségnevelő tevékenységét egy speciális anamnézis, állapotfelmérés és egyénre szabott kezelési terv alapján végzi. A homeopata orvos részletes homeopátiás anamnézist vesz fel, majd megkeresi a beteg számára legmegfelelőbb homeopátiás gyógyszert. Érdekesség, hogy az 1997-es rendelet szerint a nem törzskönyvezett homeopátiás készítmény abban az esetben alkalmazható, ha a törzskönyvezés iránti eljárás már megindult, és az OGYI a készítményt nyilvántartásba vette. A megfogalmazás értelmében a homeopatikumok a törzskönyvezési beadvány elbírálásáig gyógyszer-törzskönyv nélkül legálisan lehettek forgalomban. A rendelet nem foglalkozott annak eshetőségével, hogy egy nem engedélyezhető termék az elutasító döntés megszületéséig széles fogyasztói csoportokhoz juthat el.

A hasonszenvi gyógymód szereivel az első gyógyszer-törvény, az 1998. évi XXV. törvény sem foglalkozott.⁷ Az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerek

⁴ 40/1997. (III. 5.) Korm. rendelet a természetgyógyászati tevékenységről.

⁵ 11/1997. (V. 28.) NM rendelet a természetgyógyászati tevékenység gyakorlásának egyes kérdéseiről.

⁶ Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet.

⁷ 1998. évi XXV. törvény az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekről.

törzskönyvezéséről és a forgalomba hozataluk engedélyezéséről szóló rendelet⁸ már tartalmazta azt a homeopátiás törzskönyvezési szabályozást.

A homeopátiás készítmények engedélyezésével kapcsolatos gyakorlatban Európa-szerte változást hozott az Európai Parlament és Tanács 2001-ben elfogadott irányelve.⁹ A 2005-ös magyar gyógyszer törvény¹⁰ ennek megfelelően szabályozza a homeopátiás gyógyszerek engedélyezését és forgalmazásuk körülményeit. Eszerint hazánkban a homeopátiás készítmények az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (OGYÉI, korábban OGYI) által törzskönyvezett és engedélyezett gyógyszerként vannak forgalomban. Mivel az Európai Unióban az irányelvek a tagállamokra kötelező érvényűek, a tagállamokban nagyjából egységes, a hazaihoz hasonló feltételek érvényesek a homeopatikumokra.

A gyógyszer törvény szerint homeopátiás gyógyszerek a *Magyar Gyógyszerkönyv*-ben leírt homeopátiás gyártási eljárásnak megfelelően készült homeopátiás törzssoldatnak nevezett anyagból a *Magyar Gyógyszerkönyv*-ben leírt homeopátiás gyártási eljárásnak megfelelően előállított gyógyszerek, amelyek több alkotóelemet is tartalmazhatnak. A gyógyszer törvényt kiegészítő rendelet¹¹ szintén foglalkozik a homeopátiás szerek szabályozásával. E rendelet választja két nagy csoportra a homeopátiás gyógyszereket: az egyszerűsített forgalomba hozatali eljárással piacra kerülő és a „normál” gyógyszer-engedélyezési utat bejáró termékekre. Mint látni fogjuk, mindez alapvető hatással van a szerek összetételére és alkalmazásuk módjára is.

Egyszerűsített forgalomba hozatali engedélyezési eljárás csak szájon át vagy külsőlegesen alkalmazott, terápiás javallattal nem bíró készítmények esetén végezhető, amelyek ráadásul (kémiai szempontból) meglehetősen hígak: törzssoldattartalmuk legfeljebb egytized résznyi, illetve allopatíás gyógyszerhatóanyagot tartalmazó készítmény esetén annak mennyisége nem haladja meg annak a mennyiségnek az egyszázad részét, amely hatóanyag mennyiségtől azt vénykötelessé kell minősíteni. Utóbbi feltételeknek fő célja a készítmények ártalmatlanságának biztosítása. Ezeket a termékeket kevés információt tartalmazó csomagolásukról (nincs ráírva, mire való, mik a mellékhatások, interakciók stb.) és a csomagoláson megtalálható OGYI-HGAL-kezdetű engedélyszámról lehet felismerni.¹² A csomagoláson szerepel a „Homeopátiás gyógyszer jóváhagyott terápiás javallat

⁸ 2/2001. (IV. 12.) EüM rendelet az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerek törzskönyvezéséről és a forgalomba hozataluk engedélyezéséről.

⁹ Az Európai Parlament és a Tanács Irányelve (2001. november 6.) az emberi felhasználásra szánt gyógyszerek közösségi kódexéről (2001/83/EK).

¹⁰ 2005. évi XCV. törvény az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról.

¹¹ 52/2005. (XI. 18.) EüM rendelet az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerek forgalomba hozataláról.

¹² 30/2005. (VIII. 2.) EüM rendelet az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerek címkéjéről és betegtájékoztatójáról.

nélkül”, a felhasznált törzsoldat neve és hígításának foka. A készítményekkel kapcsolatos kereskedelmi kommunikáció során a címkeszövegen szereplő információon túl egyéb információ nem közölhető.¹³

A nem egyszerűsített eljárással forgalomba helyezett homeopátiás gyógyszerek megjelenése nagyon hasonló az allopatiai gyógyszerekéhez: fantázianévvel rendelkeznek, a csomagoláson és a betegtájékoztatón szerepel a felhasználás célja, az adagolás és a szokásos figyelmeztetések. Ezek nyilvántartási száma OGYI-HG-jelzéssel kezdődik.¹⁴ Ezek a készítmények a hatóság által elfogadott gyógyhatással reklámozhatóak, ajánlhatóak a közönségnek.

Bár a homeopátiás szerek esetén a forgalomba hozatali engedély iránti kérelem követelményei több ponton különböznek az allopatiai gyógyszerek esetén előírtaktól, az általános minőségi követelményeket kell alkalmazni minden kiindulási és nyersanyagra csakúgy, mint a gyártási folyamatra és a homeopátiás késztermékekre is.¹⁵

Annak megértésére, hogy mit jelent valójában az egyszerűsített és a „normál” engedélyezési eljárás, érdemes megismernedni az EU-irányelv vonatkozó részletével: „Tekintettel a homeopátiás gyógyszerek különleges jellemzőire, mint például a rendkívül alacsony hatóanyag-tartalom, illetve az, hogy a klinikai vizsgálatok során nehéz alkalmazni rájuk a hagyományos statisztikai módszereket, kívánatosnak tűnik egy különleges, egyszerűsített törzskönyvezési eljárás kialakítása azoknak a homeopátiás gyógyszereknek az esetében, amelyeket terápiás javallat nélkül olyan gyógyszerformában és adagolásban hoznak forgalomba, amelyek nem jelentenek veszélyt a betegeknek. [...] A gyógyszerek forgalmazására vonatkozó általános szabályokat kell alkalmazni azokra a homeopátiás gyógyszerekre, amelyeket terápiás javallattal [...] hoznak forgalomba. Különösen a homeopátia terén nagy hagyománnyal rendelkező tagállamok különleges szabályokat alkalmazhatnak e gyógyszerek biztonságosságának és hatásosságának megállapítására szolgáló vizsgálatok és kísérletek eredményeinek értékelésekor, feltéve hogy ezekről értesítik a Bizottságot.”¹⁶ Mit jelent ez a gyakorlatban? Először is azt, hogy az egyszerűsített módon forgalomba hozott szerek esetén semmilyen módon nem kell humán vizsgálatokkal igazolni a hatásosságot. Másodsorban pedig azt, hogy egyéb esetekben, például a gyógyászati javallattal jóváhagyott termékeknél ugyan az általános szabályokat kellene alkalmazni, de egyes (pontosan nem definiált) tagállamok különleges (pontosan nem körülírt) szabályokat alkalmazhatnak...

¹³ 2006. évi XCVIII. törvény a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédesszék-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól.

¹⁴ Lásd 12. lábjegyzet.

¹⁵ Lásd 11. lábjegyzet.

¹⁶ Lásd 10. lábjegyzet.

A fentiek ismerete nemcsak a homeopátia művelésével kapcsolatos jogszabályi környezet megismerése miatt fontos, hanem azért is, hogy megértsük: a jogszabályokban elégtelenül vagy egyáltalán nem szabályozott részletek hogyan vezettek el a mai helyzet kialakulásához.

A HOMEOPÁTIÁS KÉSZÍTMÉNYEK ALAPANYAGAI

A homeopátiás termékek összetételét minőségi és mennyiségi szempontok alapján is elemezhetjük. Bár utóbbi szempont az egyik leggyakoribb témája a homeopátiával kapcsolatos vitáknak (a hatóanyag-mentesség a homeopátia hívei szerint előny, a modern gyógyászat elvei szerint abszurd), jelen fejezetnek nem ez, hanem a készítmények minőségi összetétele, pontosabban a gyártáshoz felhasznált alapanyagok a témái.

A homeopátia alapanyagainak igen jelentős részét teszik ki a gyógynövények. A felhasznált növények néhány esetben mérgező fajok, de a nagyfokú hígítás miatt elvileg nem jelentenek veszélyt. A kiinduló anyagokból első lépésként östinktúrát készítenek (ez a jogszabályokban törzsoldatként szerepel), majd a hatóanyagra nézve standardizálják, és ezek után dolgozzák fel adagolásra szánt homeopátiás készítményekké. A homeopátiában általában friss növényi részből készül az östinktúra (Jouanny et al., 1992).

A hatóanyagok másik nagy csoportját adják az ásványi anyagok, melyek lehetnek valódi ásványok, bizonyos fémek (arany, ezüst) vagy egyéb szervesetlen szubsztanciák (például kén), és olyan ún. vitális anyagok is, amelyekre a szervezetnek szüksége van az egészséges működéshez. A terápiás javallatok természetesen itt sem egyeznek meg az általános orvoslásban ismert indikációkkal. Az ásványi anyagokból – oldékonyságuk függvényében – különböző töménységű alkohollal, esetleg vízzel östinktúrát, oldatot vagy laktózzal alapporkeveréket készítenek, majd ezekből alakítják ki a végleges homeopátiás gyógyszerformát (Jouanny et al., 1992).

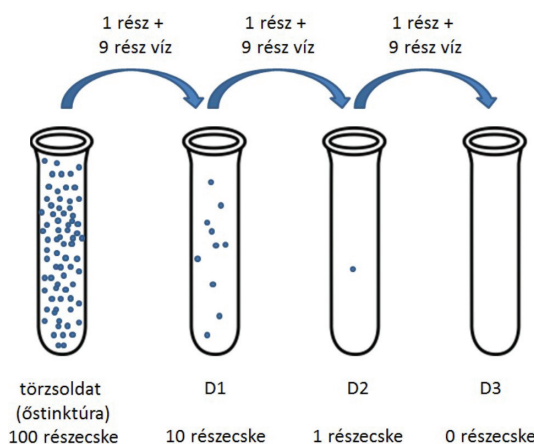
Ugyan jóval kisebb részt képviselnek, de meg kell még említeni az állati és vegyi eredetű hatóanyagokat is (rovarok, mérges kígyók, tintahal vagy különböző békafajok extraktumai). Egyaránt felhasználják az állati test kivonatait és szekrétumait is (Jouanny et al., 1992). A vegyi eredetű szerek között különleges helyet kapnak az allopatíás gyógyszerkeverékek, amelyeket abban az esetben alkalmaznak, ha egy korábbi klasszikus orvosi kezelés során az ilyen gyógyszerek terápiás károsodást okoztak (mellékhatás).

Előfordulhat, hogy a homeopátiás kezelést ún. nozódákkal végzik. A nozódák speciális betegségokozó anyagok (kórokozók, mint például baktériumok, gombák, paraziták; beteg embertől vagy állattól származó produktumok), amelyek alkalmazása fertőzésveszélyes lehetne, de a homeopátiás gyógyszerkeverékek előírják, hogy a kiindulási anyagot a további feldolgozás előtt sterilizálni kell.

A nozódákat több szempontból is lehet csoportosítani. Az egyik legelterjedtebb csoportosítás az alapján történik, hogy honnan származik a nozóda, így megkülönböztetünk auto-nozódákat és heteronozódákat. Abban az esetben, ha a nozóda a megbetegedett emberből származik (például saját vizelet vagy saját vér) auto-nozódáról, ha pedig egy másik egyedtől származó produktumról van szó, akkor heteronozódáról beszélünk (World Health Organization, 2009).

A HOMEOPÁTIÁS SZEREK ELŐÁLLÍTÁSA

A homeopatikumok gyártása során első lépésként a homeopátiás felhasználásra szánt anyagból különböző töménységű alkohollal vagy vízzel őstinktúrát készítenek, ennek módjáról a nemzetközileg is széles körben elfogadott *Német Homeopátiás Gyógyszerkönyv* különböző alapelőiratokat tartalmaz (Zajta, 1992). Az őstinktúrák, oldatok és alapporkeverékek ritkán kerülnek közvetlenül felhasználásra, leginkább különböző hígítású homeopátiás készítmények alappreparátumául szolgálnak. A homeopátiás hígítási módszer lényege a lépcsőzetes hígítás (1. ábra), és az, hogy az egyes hígítási fokozatokban azonos eljárási elvet követnek. A leggyakoribb hígítási rendszer a decimális (jele: D) és a centezimális (jele: C) hígítás, de igen gyakran előfordulnak az ötvenezerszeres (jele: LM) potenciák is, ez utóbbi esetben a hígítási viszony 1:50 000. Minden egyes hígítási lépés után a dinamizálás művelete következik, amelynek során mechanikai energiát közölnek a rendszerrel (főbb típusai: keverés, rázás, intenzív dörzsölés, áramoltatás). Folyékony potenciák készítésénél ez viszonylag egyszerű módon való-



1. ábra. A homeopátiás készítmények előállításának lépcsőzetes hígítással történik

(Saját szerkesztés)

sul meg, hiszen az előírás szerint minden hígítási lépcső után tíz, lefelé irányuló, erőteljes rázóütést alkalmaznak. A szilárd alapanyagok potenciálása során a tej-cukros hígítás sokkal több időt vesz igénybe, a laktózt ugyanis csak részletekben lehet a kiindulási anyaghoz adni (Zajta, 1991; Steblucova, 1992). A dinamizálás történhet kézi vagy gépi erővel, és akár több napig is tarthat.

Hahnemann a potenciáláshoz kifejezetten a többedény-módszer alkalmazását írja elő, ez azt jelenti, hogy minden egyes hígítás egy új edényben történik. Ezzel szemben az ún. Korsakoff-eljárás során minden hígítást ugyanabban az edényben végeznek el. A *Német Homeopátiás Gyógyszerkönyvtől* eltérően a többi gyógyszerkönyv nem szabályozza az egy- vagy többedény-módszer használatát, ennek legvalószínűbb oka, hogy a többedény-módszer üzemeltetése nehezen és csak nagy költségek árán oldható meg. A ma ismert ipari potenciálási megoldások az egyedény-módszer elvét követik (Zajta, 1991a; Steblucova, 1992).

Ha a termékek az előírásoknak megfelelően készülnek, akkor elméleti alapon bebizonyítható, hogy bizonyos hígítási fok fölött nullához közelít az esélye annak, hogy a végtermék a kiindulási anyag akárcsak egyetlen molekuláját is tartalmazza. Ha egy adag gyártásánál 1 mólnyi anyagból indulnánk ki (a valóságban persze jóval kevesebből), akkor az 1 mólnyi anyagban lévő molekulák számát megadó Avogadro-számot (6×10^{23}) figyelembe véve 10^{24} -szeres hígításnál a végtermékben valószínűleg egyetlen molekula sincs a nyersanyagból. S ilyen szerek szép számmal vannak a piacon: ezeket a D24, C12 vagy ezeknél nagyobb potenciák között kell keresni.

Bár az extrém nagy hígítási fokú termékeknél mérgezéstől nem kell tartani, elképzelhető, hogy a hígulás foka némileg elmarad az elméletileg várttól. Egy vizsgálatban nagy potenciájú (minimum C30) termékeket vizsgálva azt találták, hogy a végtermékekben nanorészecskék formájában jelen vannak a kiinduló anyagok (Chikramane et al., 2010). A meglepő eredmény magyarázata kereshető a gyártási előírások be nem tartásában vagy a vizsgálat módszertani hibáiban is, de ha ezektől eltekintünk, akkor is létezik egy lehetséges interpretáció: egy másik vizsgálat kimutatta, hogy ha az alapanyag koncentrációja a homeopátiás lépcsőzetes hígítás során eléri a ng/l koncentrációtartományt, az anyag nem hígul tovább a várt módon. Ezt azzal magyarázták, hogy a nanorészecskék felületén buborékok tapadnak meg, amelyek fölemelkedve a folyadék felületén koncentrálódnak, a következő lépésnél pedig éppen ebből a rétegből folytatják a hígítást (Chikramane et al., 2012). Ezeket az eredményeket egyes homeopátiás körökben a módszer „működése” egyik lehetséges magyarázataként mutatják be: „A részecskék jelenlétének ilyen konkrét bizonyítékai előrelépést jelenthetnek a homeopátiás kutatások terén, a potenciált gyógyszerek megértése tekintetében, és egyben pozitív irányú változást hozhatnak a tudományos közösség e gyógymóddal kapcsolatos felfogásában” (URL2). Fontos azonban megjegyezni: a hígítással kapcsolatos megfigyeléseket csak fémtartalmú termékeknél tették, s nem mellékesen a hígításba becsúszó „hiba” nem ad univerzális magyarázatot a homeopátiát körülvevő megválaszolatlan kérdésekre. Az min-

denesetre megfigyelhető, hogy az elmúlt években megszorodtak a homeopátiával kapcsolatos cikkekben a nanomedicina, nanotechnológia, nanogyógyszerek stb. kifejezések – jellemzően valódi jelentésüktől megfosztva. Ugyanez érvényes arra is, amikor a dinamizálást a víz szerkezetének változásával, vízklaszterek kialakulásával magyarázzák: az ezzel kapcsolatos állítások nemcsak bizonyítatlanok, hanem gyakran figyelmen kívül hagynak alapvető természettudományos tényeket. A laikusok tisztánlátását nem könnyíti meg, hogy néha komoly szakteknitvények szájából hangzanak el abszurd állítások: Luc Montagnier Nobel-díjas virológus szerint a DNS-molekula alacsony frekvenciájú elektromágneses hullámokat bocsát ki, amelyek segítségével a DNS képes vizes oldatok között teleportálni (URL3). Montagnier (azóta sem bizonyított) állítását a homeopátia mellett érvelő cikkek szintén a módszert támogató bizonyítékok között sorakoztatják fel. Ez az elmélet ugyanúgy nem állja ki a tudományos igazolás próbáját, mint Jacques Benveniste vízmemóriával kapcsolatos teóriája (URL4).

Bár a homeopátiás készítmények – elvileg – hatóanyagot nem, vagy alig tartalmaznak, időnként felröppennek hírek homeopatikumok alkalmazása miatti mérgezésekről. 2006–2016 között az USA-ban egy fogzás idején alkalmazható szertől 370 gyermek lett rosszul, és haláleseteket is regisztráltak. Az érintett szer nadragulya (*Atropa belladonna*) kivonatát tartalmazta, a gyártási előirattól eltérve jóval nagyobb mennyiségben, így okozhatott mérgezést a növény alkaloidtartalma (URL5). Az USA-val ellentétben az Európai Unióban a homeopátiás szerek a gyógyszerek közé tartoznak, ami azzal az előnnyel jár, hogy hasonló problémák – a gyártás és a minőség szigorú hatósági ellenőrzéséből adódóan – nem fordulhatnak elő. A hasonló esetek mindenesetre felhívják a figyelmet arra, hogy célszerű lenne olyan esetben is mindig kémiai vizsgálattal ellenőrizni a biztonságosságot (abszolút vagy relatív hatóanyag-mentességet), amikor elméleti alapon kizárható a jelentősebb hatóanyag-tartalom.

A mai homeopátiában megtaláljuk az allopatíából jól ismert, hagyományos gyógyszerformákat, ugyanakkor van néhány olyan gyógyszerforma is, amely kizárólag a homeopátiára jellemző. Hahnemann még csak dilúciókat, triturációkat és ún. golyócskákat alkalmazott, a többi gyógyszerformát annak érdekében vezették be a későbbiekben, hogy a kezelési lehetőségeket bővítsék. A homeopátiában a folyékony halmazállapotú adagolási formákat dilúcióknak (dilutiones) nevezzük. Ezek lehetnek östinktúrák, oldatok, illetve ezek potenciált változatai. A triturációk (triturationes) a kiindulási anyag laktózos porhígításai. A harmadik hahnemanni gyógyszerforma a golyócska (globulus) (2 ábra), amelynek vivőanyaga a cukor (Zajta, 1991a; Steblucova, 1992; Jouanny et al., 1992).

A homeopátiába újonnan bevezetett gyógyszerformák közül a legelterjedtebbek a tabletták (tablettae), de előfordulnak – izotonizált – injekciós oldatok (injectiones), szemcseppek, kenőcsök és végbélkúpok is. Ezek közül több számos ponton (dózis, összetevők kombinálása) eltér a homeopátia eredeti hagyományaitól.



2. ábra. Homeopátiás globulusok

(Pixabay – Creative Commons CC0 licenz)

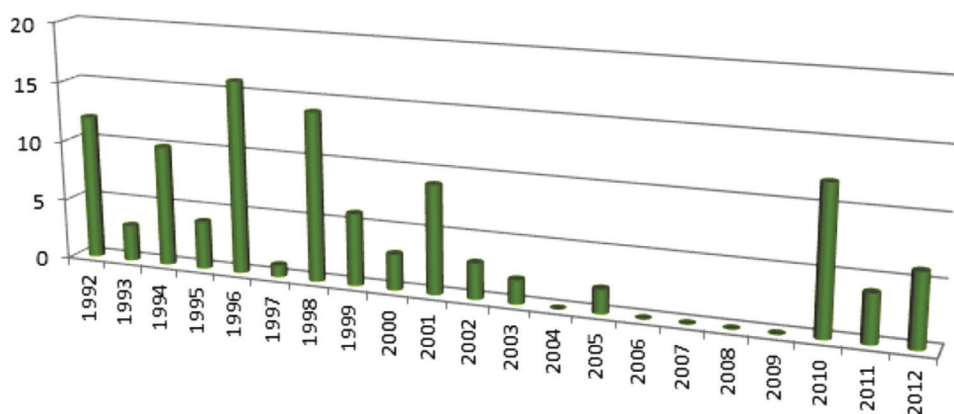
A hahnemanni klasszikus homeopátia monokomponensű készítmények egyéni gyógyszerkép megállapítása utáni egyedi kombináció szerinti alkalmazásán alapul (erre utal a hazai jogszabály is).¹⁷ Ezzel a gyakorlattal ellentétes, amit az elfogadott gyógyászati indikációjú termékek esetén tapasztalhatunk. Míg a klasszikus homeopatikumok kiválasztásához szakember szükséges, addig utóbbi készítményeket a beteg öndiagnózis alapján választja, ezért nem valósul meg a Hahnemann által fontosnak tartott, személyre szabott terápia. Egyúttal megszűnik annak előnyös lehetősége is, hogy a beteg részletes kikérdezése során tapasztalható fokozott odafigyelés erősítse a gyógyulásba vetett hitet.

HOMEOPÁTIÁS KÉSZÍTMÉNYEK A HAZAI PIACON

Hazánkban jelenleg 5880 homeopátiás termék van forgalomban, ebből 107 jóváhagyott gyógyászati indikációval rendelkező készítmény (URL6). Utóbbiak – az előzőekben bemutatott jogszabályok alapján – elvileg az allopátiás gyógy-

¹⁷ Lásd 6. lábjegyzet.

szerekkel azonos elbírálás alapján kerülhetnek forgalomba. Megfigyelhető, hogy az engedélyezést meglehetősen alaposan szabályozó 2005-ös gyógyszer-törvény megszületése után viszonylag kevés új forgalomba hozatali engedélyt adtak ki (3. ábra), a legfrissebb termék is 2012 óta van a piacon (az egyszerűsített módon engedélyezett szereknél 2015-ben adták ki az utolsó engedélyt). A készítmények terápiás felhasználását vizsgálva megállapítható, hogy a főbb terápiás csoportokban található homeopátiás készítmény, de az elfogadott indikációk között néhány nem megszokott a modern allopatíás gyógyszereknél (salaktalanító, szexuális gyengeség kezelése, harántcsikolt- és simaizomgörcs egyidejű enyhítése).



3. ábra. Gyógyászati indikációval rendelkező homeopátiás szereknek kiadott forgalomba hozatali engedélyek száma

(saját szerkesztés)

A jelenleg érvényes jogszabályok szerint a gyógyászati indikációval rendelkező homeopátiás gyógyszerek hatásosságát és biztonságosságát az allopatíás gyógyszerek esetében használt azonos módszerekkel kell igazolni. Nem vehetőek tehát figyelembe a klasszikus homeopátiás szerekkel egészségeseken elvégzett megfigyelések, szükségesek a betegekben, a jelenleg érvényes protokollok alapján elvégzett placebo- és/vagy aktív kontrollis vizsgálatok.

A tudományos adatbázisokban ugyanakkor viszonylag kevés, homeopatikumokkal végzett klinikai vizsgálat található. Az Embase adatbázisában 2018. február 14-én végzett keresés a „homeopathy” keresőszóra 933 klinikai vizsgálati találatot adott. A Cochrane Library kontrollis klinikai vizsgálatokat tartalmazó nyilvántartásában végzett keresés 440, ezen belül 150 placebokontrollis találatot eredményezett (utóbbi adatbázis egyébként összesen több mint 1 100 000 klinikai

vizsgálat adatait foglalja magába). A fent említett számok tartalmazzák a klaszszikus, nagy potenciájú, hivatalos gyógyászati indikációval nem rendelkező monokészítményekkel elvégzett vizsgálatokat is. A vizsgálatok minősége a nem randomizált megfigyeléses vizsgálatoktól kezdve egészen a randomizált, kettős vak, placebokontrollos vizsgálatokig terjedt. Kevés kivétellel a vizsgálatok kimenetele pozitív, de az eredményekből sokat levon a tervezésekből adó limitáció (nagyon sok a kevés résztvevővel zajló, rövid, nyílt vagy egyéb szempontból gyenge bizonyító erejű vizsgálat). Nem igaz tehát az az állítás, amely szerint a homeopátiás szerek hatását egyáltalán nem vizsgálták volna klinikai tanulmányokban, azonban a hazánkban forgalomban lévő termékek jelentős része esetén nem érhető el a hatásosságot meggyőzően alátámasztó vizsgálat.

A homeopátiás készítményekkel elvégzett vizsgálatok tanúsága szerint a termékek általában nem rendelkeznek specifikus nemkívánatos hatásokkal. A hazánkban forgalmazott termékek alkalmazási előíratait átvizsgálva azt tapasztalhatjuk, hogy az esetek zömében mellékhatás nem ismeretes, de megemlítik, hogy hosszabb ideig tartó, indokolatlan alkalmazása esetén nem kívánt hatások (ún. gyógyszervizsgálati tünetek) léphetnek fel. Néhány esetben azonban ezen kívül konkrét mellékhatásokat is feltüntetnek, például nyálfolyás, túlérzékenységi reakció, agitáció, hallucináció. A nemkívánatos hatások egy része a gyógyszer alkalmazásának módjával függhet össze (például nyálfolyás szopogató tabletták esetén; allergiás bőrreakciók lokális alkalmazás esetén). A keresztallergia lehetőségének említése egyes készítményeknél arra utal, hogy a gyártó feltételezi, hogy a felhasznált növényi kivonat farmakológiailag értékelhető mennyiségben van jelen a termékben.

A legtöbb készítmény tájékoztatójában szerepel a figyelmeztetés, mely szerint a homeopátiás gyógyszer alkalmazásának időtartama alatt nem szabad illóolajat is tartalmazó (mentolos, eukaliptuszos) cukorkát szopogatni és intenzív illatú fogkrémet használni. Ezen túlmenően egyes termékek alkalmazási előírataiban ennél specifikusabb interakciók is találhatóak: egy barátcserje-készítmény tájékoztatója szerint „A *Vitex agnus-castus* lehetséges dopaminerg és ösztrogén hatása miatt, dopamin agonistákkal, dopamin antagonistákkal, ösztrogén és anti-ösztrogén szerekkel való interakciója nem zárható ki” (URL7). Ez a figyelmeztetés meglepő lehet azok számára, akik a homeopátiás szerek hatásának hátterében nem feltételeznek receptorszintű aktivitásokat.

A készítmények legtöbbjének alkalmazási előírata nem tartalmaz konkrét információkat a farmakodinámiás és farmakokinetikai jellemzőkre vonatkozóan, de ez alól is van kivétel. A már említett, barátcserjéből készült szer „a prolaktinszintet csökkentve fejt ki hatását. Ezért a hatásért elsősorban az *Agnus castus* komponens felelős, melynek prolaktin-felszabadulást gátló hatását állatkísérletekben is kimutatták. Számos klinikai vizsgálat kimutatta, hogy *Agnus castus* kivonat szedése mérsékelte nőknél az enyhén, de igazoltan emelkedett prolak-

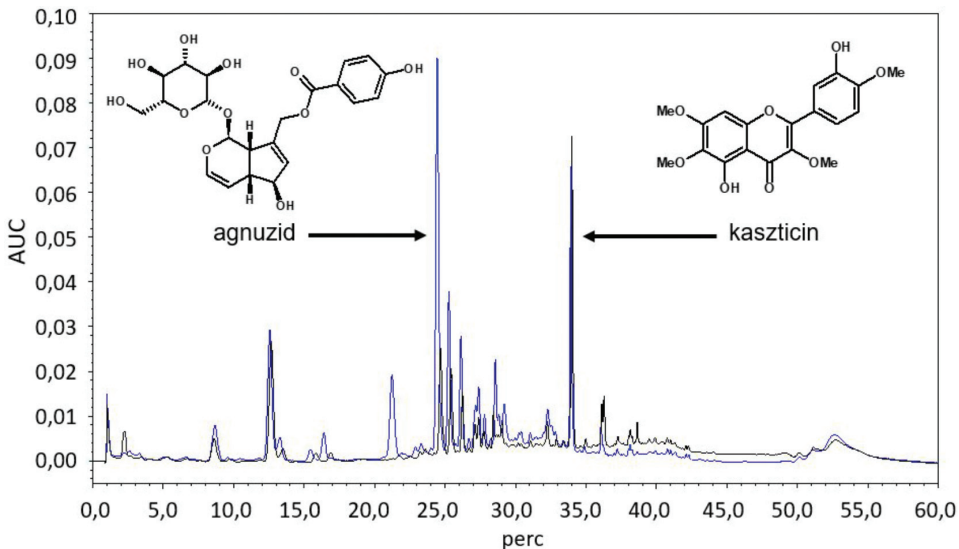
tinszintet és a stresszállapotban (ún. latens hyperprolactinaemiában) emelkedett prolaktin-szekréciót” (URL7).

A farmakológiai hatások említése felveti azt a lehetőséget, hogy a szerek egy része farmakológiailag is értelmezhető dóziszú hatóanyagot tartalmaz. Ennek megvizsgálására kiszámítottuk, hogy a napi dózisban található hatóanyag hogyan viszonyul az adott anyag normál terápiás dóziséhoz. Meglepő módon hat termékénél találtunk legalább egy összetevőnél 1 milligrammot meghaladó dózist a kiindulási anyagból, egy esetben az allopatíás dózis mintegy 8%-ának megfelelő (*Drosera rotundifoliát* tartalmazó köptető, URL8), egy másik esetben (*Vitex agnus-castus* tartalmazó, menstruációs panaszok esetén alkalmazható szer, URL7) pedig azzal ekvivalens mennyiségű hatóanyagot tartalmazott a gyógyszer napi adagja. A dózisok összehasonlítása igényel némi számolást, mivel a homeopatiás készítmény esetén az östinktúra, az allopatíás gyógyszer esetén jellemzően a száraz/folyékony kivonat mennyiségét adják meg. A dózisok átfedése nem meglepő a jogszabályok ismeretében (azok nem szabályozzák a termékekben található östinktúra dóziséját), azoknak azonban újdonság lehet, akik a homeopatiát az eredeti, hahnemanni elvek alapján értelmezik.

A homeopátia elveiből következően a homeopatiás és allopatíás indikáció elvileg nem lehet azonos. A hazánkban gyógyászati indikációval forgalmazott termékeket megvizsgálva megállapítható, hogy a termékek zöme esetén ez így is van, kivételek azonban vannak. Néhány példa, ahol a kétféle indikáció egybeesik: a *Crataegus monogyna* (egybibés galagonya) kivonatából készült termékeket enyhe fokú szívpanaszokra, szívgyengeségre ajánlják; a *Symphytum officinale* (fekete nadálytő) felhasználása zúzódás, ficam, rándulás; a *Valeriana officinalis* (orvosi macskagyökér) nyugtalanságban, elalvási nehézségben alkalmazható. A *Drosera rotundifolia* (kereklevelű harmatfü) homeopatiás indikációja légúti hurut, a fitoterápiában száraz köhögés csillapítására használják, a *Vitex agnus-castus* (barátcserje) kivonatát premenstruációs szindrómában és szabálytalan menstruációs ciklusban használják fel a homeopatiában és az allopatíában egyaránt. Figyelemre méltó, hogy azon növények fitoterápiás és homeopatiás indikációja gyakorlatilag azonos, amelyeknek homeopatiás készítményekben alkalmazott dózisa eléri a fitoterápiás vagy hagyományosan alkalmazott dózis legalább 1%-át (*Turnera diffusa*, *Vitex agnus-castus*, *Drosera rotundifolia*).

Az allopatíás és homeopatiás dózisok átfedése nemcsak elméleti síkon bizonyított, hanem kísérletesen is igazolt valóság. Ennek szemléltetésére leginkább a barátcserje alkalmas, amelynek homeopatiás és allopatíás gyógyszerei egyaránt léteznek. Két ilyen készítmény analitikai vizsgálatát elvégezve (Csupor et al., 2013) megállapítottuk, hogy a két termék ujjlenyomat-kromatogramja (4. ábra) nagyon hasonló, és a növény aktív markerének tekinthető agnuzid és kaszticin mennyisége azonos nagyságrendű, illetve gyakorlatilag ekvivalens a két termékben. Így az sem meglepő, hogy a premenstruációs szindrómában megfigyelt ha-

tásosság nemcsak a „normál” barátcserje-készítményre jellemző (Schellenberg, 2011; Falch et al., 2003; He et al., 2009), hanem a belőle készült homeopátiás szerre is (Wuttke et al., 1997; Halaska et al., 1999).



4. ábra. Az allopatíás és homeopátiás, *Vitex agnus-castus* tartalmazó termékek HPLC vizsgálata a mért vegyületek mennyiségét és az ujjlenyomat-kromatogramokat tekintve jelentős egyezést igazolt

(Csupor et al., 2013 [PLOS One, 8, 9: e74181] alapján saját szerkesztés)

ÖSSZEFOGLALÁS

A homeopátiát napjainkban legalább annyira meghatározzák a jogszabályok, mint a módszer megalkotója, Samuel Hahnemann alapelvei. Az európai uniós jogalkotás a homeopátiás szereket a modern gyógyszerekkel azonos rangra emelte, s az elégtelen szabályozással olyan torzulásokat hozott létre, amelyek nem szolgálják a fogyasztók, betegek érdekeit. A homeopátia olyan heterogén gyógyászati rendszerré vált, amely számos olyan terméket is magában foglal, amelyet nehéz klaszszikus értelemben vett homeopatikumnak tekinteni. A homeopátiás gyógyszereket legalább két nagy osztályba lehet sorolni: gyógyszerek magas potenciával (extrém nagy hígítás és alacsony dózis), és azok a gyógyszerek, amelyek alacsony potenciájú kivonatokat vagy őstinktúrát tartalmaznak (a dózis közel azonos vagy egyenlő lehet az allopatíás dózissal). Vitatható, hogy utóbbi készítmények megfelelnek-e a betegek homeopátiával kapcsolatos elvárásainak. Az ilyen és hasonló

termékek ugyanis nem teljesítik a hatóanyag-, mellékhatás- és kölcsönhatás-mentességgel kapcsolatos elvárásokat.

A gyógyszerekről a fogyasztók joggal feltételezik, hogy azok hatásossága bizonyított. Ez alapvetően igaz is, kivéve az egyszerűsített forgalomba hozatali engedélyezési eljárással piacra kerülő, kémiai szempontból gyakorlatilag hatóanyagmentes homeopátiás szereket, amelyek bármiféle humán klinikai vizsgálat nélkül forgalomba kerülhetnek. Ha a bizonyítékokon alapuló orvoslás szempontjait nézzük, tévedés ezeket gyógyszernek nevezni, azonban ez esetben sem a szakmai véleményekre, hanem a jogszabályi előírásokra kell hagyatkozni. Egy érv azonban kétségtelenül amellett szól, hogy a homeopátiás szerek gyógyszerként legyenek forgalomban: a termék kategória magas szintű hatásági kontrollja garantálja a termékek minőségét és így biztonságosságát.

A jóváhagyott gyógyászati indikációjú homeopatikumokra jellemző, hogy alacsony potenciájú (viszonylag nagy töménységű) kivonatokat tartalmaznak, és indikációjuk esetenként megegyezik a legnagyobb töménységben jelen lévő hatóanyag allopátiás indikációjával. Jóllehet a szignifikáns mennyiségű aktív összetevőt tartalmazó készítmények a homeopatikumok kis hányadát teszik ki, piaci jelenlétük rámutat a homeopátiás gyógyszerekkel kapcsolatos jogi szabályozás visszásságaira. Ez a visszásság abban is tetten érhető, hogy a jogszabály kikaput biztosít az ilyen készítményekkel kapcsolatos klinikai adatok különleges szabályok szerinti értékelésére.

A homeopátiával kapcsolatos viták során néha előfordul, hogy a felek nem ismerik teljes mélységében vitájuk tárgyát. Annak megértéséhez, hogy mi is ma a homeopátia, elengedhetetlen a jogszabályok és a szerek kémiai jellemzőinek ismerete. A szakmailag megalapozott vagy érzelmileg vezérelt vélemények összecsapásának eredményétől függetlenül a homeopátiás készítményeket annak kell tekintenünk, amit a mindenkori jogszabályok előírnak: jelenleg tehát gyógyszereknek, még ha ez a besorolás allopátiás és homeopátiás szempontból is jelentős engedményeket feltételez.

IRODALOM

- Chikramane, P. S. – Kalita, D. – Suresh, A. K. et al. (2012): Why Extreme Dilutions Reach Non-zero Asymptotes: A Nanoparticulate Hypothesis Based on Froth Flotation. *Langmuir*, 28, 15864–15875. DOI: 10.1021/la303477s
- Chikramane, P. S. – Suresh, A. K. – Bellare, J. R. et al. (2010): Extreme Homeopathic Dilutions Retain Starting Materials: A Nanoparticulate Perspective. *Homeopathy*, 99, 231–242. DOI: 10.1016/j.homp.2010.05.006, <https://bit.ly/2Cbw14I>
- Csupor D. – Boros K. – Hohmann J. (2013): Low Potency Homeopathic Remedies and Allopathic Herbal Medicines: Is There an Overlap? *PLOS One*, 8, 9: e74181. DOI: 10.1371/journal.pone.0074181, <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0074181>

- Falch, B. S. – Bitzer, J. – Polasek, W. (2003): Die Behandlung des prämenstruellen Syndroms (PMS). Eine Therapiebeobachtung mit dem *Vitex agnus castus*-Extrakt Ze 440. *Therapiewoche*, 19, 287–288. <https://www.rosenfluh.ch/media/arsmedici-dossier/2004/09/Die-Behandlung-des-praemenstruellen-Syndroms-PMS.pdf>
- Halaska, M. – Beles, P. – Gorkow, C. et al. (1999): Treatment of Cyclical Mastalgia with a Solution Containing a *Vitex agnus castus* Extract: Results of a Placebo-controlled Double-blind Study. *Breast*, 8, 175–181. DOI: 10.1054/brst.1999.0039
- He, Z. – Chen, R. – Zhou, Y. et al. (2009): Treatment for Premenstrual Syndrome with *Vitex agnus castus*: A Prospective, Randomized, Multi-center Placebo Controlled Study in China. *Maturitas*, 63, 99–103. DOI: 10.1016/j.maturitas.2009.01.006
- Jouanny, J. – Crapanne, J. B. – Dancer, H. et al. (1992): *Homeopátiás gyógymód.* (ford. Herboly Edit) Budapest: Boiron
- Molnár Cs. (2010): Cukorgolyócskák. *Magyar Nemzet*, 2010. március 27.
- Schellenberg R. (2011): Treatment for the Premenstrual Syndrome with Agnus Castus Fruit Extract: Prospective, Randomised, Placebo Controlled Study. *British Medical Journal*, 322, 134–137. DOI: 10.1136/bmj.322.7279.134, <https://www.bmj.com/content/bmj/322/7279/134.full.pdf>
- Steblicova, I. (1992): *Homeopátia.* (ford. Horti Ilona) Budapest: Eurosana Kft.
- World Health Organization (2009): *Safety Issues in the Preparation of Homeopathic Medicines.* WHO Press, http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44238/9789241598842_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Wuttke, W. – Splitt, G. – Gorkow, C. et al. (1997): „Behandlung zyklusabhängiger Brustschmerzen mit einem Agnus castus-haltigen Arzneimittel” Treatment of Cyclical Mastalgia. Results of a Randomised, Placebo-controlled, Double-blind Study. *Geburtshilfe Frauenheilkunde*, 57, 10/569–574.
- Zajta E. (1991a): A homeopátia gyógyszerészeti vonatkozásai. *Gyógyszerészet*, 35, 583–590.
- Zajta E. (1991b): Homeopátia, egy különleges természetes gyógymód. *Gyógyszerészet*, 35, 121–132.
- Zajta E. (1992): A homeopátiában használt sajátágos fogalmak. *Gyógyszerészet*, 36, 739–745.
- URL1: <http://www.homeopata.hu/hu/content/milliardos-biznisz-avagy-mekkora-reszt-hasit-ki-homeopatia-hazai-gyogyszerpiacbol>
- URL2: <http://www.homeopata.hu/hu/content/uj-megvilagitasban-homeopati-as-magas-potenciak> (letöltve: 2018. 02. 18)
- URL3: <https://freethoughtblogs.com/pharyngula/2011/01/24/it-almost-makes-me-disbelieve/> (letöltve: 2018. 02. 18)
- URL4: <https://www.nature.com/news/2004/041004/full/news041004-19.html> (letöltve: 2018. 02. 18)
- URL5: <https://www.scientificamerican.com/article/hundreds-of-babies-harmed-by-homeopathic-remedies-families-say/> (letöltve: 2018. 02. 18.)
- URL6: <https://www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis/> (letöltve: 2018. február 3.)
- URL7: https://www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis/index.php?action=show_details&item=26622 (letöltve 2018. 02. 18.)
- URL8: https://www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis/index.php?action=show_details&item=26600 (letöltve 2018. 02. 18.)

EGY GYÓGYSZERÉSZTÖRTÉNÉSZ GONDOLATAI A HOMEOPÁTIÁVAL ÉS AZ ÁLTUDOMÁNYOKKAL KAPCSOLATBAN

THOUGHTS OF A PHARMACY HISTORIAN ON HOMEOPATHY AND PSEUDOSCIENCE

Dobson Szabolcs

elnök, Magyar Gyógyszerésztörténeti Társaság
dictum.dobson@t-online.hu

ÖSSZEFOGLALÁS

Az elmúlt években fellángoltak a viták az alternatív és a komplementer medicina körül, különös tekintettel a homeopátiára. E mögött állhat az a tény, hogy a homeopátiás készítmények az Európai Unióban a gyógyszer kategóriában kerülnek engedélyezésre. Sok szakember és laikus nem érti, hogy egy áltudomány miként ért el ilyen „magas” státuszt, és követeli a betiltását. Ez a cikk átfogó áttekintést nyújt a gyógyszerek evolúciójáról a felvilágosodástól, azaz a 18. századtól napjainkig. Ebben a kb. három évszázadban a fitoterápia átadta a trónját a szintetikus gyógyszereknek, nemcsak azért, mert ez utóbbiak hatásosabbak voltak (az első modern klinikai vizsgálatokat csak a 20. század közepe táján kezdték végezni), hanem a szocioökonómiai változások miatt, beleértve az ipari társadalom felemelkedését, a betegbiztosítás bevezetését és kiterjesztését (a társadalom medikalizációja), a demográfiai változásokat, a szabadalmi rendszer fejlődését, a gyógyszer-engedélyezési rendszerek fejlődését, a modern gyógyszerformák (például tabletták) tömeggyártását, a gyógyszercégek marketingerejét és a gyári gyógyszerek kényelmesebb orvosi rendelkezésűségét a magisztrális készítményekkel szemben. Mindeközben a régi gyógyszerek és preindusztriális orvosi módszerek nem tűntek el. Ezek képezik az alternatív/komplementer medicina magvát, és átmentek a saját evolúciójukon. Végezetül megkísérünk magyarázatot adni arra, hogy miért maradtak népszerűek az áltudományok, és vajon van-e olyan egyértelmű határ a hivatalos (*school* vagy *mainstream*) medicina és az áltudomány között, mint ahogyan azt sokan képzelik?

ABSTRACT

There has been a flare-up of controversy in the last couple of years about the alternative and complementary medicines, especially homeopathy. This may be fuelled by the fact, that homeopathic preparations are regulated in the European Union as medicinal products. Many professionals and laymen do not understand, how a pseudoscience achieved such a “prestigious” status and demand its prohibition. This article takes a long view on the evolution of medicinal products from the “age of reason”, i. e. the 18th century up to now. In this approximately three centuries phytotherapy had passed its dominant role to synthetic medicines, not only because

these were more efficacious (the first modern clinical studies were performed only around the mid-20th century), but because of sweeping socioeconomic changes, including the emerging industrial societies, introduction and extension of social insurance (medicalization of society), demographic changes, development of the patent systems, evolution of the drug regulatory systems, mass manufacturing of modern drug formulas, like pills, the marketing power of the pharmaceutical companies and the more convenient prescription of company-made medicines by the doctors compared to medicines compounded in the pharmacy. In the meantime, the old drugs and pre-industrial medical methods had not disappeared. Instead, they represent the core of alternative and complementary medicines, which, of course, went through their own evolution too. Finally, an explanation is attempted on why pseudoscience is continuing to be so popular, and if there is a clear boundary between “school or mainstream” medicine and pseudoscience as many people tend to think there is?

Kulcsszavak: alternatív medicina, komplementer medicina, homeopátia, felvilágosodás, gyógyszeripar, fitoterápia, áltudomány, gyógyszer-engedélyezés

Keywords: alternative medicine, complementary medicine, homeopathy, enlightenment, pharmaceutical industry, phytotherapy, pseudoscience, drug regulation

Az elmúlt néhány évben időnként fellángoltak a viták az áltudományok kapcsán, különös tekintettel az egészségügyre. Az embernek olyan (téves) benyomása támadhat, mintha az áltudományok soha nem látott mértékben mételyeznék meg életünket, és rombolnák népünk egészségét.

Különös figyelmet kapott a homeopátia. Vajon miért éppen ez? Miért nem például a Bach-féle virágterápia vagy a hagyományos kínai orvoslás, benne az akupunktúra és számtalan egyéb irányzat?

Nyilván azért, mert a homeopátia egyfelől a legelterjedtebb alternatív gyógy módok egyike, másrészt, konkrét készítményeket alkalmaz, amelyek az Európai Unió jogrendje alapján Magyarországon is gyógyszernek minősülnek: a 2005. évi XCV. törvény az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról 1 §-a 3. pontja szerint: „homeopátiás gyógyszer a Gyógyszerkönyvben leírt homeopátiás gyártási eljárásnak megfelelően készült homeopátiás törzsoldatnak nevezett anyagból a Gyógyszerkönyvben leírt homeopátiás gyártási eljárásnak megfelelően előállított gyógyszer, amely több alkotóelemet is tartalmazhat.” A homeopátiás gyógyszerek forgalomba hozatalának engedélyezésével kapcsolatos hatósági feladatok az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (OGYÉI) hatáskörébe tartoznak.

Alapvető értetlenséget szül sok szakember és laikus fejében az, hogy hogyan lehetséges egy áltudomány jogi egybemosása a „valódi” gyógyszerekkel és gyógyszerként történő kiemelt szabályozása.

Nézzünk ennek utána.

A FELVILÁGOSODÁS – FÉNYEK ÉS ÁRNYÉKOK, GYÓGYSZEREK

A természettudósok hivatásukat tekintve olyan mikrovilágban élnek, amelyben markánsan jellemző a fejlődés a kezdetlegestől az egyre kifinomultabb és elmélyültebb tudásig, módszerekig és képességekig. Ez határozza meg szemléletüket. A tudatlanság, a Sötétség állapotából egyre inkább haladnak a világosság, a Fény felé. A mítoszok, mesék, hitek világát felváltotta a racionális szemlélet.

Azonban a felvilágosodást és az azt megelőző vallásos szemléletet (nemcsak a zsidó-keresztényt, bár esetünkben ez a kiemelkedő) összeköti egy alapvető azonosság: az Időnek mindkettő szerint iránya van: volt egy Kezdet, és lesz egy Vég. Valahonnan valahová tartunk. Ez a Fejlődés fogalmának eszmei alapja, avagy másként kifejezve ez az eszkatologikus szemlélet.

Már a Bibliában is van egy alternatív megközelítés, az ószövetségi Prédikátor könyvében; a Prédikátor híres mondása, a „semmi sem új a Nap alatt”, egy ciklikus időfelfogást képvisel, amelyben az Időnek nincs iránya, rengeteg változás van, de valódi fejlődés nincs, vagy alig. Ám, nem ez lett civilizációnk domináns szemlélete, szemben másokéval.

Civilizációnkban a felvilágosodással uralkodóvá váló racionális (és/vagy annak hitt) szemlélet nyilvánvaló általános és alapvető pozitív hatásokat eredményezett a társadalmak életében. Azonban torzulásai okozhatnak, okoztak és okoznak is szemléleti zavarokat, tragédiákat. Gyakorlati példa erre a marxizmus, amely különösképpen és tudatosan úgy képzelte el a társadalmi fejlődést, mint a természeti evolúciót, és a társadalmi törvényeket a természeti törvényekkel analóg vonásokkal ruházta fel. Eközben Marx például úgy cserélte fel a zsidó népet a proletárokkal, a Kánaán elfoglalását az osztályharccal, az izraeliták államalapítását a proletárdiktatúrával, a megváltást pedig a kommunizmussal, hogy észre sem vette. A kelet-európai és ázsiai bolsevizmus pedig, ahol hatalomra jutott, tűzzel-vassal irtani kezdett a felvilágosodás és a tudomány nevében mindent és mindenkit, amelyre/akire a „reakciós” nevet rásütötte.

Mondhatjuk természetesen a fasizmust is, hiszen a faji megkülönböztetés, a náci népiertás, a társadalom működésének militarista megszervezése mind-mind racionalizáló, „tudományosnak” tekintett alapvetésekre és módszerekre ment vissza.

A természettudományok logikájának (vagy vélt logikájának) társadalmakra, emberi közösségekre való kritikátlan alkalmazása tehát súlyos kockázatokat rejt magában, szélsőséges esetben melegágya lehet az intoleranciának és a brutalitásnak.

Ez a kérdéskör kisebb léptékben az orvostudományban is felmerül, hiszen szemben a fizikával vagy a kémiával az orvostudomány és benne a gyógyszeres terápia *nem* tekinthető tisztán természettudománynak. A valóság ennél jóval összetettebb, és mégis, időnként szembesülünk azzal, hogy természettudósok, a

maguk szűkebb világának egyszerűbb logikáját próbálják átvinni a társadalmi realitások értelmezésére és megváltoztatására.

Vegyünk például a szintetikus gyógyszerek dominanciájának kialakulását. A gyógyszerhatástan könyvek gyakran nem vesznek tudomást a kutatólaboratóriumokat, a „tisztá tudományt” körbevevő társadalmi valóságról, holott ez utóbbi alapvetően befolyásolta a gyógyszerkutatás pusztá létét, irányait és eredményességét.

Az első korszerű kettősvek, randomizált klinikai vizsgálatra például csak 1948-ban került sor Angliában, és hazánkban 1951-től vált kötelezővé az új gyógyszerek klinikai vizsgálata (lényegében esetsorozatok prezentálása minimális, primitív színvonalon). Ugyanakkor az 1940-es évek végére ennek ellenére dominánssá váltak a szintetikus gyógyszerek, anélkül, hogy mai szemmel nézve hiteles klinikai adatok, hatóságilag jóváhagyott javallatok és alkalmazási előírások álltak volna mögöttük (ezek csak 1948-tól kezdtek hazánkban megjelenni). Hogyan volt ez lehetséges? Az alábbi tényezők együttese által:

- Egyrészt, maga a tudományos fejlődés (benne a kis mennyiségben is erős hatású, kristályos, illetve tiszta vegyületek előállításával).
- Szabadalmi rendszer, jogi háttér (a patikán kívüli gyógyszergyártás lehetősége, azaz a gyáralapítások); a természetes vegyületek, kivonatok stb. előállítása nem volt szabadalmaztatható, így üzletileg nem volt többé annyira vonzó).
- Demográfiai robbanás, általános gazdasági fejlődés.
- A társadalom medikalizációja, az orvosi praxisok és a gyógyszerterek számának robbanásszerű növekedése főként a társadalombiztosítás révén; a gyógyszerkasszák hatalmas összegeket biztosítottak és biztosítanak a gyógyszeripar, így a kutatás-fejlesztés számára is.
- A háborúk, főként a két világháború hatása (például fertőtlenítőszer, vakcinák, kemoterápiás szerek, antibiotikumok, szintetikus fájdalomcsillapítók).
- A gyógyszeripar paradigmaváltása (a kezdeti alapanyag-központúságot felváltotta a gyári késztermékgyártás, a szintetikumok preferálása, mert ezek korlátlanabban álltak rendelkezésre, és a modern gyógyszerformákban technológiai okokból főként ezeket lehetett hasznosítani).
- Orvosi kényelmi szempontok: a gyári készítmények gyors rendelkezésére, gyors expedálása, különös tekintettel a futószalagszerűen érkező betegekre, amikor már nem volt idő hosszas magisztrális receptírásokra, szemben a gyári készterméknevek gyors felírására.
- A szigorú, hatékony állami szabályozás hiánya, amely lehetővé tette a piac elárasztását zömében szintetikus hatóanyagokkal-gyógyszerekkel, majd később a kötelező törzskönyvezés (nálunk 1933-tól), 1940-től a *Formulae normales* (Szabványos Vény minta Gyűjtemény), amely létrehozta a hivatalos *materia medicá*t.

Mármost, mi történt a korábbi, alapvetően gyógynövényalapú gyógyszerkinccsel? Az sem tűnt el, csak átalakult. Amint a vallástörténészek mondják viccesen: a régi vallás istenei nem tűnnek el, hanem alvilági démonokként jelennek meg az újban.

Például, kutatásaink szerint a székesfehérvári Fekete Sas patika 18. századi eredetű patikaedény- és fiókfeliratain látható több száz éves materia medica 59%-a ma is rendelkezésre áll(hat) homeopátiás, 38,5%-a pedig allopátiás (alapvetően fitoterápiás) készítmények és étrend-kiegészítők összetevőiként.

Azonban fontos tudni, hogy a korabeli – mai szemmel zömében – fitoterápia nagyon különbözik a jelenlegi fitoterápiától, amely utóbbira mégiscsak erősen hatottak a modern orvostudomány eredményei és szemlélete, benne a nyelvezettel.

Például Kováts Mihály *Magyar patika, az az Magyar és Erdély-országban termő patikai állatok, növények és ásványok, orvosi hasznaikkal egyetemben* (Pest, 1835) című könyve szerint:

„*Radix Taraxaci* (pongyola pitypang gyöktörzs) – Belsőleg: nagyon szelidül izgat, félereszt, olvaszt, szappan hatású, vért tisztít, a székét és a vizeletet gyengén előmozdítja. Rendelik rest székletben, aranyér vesződségeiben. Külsőleg: bőrkiörlésekben, rühben, sömörögben.”

„*Herba Marrubii* (orvosi pemetefű föld feletti része) – Belsőleg: véknyít, kinyit, izgatással tisztít. Tüdővészben a gennyedtség megvéknítésére, a tüdő túrjában, pökkel teljes taknyos melljszorulásban. Külsőleg: borongatásra, befecskendezőnek a túrokban, sípokban. Külsőleg: oszlat és tisztít.”

Nézzük meg összehasonlítóképpen a jelenleg hatályos Európai Uniók gyógynövény monográfiák (*Community Herbal Monograph*) javallatait:

„*Radix et herba Taraxaci* (pongyola pitypang gyöktörzs és föld feletti rész):

- a) Hagyományos növényi gyógyszer enyhe emésztési rendellenességek (például teltségérzet, bélgázosság, lassú emésztés) tüneteinek enyhítésére és átmeneti étvágytalanságra.
- b) Hagyományos növényi gyógyszer a vizelettermelődés fokozására a húgyutak atmoszára céljából, kiegészítő kezelésként csekély húgyuti panaszok esetén.”

„*Herba Marrubii* (orvosi pemetefű föld feletti része):

- a) Hagyományos növényi gyógyszer megfázással kapcsolatos köhögésben köptetőként történő alkalmazásra.
- b) Hagyományos növényi gyógyszer enyhe emésztési panaszok, például puffadás és bélgázosság esetén.
- c) Hagyományos növényi gyógyszer átmeneti étvágytalanságban.”

Mindazonáltal, bármennyire is sokat változott a gyógynövények alkalmazása, mégiscsak archaizálódtak a velük kapcsolatos ismeretek és a nyelvezet is (például ma is előfordul a szemvidító, vértisztító kifejezés), hiszen ami kiszorul a „hivata-

los” medicinából – az ipari társadalom orvostudományából –, a hivatalos gyógyszerkincsből, az szükségképpen archaizálódik, elavul, kevésbé és másként kutatják (például relatíve sok preklinikai, de objektíve nagyon kevés klinikai adat van gyógynövény készítményekről).

Hasonló a helyzet a bölcsészettudományokban azokkal a nyelvekkel, amelyek elvesztették államnyelv szerepüket, például egy idegen hódítás következtében, és primitívebbé válnak, archaizálódnak, vulgarizálódnak, majd eltűnnek, vagy összeolvadnak a hódítók nyelvével, lásd a germán óangol nyelvet.

Definiáljuk a „hivatalos” szót is (fentebb röviden már említettük): Magyarországon 1933-tól van kötelező gyógyszer-törzskönyvezés, bár már korábban is voltak bizonyos előírások, amelyeket gyakran nem tartottak be. Így 1933 mérföldkőnek tekinthető: ez előtt hivatalos volt minden, amit esetleg bejelentettek, illetve legfőképpen ami a gyógyszerkönyvekben szerepelt. Ezekon kívül számos nem hivatalos szer és „titkos szer” ömlött a piacra, amely a csalások és a kuruzslások fertőjét is jelentette, de amely folyamat nélkülözhetetlen volt a szintetikumok dominanciájának kialakulásában.

1933-tól a hivatalos medicina a gyógyszerek területén a gyógyszerként törzskönyvezett készítményeket jelentette. Ez a törzskönyvezési aktus kezdetben egyszerű volt: a regisztrálni kívánt termék nevét, gyártóját és néhány más alapjellemzőt beírták a törzskönyvbe, továbbá a kérelmező megfizette a törzskönyvezési illetéket. A rendszer csak később vált egyre komplexebbé.

Minden, ami nem került törzskönyvezésre, immáron államilag szankcionálható, törvényellenesen forgalmazott gyógyszernek számított, és az ilyen esetek bűncselekménnyé váltak.

Ily módon a gyógyszereket tekintve is minden korábrinál élesebben kettévált a hivatalos és az alternatív medicina, mindamelllett, hogy bizonyos gyógyszernek nem minősülő, például „paramedicinálisnak” nevezett készítményeket és étrend-kiegészítőket szintén bevontak a későbbiekben az állami engedélyezés rendszerébe.

A HOMEOPÁTIA JOGI HELYZETE MAGYARORSZÁGON A 20. SZÁZADBAN

A homeopátiás szerek nemcsak manapság számítanak *jogilag* gyógyszereknek, hanem Magyarországon már 1935-ben is azok voltak. Két évvel az első törzskönyvezési rendelet (a 200/1933. B. M. körrendelet [egységes összetételű gyógyszerek és gyógyszer-különlegességek/hatóanyag-kombinációk]) után jelent meg a 230.513/1935. B. M. rendelet, amely kötelezővé tette a kómersz injekciók, homeopátiás szerek és egyes külföldi gyógyszerek törzskönyvi bejelentését.

Ezzel a homeopátiás szerek ebben az időben részei voltak a hivatalos gyógyszerkincsnak, mindamelllett, hogy a homeopátia kezdeteitől fogva a mai napig

zajló „hitviták” akkor is napirenden voltak, lényegében máig változatlan érvek mentén, akárcsak végig az elmúlt mintegy százötven évben. Ebben a tekintetben csaknem minden generáció pusztán lejátssza az elődei konfliktusait, kivéve az 1940-es évek végétől 1990-ig terjedő időszakot (lásd később).

A homeopátiás szerek törzskönyvezése nem azért vált kötelezővé 1935-ben, mert az orvos Johan Béla, a törzskönyvezésért felelős Országos Közegészségügyi Intézet (OKI) igazgatója vagy munkatársa, a gyógyszerész Schulek Elemér hittek volna a homeopátiában, hanem azért, mert tudták, hogy az ellenőrizetlen gyártás, az azonosíthatatlan termékek súlyos közegészségügyi-toxikológiai kockázatot jelentenek, hiszen a homeopátiás készítményekben az allopatíához hasonlóan veszélyes, sőt, akár még veszélyesebb anyagok sokaságát használják.

Amit az állam nem tud vagy akar tiltani, azt tűri vagy támogatja, mint például a dohány- vagy az alkoholos termékek forgalmazását. A homeopátiát nem lehetett betiltani (bár 1819-ben a Habsburg Birodalomban császári rendelettel tiltani is próbálták), mert népszerű volt, bűnügyi-társadalmi kockázatokat – például a kábítószerekkel ellentétben – nem jelentett, de fennállt annak a veszélye, hogy illegalitásban a használata tovább folytatódik, annak minden potenciális negatív következményével együtt.

A homeopátiát is érintő hivatalos szemlélet azonban az 1940-es évek végén gyökeresen megváltozott. 1949. május 22. és 28. között zajlott Hévízen az Orvos-hét. Ahogyan például a *Világosság* című napilap írta:

- „A program nagy eseménye lesz dr. Simonovics István előadása arról a küzdelemlről, amely az orvostudomány történetén végighúzódik a haladó és reakciós ideológiák között, a harc az idealizmus és materializmus között.”
- „Hatalmas érdeklődés előzte meg kedden délelőtt Simonovics István dr. népjóléti minisztériumi osztályfőnök előadását. Az előadótermet zsúfolásig megtöltő közönség előtt kezdte meg Simonovics dr. előadását »Az idealista elméletek az orvostudományban« címmel.”
- „...Simonovics dr. ismertette a különböző idealista irányzatokat, és rámutatott arra, hogy amíg a kapitalizmus fejlődő volt, addig a természettudományok is fejlődtek. Amikor a kapitalizmus már a fejlődés gátlójává vált, a természettudományok terén is reakciós ideológiai irányzatok bukkantak fel, melyek mind azt a célt szolgálták, hogy tudományos alapon akarják elhíttetni: a kapitalizmus az egyedüli lehető társadalmi forma.”
- „Két lángeszű szovjet tudósról, Micsurinról és Liszenszkórról szolt ezután, akik tudományos alapon tovább fejlesztették a darwinizmust és bebizonyították, hogy a megszerzett tulajdonságok öröklhetők. A környezet hatására ily tulajdonságok keletkeznek, az öröklés és az új fajok kialakítása irányítható. Az emberi alkat nem öröklődik végzetszerűen, mert hiszen jól tudjuk, hogy az orvosi beavatkozással megváltoztathatjuk fejlődését. A haladó orvosi tudomány nem tesz különbséget ember és ember között, fejezte be.”

Simonovics előadásában kiemelte azt is, hogy Korányi Sándor professzor már 1936-ban elítélte a homeopátiát, mint – véleménye szerint – a fasiszta ideológia által támogatott gyógymódot.

Utólag nézve ironikusnak tűnik, hogy a marxista talajon álló „tudományok” magaslatáról súlyosan tudománytalan hozzáállást láthatunk mind természettudományi, mind társadalomtudományi szempontból. Ez fontos tanulsággal is szolgál, amennyiben adott esetben, megfelelő szabadságok hiányában az uralkodó réteg hatalmi úton döntheti el, mit tekint tudománynak és mit áltudománynak.

Mármost ekkor a homeopátiát Magyarországon nem tiltották be külön rendeleti úton, azonban 1948-ban a gyógyszeripart, 1950-ben pedig a gyógyszerterápiát államosították, begyűjtötték és elszállították a homeopátiás gyógyszereket, 1952-ben pedig általános revízió alá vették a gyógyszerkincset. Értelemszerűen megszűnt a homeopátia oktatása is. Ezekkel a lépésekkel egyúttal a homeopátiát is eliminálták, és 1990-ig nem volt lehetséges legálisan előállítani és forgalmazni hazánkban homeopátiás készítményeket.

1990-ben az Egészségügyi Tudományos Tanács felülvizsgálta a homeopátia alkalmazásának lehetőségét, és véleménye szerint a gyógymód tiltása nem volt indokolt. Így a homeopátia gyakorlása hivatalosan is újra lehetségessé vált. 1991-ben megalakult a Magyar Homeopata Orvosi Egyesület.

Történeti tényként megállapíthatjuk tehát, hogy a homeopátia elsorvasztására Magyarországon (is) ideológiai, és nem objektív közegészségügyi okok alapján került sor.

TEKINTHETJÜK-E JELENLEG KÖZEGÉSZSÉGÜGYI VESZÉLYNEK A HOMEOPÁTIÁT?

Amennyiben nem ideológiai-filozófiai-érzelmi hitvitákat kívánunk folytatni nagyjából az 1940-es évek vége–1950-es évek eleje színvonalán, és ezen a talajon támadni a homeopátiát vagy bármely alternatív gyógymódot, akkor először is konkrét adatok alapján kell megvizsgálnunk azt a kérdést, hogy az adott módszer képvisel-e közegészségügyi veszélyt. Ha nincsenek ilyen adatok, akkor kutatásokkal kellene ilyeneket nyernünk az esetleges egészségpolitikai mérlegelés és lépések céljára.

Nem ismerek egyetlen publikációt sem arra vonatkozóan, hogy a homeopátia betiltása mennyiben változtatta volna meg bármely országban a morbiditási/mortalitási adatokat, mennyiben javult vagy változott volna az egészségügyi ellátás, vagy akár csak a gyógyszeres terápia színvonala.

Ugyancsak nincsenek ilyen jellegű összehasonlító adatok egyes országok vonatkozásában, amelyekben népszerű, illetve amelyekben alig használatos a homeopátia.

Nincs a *Medline*-ban egyetlen olyan publikáció sem, amely a homeopátia okozta egészségkárosodásokat számszerűsíti nagyobb populációban.

A napi tapasztalat ugyanakkor azt sejteti, hogy a sporadikus, időnkénti esetek ellenére egyes homeopátiával kapcsolatba hozható egészségkárosodásokról és/vagy halálózásokról, olyan közegészségügyi veszélyt nem állíthatunk farmakovigilancia adatokkal alátámasztott módon, amely szisztematikus állami beavatkozást, tiltást indokolna. Nem tudjuk azt sem megbízható adatokkal alátámasztani, hogy arányaiban hányan utasítják el az orvosi kezelést a homeopátia miatt, illetve hányan használják kiegészítőként, miközben amúgy megfelelően kezeltek magukat.

Ezt az adathiányt nemcsak hogy nem érdemes, hanem potenciálisan veszélyes is az említett hitvitákkal elfedni és/vagy pótolni.

MILYEN ÁLLAMIGAZGATÁSI POLITIKÁT CÉLSZERŰ KÖVETNI A HOMEOPÁTIÁVAL KAPCSOLATBAN

Amint fentebb már említettem, bármely állam három dolgot tehet: tilt, tűr vagy támogat. Persze, lehet mondani azt is, hogy olykor már a tűrés is támogatást jelent.

A homeopátiát egyes európai országokban korábban tiltották, többségében tűrtek-tűrik, de van, ahol a betegbiztosítás még támogatja is.

Tiltás

- A tiltás nemzeti keretek között nem jöhet számításba, mivel a homeopátia jogi szabályozása uniós szinten történik, így ezért a jogalkotásért és a jogi szabályozás módosításáért az Európai Parlament felelős.
- A tiltás uniós szintű megvalósítása politikailag szintén nem tűnik reálisnak, mert a homeopátia éppen a legnagyobb lélekszámú és legerősebb érdekérvényesítési képességekkel rendelkező országokban – Németországban és Franciaországban – a legnépszerűbb, és itt a politikai választóvonalaknak/pártcsaládoknak nincs jelentőségük. Egyébként az uniós szabályozások esetén általában is komoly dilemmákat vethet fel a nagyon eltérő hagyományú országokra egységes szabályok kidolgozása és hatályba léptetése, lásd például a fitoterápiát és az étrend-kiegészítőket is.
- A tiltás, sőt, a szabályozás fellazítása súlyos, nem kívánt következményekkel járhat, amelyeket lentebb tárgyalok.

Tűrés

- Az Európai Unió jelenlegi szabályozása lényegében véve a szabályozott tűrés kategóriájába tartozik, bár ez akár támogatásnak is értelmezhető, ha valaki úgy nézi. Mindenesetre azon lehet gondolkodni, hogy a homeopátiás

készítményeket ne nevezzék gyógyszereknek (nyelvészeti kérdés), illetve a termékinformáció tartalma és a reklámozás is lehet változtatások tárgya. Mindazonáltal a legfontosabb feltétlenül fenntartandó vívmány, amit a gyógyszer kategóriába sorolás biztosít, az a *helyes gyakorlatok* (Good Practices) követelményrendszere, különös tekintettel a *helyes gyártási gyakorlatra* (Good Manufacturing Practice, GMP), amely alapvető biztosítéka a homeopátiás készítmények megfelelő (kémiai, gyógyszerészeti és mikrobiológiai) minőségének és ezáltal biztonságosságának (szemben az USA-ban a közelmúltban is megtörtént mérgezéses esetekkel).

A 2004 óta az Európai Unióban létező Heads of Medicine Agencies (HMA) szervezetén belül működő munkacsoportok egyike a Homeopathic Medicinal Products Working Group (HMPWG), amely döntő részben, érthető okokból, a minőséggel és biztonságossággal kapcsolatos technikai kérdésekkel foglalkozik (lásd URL1). A munkacsoport dokumentumai nyilvánosak.

Támogatás

- Ha – amint említettem – a tűrés támogatást is jelenthet, ez utóbbinak is van indokoltsága. Tudniillik, ahogyan a világ és az Európai Unió helyzete változik, bármikor felmerülhetnek olyan gyógyszerészeti témájú követelések, amelyek nem illeszthetők bele a jelenlegi EU engedélyezési jogrendbe. Ilyen lehet például a hagyományos kínai gyógyászat és sok más irányzat. Ha a hagyományos kínai gyógyászatnál maradunk, kísérletképpen már előfordult, hogy az egyik EU-tagállam hatósága elvégzett egy próba hatósági értékelést ilyen jellegű készítménnyel, amely teljes kudarccal végződött mind a gyártás minőségét, mind a többi követelményt illetően.

Mármint, amint az EU-tagállamok népesség-összetétele és nemzetközi politikai-gazdasági helyzete változik, előfordulhatnak olyan szituációk, amikor nagy arányúvá vált, más kulturális hagyományú népelemek szeretnének hozzájutni a saját hagyományos gyógyszereikhez, vagy akár a „hagyományos” népesség egyes csoportjaiból indulnak ki ilyen törekvések. Ha ez az EU-ba való engedélyezetlen gyógyszerimportot vagy az EU területén történő engedélyezetlen – főleg üzemi – gyártást jelent, az súlyos jogi és közegészségügyi problémákat vethet fel. Hasonlóképpen ez a helyzet akkor, ha a legalizálási törekvések valamiféle nem gyógyszer, de ahhoz hasonló kategóriák megalkotásához vezetnének. Máris látjuk az étrend-kiegészítők piacán megjelent, egykor csak gyógyszer kategóriában forgalmazott hatóanyagok/készítmények területének súlyos problémáit, az itt uralkodó kaotikus állapotokat, amelyek komoly visszaélések, bűncselekmények, közegészségügyi kockázatok forrásai.

Ha a homeopátiát kivesszük a gyógyszer kategóriából, és külön kreálunk valamiféle jogi besorolást, ezzel könnyen felnyithatjuk a zsilipet a jövő kockázatai előtt egy át nem gondolt precedens teremtésével. Vagyis, paradox módon a homeopátia gyógyszer kategóriában tartása stratégiailag is jóval több haszonnal jár, mint az innen történő elkülönítése.

A biztosítási támogatás nemzeti kompetencia, hazánkban ez a téma nem merült fel eddig, és vélhetően nem is fog.

VÉGEZETŰL A BÖLCSESSÉGRŐL

A bölcse maga elé néz, a balga vaktában megy, mondja a Prédikátor könyve. Bármennyire is nem gondolunk rá, vagy az ellenkezőjét gondoljuk, legszűkebb szakterületünkön kívül minden vonatkozásban leegyszerűsítjük a világot, azaz vulgarizálunk. És mindemellett meghökkenünk mások vulgarizálásán abban, amihez pedig mi értünk. Teljesen felháborodunk, ha laikusok az egészségügy témáit vulgarizálják, miközben mi magunk más területeken úgyszintén hatalmas butaságokat mondunk. Vagyis, mindannyian generáljuk és terjesztjük az áltudományt.

Mármost áltudomány lehet minden,

- amivel a regnáló hatalom, illetve tudományos vezető réteg nem ért egyet (például genetika, szociológia, teológia, marxizmus, *gender studies* stb.);
- amit bizonyítékok cáfolnak (de mit jelent a bizonyíték?): például babonák, hitalapú gyógyítás...;
- ami a tudomány vulgarizálásából születik, például homeopátia, lúgosítás, delejezés és ...nagyon gyakran a modern gyógyszerek alkalmazása.

Nézzük a tudomány alkalmazásának tudományosságát/tudománytalanságát pár példán:

- A közelmúltban nagy port kavart kalciumadagolás *versus* allergia téma arra utal, hogy az orvosok egy része nem ismeri az alkalmazási előírásokat, sem jogi, sem szakmai értelemben.
- A gyógyszerrendelések jelentős része legalább részben, de akár teljesen hitalapú, megalapozatlan, nem körültekintő, sőt irracionális.
- Az alkalmazási előírások tudományos alátámasztottsága (például javallatok, mellékhatás-gyakoriságok) gyakran erősen megkérdőjelezhető.

Mi a nagyobb közegészségügyi veszély? Vajon

- a) a tudomány tudománytalan alkalmazása vagy
- b) az áltudományok, alternatív módszerek használata?

A tudományos válasz: nem tudjuk adatszerűen, de nyilván ez is, az is veszélyes. Tudományos-e ignorálni az *a)* pontot és csak a *b)* pont ellen mozgalmat indítani?

Válasz: nem.

Van-e tudományos magyarázata ennek a kognitív diszsonanciának?

Válasz: van (amennyiben a történelem, a pszichológia is tudomány):

- A történelmi/társadalomtudományi ismeretek hiánya (azaz vulgarizálás).
- A Jó és a Rossz harcának sémája vonzza a nárcisztikus személyiségeket.

Kialakult az intoleráns, bulvárstílusú tudományos celebek műfaja.

Az áltudományok, benne a homeopátia, olyan téma, amely mágnesként vonzza a hitvitázni vágyókat. Azonban, amint fentebb láttuk, számos olyan történelmi, államigazgatási, jogi és politikai megfontolás van, amelyeket nem írhatnak felül naiv és/vagy bárgyú ideológiai szempontok.

Tudomásul kell vennünk, hogy a történelmi tapasztalatok szerint, bár a felvilágosítás, a betegoktatás rendkívül fontos, bizonyíthatóan vannak korlátai. (Az alternatív gyógymódokat igénybe vevők egyébként is a társadalom iskolázottabb rétegeiből kerülnek ki.) Ez nem jelenti azt, hogy az oktatás hiábavaló, csak azt, hogy tisztában kell lennünk a korlátaival.

A jogi szabályozás lehetőségeit fentebb tárgyaltam. Tehetők módosítások, de azok következményeit alaposan át kell gondolni, mert ellenkező esetben a következmények – akár nem várt oldalakról is – kontraproduktívak lesznek.

Végül, véleményem szerint, az allopatíás gyógyszerek szabálytalan alkalmazása, valamint kellő klinikai adatok hiányában történő alkalmazása sokkal súlyosabb közegészségügyi probléma, mint a homeopátia, amelyet a lakosság mindössze 1–14%-a használ társadalmi rétegtől és országtól függően, ráadásul, vélhetően, általában nem kizárólagos jelleggel.

A tiszta tudományban legtöbb esetben a speciális tehetség (mondjuk észnek) a legfontosabb, de a közéletben a józan bölcsesség, a megfontoltság talán még ennél is lényegesebb.

Mindenesetre, ha Ludwig Feuerbach szerint a filozófusok addig csak magyarázták a világot, a feladat az, hogy megváltoztassuk, ma elmondhatjuk, hogy a filozófusok már annyit változtatgatták a világot, hogy a feladat az, hogy végre megmagyarázzuk.

Azután cselekedhetünk is. Csak kérem, addig ne!

IRODALOM

URL1: <http://www.hma.eu/hmpwg.html>

HOMEOPÁTIA – ŐSELEFÁNT A MODERN GYÓGYÁSZAT PORCELÁNBOLTJÁBAN

HOMEOPATHY: ANCIENT ELEPHANT IN THE CHINA SHOP OF MODERN MEDICINE

Boldogkői Zsolt

Dsc, intézetvezető igazgató, Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Orvosi Biológiai Intézet
boldogkoi.zsolt@med.u-szeged.hu

ÖSSZEFOGLALÁS

A homeopátiát az alternatív orvoslás királynőjének is nevezik, feltehetően a népszerűsége, az abszurd elvei és talán az orvosi szakma érintettsége is predesztinálja e névre. Valamilyen rejtélyes ok miatt a fejlett világ törvénykezése szemet huny e nyilvánvaló átverés felett, noha itt nem csupán egy ártalmatlan áltudományos teóriáról van szó, hanem egy hatástalan „gyógymódról”, amely betegek egészségét veszélyeztetheti, ha a konvencionális gyógyítás helyett alkalmazzák, vagy ha nem megfelelő módon állítják elő a készítményeket.

ABSTRACT

Homeopathy is called the queen of alternative medicine due to its popularity and absurd tenets, as well as the fact that physicians are involved in the practice of this method. For a mysterious reason, the legislation of the developed world tolerates this apparent scam, although, homeopathy is not only a pseudoscience but also an ineffective “therapy”, which can endanger the health of patients using it instead of the conventional methods, or if the remedies are improperly prepared.

Kulcsszavak: homeopátia, alternatív orvoslás, áltudomány

Keywords: homeopathy, alternative medicine, pseudoscience

BEVEZETÉS

A cikk témája a homeopátia, melyet hívei az alternatív orvoslás királynőjének is neveznek, feltehetően a népszerűsége, abszurd elvei és talán az orvosi szakma érintettsége is predesztinálják e névre. Bár itt nem csupán egy ártalmatlan áltudományos teóriáról van szó, ismeretlen okokból a fejlett nyugati világ törvénykezése szemet huny e nyilvánvaló átverés felett, noha nem csupán egy hatástalan „gyógymódról” beszélünk, amely betegek egészségét veszélyeztetheti, ha a konvencionális gyógyítás helyett alkalmazzák, vagy ha nem megfelelő módon állítják elő a készítményeket. Hasonlóan számos más alternatív módszerhez, a homeopátia is benntartja még bűzös lábát a tudomány perifériáján, mivel még ma is jelennek meg pozitív eredmények a hatásosságot illetően egyes, alacsony presztízzsel rendelkező szaklapokban. A kizorító hadművelet azonban elkezdődött: egyre-másra alkalmaznak szisztematikus analíziseket (*Mészáros, 2014*), melyek rendre a homeopátia hatástalanságát hozzák ki eredményül, s a szakma is egyre hangosabban követeli a jogi szigorítást. Ebben az írásban nem követem az egzakt tudományos tárgyalásmódot, hiszen ezzel rangot adnék a sületlenségnek.

A MODERN ORVOSLÁS A TUDOMÁNYON ALAPUL

A tudományt gyakran azonosítják az általa alkalmazott módszerrel, melynek lényege, hogy a hipotéziseinket kísérletesen és/vagy megfigyelések útján teszteljük. A tudomány azonban jóval több ennél, hiszen állításai koherens rendszert képeznek, és jelenbeli ismeretei iránymutatást adnak a jövőbeli kutatásokat illetően. A tudomány önkorrekcióval rendelkezik: a téves elgondolások előbb-utóbb kiszoródnak a testéből, függetlenül attól, milyen tekintéllyel rendelkező tudós vagy kutatócsoport nevéhez kötődik az adott teória. Az autentikus orvoslás a tudományon alapul. A modern gyógyászat kialakulásának kezdetén a megfigyelések nem voltak elég megbízhatóak, ezért történhetett meg, hogy áltudományokon alapuló elképzelések (például a testnedvek tana) vagy kezelési módszerek (például az érvágás, a purgálás és a köpölyözés) terjedtek el. A jelenlegi orvoslás is tartalmaz ugyan igazolatlan hatásosságú és ismeretlen mechanizmusokon alapuló terápiákat, de a tudományos progresszió egyre inkább kizorítja ezeket. Korábban a gyógyszerek jelentős része a természet patikájából származott, és rendszerint véletlenül fedezték fel a gyógyító hatást, például úgy, hogy az alkalmazás során a szer mellékhatása bizonyult terápiásnak egy másik betegségre. Ma már egyre inkább az a trend érvényesül, hogy előbb megismerjük a biológiai hátteret, majd e tudás birtokában dolgozzuk ki a hatásos terápiát. A modern farmakológia a hagyományos kismolekulájú gyógyszereket már főleg számítógépes modellezéssel tervezi, és közeleg a szekvenciaspecifikus gyógyszerek kora.

AZ ÁLTUDOMÁNYOK

Az áltudományok hibás koncepciókon alapulnak, megfigyeléseket, kísérleteket rendszerint nem végeznek, vagy ha igen, azok nem állják ki a tudományosság próbáját. Az áltudományos teóriák eredhetnek alapító atyák „bölcességéből”, vagy feltételezett népi megfigyelésekből. Ezek az elképzelések a modern tudomány korában kifejezetten bizarrnak tűnnek, néhányuk esetében mégis társadalmi és jogi tolerancia létezik velük szemben, sőt, egyeseket állami forrásokból is támogatnak. Az áltudományon alapuló orvoslásnak vannak olyan ágai, melyek egyetemeken hivatalos tanrendjében szerepelnek, egyeseket pedig bizonyos országokban csak orvosi diplomával gyakorolhatnak. E tények tragikusan romboló hatással vannak a tudományos orvoslás presztízsére, nem beszélve arról, hogy veszélyeztetik a páciensek egészségét is, vagy közvetlenül, vagy azáltal, hogy a hagyományos terápiák helyett választják ezeket.

ALTERNATÍV ORVOSLÁS

Az alternatív orvoslás eredendően az ortodox medicinával szemben határozta meg magát. A jogi szigorodás következtében azonban ma már jóval óvatosabb ennél, s szívesebben alkalmazza a komplementer és alternatív medicina (CAM) kifejezést. Sőt, a hagyományos orvosláshoz való intenzívebb dörgölődés jegyében sokan az integratív medicina (IM) kifejezést használják, azt sugallván, hogy a két „egyenrangú” megközelítésnek végre össze kellene fognia a hatékony orvoslás érdekében. A szómágia azonban a lényegen jottányit sem változtatott: gyakran áltudományos tételek szolgálnak a terápiák elméleti alapjául, a gyakorlatban pedig jó esetben nem igazolt a hatásosságuk, a főbb ágak esetében pedig ma már kísérletes bizonyítékokkal rendelkezünk azt illetően, hogy nem működnek.

KUTYAHARAPÁST SZŐRIVEL

E népszerű „gyógymódot” Samuel Hahnemann élesztette fel halottaiból cirka 250 évvel ezelőtt. A homeopátia hasonlóság elve ugyanis egészen a görög időkig nyúlik vissza, állítólag már Hippokratész is alkalmazta a gyógyításban i. e. 400 körül. Az elv lényege, hogy – szemben a hagyományos gyógyászattal – nem a betegségek ellenében kell terápiás hatást gyakorolni, hanem olyan készítményeket kell előállítani, melyek ugyanolyan tüneteket váltanak ki, mint amelyeneket a gyógyítani kívánt betegség produkál. Az unalomig ismert történet szerint Hahnemann a malária ellenszerét, kinint fogyasztott,

és ezután az e kórra jellemző tüneteket (láz, remegés, szívdobogás, álomosság stb.) figyelt meg önmagán. Abban az időben az egyetlen személyen végzett kísérlet még nem szúrta ki a biostatistikusok szemét, ezért a német orvos egy komplett filozófiát gyárthatott az önmegfigyelése köré. Innentől a homeopátiás protokollok szerint készített hagyma a nátha ellen, a darált méhecske kivonat az allergia ellen, a Berliini Fal oldata pedig a lelki egyensúly megóvása érdekében dolgoztak a beteg szervezetben. Szkeptikus kutatók megismételték Hahnemann alapkísérletét, de sajna rajtuk nem jelentkeztek az említett tünetek. A homeopátiát azonban e kísérletek kudarca nem döntötte romba. Tegyük hozzá, szerencsére, mert azonmód homeopátiás szert készítettek volna a romokból, hogy az stabilizálja a homeopátiába vetett megingott hitet. Hihetetlen, de valóban létezik hitstabilizáló készítmény, *Walnut* (dió) a neve. A készítmény ötlete Edward Bachnak – a Bach-virágterápia atyjának – fejéből pattant ki. A dió az emberi agyra hasonlít, ezért homeopátiás oldata az ésszerűség egyfajta szimbólumaként, a fizikai világ oksági folyamatain keresztül fejt ki jótékony hatását. Idézzük Bachot szó szerint: a *Walnut* készítmény azok számára ajánlatos, „akik határozott eszményekkel és ambíciókkal rendelkeznek, de néha csábítást éreznek arra, hogy eltérüljenek az eredeti eszméiktől, céljaiktól, és mások elképzeléseit kezdjék el követni. A készítmény állandóságot és külső hatások elleni védelmet biztosít.” A szimbólumok ereje mutatkozik meg például a *Vacuum* nevű készítményben, hiszen ezt a semmiből készült szert érdemes szedni, ha lelki természetű „vákuumot” érzünk magunkban. A mobiltelefonok elektromágneses teréből létrehozott készítmény szimbolikáját pedig már csak kivételes intelligenciával lehet felfogni. Itt a tejcukorport egy Cellnet szolgáltatóhoz kapcsolódó Ericsson GH337 készülék sugárzásának tesznek ki, egy másik cukoradagot pedig pontosan két óra tizenhat percig az Orange szolgáltatóhoz kapcsolódó Nokia 5.1 készülék sugárzásával kezelnek. A két port ezután összekeverik. Nem tudni pontosan, hogy e szer mire lehet jó, csak az biztos, hogy érdemes szedni. Legyünk igazságosak, a homeopátiás szerek többsége nem ilyen blőd alapanyagokból, hanem gyógynövényekből készül. Sokan ezért hiszik azt, hogy a homeopátia a gyógynövény-terápia egyik ága. A helyzet azonban az, hogy teljesen mindegy, miből indulunk ki, ha végül nulla dózishoz jutunk. Nézzük meg, miért!

ZÉRÓ DÓZIS ÉS VÍZEMLÉKEZET

Hahnemann érzékelte a korabeli gyógyászat kedvezőtlen sajátosságait, melyek legfontosabbika – a hatástalanság mellett – a kezelések erős mellékhatása volt. Úgy vélte, elegendő lesz, ha a „hatóanyagot” kellő mértékben hígítja, s így a mellékhatások kiiktathatók. A logika alapvetései már a homeopátia hajnalán is

léteztek, így Hahnemann-nak tudnia kellett volna, hogy a mellékhatás-mentesítés ilyenén való megvalósításának magára a hatásosságra is befolyással kell lennie. Nem beszélve arról, hogy a kiinduló anyagokat sem nevezhetjük hatóanyagoknak, hiszen a gyógyulásra cseppnyi hatással sem voltak. A kéméletesség ma is a homeopata orvosok kedvenc kifejezése, melyet a hatásos gyógykezelések mellékhatásaival állítanak szembe. Egy tipikus hígítás a C200, ami kétszáz egymást követő százszoros hígítási lépést jelent. Érzékeltetésképpen, ha az egész világegyetemet egy gigantikus lombikba helyeznénk, C53-as hígításnál már egyetlen részecske sem maradna benne, tehát a további hígítás értelmetlen. Van olyan készítmény, amit C100 000-szeres hígítással kapnak meg. A hígításokat ma már gépekkel végzik ipari körülmények között. Az atomelmélet a 20. század terméke, ezért Hahnemann nem tudhatta, hogy a hígítások egy bizonyos mértéken túl teljesen értelmetlenek, hiszen a részecskék diszkrét természetűek, azaz nem darabolhatóak végtelenül, s egy idő után a kiinduló anyagból már egyetlen molekula sem marad a vízben. A mester azon követői, akik valamelyest figyelembe vették a tudomány alapállításait, megérezvén az intellektuális csapdát, egy mentő ötlettel álltak elő: nem szükséges a hatóanyag fizikai jelenléte, a víz ugyanis emlékszik rá, s az emlékekre a hígítás nincs hatással. Nem tudjuk, miként tárolódik a gyógyító memória, csak annyi biztos, hogy olyasféle kvantumemlékezetről van szó, amilyen mélységekbe a szkeptikus tudomány soha nem jut el. Van azért itt néhány probléma. Az első, hogy a víz a több milliárd éves emlékeinek tárolására nem képes, sőt valójában semmire sem emlékszik. Továbbá, a víznek nem csupán emlékeznie kell, hanem egy olyan programcsomagot kellene tárolnia, amely képes a szervezetet áthangolni a beteg állapotból az egészségessé válás útjára, ami nyilvánvaló képtelenség. Ráadásul ezt az információt a párolgása során át is kell adnia egy cukorgolyócskának, amit a páciensek majd bevesznek.

ENERGETIZÁLÁS

Egy készítmény nem lesz ám magától erős hatású, ehhez kultikus mozdulatokkal ütögetni kell az oldatot minden hígítási lépést követően meghatározott protokoll szerint, egy adott felületen. De vigyázni kell, a túl sok ütögetés veszélyes erősségűvé teheti a szert! Ezt a jelenséget maga Hahnemann figyelte meg. Nevezetesen, azt vette észre, hogy minél messzebb lakik egy páciens a rendelőtől, annál hatásosabb a szer. Hogy miért? Mert abban az időben nem voltak olyan tükörsímák az utak, mint ma, a lovas kocsik akkor még macskakövön zötykölődtek. A mester azonnal értesítette az őt követő orvosokat és a pácienseit, hogy a homeopátiás szereket ne hordják a zakójuk mellényzsebében, mert hatásuk az egészséget veszélyeztető mértékben felerősödhet.

A HOMEOPÁTIA AZ ÉLETERŐT MOZGÓSÍTTJA A MIAZMA ELLEN

Hahnemann a homeopátiát eredetileg két, ma már áltudományosnak nevezendő cél elérése érdekében alkalmazta. Először is, abban az időben még élt és virágzott a *vis vitalis* elmélet, amely szerint a szervezetet egy misztikus energia, az életerő tartja életben. A homeopátia feladata e nem létező erő mozgósítása a gyógyulás érdekében. Mi fenyegette leginkább az egészséget abban az időben? A miazma. Akkoriban még nem tudtak a kórokozók létezéséről, s az volt az elképzelés, hogy egy mindent átható titokzatos anyag, a miazma leselkedik az egészséges szervezetre, s teszi azt beteggé. A miazmát olyannak képzeltek el, mint ami mindenütt jelen van, ezért nem lehet elrejtőzni előle. Ez egy tragikus tévedés volt különösen világjárványok esetén, hiszen a steril körülmények megteremtése megállíthatta volna a kórokozók terjedését, vagy legalább mérsékelte volna az áldozatok számát. A homeopátia tehát eredendően egy nem létező erőt volt hivatott mozgósítani egy nem létező célpont megsemmisítése ellen.

A HOLISZTIKUS GYÓGYMÓD

Szemben a hagyományos terápiákkal, melyek a betegség megszüntetését vagy a tünetek enyhítését tűzik célul, a homeopátia az egész szervezetre hat. E sztereotip érvelést hallhatjuk folyton a homeopátia teoretikusaitól. A helyzet a következő: a konvencionális orvoslás valójában holisztikus, már amennyiben hatásos terápiát alkalmaz, hiszen a beteg szerv meggyógyulása az egész szervezetre jótékony hatással van. Ezzel szemben a homeopátia legfeljebb placebohatást képes elérni, melynek fontossága a gyógyulásban jelenleg vitatott. A beteg közérzetét javíthatja, a fájdalom és esetleg a gyulladáshoz vezető folyamatokra is kedvező hatással lehet, de komoly betegségek esetén teljesen hatástalan. Annyi azonban bizonyos, hogy a hazugságra alapozott hit erkölcsstana egy olyan ingoványos terület, melyre ebben az írásban nem merészkedünk.

AZ EGYSZERŰSÉG ELVE

Hahnemann híres tigris hasonlata szerint, „ha értjük, hogy miért nem élhet két tigris egy helyen, akkor megértjük azt is, miért lehet egyszerre csak egyetlen gyógyszer alkalmazni egy betegségre”. A klasszikus homeopátia korában az egyszerűség elve volt az uralkodó. A világ azonban fejlődik, s jelenleg már a komplex homeopátia korában élünk. A változás lényege, hogy egyszerre több

homeopátiás készítményt is fogyaszthatunk bajainkra vagy azok megelőzése érdekében. Senki ne tételezzon fel sanda anyagi megfontolásokat, a homeopátia az emberért van, nem a gyártók, a receptírók és a szert patikákban árulók anyagi gyarapodásáért.

SZER EGY NEM LÉTEZŐ BAKTÉRIUMBÓL

Éljünk gyanakvással, ha egy olyan szerről hallunk, melyet nem létező alapanyagból állítottak elő. A legkelendőbb homeopátiás készítmény, az *Oscillococcinum* pontosan ilyen. A sokmillió áldozatot követelő spanyolnátha idején egy sebészorvos, Joseph Roy az elhunytak véréből gömbszerű oszcilláló baktériumokat izolált, melyet elnevezett *Oscillococcus*-nak. Érdekes módon, az angol sebész ugyanezeket a mikroorganizmusokat vélte felfedezni a bárányhimlő, az ekcéma, a reuma és számos egyéb betegségben szenvedő páciens szervezetében. Az irodalomban nehezen nyomom követhető, miért éppen a pézsmakacsa májából izolálta Roy a kórokozót, és készített ebből homeopátiás szert. Az *Oscillococcinum* széles hatásspektrumú, szinte minden kórra hat, mégis elsősorban az influenzajárványok idején folyik masszív reklámhadjárat a médiában és az óriásplakátokon, hogy feltétlenül szedjék az emberek. Nos, az *Oscillococcus* baktériummal az a fő probléma, hogy nem létezik, csak spekulálni lehet, mit láthatott mikroszkópjában szinte az összes megvizsgált mintájában a sebészdoktor. Fura, hogy még soha egyetlen figyelmeztetés sem érkezett egyetlen illetékes hatóságtól sem, hogy itt egy nagy átverésről van szó, s hogy az influenzajárvány veszélyeztetettjei ne hogy kizárólag egy hatástalan készítményben bízzanak. Nem is figyelmeztetés kellene, hanem büntetőjogi eljárás indítványozása.

ANYAG ÉS INFORMÁCIÓ

A homeopátiában összekeveredik a fizikai és a szimbolikus létezés, az utóbbiról azt feltételezik, hogy ugyanolyan oki hatásokat képes kiváltani, mint az előbbi. Egyszerű szimbolizmusra épül a *Sepia* nevű szer, amelyet a tintahal szépiacsontjából készítenek. A készítmény női bajokra való hatásosságát az a tény biztosítja, hogy a „csont” hasonlít a petefészekre. Ugyanígy, a dió hasonlósága az emberi agyhoz az ebből készített szert alkalmassá teszi kognitív problémákra való terápiás hatás kiváltására. A vándorsólyom (*Falco peregrinus*) esetében a szabadság eszméjének szimbolikája már jóval áttételesebb. A hajóroncs (*Shipwreck*) logikája pedig már egészen bizarr oksági láncolatot feltételez: a süllyedés és fulladás által kiváltott rémület valahogyan integrálódik a hajó faszervezetében, s egy ebből készített végtelen hígítású anyag, melyet ütögetéssel erősítenek, a víz, majd

a tejcukor memóriájává válik, s elfogyasztva az emberi agy félelemközpontjának (amygdala) aktivitására hat mérséklő hatással, így szüntetően meg az aggodalmat és a depressziót a homeopátiához hívő páciensekben.

A BIZARR ÖTLETEK VÁLNAK GYÓGYSZEREKKÉ

A homeopátiás szerek tesztelése látszólag a tudományos módszer nyomdokain halad, hiszen még placebokontrollt is alkotnak. Néhány probléma azért akad itt. Az egyik az, hogy maga a felmerülő ötlet a kiindulási anyag és a gyógyhatás összefüggéséről egy nagy badarság. Továbbá, nem folynak egzakt vizsgálatok, hanem csupán a szer szedése során tapasztalt szubjektív beszámolókat értékelik, melyek között egészen abszurd dolgok is lehetnek. Ráadásul nem magát a készítményt tesztelik, hanem annak egy hígíthatatlan vagy alacsony hígítású oldatát. A tesztelés során pedig nem azt vizsgálják, vajon egy szer kedvező hatással van-e egy adott betegség gyógyulására, hanem hogy az képes-e tüneteket előidézni egészséges embereknél. Egy modern megközelítés szerint nem szükséges lenyelni a szert, elegendő, ha csupán meditálnak róla. A vizsgálatok természetesen nem elégitik ki a precíz statisztikai követelményeket, mivel például a vizsgálati mintaszám nagyon alacsony, és nem alkalmaznak randomizált kontrollokat sem. A kiváltott tünetek összessége alapján állítják össze az ún. gyógyszerképet. A szerek listáját a gyógyszerképekkel a *Materia Medicák* tartalmazzák.

DIAGNÓZIS ÉS TERÁPIA A HOMEOPÁTIA VILÁGÁBAN

A homeopátiás doktorok a betegség diagnózisát a kórelőzmény és a vizsgálat során megfigyelt tünetek alapján állítják fel, ezt nevezik betegségképnek. A terápia megállapítása egészen egyszerű: illeszteni kell a betegségképet a *Materia Medicák*ban fellelhető gyógyszerképpel. Itt a fő probléma, hogy ez a megfeleltetés igen erős szubjektivitással terhelt. Persze, ez az aggály csak akkor merülhetne fel, ha az előző lépéseknek lenne értelmük. Egy eredeti módszer szerint az illesztéshez szükséges intellektuális terhelést mérsékelhetjük, ha egy ingát alkalmazunk a megfelelő terápia nagykönyvben való felleléséhez.

A TUDOMÁNY KALANDORAI

A tudománynak a legtöbbet maguk a tudósok árthatnak, ha butaságokhoz adják a nevüket. Jacques Benveniste (URL1) és munkatársai a homeopátiás hígítású IgE-ellenes antitestet állították elő, s ezzel – állításuk szerint – bazofil granulo-

citák hisztamintermelését tudták előidézni. Az erről szóló tanulmányt a rangos *Nature* nevű lapban közölték le. A szaklap főszerkesztőjének azonban volt egy feltétele: a publikálást követően egy szakmai stáb fogja ellenőrizni az eredményeket a francia kutató laboratóriumában. Benveniste belement az alkuba, de nagyon meglepődött, amikor kiderült, hogy a delegációnak egy bűvész tagja is volt. A bűvész nem volt más, mint James Randi (URL2), aki egyébként arról híresült el, hogy egymillió dollárt ajánlott fel annak, aki hitelesen bizonyítani tudja egy paranormális jelenségről, hogy működik (mindezidáig senkinek nem sikerült). Randi azonnal kiszúrta a hibát, ami az volt, hogy a technikus tisztában volt azal, melyik minta mit tartalmazott, és ez befolyásolta az értékelését. Amint a nevek helyett kódok kerültek a fiolákra, a homeopátiás szer azonnal elveszítette a hatását. A téveszmék alaptermészetéhez tartozik, hogy nem szívesen adják meg magukat. Benveniste ahelyett, hogy beismerte volt a tévedését, inkább továbbfejlesztette az elméletét. Haláláig úgy vélte, hogy a homeopátiás készítményekkel nem szükséges közvetlenül érintkezni, a bennük rejlő információ telefonon vagy interneten is továbbítható. Luc Montagnier (URL3), a Nobel-díjas honfitárs, Benveniste-et a modern kor Galileiének nevezte, aki bátran szembeszállt korának szülkátórkörűségével. Montagnier az AIDS vírusának felfedezéséért érdemelte ki a legmagasabb rangú tudományos elismerést, de idősödő elméjét megtámadta az ún. Nobel-betegség, melynek fő tünete a kínosan hamis elméletek hangoztatása. Montagnier ugyanis azt állította, hogy a víz akkor is megőrzi a DNS információ-tartalmát, ha a homeopátiásan hígított oldat már egyetlen kettős spirál molekulát sem tartalmaz. Molekuláris laboratóriumban dolgozók ismerik e jelenséget, szennyeződésnek hívják. Az ún. PCR-technikával (URL4) igen kis mennyiségű DNS-t is képesek vagyunk felszokszorozni. Tehát elegendő egy apró kis kontamináció, ami igen gyakran előfordul, s nem szükséges az anyagnak információvá, majd újra anyaggá alakulnia ahhoz, hogy PCR-specifikus DNS terméket produkáljon. A misztikus elme azonban sohasem hátrál, hanem rendületlenül nyomul előre. Montagnier is továbblépett a józan ész határain, s megalkotta a szignalizáció elméletét, mely szerint a DNS információ-tartalma teleportálás útján is képes terjedni. Az ember ilyenkor eltűnődik, az a sok-sok millió faj a Földön vajon miért vesződik oly szenvedélyesen a szexualitással, hiszen ha igaz a szignalizáció tana, akkor a fizikai kontaktus helyett elegendő lenne csak ábrándozni róla.

FEHÉR KÖPENYESEK A HOMEOPÁTIA ZSOLDJÁBAN

Néhány ezoterikus hajlamú kutatónál jóval nagyobb hatású az orvosok és a gyógyszereszek nagyszámú részvétele a homeopátia-bizniszben. A laikusok szemében e két szakma képviselői iránt igen nagy a bizalom, mellyel visszaélni nem lenne ildomos. Noha hatástalan, áltudományon alapuló terápiát alkalmazni betegeken

súlyos bűncselekmény kellene hogy legyen, valamilyen ok miatt mégsem az, sőt, törvényesen végezhető tevékenységről van szó. Ráadásul a homeopátia igen gyakran oltásellenességgel és a konvencionális gyógyászat elleni bizalmatlanságkeltéssel is párosul, melyek egy orvos részéről szintén veszélyes és tisztességtelen attitűdök. A homeopata orvosok nem mellesleg a tudományt is lejáratják, amikor vízemlékezetéről, ezoterikus energiákról, biorezonanciákról és egyéb sületlenségekről beszélnek pácienseiknek.

ÁTVERTEK VÉD- ÉS DACSZÖVETSÉGE

Gondoljunk bele, milyen paradox lenne, ha a lopások és rablások áldozatai összefognának, és védelmükbe vennék a bűnelkövetőket. Nos, az alternatív orvoslás átvértjei éppen ezt teszik. Ők azok, akik a homeopátia elleni bármilyen megnyilvánulásra azonnal vehemens támadással reagálnak. Az érvelésük gyakran rendkívül arrogáns hangvételű, és nélkülözi a minimális tudományos ismereteket. Ez utóbbiról viszont sajnos nincs is tudomásuk. E laikusokkal vitatkozni nem érdemes, hiszen az észérvek hatástalanok, és az ember hirtelenjében a bűnös gyógyszeripar fizetett ügynöke és egyben a tudományos haladás legfőbb akadálya lesz. A hívek – gyakran a szó szoros értelmében – Galileinek hiszik magukat, akik az igazság nevében szembeszállnak a kor téveszmeivel annak tudatában, hogy a jövő őket igazolja majd. Sajnos, ebben a történetben a szerepek felcserélődnek, hiszen Galilei a tudomány nevében száll szembe egy tömegesen hitt téves nézettel, míg itt a tömeges téveszme száll szembe a tudományos igazsággal.

A HOMEOPÁTIA NEM MŰKÖDIK

A homeopátia alapelvei annyira abszurdak, hogy ha igazak lennének, újra kellene írni a természettudományos tankönyveket. Ennek ellenére a kutatók elvégezték a szokásos ellenőrző vizsgálatokat. Az alternatív orvoslásra a legnagyobb csapást az ún. szisztematikus analízisek és a metaanalízisek mérték. E vizsgálatok összegezik az adott témában megjelent publikációk adatait, ezáltal egy megbízhatóbb statisztikai alapsokaságot állítanak elő. Van azonban az adategyesítés előtt egy szűrési lépés: megvizsgálják, hogy tudományos és statisztikai szempontból megfelelően volt-e kivitelezve a kísérlet, s ha nem, a konklúziótól függetlenül, a közleményt kiveszik a további analízisből. Ágazatoktól függően, az alternatív metodikák hatásosságáról szóló publikációk igen jelentős százalékban kerülnek a szemétkosárba. Így van ez a homeopátia esetében is. Sajnos, az adathamisítást és az egyéb csalási formákat, valamint az ún. fiókhatást (Goldacre, 2012) nem lehet kiküszöbölni e technikával.

Edzard Ernst és kollégái egy szisztematikus analízis során arra a következtetésre jutottak, hogy a homeopátia nem rendelkezik gyógyhatással (Ernst, 2002). Egy fontos Cochrane-szemle (McCarney et al., 1998) és számos egyéb vizsgálat is kétséget kizáróan bebizonyította, hogy a homeopátia hatástalan a demencia, az asztma, az artritisz és a migrén ellen. A *The Lancet* egy 2005-ben megjelent metaanalízisében (Shang et al., 2005) Matthias Egger és kollégái hasonló konklúzióra jutottak: a homeopátia nem rendelkezik specifikus gyógyító hatással, csupán placebohatás kiváltására alkalmas. Egy újabb Cochrane-analízis (Vickers–Smith, 2006) az *Oscilloccinum*mal kapcsolatban hozta ki azt az eredményt, hogy semmilyen empirikus adat nem támasztja alá e készítmény influenzaellenes hatását sem a megelőzésben, sem a terápiában. Egy további közlemény (Milazzo et al., 2006) szerint a homeopátia hatástalan a kemoterápia és radioterápia során fellépő mellékhatások enyhítésében. Ugyanez a hatástalanság jellemző az asztma és a felső légúti betegségek (Altunc et al., 2007) esetében is. A sort fölösleges folytatni, a komolyabb analízisek mind hatástalanságot hoznak ki eredményül. A publikációk egy része konklúzióként megállapítja, hogy a homeopátia közvetve ártalmas is lehet, ha a konvencionális kezelés alternatívájaként használják (például Posadzki et al., 2012).

A homeopata orvosok természetesen nem fogadják el a negatív eredményeket hozó vizsgálatokat. Az érveik során különféle összeesküvés-elméletek kerülnek elő, a cikkek és a jelentések íróit gyakran személyükben támadják, s inkompetenseknek állítják be őket. Egyébként is, állításuk szerint, a homeopátiás készítmények egyénileg hatnak, és az orvos-páciens személyes kapcsolata is fontos tényező, ezért a statisztikai módszerek nem alkalmazhatók ezen a területen. Feltehetjük a kérdést, hogy akkor vajon mi értelme van a gyógyszerkép megállapításának, ha az a vizsgált személyekre egyénileg állapít meg igaz állításokat? Másrészt miért lehet gyógyszerterápiában homeopátiás szert kapni orvosi konzultáció és recept nélkül? Továbbá az a kérdés, hogy meggyógyul-e egy beteg vagy sem, egyszerű igen/nem kérdéssé redukálható.

MEGENGEDŐ TÖRVÉNYEK

Ha valakinek azt állítjuk, hogy az általunk ajánlott vagy árult termék működik, noha ez hazugság, akkor erre a büntető törvénykönyv megfelelő paragrafusai alkalmazhatók. Ha ezt a fajta átverést az egészségügyben tesszük, annak nincs semmi következménye. A homeopátiás szereket egyszerűsített vizsgálati eljárással gyógyszer kategóriába lehet sorolni. Az Európai Parlament (EP) és az Európa Tanács (ET) ajánlása magáévá tette azt az érvet, hogy a hígítás mértéke garanciát jelent arra, hogy a homeopátiás készítmények nem rendelkeznek toxikus hatással. Rendben, de miért nem kell azt igazolni, hogy gyógyhatással viszont rendelke-

nek? Továbbá, az EP és ET szerint „a homeopátiás szerek egyénileg hatnak, ezért nem vizsgálhatók tudományos módszerekkel”. Szakmai szemmel nézve ez egy igen megdöbbentő hamis állítás.

A SZAKMA TALPRA ÁLL

Ausztrália nagyon aktív a homeopátiaellenes harcban: az ausztrál Nemzeti Egészségügyi és Orvosi Kutatási Tanács (National Health and Medical Research Council, NHMRC) nyilatkozata (NHMRC, 2015) szerint a homeopátia kizárólag a placebohatáson alapul. Érdekesség, bár nem meglepő, hogy a vizsgálatban alapul vett 1800 tanulmányból mindössze 225 felelt meg a szakmai követelményeknek. A rostán átment publikációk egyértelműen negatív eredményt hoztak ki a homeopátia hatásosságát illetően. A Svéd Királyi Tudományos Akadémia állásfoglalása (Royal Swedish Academy, 2015) volt a következő állomás. A skandináv ország tudósai szerint a homeopátiás szereket ugyanolyan szabályok szerint kellene engedélyeztetni, mint a hagyományos gyógyszereket. Ehhez az állásfoglaláshoz csatlakozott a Magyar Tudományos Akadémia Orvosi Tanulmányok Osztálya ellenszavazat nélkül (MTA, 2015). Legújabb fejleményként az Európai Tudományos Akadémiák Tudományos Tanácsadó Testülete (EASAC) fejtette ki álláspontját (MTA, 2017), mely szerint „az irodalom kimerítő áttekintése után sem állnak rendelkezésre a homeopátiás termékek és eljárások hatékonyságát alátámasztó, tudományosan elfogadható, kellőképpen meggyőző és reprodukálható bizonyítékok”. Sajnos a tudományos közösség egységes és egyértelmű kiállása a ráció mellett még távolról sem az utolsó pont a történet végén, e problémát az EU politikai és jogi állásfoglalása oldhatná meg végérvényesen.

A HOMEOPÁTIA ÁLDOZATAI/VESZÉLYEI

A homeopátia látszólag ártalmatlan, gyógyításra szánt módszer. Viszont, ha a konvencionális kezelés helyett alkalmazzuk, veszélyessé válhat. A legfőbb veszély nem elsősorban az, hogy a homeopata orvosok kizárólagosan homeopátiás terápiát alkalmaznak komoly betegség esetén (legalábbis reménykedni lehet, hogy nem ez a helyzet), hanem az, hogy maga a beteg dönthet saját ismeretei alapján a homeopátia mellett. Ezért nagyon fontos, hogy a laikusok hiteles ismeretek birtokában legyenek. Az orvosok részvétele ebben az üzleti tevékenységben pedig azért súlyos felelőtlenség, mert állásfoglalásukkal hitelesítik a hamis információkat. További veszélyforrást jelent az, ha a szereket nem szabályosan készítik, azaz véletlenül vagy szándékosan hígítatlan vagy alacsony hígítású formában állítják elő ezeket, s így a hatóanyag valóban hatással lehet a szervezetre.

Például a közelmúltban tíz gyermek meghalt, és sokan megbetegedtek homeopátiás szer fogyasztását követően, mivel valószínűleg elfelejtették hígítani az erősen mérgező hatású nadragulyát. Vannak olyan készítmények, amelyeket helytelenül neveznek homeopátiás szernek a nem megfelelő hígítás miatt. A homeopátiás készítmények tartalmazhatnak olyan hatóanyagot, amely nincs megjelölve a fiolán. Nemrégén például penicillint mutattak ki egy homeopátiás készítményben. Könnyű így antibakteriális hatást elérni. Egy penicillinérzékenységgel rendelkező emberre viszont komoly veszélyt jelenthet egy ilyen szer fogyasztása. Az áltudományos módszerek jelenléte a gyógyító praxisban árt az orvoslás és a tudomány tekintélyének, nem beszélve arról, hogy a homeopátiás szerek vásárlása nem más, mint pénzkidobás az ablakon.

MIÉRT HISZNEK SOKAN A HOMEOPÁTIÁBAN?

Az irracionális gondolkodás legfőbb okai a tudatlanság, az ismerethiány és egyfajta genetikainak tűnő vonzalom a miszticizmus és az ezotéria iránt. Az emberek többségétől távol áll a tudományos látásmód, sőt gyakran a logikus gondolkodás is. Az iskola adatcentrikus oktatási rendszere nem tanít meg az értelmes gondolkodásra, és sok fontos ténnyel sem ismertet meg bennünket. Evolúciós örökségünk lehet az az attitűd, hogy ahelyett, hogy mi magunk járnánk utána a fontos dolgoknak, megbízunk általunk hitelesnek vélt személyekben, és követjük a közösségi véleményeket. Ha azt állítja a szomszéd, egy rokon vagy egy Facebook-ismerős, hogy az Emőke a homeopátiától gyógyult, akkor ezt készpénznek vesszük. Az elménk ráadásul rendkívül elfogult. Ha valamit a fejünkbe veszünk, igen nehezen változtatjuk meg a véleményünket, gyakran a legnyilvánvalóbb cáfolatok felett is elsiklunk, s kizárólag az elképzeléseinket támogató dolgokra fókuszálunk. Ha sikerül e véleményt konspirációs elméletekkel is megtámogatni, nincs az az erő, amely ki tudna mozdítani az agyunkból egy fixa ideát. Leggyakrabban a gyógyszeripart vélik összeesküdni az orvostársadalommal, akiknek érdeke, hogy minél betegebbe legyünk, hiszen így több pénzt zsebelhetnek be. Ezért gátolja a gyógyszeripar a valóban hatásos gyógyszerek (például a homeopátiás szerek) forgalmazását, sőt, sokan úgy vélik, ez a „maffia” egyenesen mérgezi az embereket az alantas anyagi megfontolások miatt. Az elme szubjektivitásának további bizonyítéka az a tény, hogy a konvencionális és a homeopátiás szereket párhuzamosan szedők közül sokan kizárólag az utóbbinak tulajdonítják a gyógyító hatást. Ráadásul a betegségek többsége magától gyógyul. Ha eközben homeopátiás szereket szedtünk, úgy vélhetjük, hogy e szereknek köszönhető a jótékony hatás. A placebohatás szintén valódi gyógyhatásúnak tűnik, pedig igen gyakran csak a betegségtudatunk javul. A legtöbben nem tudják, hogyan készül egy homeopátiás szer, s mik e módszer elméleti alapjai, ezért nem is gondolkodnak arról, értelmes

dologról lehet-e szó. Továbbá, komoly betegség esetén hinni szeretnénk a gyógyulásban. Az orvosi rendelők rideg légkörével és a túlhajszolt orvosok türelmetlenségével szemben a homeopáták ráérő, joviális mosolya áll szemben. Ráadásul az orvos a valós helyzetet tárja fel a várható következményekkel együtt, amely nem versenyképes a homeopata orvos határtalan optimizmusával.

UTÓSZÓ

A homeopátia egy áltudományos módszer, amely nem rendelkezik terápiás hatással a placeboeffektuson túl. Ennek ellenére a fejlett országokban engedélyezik a gyógyításban való alkalmazását, sőt van ahol az állami vagy a magánbiztosítók finanszírozzák a használatát. Egyes országokban még orvosi diploma sem szükséges a gyakorlásához. Ez részben jó, mert nem degradálja az orvosi hivatást, másrészt rossz, mert a páciens így egy sarlatán kezei közé kerülhet, s egy komoly betegség felfedezetlen vagy kezeletlen maradhat. Egy orvos, ha lelkiismeretes, a működő terápiát is képes alkalmazni. A világ szeme a fejlett országokon van, vajon Ausztrália, az USA vagy az EU lesz az első, aki számon kéri a homeopátiának a hatásosságát. A homeopátiának csupán elsőnek kellene lennie a sorban: a teljes kínai medicina, az ájurvédikus gyógyászat, a reiki és társaik szintén a hatástalan áltudományos eljárások közé tartoznak. Ideje ennek hangot is adni, ha lehet, jogi paragrafusok által is megtámogatva.

IRODALOM

- Altunc, U. – Pittler, M. H. – Ernst, E. (2007): Homeopathy for Childhood and Adolescence Ailments: Systematic Review of Randomized Clinical Trials. *PubMed Health*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0023952/>
- Ernst, E. (2002): A Systematic Review of Systematic Reviews of Homeopathy. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 54, 6, 577–582. DOI: 10.1046/j.1365-2125.2002.01699.x, <https://bpspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1365-2125.2002.01699.x>
- Goldacre, B. (2012): *What Doctors Don't Know about the Drugs They Prescribe*. TEDMED, <https://www.youtube.com/watch?v=RKmxL8VYy0M>
- McCarney, R. W. – Lasserson, T. J. – Linde, K. (1998): An Overview of Two Cochrane Systematic Reviews of Complementary Treatments for Chronic Asthma: Acupuncture and Homeopathy. *Respiratory Medicine*, 8, 687–696. DOI: 10.1016/j.rmed.2004.05.005, [https://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111\(04\)00210-0/fulltext](https://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111(04)00210-0/fulltext)
- Mészáros Á. (2014): Szisztematikus irodalom-elemzés, metaanalízis. *Gyógyszerügyi szervezés*, 2014. március 24. http://semmelweis.hu/gyogyszertar/files/2014/03/MeszárosAgnes_Sziszt_irod_elemzes_2014.pdf
- Milazzo, S. – Russell, N. – Ernst, E. (2006): Efficacy of Homeopathic Therapy in Cancer Treatment. *European Journal of Cancer*, 42, 3, 282–289. DOI: 10.1016/j.ejca.2005.09.025

- MTA (2015): *Azonos elbírálást javasol a homeopátiás szerek és a gyógyszerek esetében az MTA Orvosi Tudományok Osztálya*. 2015. 11. 09. http://old.mta.hu/mta_hirei/azonos-elbiralast-javasol-a-homeopati-aszerek-es-a-gyogyszerek-eseteben-az-mta-orvosi-tudomanyok-osztalya-137017/
- MTA (2017): *Homeopátia: hasznos vagy ártalmas? Új állásfoglalás európai tudósoktól*. 2017. 09. 20. http://mta.hu/tudomany_hirei/homeopatia-hasznos-vagy-artalmas-uj-allasfoglalas-europai-tudosoktol-108033
- NHMRC (2015): *NHMRC Statement on Homeopathy and NHMRC Information Paper - Evidence on the Effectiveness of Homeopathy for Treating Health Conditions*. <https://www.nhmrc.gov.au/guidelines-publications/cam02>
- Posadzki, P. – Alotaibi, A. – Ernst, E. (2012): Adverse Effects of Homeopathy: A Systematic Review of Published Case Reports and Case Series. *International Journal of Clinical Practice*, 665, 12, 1178–1188. DOI: 10.1111/ijcp.12026, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ijcp.12026>
- Royal Swedish Academy of Sciences (2015): *New Academy Statement on Homeopathic Products*. 12 May 2015. <https://www.kva.se/en/nyheter/remissvar-om-homeopatiska-lakemedel>
- Shang, A – Huwiler-Müntener, K. – Nartey, L. (2005): Are the Clinical Effects of Homeopathy Placebo Effects? Comparative Study of Placebo-controlled Trials of Homeopathy and Allopathy. *The Lancet*, 366, 9487, 726–432. DOI: 10.1016/S0140-6736(05)67177-2, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(05\)67177-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)67177-2/fulltext)
- Vickers, A. J. – Smith, C. (2006): Homeopathic Oscilloccinum for Preventing and Treating Influenza and Influenza-like Syndromes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 19, 3, CD001957. DOI: 10.1002/14651858.CD001957.pub3

URL1: https://en.wikipedia.org/wiki/Jacques_Benveniste

URL2: https://hu.wikipedia.org/wiki/James_Randi

URL3: https://hu.wikipedia.org/wiki/Luc_Montagnier

URL4: <https://hu.wikipedia.org/wiki/Polimer%C3%A1z-l%C3%A1nreakci%C3%B3>

A HOMEOPÁTIA AZ ORVOSLÁSBAN

HOMEOPATHY IN MEDICINE

Sarkadi Balázs¹, Kálmán Zsófia²

¹professor emeritus, MTA Természettudományi Kutatóközpont

sarkadi@biomembrane.hu

²főorvos, Bliss Alapítvány

sophiakalman@gmail.com

ÖSSZEFOGLALÁS

A gyógyítás veszélyes foglalkozásában a tudományosan megalapozott, bizonyítottan hatékony gyógyszeres kezelés, és a kor – néha kifejezetten tudománytalan – igényeihez való alkalmazkodás egyaránt fontos feladat. Az „orvostudomány jelenlegi állásának megfelelő” kezelés sem mentes a tévedésektől és hibáktól, de a „Ne árts!” elvét szem előtt tartva, a lehető leghatékonyabban hivatott elősegíteni a betegek gyógyulását. Az áltudományos, olykor alternatívnak nevezett gyógymódok, így a homeopátia igen nagy veszélye, hogy az önmagában ártalmatlan, ám *hatástalan készítmény* is ártalmas, ha olyan súlyos betegséget kezelünk vele, amelynek ismert adni *orvosi műhiba!* Ugyanakkor a megfelelő esetekben a homeopátia toleránsan és a gyógyítás szempontjainak megfelelően – a placebohatás alapján – sokszor jól alkalmazható.

ABSTRACT

In medicine it is equally important to apply scientifically established safe and effective therapies as well as to cope with the – often non-scientific – expectations of the patients. Treatments based on the current state of medical science are not free of errors but these therapies still provide the best treatment options, when observing the rule of „nil nocere”. The major danger of using pseudo-scientific treatments like homeopathy is that even a non-toxic, ineffective substance is harmful if we use it to treat a serious disease instead of a known, efficient cure. Thus, to apply a placebo or a homeopathic substance to a patient without proper diagnostic examination is considered a *medical malpractice*. At the same time, the use of the strong placebo-effect of a homeopathic substance under well-defined circumstances may help the physician to improve the patient’s condition.

Kulcsszavak: a homeopátia története, tudomány és homeopátia, placebohatás, gyermekgyógyászat és homeopátia

Keywords: history of homeopathy, science and homeopathy, placebo effect, homeopathy in pediatrics

A HOMEOPÁTIA EREDETE, FELHASZNÁLT ANYAGAI, MÓDSZEREI

A homeopátia Samuel Hahnemann német orvos kezdeményezésére indult el a 18. század végén. Magyar neve, a „hasonelvű gyógyítás” (*homeo*: hasonló; *pathos*: kór), jól tükrözi a módszer lényegét. Az elképzelés szerint – amely egyébként már Hippokratésznél is fellelhető volt¹, a betegséget hasonló tüneteket okozó szerrel kell kezelni, például a lázat azokkal a hatóanyagokkal, amelyek nagy adagban maguk is lázkeltők. Ezt a gondolatot a magyar nyelv igen érzékletesen fogalmazza meg a „*kutyaharapást szőrével*” szólásmondásban.

Hahnemann a homeopátiás gyógyítás alapelveit 1790 körül dolgozta ki. Ekkoriban fordította angolból németre William Cullen *A Treatise of the Materia Medica* című könyvét, amely a növényekből előállítható hatékony gyógyszerek, például a kinin lehetséges alkalmazásait mutatta be. A dél-amerikai kinafa (*chinchona*) kérgéből kinyerhető kinin a váltóláz (malária) kezelésének első hatékony gyógyszere volt, ugyanakkor maga is lázat okozhatott. Ebből jutott Hahnemann arra a következtetésre, hogy egy szer, amely egészséges emberben bizonyos tüneteket idéz elő, betegségben ugyanezen tüneteket gyógyíthatja. Ezen gondolatmenet alapján állította össze a későbbi évtizedek során számos további alapanyaggal kibővített *Materia Medica* című alapmunkáját. Ebbe a könyvbe olyan szerek kerültek, amelyek ismert mérgeként vagy túladagolás következtében köztudottan betegséget, tüneteket okoztak (Hahnemann, 1810; URL1; Thomas–Shealy, 1996; Freeman, 2009; Carlston, 2011; Lange, 2013). Más anyagokat önkénteseken próbáltak ki az ún. „homeopátiás bizonyítás” során. Tehát csak olyan anyag válhatott a hasonelvű gyógyítás eszközévé, amely átlagos használatkor bizonyítottan mérgező hatást fejtett ki. A hatásmechanizmust illetően az volt az alapelképzelés, hogy a betegség által megzavart *életerő* (vital force) helyreállítható egy másik megzavarással, amelyet különböző farmakológiai szerek, mérgek és gyógyszerek váltanak ki. E második *mezavarást* ezután a szervezet könnyebben le tudja küzdeni, így a gyógyszer csupán a saját életerő helyreállítását szolgálja. Ez az öngyógyító erő a homeopátia fontos filozófiai háttére (Hahnemann, 1810; URL1).

Hahnemann természetesen jól érzékelt, hogy a *Materia Medica* hatóanyagainak beadása veszélyes, sőt életveszélyes lehet, ezért azok jelentős hígítását javasolta. Így alakult ki a homeopátiás módszer lényege, az alkalmazott gyógyszerek veszélytelenné történő hígítása, homeopátiás szaknyelven „dinamizálása” vagy „potenciálása”. Ennek során a folyékony alapanyagot – az ún. östinktúrát vagy ősoldatot – alkohollal, tiszta vízzel vagy alkohol-víz keverékével történő tízszeres (jele X) vagy százszoros (jele C) hígítási sorozatnak kell alávetni. Szilárd, porjellelű alapanyagoknál ez általában tejcukorral (laktózzal) történik (Carlston,

¹ Hippokratész: *Az emberi belső térről*. 42.: „...ha valami a betegséghez hasonló betegséget okoz, akkor ugyanez a valami magát a betegséget is meggyógyítja” (ford. Oláh Andor), 161.

2011; Lange, 2013). Hahnemann úgy gondolta, hogy bár az eredeti hatóanyag ilyen módon szinte mérhetetlenül alacsony szintet ér el, a készítmény gyógyerejét éppen ez a dinamizálás növeli meg, teszi erőteljesebbé. Éppen ezért, a hatékonyság fokozása érdekében a homeopátiás kezelés során minél többször hígított, akár 30X, sőt 20–50C potenciájú szerek is alkalmazásra kerülnek. A dinamizálás során fontos az anyag megfelelő kezelése: a szukkusszió vagy ütve rázás során a frissen hígított oldatot az edény egy kemény, de elasztikus tárgyhoz, például egy bőrkötésű könyvhöz történő ütögetésével, rázogatóásával kellett megfelelően dinamizálni. A trituráció vagy dörzsölés a homeopátiás porok dinamizálását szolgálta, mozsárban, megfelelő törővel kellett végezni. A gyógyító alapanyagok között alkalmaztak még mind beteg szervekből (nozód), mind egészséges testrészekből (szarkód) nyert szövetdarabkákat, amelyeket ugyanígy dinamizáltak, illetve potenciáltak (a homeopátia alapjait részletesen lásd Hahnemann, 1810; URL1; Thomas–Shealy, 1996; Freeman, 2009; Carlston, 2011; Lange, 2013).

Az eredeti elképzelés szerint a *Materia Medica* gyógytárából kiválasztott és megfelelőképpen potenciált szerek a szervezet „vitális energiáinak” felerősítése révén győzik le a betegségek vélt okozóit, a „miazmákat”. Hahnemann három miazmát nevezett meg – szifilisz, szikózis és spóra –, amelyeket az egyik modern homeopátiás elméleti munka (Reiner, 1982) így definiál: „A miazmák az élő anyagra ható bizonyos alapvető erők manifesztációi... Bennük a centripetális komponens konszolidációt, míg a centrifugális expanziót eredményez, a kettő együttesen ritmikus napi aktivitást. Az első hatás az asszimilációhoz, a másik a diffúzióhoz és az eliminációhoz rendelhető.” Ma már kevés ember van, aki ezt a meghatározást ne tartaná zagyvaságnak.

A HOMEOPÁTIA ÉS A TERMÉSZETTUDOMÁNYOK

A mai molekuláris alapú farmakológiai gondolkodás szempontjából számos homeopátiás szer értelmezhetetlen, hiszen a hígítási sorozatokkal elért dinamizálás következtében feltehetően már egyetlen molekulát sem tartalmaz a *Materia Medicá*ban leírt eredeti hatóanyagból. A farmakológia számtalan kísérletes ténnyel támasztotta alá, hogy a gyógyszerek hatásai és mellékhatásai egyaránt az alkalmazott anyag koncentrációjától függnnek. A klinikumban alkalmazott gyógyszerek nagy része millimólos (10^{-3} M), mikromólos (10^{-6} M), esetleg nanomólos (10^{-9} M) koncentrációban is hatásos lehet. Az élő szervezetben azonban pikomólos (10^{-12} M) koncentrációban ható gyógyszer alig fordul elő, s femtomólos (10^{-15} M), attomólos (10^{-18} M) vagy zeptomólos (10^{-21} M) koncentrációjú hatóanyagok nem ismertek. Egy homeopátiás készítményben a 20X vagy 10C potenciálás okozta hígítás (10^{-20}) már az attomólnál is kisebb koncentrációt jelent, és egy igazán dinamizált homeopátiás készítmény még ennél is nagyobb hígítással

készül. Ha egy mólnyi anyagból (6×10^{23} molekula) indulunk ki, a 24X vagy 14C potenciálás azt jelenti, hogy csak ötven százalékos valószínűsége marad annak, hogy akár egyetlen molekula is jelen lenne a teljes készítményben. A homeopátia tréfás kritikájaként találták ki a Marx testvérek filmjein nevelkedett kémikusok a Zeppomol (10^{-24}), Harpomol (10^{-27}) és Grouchomol (10^{-31}) egységeket, amelyek az egy molekulánál kevesebb anyagot tartalmazó homeopátiás oldatokra (25X és 15C felett) lennének alkalmazhatók (Science Jokes).

Ha a molekuláris farmakológia logikája ellenére a homeopátiás készítmények mégis hatásosnak bizonyulnak (lásd később), milyen tudományos magyarázatot lehet erre adni? Hahnemann és követőinek elképzelése szerint a hígítás során az eredeti hatóanyagok mintegy „nyomot hagynak” az oldószer szerkezetében, ez adja a dinamizálás alapját. Az ütve rázás vagy a dörzsölés hatására (igaz, nem tudjuk, hogy a mai nagy, modern technológiákkal dolgozó gyógyszergyárakban is így történik-e az előállítás) az oldószer molekulái „emlékeznek” a feloldott molekulákra, még azután is, hogy az oldott anyag már nincs jelen. Sőt, ez az emlékezés annál hatékonyabb, minél sokszorosabb a hígítás és rázogatózás. Minderre azonban semmilyen bizonyíték nincsen, hiszen a víz vagy az alkohol szerkezeti „emlékezete” legfeljebb a másodperc tört részéig terjed, így ez az elmélet kifejezetten ellentmond a fizika, farmakológia és biológia kísérletes eredményeinek.

Érdekes tudománytörténeti eset a világszerte olvasott tudományos folyóiratban, a *Nature*-ben 1988-ban megjelent cikk, amely arra utal, hogy a homeopátiás módon hígított anyag mégiscsak hatásos lehet egy jól meghatározott kísérleti rendszer keretei között. A nemzetközileg jelentős immunológusként elismert, az egyik nagy francia intézetet vezető Jacques Benveniste kutatólaboratóriumából tizenkét kiváló társszerző nevével fémjelzett, nagy érdeklődést kiváltott közlemény (Davenas et al., 1988) jelent meg. A tanulmány szerint az emberi immunrendszer fontos szereplői, a bazofil leukociták, aktiválhatóak voltak az antitestek olyan mértékű hígítása esetében is, amely már egyetlen molekulát sem tartalmazott az eredeti szérumból. A bírálók erős kétkedése és a szerkesztő habozása ellenére végül mégis megjelent a közlemény, amelyben a szerzők azzal magyarázták a különleges jelenséget, hogy a víz szerkezetének megváltozása mintegy megőrizheti az antitestek nyomát a készítményben. A homeopátiás orvoslás lelkesedéssel fogadta ezt a tudományos eredményt, amelynek azonban legfőbb problémája az, hogy azóta sem sikerült senkinek megismételnie. Bár a cikket a szerzők nem vonták vissza, a *Nature* szerkesztője, John Maddox a sok kritikus vélemény, és az ismételt negatív eredményeket adó, világszerte elvégzett, sikertelen kísérletek hatására elhatározta, hogy Benveniste saját laboratóriumában fogja ellenőrizni ezeket az eredményeket. A vizsgálathoz fekért társul a tudományos csalások leleplezésének nagy szakértőit, James Randi bűvészt és Walter Stuart jogi szakértőt, így hármuk személyes ellenőrzése mellett végezték el újra Benveniste munkatársai a laboratóriumi vizsgálatokat. Az eredmény egyértelmű volt: a leírt hatás

nem létezett! Az újabb *Nature* cikk, most már a három „ellenőr” tollából (Maddox et al., 1988) egyértelműen megcáfolta az eredeti kísérleti eredményeket. Ám ezzel sem Benveniste-et, sem a homeopátia híveit nem sikerült meggyőzni, és Benveniste cikke máig a homeopátiás hígítás biológiai hatásának hivatkozásaként jelenik meg (lásd Falus András cikkét, 2004).

A tudományos csalásokra nincs mentség, de ha egy eljárásnak nincs tudományos magyarázata, attól az még lehet hatékony, hiszen ma sem ismerjük minden jelenség pontos hátterét. Az ostor már évszázadok óta pattogott, amikor kiderítették, hogy az ostor végének sebessége meghaladja a hangsebességet, és tulajdonképpen kisméretű hangrobbanás történik. Az aszpirin hatásmechanizmusát sem ismertük évszázadokig, mégis a legelterjedtebb, igen hatékony lázcsillapítóként használták ugyanezen évszázadok alatt. Lehet, hogy ez a helyzet a homeopátia módszereivel is?

A legnagyobb probléma az, hogy magára a homeopátiás kezelés hatékonyságára nincsenek igazi bizonyítékok. Az eredmények „anekdotikusak”, valódi kísérletes körülmények között, azaz kettős vak, placebokezeléssel összevetett, korrekt, megismételhető vizsgálatok vagy nem történtek, vagy hatástalanságot mutattak (lásd Ernst, 2005; Shang et al., 2005). Az ausztrál Nemzeti Egészségügyi és Orvosi Kutatási Tanács (NHMRC) 1800 vizsgálat összehasonlító elemzése kapcsán 2015-ben arra az eredményre jutott, hogy semmilyen értékelhető adat nem támasztja alá a homeopátiás szerek hatékonyságát (NHMRC, 2015). Az Európai Akadémiák Tudományos Tanácsadó Testülete, az EASAC 2017-ben állásfoglalást adott ki arról, hogy a homeopátia tudománytalan, alapelvei ellentmondanak a fizika és a kémia törvényeinek, és soha nem jelent meg egyetlen valódi bizonyíték sem, ami igazolná a homeopátiás gyógymódok hatékonyságát (EASAC, 2017).

A HOMEOPÁTIA ÚTJA, SIKERÉNEK MÉRŐLDKÖVEI

Hahnemann-nak a 19. század elején megjelent művei, így az *Organon der rationellen Heilkunde* és a *Reine Arzneimittellehre* nyomán igen gyorsan terjedt a homeopátia alkalmazása. A korabeli orvoslás meglehetősen durva és gyakran nemcsak hatástalan, de kifejezetten káros módszereivel – lásd érvágás, hashajtás, gyógynövény-készítmények óriási adagjai – szemben a homeopátia szelíd gyógymód volt, s legalább nem okozott súlyos mellékhatásokat. Filozófiája, a beteg öngyógyulását előtérbe helyező attitűdje is segítette elterjedését.

A 19. században a homeopátiás orvoslás jelentős hatást gyakorolt az orvoslás egészére. Az első homeopátiás klinika megnyitása után egész Európában gyorsan terjedtek a hasonló orvosi műhelyek, és folyamatosan harcban álltak a korabeli hivatalos orvoslással. Így például a Habsburg Birodalom területén először császári rendelettel betiltották, majd a tiltást visszavonva, gyakorlatilag engedélyezték

a homeopátia alkalmazását, amely a 19. század végéig számos előnyt mutatott a tudományosan ugyanúgy alig megalapozott, ám hivatalosan elismert orvosi beavatkozásokkal szemben. Az 1840-es években megjelent tanulmányában a hagyományos orvoslás egyik vezető képviselője elismerte, hogy a „minden racionális gondolkodást hiányoló”, homeopátiás hígítással előállított készítmények egyáltalán nem kevésbé hatékonyak, mint az akkor általánosan elfogadott és alkalmazott, „allopátiás” orvosi módszerek (idézi Vandembroucke, 2005).

A 20. századra azonban megváltozott a helyzet: az emberi test és a gyógyszerhatások megismerése, az élettan és a farmakológia gyors fejlődése nyomán a homeopátiás kezelések elveszítették előnyüket. Az USA-ban az utolsó, tisztán homeopátiás orvosegyetem 1920-ban zárta be kapuit, bár a módszer továbbra is használatban maradt, és az 1970-es évektől, a „holisztikus” és természetgyógyász megközelítések előtérbe kerülésével szinte újraéledt. Természetesen a placebohatás ma is a gyógyítás és a gyógyulási folyamat igen fontos része, s ebben a homeopátiának is fontos szerep juthat (lásd alább).

Ma nehéz pontosan felmérni, hogy a különböző országokban milyen mértékben alkalmaznak homeopátiás szereket, mivel ez a legtöbb országban valamilyen módon beépült az orvosi gyakorlatba, és meghatározott engedélyezési lépéseken is átesett (lásd Zhang, 2001). Míg ma az USA-ban és Európában a homeopátiás szerek a gyógyszeres kezelés csak viszonylag kis részét, legfeljebb mintegy 10 százalékát alkotják, Indiában, ahol a természetgyógyászat az orvoslás szerveesebb része, igen magas szinten (30% felett) használják őket. Minden korunkbeli felmérés arra utal, hogy a homeopátiás készítmények gyógyszerként történő alkalmazása a fejlett világban erősen csökken, ugyanakkor, érdekes módon, ez a visszaesés alig jellemző a gyermekgyógyászatra (lásd alább).

A PLACEBOHATÁS ÉS A HOMEOPÁTIA

Az orvosi működésben jól ismert és eredményesen felhasználható az ún. placebohatás (placebo: *tetszeni, használni fogok*). A placebo – tablettá, injekció vagy bármilyen más típusú készítmény, esetleg ártalmatlan beavatkozás formájában – alkalmazása valódi orvosi kezelésnek tűnik, ám az soha nem tartalmaz akár az egészséget, akár a betegséget befolyásoló, aktív hatóanyagot. A számos anekdotikus példával, de tudományos vizsgálattal is hitelesen alátámasztott hatás az elmeműködés – egyes vizsgálatok szerint a tudat által működtetett mediátoranyagok felszabadulása – és a testi reakciók közötti szoros kapcsolatot mutatja (lásd Ross–Olson, 1981; Ernst, 1990; Gensini et al., 2005). A „gyógyszer” meggyőző alkalmazása, annak formája, színe vagy mérete, a terapeuta viselkedése, de a páciens érzékenysége és a hatás észlelésére mutató vágy is felerősíti a placebo hatását („A jó orvosság vagy csíp, vagy keserű, de legalábbis drága”). Adott esetben, ha

az előzetes várakozás ezt felerősíti, a placebo megjósolt „súlyos mellékhatásai” is megjelenhetnek. Ez a jól ismert „nocebo” (*ártani fogok*) effektus.

A placebohatás elkerülhetetlensége ma már kötelezővé teszi, hogy minden új gyógyszert placebokontroll mellett vizsgáljanak, és sem a vizsgálatot végző orvos, sem a betegek nem tudhatják, hogy ki kap gyógyszert és ki placebót. Akármilyen furcsa, de nagyon sok, először hatásosnak gondolt gyógyszer vértett el az így elvégzett, szigorú vizsgálatok során (Finnis et al., 2010).

A placebo és így a homeopátiás kezelés gyakori sikerének hátterét az adhatja, hogy a betegek két nagy csoportjának esetében a modern orvoslás tehetetlen. Az egyik csoportot azok alkotják, akiknek nincs a mai orvoslás eszközeivel megállapítható szervi betegségük, de súlyos tüneteik alapján mindenképpen kezelésre szorulnak. A másik csoportot azok jelentik, akik az orvostudomány jelenlegi állása szerint gyógyíthatatlan betegségben szenvednek. E két csoportba tartozó betegek fordulnak leggyakrabban a „nem tudományos” gyógykezelésekhez, így a homeopátiás orvosláshoz is.

MIÉRT ÉS HOGYAN HASZNÁLJÁK MA IS A HOMEOPÁTIÁT?

A mai homeopátiás ajánlások szerint az alacsony potenciájú szereket (D6–D15 vagy C6–C12) akkor alkalmazzák, ha főleg testi tüneteken szeretnének segíteni, a közepes potenciát (D30, C15, C30) akkor, ha a probléma egyforma súllyal van jelen a testi és a lelki síkon, míg a magas potenciájú szerek (D200, C200 és ennél magasabb) elsősegélyként, illetve lelki tünetek esetén javasoltak (lásd Jonas et al., 2003).

Ha igaz az, hogy a leghatékonyabbnak tartott szerekben már egyetlen molekulányi hatóanyag sincs, illetve még az egyetlen molekulára is csak egy „Harpomólnyi” az esély, vajon hogy maradhatott fenn a mai napig a homeopátiás terápia, ennyire hatékonyan ellenállva minden tudományos és tapasztalati kritikának? Miért indukál még mindig indulatokat pró és kontra? Kétségtelen ugyanis, hogy akik hisznek benne, ugyanolyan indulattal védik, mint amilyen hevesen ellenzői támadják. Érdekesen mutatkozott meg ez kicsiben, két régi kolléga találkozásakor, amikor egyikük elmesélte, hogy átváltott a homeopátiára, és most homeopátiás orvosként jegyzi magát. „Ne mondj semmit” szólt figyelmeztetőn, „én a homeopátián nem vitatkozom. Annyira evidens, hogy aki nem látja, azt úgysem lehet meggyőzni. Hát mit mond a népi gyógymód a náthára? Igyál hagymateát! És mit csinál a hagyma, amikor vágod? Folyik tőle a szemed és az orrod. S amikor a náthától történik ugyanez, akkor ennek nyilván a hagyma a legjobb ellenszere. Hasonlót hasonlóval. Évezredek óta tudják.”

Kétségtelen, hogy a mai napig igen sokan hisznek a homeopátiában, ki meggyőződésből, ki hitből, más üzleti érdekből. Nyilván változatosak az okok, jelen

írásban mindössze néhány gyógyszerész véleményét és egy hosszú gyermekgyógyászati pálya tapasztalatait gyűjtöttük össze. Gyógyszereszek szerint ma főleg a fiatal, egészségtudatos, általában iskolázott nők használnak homeopátiás készítményeket elsősorban gyermekeik és kisebb mértékben családjuk számára. Idősebb betegek csak akkor vásárolnak homeopátiás szert, ha az orvos azt írja fel számukra. Sokszor nem is tudják, hogy amit bevesznek, az „nem rendes” gyógyszer, hanem valamilyen homeopátiás szer. A gyógyszerészek elmondása szerint amúgy is teljes a kuszaság a gyógynövények és a homeopátiás szerek általános ismeretében, e kettő alaposan keveredik a vásárlók fejében.

Ugyancsak jellemző, hogy a természetgyógyászati szerek, a bioélelmiszerek és a homeopátiás szerek hasonló vásárlói körben használatosak („Én a gyerekeimnek kizárólag homeopátiás szereket adok, hiszen mindenre allergiásak, ezért glutén- és tejfehérjementes étrenden tartom őket, csak nyírfacukrot használunk, biopiacon vásárolunk.”). Láz, köhögés, „immungyengeség”, allergia, étvágytalanság, fejfájás, székrekedés, hasmenés, nyugtalanság, soványság, figyelmetlenség: mindenre akad homeopátiás szer, amihez nem kell recept, nincs sorbanállás a rendelőben a többi beteg gyerek között, és nincs az a hosszú lista a szörnyű mellékhatásokkal, amelyeket minden szülő gondosan végigböngész. Ha mégis elmennek a rendelőbe, akkor is gyakran felülbírálják az orvos javaslatát („Igaz, hogy végül mégis elmentünk az orvoshoz, fel is írt valami antibiotikumot, de ki sem váltottam. Kértem valami jó homeopátiás szert meghűlésre és torokfájásra, ezek aztán szépen meggyógyították a gyereket”). A homeopátia felé fordulásban így jelentős szerepe lehet a mértéktelen és meggondolatlan antibiotikum-adásnak, s annak a sok ál- és rémhírnek, ami az interneten terjed az antibiotikumokkal kapcsolatban. Ám érdemes tudni, hogy gyermekeknél a legtöbb banális betegség magától is meggyógyul, és a gyógyszer gyakran inkább a szülő türelmének megnyerését szolgálja: legyen türelme kívárni a természetes gyógyulást... Így való igaz, hogy sok esetben a fölöslegesen adott antibiotikum helyett jobb lehet egy ártalmatlan homeopátiás szer. Szívesen fordulnak homeopátiához akkor is, ha az adott konkrét panaszra nincs kifejezetten ható gyógyszer. („Például gyakran kérnek valamit kifejezetten rekedtségre”, mondja a gyógyszerész. „Megnyugtatja a szülőt, hogy látja, direkt rá van írva, Rekedtség ellen. És mivel nincs mellékhatása, egész sokáig is adják.”)

A fő veszély abban rejlik, hogy esetleg a homopátiás kezelés megfosztja a beteget a szükséges beavatkozásoktól. Jó példa erre éppen a rekedtség, ez az orvosi szempontból fontos tünet, amely rendszerint az alapbetegséggel együtt elmúlik, ám ha megmarad, akkor mögötte rendszerint komoly probléma fedezhető fel. Hasonló a helyzet a lázcsillapítással is, amelynek kiemelt szerepe van a gyermekgyógyászatban. A gyógyszerektől tartó szülők csecsemőknek nemcsak nem szívesen adnak hagyományos lázcsillapítókat, de manapság idegenkednek a fizikai lázcsillapítás, a vizes testpakolás vagy a hűtőfürdő régi, jól bevált eszközeitől is.

Inkább adnak ezek helyett is homeopátiás szereket, abban a meggyőződésben, hogy ez a szer kevésbé viseli meg a csecsemő szervezetét. Holott éppen a hatékony gyógyszeres és fizikai lázcsillapítás hiánya sodorhatja rosszabb állapotba a csecsemőket, kisdedeket.

Szerencsére, a hazai tapasztalatok szerint súlyosabb állapotok esetén kivétel nélkül orvoshoz fordulnak, s a beteg gyermeket alávetik a szükségesnek ítélt beavatkozásoknak. Ilyenkor homeopátiás szereket kizárólag az akut állapot lezajlása után, mintegy a rehabilitációs időszakban adják a gyermek felerősítése, a lezajlott betegség vagy a beavatkozások utóhatásainak csökkentése céljából. Ekkor nagy valószínűséggel életbe lép a fent említett placebohatás is, hiszen egy meggyógyított beteget tovább gyógyítani igen hálás és látványos feladat. Egy anya mesélte, hogy szívműtéten átesett gyermeke milyen sokáig volt súlyos állapotban, élet-halál között lebegett, majd további hónapokba telt, mire egyáltalán táplálni vagy mozgatni lehetett. Mintegy fél év múlva vihette haza. „Otthon – mesélte – kizárólag homeopátiás gyógyszereket adtam neki. Ami a kórházban nem sikerült, és lehetetlennek látszott, az otthon a homeopátia segítségével szinte hetek alatt megtörtént: a gyerek enni kezdett, jobb lett a kedve, mozgott és figyelt, olyan volt, mintha kicserélték volna.” Nehéz azonban nem arra gondolni, hogy egy sikeres szívműtét utáni jobb oxigenizáció, majd a hospitalizáció megszüntetése s a gondos anyai ápolás legalább akkora szerepet játszhatott a szerencsés javulásban, mint a homeopátiás szerek.

Egy másik család arról számolt be, hogy gyermekük epilepsziáját a legjobb orvosok a legjobb gyógyszerekkel sem tudták befolyásolni, maximum annyit értek el, hogy a napi negyvenes rohamszám húszra mérséklődött. „Ekkor elhagytuk a gyógyszereket, és speciális ketogén diétába kezdtünk, ami szintén nem használt. Visszatértünk a gyógyszerekre, és kísérleteztünk többféle természetgyógyászati módszerrel is, mindhiába. Ezután tértünk át a homeopátiás szerekre. Átmeneti kis javulás után azonban sajnos ott tartunk, ahonnan indultunk, de legalább nem mérgezzük tovább a gyereket a hatástalan gyógyszerekkel.”

Tehát elmondható, hogy mind a gyógyszerészek meglátásai, mind a szülők beszámolóai alapján a homeopátiát a szülők kívánatos, „szelíd” gyógymódnak tartják mind egészséges gyermekeik mindennapos betegségei során, mind pedig a megelőzés szakaszában („Beoltattam ugyan a gyereket influenza ellen, de utána egész télen adtam neki a homeopátiás immunerősítőt, nem is volt beteg egy napot se, még egy náthája se volt egész télen!”), illetve betegségek utáni időszakokban. Nem foglalkoznak sokat annak elemzésével, hogy mi hatott valójában, mitől gyógyult meg a gyermek vagy mi gátolta meg a betegség kialakulását: idő, természetes gyógyulás, egyéb, párhuzamosan adagolt gyógyszerek stb. Sok család szereti egyszerűen azért, mert jól illeszkedik a természetes dolgokhoz ragaszkodó, környezettudatos életfelfogáshoz, könnyen beszerezhető, nem is túl drága és legfőképpen ártalmatlan, mellékhatásoktól mentes, biztonságos szer.

Magyarországon a gyógyszerárakban számos, hivatalosan is befogadott, sőt egyes esetekben csak orvos által felírható homeopátiás készítmény érhető el. Ezeket elsősorban nagy külföldi (főleg német) cégek állítják elő és reklámozzák. Szinte minden problémára, tünetre található *Materia Medica*-alapú készítmény, többnyire könnyen bevehető, színes cukorgolyók formájában, de akad kúp, kenőcs, szirup, sőt, injekció is. Ha biztosított, hogy ez a kezelés nem valamely orvosiilag indokolt, illetve szükséges terápiás beavatkozás *helyett* történik, valószínűleg kevés kárt okoz, és az sem kizárt, hogy a test és lélek rejtekútjain keresztül még hatásos is lehet...

Ugyanakkor ne higgyük el a *Varázshegy* Naphtájának, hogy „A tudomány is csak hit, mint akármi más, csak rosszabb és ostobább minden más hitnél”, hanem valljuk Settembrinivel: „Ahol az embernek már nincs erkölcsi bátorsága ítélni és különbséget tenni csalás és valóság között, ott vége az életnek általában, az ítéletnek, az értéknek, a haladást elősegítő tettek ...”

HOMEOPÁTIÁS SZÓGYŰJTEMÉNY (HAHNEMANN ÉS A MAI INTERNETES „TÁJÉKOZTATÓK” ALAPJÁN)

antidótum: a homeopátiás kezelést, az életerő gyógyító hatását megakadályozó anyag, mint például a kávé, az alkohol, a dohányzás, a parfümök vagy a házi tisztítószer

homeopátiás bizonyítás (proving): a homeopátiás *Materia Medica* alapanyagainak kiválasztását szolgáló módszer, amelynek során egészséges emberek vesznek be a kiválasztott tömény anyagokat, majd a kifejlődő tünetek alapján kerül be egy-egy anyag a hasonló tünetek gyógyítására szolgáló készítmények közé

dinamizálás: lásd potenciálás

életerő (vital force): az élő szervezet szellemi lényege, amelynek károsodása okozza a homeopátia szerint a betegségek kialakulását. (*Hahnemann: the material organism, without the vital force, is capable of no sensation, no function, no self-preservation, it derives all sensation and performs all the functions of life solely by means of the immaterial being [the vital principle] which animates the material organism in health and in disease. [Hahnemann: Organon § 10, 6th ed.]*)

Materia Medica: a homeopátiában alkalmazott gyógyhatású alapanyagok gyűjteménye, amelyek az östinktúrát vagy ösoldatot (ezek lehetnek növényi nedvek, állati mérgek vagy váladékok, ásványi oldatok vagy porok) biztosítják a hígításokkal dinamizált, potenciált készítményekhez. A *Materia Medica* néhány általánosan használt alapanyaga például az árnika, a belladonna (nadragulya), a kamilla, a konyhasó, a réz, a sisakvirág vagy a vadgesztenye. A hígított, dinamizált készítményeket általában apró cukorgolyókra (*globulusokra*) csep-

pentik, mert ilyen formában könnyen adagolhatók, de alkalmazhatók tabletták, kenőcsök, kúpok, akár injekciók formájában is.

miazma: a betegségek alapja, amely fertőzéshez hasonlóan léphet az emberi testbe, vagy már a születéskor jelen lehet, és szunnyadó állapotban van, amíg egy egészségre káros életmód, trauma vagy emóció nem aktiválja. A miazma először tüneteket, majd betegséget okoz.

nozód, szarkód: kisebb szövetdarab, amely homeopátiás készítmény alapját szolgáltatja. A nozód „fertőzött”, beteg szövet, amely megdarálás után kerül folyamatos hígításra. A szarkód egészséges szövetből származik, és hasonló módon kerül alkalmazásra.

Organon: az *Organon der rationellen Heilkunde* Samuel Hahnemann 1810-ben, eredetileg németül publikált könyve, amely leírja a homeopátia alapjait. A könyv több nyelven, hat kiadásban jelent meg.

potencia: a homeopátiás készítmény potenciája a fokozatos hígítások mértékére utal. A homeopátiás potencia a hígítások mértékének közvetlen függvénye, mivel az eredeti anyag egyre kisebb mennyisége érheti el a kívánt hatást. Így a „magas potenciájú” homeopátiás szer igen nagyszámú, jelentős hígításon esett át.

potenciálás, dinamizálás: egy gyógyszer életerejének, gyógyhatásának növelése speciálisan elvégzett (szukkuszio vagy trituráció) hígításokkal. A dinamizálás során legalább tízszer, de akár több százszor is sorozatosan 1:10 (jele X) vagy 1:100 (jele C) mértékű hígítást kell végezni. A sorozathígítás során az előző hígításból kell 1/10 vagy 1/100 résznyi anyagot kivenni, és azt tovább hígítani. A megfelelő módon (ütve rázás, dörzsölés) elvégzett hígítások a homeopátia gyakorlói szerint felszabadítják és megsokszorozzák az eredeti anyagban lévő gyógyító erőt.

szukkuszio (ütve rázás): a frissen hígított oldat rázogatója az edény kemény, de rugalmas tárgyhoz történő ütögetésével. Hahnemann elképzelése szerint ez a folyamat szabadítja fel a gyógyhatáshoz szükséges dinamikus erőket.

trituráció (dörzsölés): por alakú anyag eldörzsölése többnyire tejcukorral (laktózzal) mozsárban, a megfelelő dörzsölővel. Ez alkotja a további hígításokhoz szükséges alapanyagot, illetve így kell a további hígításokat is létrehozni. A homeopátia elvei szerint ez jelenti a hatóanyag dinamizálását.

IRODALOM

Carlston, M. (2011): Homeopathy. In: Micozzi, M. (ed.): *Fundamentals of Complementary and Alternative Medicine*. 4th ed. St. Louis: Saunders, 343–354.

Davenas, E. – Beauvais, F. – Amara, J. et al. (1988): Human Basophil Degranulation Triggered by Very Dilute Antiserum against IgE. *Nature*, 338, 816–818. DOI: 10.1038/333816a0, <https://>

- www.researchgate.net/publication/20701366_Human_basophil_degranulation_triggered_by_very_dilute_antiserum_against_IgE
- EASAC (European Academies Science Advisory Council) (2017): *Homeopathic Products and Practices: Assessing the Evidence and Ensuring Consistency in Regulating Medical Claims in the EU*. EASAC, <https://easac.eu/publications/details/homeopathic-products-and-practices/>
- Ernst, E. (1990): Is Homeopathy a Placebo? *British Journal of Clinical Pharmacology*, 30, 173–174. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1368214/>
- Ernst, E. (2005): Is Homeopathy a Clinically Valuable Approach? *Trends in Pharmacological Sciences*, 26, 11, 547–548. DOI: 10.1016/j.tips.2005.09.003, https://www.researchgate.net/publication/7598340_Is_homeopathy_a_clinically_valuable_approach
- Falus A. (2004): Homeopathy and High Dilutions – Is There a Real Effect? *Inflammatory Research*, 53, 179–180. DOI: 10.1007/s00011-003-1241-9
- Finniss, D. G. – Kaptchuk, T. J. – Miller, F. et al. (2010): Placebo Effects: Biological, Clinical and Ethical Advances. *The Lancet*, 375, 686–695. DOI:10.1016/S0140-6736(09)61706-2, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2832199/pdf/nihms169379.pdf>
- Freeman, L. (2009). Homeopathy: Like Cures Like. In: Freeman, L. (ed.): *Mosby's Complementary and Alternative Medicine: A Research-Based Approach*, 3rd ed., St. Louis: Mosby Elsevier, 347–363.
- Gensini, G. F. – Conti, A. A. – Conti, A. (2005): Past and Present of “what will please the lord”: An Updated History of the Concept of Placebo. *Minerva medica*, 96, 2, 121–124.
- Hahnemann, S. (1810): *Organon der rationellen Heilkunde*. <https://archive.org/details/organonderration00hahn>
- Hippokratész: *Az emberi belső térről*. (ford. Oláh Andor), http://www.orvostortenelem.hu/tananyagok/05/pdf/2.3.3.1/1966_038_39_olah_andor_hippokratesz_valogatott.pdf
- Jonas, W. – Kaptchuk, T. – Linde, K. (2003): A Critical Overview of Homeopathy. *Annals of Internal Medicine*, 393–399. https://www.researchgate.net/publication/231584212_A_Critical_Overview_of_Homeopathy
- Lange, A. (2013): Homeopathy. In: Pizzorno, J. E. – Murray, M. T. (eds.): *Textbook of Natural Medicine*. 4th ed. St. Louis: Mosby, 314–326.
- Maddox, J. – Randi, J. – Stewart, W. (1988): “High-dilution” Experiments a Delusion. *Nature*, 334, 6180, 287–291. DOI: 10.1038/334287a0, https://www.researchgate.net/publication/20700004_High_Dilution_Experiments_a_Delusion
- NHMRC – Australian Government National Health and Medical Research Council (2015): *NHMRC Information Paper: Evidence on the Effectiveness of Homeopathy for Treating Health Conditions*. Canberra: National Health and Medical Research Council; 2015, <https://www.nhmrc.gov.au/guidelines-publications/cam02>
- Reiner, J. H. (1982): *Psionic Medicine*. London: Routledge and Kegan Paul
- Ross, M. – Olson, J. M. (1981): An Expectancy-attribution Model of the Effects of Placebos. *Psychological Review*, 88, 408–437. DOI: 10.1037/0033-295X.88.5.408, https://www.researchgate.net/publication/16174117_An_expectancy-attribution_model_of_the_effects_of_placebos
- Science Jokes – Chemistry*. https://jcdverha.home.xs4all.nl/scijokes/3_5.html
- Shang, A. – Huwiler-Müntener, K. – Nartey, L. et al. (2005): Are the Clinical Effects of Homeopathy Placebo Effects? Comparative Study of Placebo-controlled Trials of Homeopathy and Allopathy. *The Lancet*, 366, 9487, 726–732. DOI: 10.1016/S0140-6736(05)67878-6, <https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673605678786/fulltext>
- Thomas, R. – Shealy, C. N. (eds.) (1996): *The Complete Family Guide to Alternative Medicine*. New York: Barnes and Noble Books

Vandenbroucke, J. P. (2005): Homoeopathy and “the growth of truth”. *The Lancet*, 366, 691–692.
DOI: 10.1016/S0140-6736(05)67151-6, https://www.researchgate.net/publication/7229202_Homeopathy_and_The_Lancet

Zhang, X. (2001): *Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review*. World Health Organization. Geneva, Switzerland: Traditional Medicine
World Health Organization, <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h2943e/h2943e.pdf>

URL1: <https://web.archive.org/web/20070808051016/http://altmed.creighton.edu/Homeopathy/history.htm>

Tematikus összeállítás

ANDORKA RUDOLF NYOMÁBAN

IN THE FOOTSTEPS OF RUDOLF ANDORKA

VENDÉGSZERKESZTŐK: ELEKES ZSUZSANNA, NAGY BEÁTA

ELŐSZÓ

INTRODUCTION

Elekes Zsuzsanna¹, Nagy Beáta²

¹ egyetemi tanár, Budapesti Corvinus Egyetem Szociológia és Társadalompolitika Intézet
zsuzsanna.elekes@uni-corvinus.hu

² egyetemi tanár, Budapesti Corvinus Egyetem Szociológia és Társadalompolitika Intézet
beata.nagy@uni-corvinus.hu

Andorka Rudolf halálának huszadik évfordulója alkalmából szervezett konferenciát 2017 novemberében az Andorka Rudolf Társadalomtudományi Társaság, a Budapesti Corvinus Egyetem, valamint a KSH Népeségtudományi Kutatóintézet. Az Andorka Rudolf Társadalomtudományi Társaságot Andorka munkatársai és tanítványai hozták létre 1997-ben, azzal a céllal, hogy ápolják és továbbvigyék Andorka Rudolf szellemi örökségét a magyar közéletben, napirenden tartanak olyan fontos kutatási témákat, amelyek Andorka Rudolf érdeklődésének is előterében álltak. A konferencia szervezésében részt vevő Budapest Corvinus Egyetem és a KSH azok az intézmények, ahol Andorka Rudolf munkásságának jelentős részét töltötte, és amely intézmények életében, kutatásaiban a mai napig jelen van hatása, szellemi öröksége. Az egyetem tanszékvezetőjeként, majd rektoraként kifejtett tevékenysége napjainkban is fontos viszonyítási pont.

Az elmúlt húsz évben a fenti intézmények rendszeresen szerveztek konferenciákat olyan kérdésekről, amelyek Andorka Rudolf munkásságának középpontjában álltak. Így került sor a népesség egészségi állapotával, a devianciákkal, párkapcsolatokkal, a migráció társadalmi összefüggéseivel foglalkozó tematikus konferenciákra, illetve az életmű egészéhez kapcsolódó, több kutatási témát is magába foglaló konferenciákra (*Törések és kötések*, 1999, *Emlékkonferencia An-*

dorka Rudolf születésének 75. évfordulója alkalmából, 2006, vagy a Sapientia Erdélyi Magyar Tudományegyetemen szervezett emlékkonferencia Andorka Rudolf könyvtári hagyatékának ünnepélyes átadása alkalmából, 2013).

A 2017. évi konferencia szervezésekor ismét az volt a célunk, hogy az elhangzó előadások kapcsolódjanak mindazokhoz a kérdésekhez, amelyek Andorka Rudolf munkásságát is jellemezték. A konferencián elhangzott előadások az alábbi témák köré szerveződtek:

- történeti demográfia, család, termékenység, gyermekvállalás;
- társadalmi szerkezet, depriváció;
- mobilitás, iskolarendszer, oktatás;
- devianciák.

A konferencia programjának összeállításakor Andorka Rudolf szellemiségét követtük abban is, hogy elsősorban elméleti megfontolásokon alapuló empirikus elemzéseket bemutató előadások hangoztak el, amelyek várhatóan hozzájárulnak a mai magyar társadalom folyamatainak megértéséhez.

Andorka Rudolf nemcsak nemzetközi hírű tudós volt, hanem tanár, tanszékvezető és rektor is, akinek életében kiemelkedő jelentőséget kapott a fiatalok oktatása, a pályakezdő kutatók segítése és támogatása. Mai napig az általa írt tankönyvből ismerkednek meg a szociológia alapjaival a társadalomtudományi képzések hallgatói. Az Andorka-tanítványok, akkor fiatal pályakezdők közül sokan ma szakterületük meghatározó, nemzetközileg elismert kutatóiként, intézmények vezetőiként viszik tovább azt a szellemiséget, amelyet Andorka Rudolf fontosnak tartott: baráti, empatikus légkör, nyitott, nem ortodox szellemi közeg megteremtése, értékelkötelezett szakszerűség és a társadalmi problémák iránti nyitottság. Napjainkban már van egy újabb kutatói generáció, sőt a doktoranduszokat figyelembe véve megjelent a következő generáció is, amelynek tagjai közül sokan az Andorka-örökség folytatóinak tekinthetők kutatási témájuk, szemléletük és módszereik alapján. Ezért a konferencia programjának összeállításakor is fontosnak tartottuk a generációs sokszínűséget bemutatni: a konferencia előadói között szerepeltek Andorka pályatársai, tanítványai, fiatal kutatók és doktoranduszok is.

Ennek a kötetnek az összeállításakor, terjedelmi okok miatt nem törekedtünk a konferencia tematikus sokszínűségének bemutatására. Elsősorban fiatal kutatókat kértünk meg előadásuk tanulmány formában való megírására. Követni kívántuk ezzel is Andorka szellemi hagyatékát a fiatalok támogatásában, és érzékeltetni kívántuk e hagyaték továbbélését az újabb generációkban.

A kötet tanulmányai közül három a devianciák témakörébe tartozik. Andorka munkásságában jelentős szerepet kapott a devianciák kutatása, különösen a hazai rendkívül nagymértékű alkoholfogyasztás és az alkoholizmus okainak, sajátosságainak a feltárása. Szociológusként ő volt az első, aki Magyarországon ezen a területen kutatásokat végzett. Bálint Lajos és Németh László tanulmánya tehát

Andorka kutatásai közvetlen folytatásának tekinthető. Azt vizsgálják, hogy a hazai magas halálozási arányszámokban vezető szerepet játszó alkohol okozta halálozás mennyiben járul hozzá a halandósági mutatók iskolai végzettség szerinti rendkívül magas egyenlőtlenségeihez.

A kábítószer-probléma a szociológusok érdeklődését is kiváltó társadalmi jelenségként az 1980-as években jelenik meg Magyarországon. Bár Andorka konkrét kutatásokat nem végzett ezen a területen, a Társadalmi Beilleszkedési Zavarok kutatási program egyik vezetőjeként és az *Alkohológia* című folyóirat főszerkesztőjeként hozzájárult a kábítószerrel kapcsolatos első hazai kutatások megszületéséhez, megismertetéséhez. Arnold Petra és Dési Ádám tanulmányai a kábítószer-probléma különböző vetületeivel foglalkoznak. Arnold Petra a posztadoleszcencia és a kábítószerfogyasztás közötti kapcsolatot vizsgálja, arra keresi a választ, hogy miben mutatnak különbségeket és hasonlóságokat a kábítószer nem, mérsékelten vagy problémásan fogyasztók csoportjai a felnőtté válás folyamatát tekintve. Dési Ádám egy Magyarországon eddig egyáltalán nem vizsgált csoport körében végzett kutatást. Azt vizsgálja, hogy a „diákmunkaként” kábítószer-kereskedéssel foglalkozó egyetemi hallgatók motivációi között milyen szerepet kap az „egyszerű baráti szívésség”, a „redisztribúció” és a „profitorientált üzleti szemlélet”.

Andorka munkásságának meghatározó területe volt a demográfia és a történeti demográfia. Kutatásai között kiemelkedő fontosságú volt a termékenység, a gyermekvállalás, a gyermektelenség, az egykézés okainak vizsgálata. Szalma Ivett és Takács Judit, valamint Makay Zsuzsa munkái ehhez a témakörhöz kapcsolódnak. Szalma és Takács új megközelítésben vizsgálja a gyermektelenség okait: kutatásaik során a férfi gyermektelenség jelenségét és magyarázatait elemzik. Makay Zsuzsa a családok gyermekvállalási terveit befolyásoló társadalmi normákat, attitűdöket vizsgálja. Arra keresi a választ, hogyan ítéli meg a mai magyar társadalom a kisgyerekes anyák munkapiaci részvételét, az anyák családban betöltött szerepét.

A hazai első nagy mobilitásvizsgálatok a hatvanas és a hetvenes években Andorka nevéhez kötődtek, az esélyegyenlőség kérdése egész kutatói pályáját végigkísérte. Vincze Anikó tanulmánya kifejezetten új megközelítésben vizsgálja a diákok otthonról hozott hátrányainak az iskolai teljesítményre gyakorolt hatását. A PISA-felmérések adatait elemezve arra keresi a választ, hogy az infokommunikációs technológiákhoz való hozzáférés, azok használatának gyakorisága és célja hogyan befolyásolja az iskolai teljesítményt, képes-e módosítani az otthonról hozott hátrányok vagy előnyök hatását.

AZ ALKOHOLOS HALANDÓSÁG SZEREPE A VÁRHTÓ ÉLETTARTAM ISKOLAI VÉGZETTSÉG SZERINTI EGYENLŐTLENSÉGEIBEN

THE ROLE OF ALCOHOL-RELATED MORTALITY IN LIFE EXPECTANCY INEQUALITIES BY EDUCATIONAL LEVEL

Bálint Lajos¹, Németh László²

¹tudományos főmunkatárs, KSH Népeségtudományi Kutatóintézet

balint@demografia.hu

²tudományos segédmunkatárs, KSH Népeségtudományi Kutatóintézet

nemeth@demografia.hu

ÖSSZEFOGLALÁS

A tanulmány az alkohol okozta halandóság szerepét tárgyalja az iskolázottság szerinti élettartam-különbségekben a rendszerváltozás időszakában és két évtizeddel később Magyarországon. A vizsgált időszakokat összehasonlítva megállapíthatjuk, hogy számottevően csökkent a közvetlenül az alkoholnak tulajdonítható élettartam-veszteség valamennyi iskolázottsági csoportban. Mindeközben a legalább középiskolai érettségivel rendelkezők és az annál alacsonyabb iskolai végzettségűek közötti várható élettartambeli különbség tovább növekedett ebben a periódusban, tovább mélyítve ezzel a kilencvenes évek elején már jelentősnek mondható megosztottságot.

ABSTRACT

In our study, we aim to disentangle the effect of alcohol-related mortality on life expectancy and lifespan equality for different educational groups at the time of the regime change and two decades later. Our results reveal that in this period, mortality due to alcohol consumption has significantly decreased on the whole for the Hungarian population and separately for each education group as well. Although life expectancy has generally increased for all groups, the gap between the least and most educated groups has also increased, leading to higher inequality in life expectancy in the country.

Kulcsszavak: halandóság Magyarországon, alkoholos halandóság, iskolázottság szerinti várható élettartam, halandóságítábla-módszerek, többszörös kilépési táblák, várható élettartam dekomponálása, élettartam veszteség

Keywords: mortality in Hungary, alcohol-related mortality, life expectancy by educational level, life table methods, multiple decrement life tables, decomposition of life expectancy, life lost

BEVEZETÉS

A tanulmányban először a túlzott alkoholfogyasztás halandóságban játszott szerepét mutatjuk be, ezt követően az iskolázottsági csoportok differenciált érintettségének szakirodalmi tapasztalatait ismertetjük, az adatok és módszerek ismeretét követően az alkoholos halandóság iskolázottsági különbségeit mutatjuk be különböző eszközök segítségével.

Az alkoholfogyasztás, különösen a nagy mennyiségű alkoholfogyasztás számos megbetegedés kockázati tényezője. Az akut alkoholos befolyásoltság növeli a balesetek és sérülések előfordulását, míg a krónikus súlyos alkoholfogyasztás lényegében minden szervet károsít. Kockázati tényezője a májcirrózisnak, a da-ganatok különböző típusainak, a kardiovaszkuláris megbetegedéseknek, hozzájárul a hormonrendszer zavaraihoz, az anyagcsere-betegségekhez, a vázizomzat nagyfokú károsodásához (Lapis, 2002). A mértéktelen alkoholfogyasztás az egészségkárosodás és az idő előtti halálozás mellett számos más, káros társadalmi következményhez vezethet (alkohollal kapcsolatos bűncselekmények, családi konfliktusok).

A cirrózis okozta halandóság a túlzott alkoholfogyasztás általánosan elfogadott indikátora. A magyar idősoradatok azt mutatják, hogy a halandóság a hetvenes években kezdett drámaian növekedni, a nyolcvanas években az arányszámok megduplázódtak (Chenet et al., 1998). A nagy mennyiségű alkoholfogyasztásnak meghatározó szerepe volt a kilencvenes évek elején a kelet-európai régióban tetőződő epidemiológiai válságban (Cockerham, 1997). A kilencvenes évek közepén az alkoholos halandóság Európában addig ismeretlen méreteket öltött, és az ezredforduló időszakában is a nemzetközi mezőny élén állt (Bosetti et al., 2007).

A romló cirrózisos halálozási trendeknek köszönhetően az alkohol élettartamra gyakorolt negatív hatása már a nyolcvanas években jelentősnek bizonyult (Chenet et al., 1998). France Meslé (2004) számításai szerint az emésztőrendszeri megbetegedések (amelyek jelentős részét az alkoholos eredetű májbetegségek teszik ki Magyarországon) okozta élettartam-vesztés 1965 és 1993 között a férfiaknál nagyobb volt ($-1,33$ év), mint keringési rendszer okozta halálozásoké ($-1,25$ év). A kilencvenes évek közepén a középkorú (35–45 éves) férfiak körében a májcirrózis a keringési rendszer megbetegedései, valamint a külső okok miatt bekövetkező halandóság mellett az egyik legfontosabb összetevője volt a korai halálozásoknak.

Egy kortárs európai összehasonlító tanulmány szerint a 35–79 éves népesség körében az alkoholos halandóság mindkét nem esetében Magyarországon volt a legmagasabb (Mackenbach et al., 2015).

ALKOHOLPROBLÉMA MAGYARORSZÁGON

Az alkoholkérdés Magyarországon hivatalosan az ötvenes és a hatvanas évek fordulóján vált társadalmi problémává. A kommunista rezsim a jövedelmek dinamikus növelésével igyekezett a társadalmi megbékélést elősegíteni. A fogyasztásra költhető pénzjövedelmek emelkedésével az alkoholfogyasztás is ugrásszerűen növekedett. A fogyasztás térnyerését elősegítette a drámai mértékben növekvő ipari foglalkoztatottak integrációs és adaptációs problémáinak megoldatlansága (Kovács, 1991), valamint az alacsony iskolázottságú társadalmi csoportok megbirkózási képességeinek hiánya (Józan, 2003).

A belkereskedelem és a vendéglátás is érdekelt volt a szeszesital-fogyasztás növekedésében, mivel az élelmiszerek többnyire kötött ára miatt elsősorban a szeszesitalok értékesítéséből származott nyeresége. Hazánkban kínálatkorlátozó intézkedésekre csak a nyolcvanas években került sor. Ezek azonban sokkal kevésbé voltak olyan radikálisak, mint a mintaadó Szovjetunióban, és a rövid távú költségvetési érdekek nálunk is a kezdeményezés elhalásához vezettek (Andorka, 1994).

Az Andorka Rudolf (1994) által hivatkozott adatok szerint 1956 és 1981 között az alkoholfogyasztás háromszorosára nőtt Magyarországon, és az égetett szeszesitalok előretörésével jelentősen átalakult a fogyasztás összetétele is.

Az alkoholfogyasztás mennyiségének időbeli változása rendszerint tükröződik a halálozási ráta változásában. Ennek ellenére Magyarországon a cirrózis okozta halandóság változását nem magyarázta az alkoholfogyasztás időbeli alakulása (Ramstedt, 2007). A kapcsolat hiányát több tényező is okozhatja. Egyrészt felvethető a fogyasztási adatok pontatlansága (alulbecsültsége), másrészt a makroadatokat nem részletezik a fogyasztás társadalmon belüli variabilitását. Továbbá komoly érvek szólnak amellett is, hogy a magas alkohol miatti halandóság hátterében az alkohol toxicitásának, a rossz minőségű, házilag előállított szeszesitalok fogyasztásának fontos szerepe lehetett (Szűcs et al., 2005; Elekes, 2014).

ISKOLÁZOTTSÁG ÉS ALKOHOL

Mint számos más egészséggel kapcsolatos magatartást, az alkoholfogyasztás mintázatát is erősen befolyásolja az iskolázottsággal, a foglalkozási helyzettel, a jövedelemmel leírható szocioökonómiai státus. A nemzetközi tapasztalatok azt mutatják, hogy az alkohollal kapcsolatos társadalmi és egészségi problémák gyakoribbak, a halandóság pedig szignifikánsan magasabb az alacsony szocioökonómiai státusú csoportokban (Mackenbach et al., 2015). Egy kortárs vizsgálat eredményei azt mutatják, hogy az iskolai végzettség szerinti abszolút és relatív halandósági különbségek is nagyobbak Kelet-Európában, mint Európa nyugati országaiban (Mackenbach et al., 2015).

Az alkoholfogyasztás és alkoholos halandóság társadalmi különbségei a hatvanas évek óta ismertek Magyarországon. Andorka és munkatársai a hatvanas évek közepén, hétezer budapesti intézetben kezelt alkoholbeteg adatát dolgozták fel, de nem találtak különbséget az egyes társadalmi és iskolázottsági csoportok között (Andorka et al., 1968). Későbbi elemzések azonban már a társadalmi hierarchiában betöltött pozíció szerint szerveződő kockázatokra, a hátrányosabb társadalmi helyzetű rétegek gyakoribb alkoholfüggőségére mutatnak rá (Andorka, 1990).

Elekes Zsuzsanna és Liptay Gabriella (1987) elemzése azt mutatta meg, hogy a nagyivók aránya számottevően magasabb volt a szakmunkások és a kvalifikálatlan fizikai munkát végzők között. Ezzel szemben a mérsékelt fogyasztók jellemzően magasabb iskolai végzettséggel rendelkeztek, közöttük gyakoribb volt a vezető, értelmiségi foglalkozású.

Miközben az alkoholfogyasztás és a szocioökonómiai státus kapcsolata jól dokumentált a hazai szakirodalomban, addig az alkohollal kapcsolatos halandóság társadalmi jellemzőiről kevesebb ismeretünk van. A fellelhető elemzések a fogyasztási szokásokkal konzisztens halandóságról, az alacsonyabb státusú csoportok sérülékenységéről számolnak be. A nyolcvanas évekből származó vizsgálatok azt mutatják, hogy az önkárosító magatartásformák közül az alkoholizmussal összefüggő májzsugoros halandóság mindkét nem esetében a szellemi foglalkozásúaknál volt legalacsonyabb, őket a munkások, majd a szövetkezeti parasztság követte (Andorka et al., 1986). Az alkoholos májzsugorodás és a társadalmi osztályok közötti kapcsolat részletesebb rétegséma mellett is a napjainkban jól ismert inverz kapcsolatot mutatta (Andorka, 1990). Egy hazai vonatkozású területi elemzés a depriváció szintje és az alkohol okozta májbetegségek okozta halálozások között talált szoros kapcsolatot a férfiaknál (Nagy et al., 2013).

ADATOK ÉS MÓDSZER

A tanulmányban szereplő halálozási adatok a Központi Statisztikai Hivatal népességregiszteréből (Demográfiai táblázó), a népesség adatok pedig az 1990-es és a 2011. évi népszámlálás adatállományából származtak. A halálozások esetében a három év halálozási eseteit, a census mellett az azt megelőző és követő évek adatát is figyelembe vettük, ezzel igyekeztünk a koréves halálozási adatok bizonytalanságát csökkenteni. A kockázati népesség valamennyi év esetében megegyezett, feltételeztük, hogy a népesség iskolázottság szerinti megoszlása a vizsgált időszakban korévenként identikus volt.

A halandósági táblákat befejezett iskolai végzettség szerint a 25–90 éves korévekre határoztuk meg. Az iskolarendszer sajátosságai miatt négy iskolai végzettség elemzésére (kevesebb mint nyolc osztály, legfeljebb szakmunkás végzettségűek /8–11 év/, érettségizettek /12–13 év/ és diplomások /15≤/) nyílt lehetőségünk.

A szakmunkásképzés csak a hatvanas évek elején indult el Magyarországon, ezért esetükben a felnőttkori életszakasz egészére halandósági tábla nem számítható. Mivel a szakmunkások halandósága leginkább az alacsonyabb iskolai végzettségűekkel mutat hasonlóságot, ezért őket a legfeljebb nyolc osztályt végzettekkel vontuk össze. A második időszakban (2009–2011) a halálozási rekordok 7,7%-ánál az iskolai végzettség ismeretlen volt. A hiányzó adatokat a legközelebbi szomszéd módszerével pótoltuk.

Tanulmányunkban nyolc fontosabb betegségcsoport szerepel. Az alkohollal kapcsolatos halálokok között szerepelnek azok, amelyek közvetlenül és döntően az alkoholnak tulajdoníthatóak (alkohol okozta mentális és viselkedés zavarok, BNO-9: 291, 303, 305; BNO-10: F10, alkoholos polineuropátia 375.5; G62.1, alkoholos kardiomiopátia 425.5; I42.6, alkoholos gasztritisz (gyomorhurut) 535.3; K29.2, alkoholos májbetegségek 571.0–571.3; K70, alkoholos idült hasnyálmirigy-gyulladás 577.1; K86.0–K86.1, balesetszerű mérgezés alkohol által E860; X45, szándékos önmérgezés alkohol által 9509; X65, nem meghatározott szándékú mérgezés alkohol által 9809; Y15). Hasonlóan diverz betegségeket ölel fel a dohányzás okozta halálokok csoportja (ajak, szájüreg, garat I40–I50; C00–C14, gége I61; C32, légső, hörgő, tüdő rosszindulatú daganata I62; C33–C34, idült alsó légúti betegségek 490–494, J40–J44). Ezekon kívül a keringési rendszer megbetegedéseit (szív- és agyérbetegségek), a nem dohányzásos eredetű rosszindulatú daganatok okozta halálozásokat, a nem alkoholos eredetű emésztőrendszeri betegségeket, a külső okokat, továbbá az egyéb, máshova nem sorolt halálokokat vettük figyelembe.

Az elemzés a standardizált halandósági arányszámok mellett különböző halandósági táblán alapuló mutatók segítségével történt. A halandósági tábla típusú elemzés előnye, hogy az élettartamban kifejezett abszolút különbségek, a relatív kockázatokkal és a standardizált mutatókkal ellentétben pontosabb képet adnak az egyes eltérések jelentőségére vonatkozóan, és bárki számára könnyen értelmezhetők.

Az élettartam-különbségeket a Evgeny Andreev és szerzőtársai által kidolgozott algoritmus (Andreev et al., 1982) alapján bontottuk fel. Az eljárás lehetővé teszi két eltérő iskolázottságú csoport élettartam-különbségeinek korévenkénti meghatározását és ezeknek a különbségeknek halálokok szerint történő felbontását is. A koréves eredményeket a könnyebb értelmezhetőség érdekében ötéves korcsoportokba vontuk össze. Az összehasonlítás alapjául a felsőfokú végzettséggel rendelkező iskolázottsági csoportot választottuk, amely a legkedvezőbb túlélési valószínűséggel, így a legmagasabb várható élettartammal rendelkezett mindkét megfigyelt időszakban, nemtől függetlenül.

A halálozáskori átlagos életkort és a halálozások valószínűségét halálokok szerint többszörös kilépési táblák segítségével mutatjuk be, feltételezve, hogy a teljes halandóság additív módon szeparálható (Preston et al., 2001).

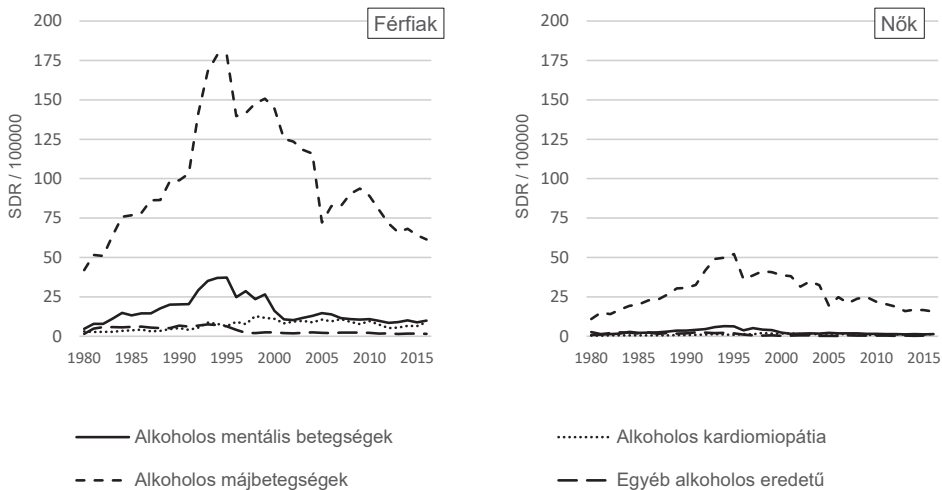
A halálozásokban tapasztalható egyenlőtlenségekről további információt szolgáltat az élettartam-egyenlőtlenség mutató (life disparity), amely az átlagos várható élettartamot méri a halál bekövetkezésének pillanatában, azaz megmutatja, hogy mekkora várható élettartamtól esik el a vizsgált népesség a halálozás következtében.

Az alkoholos halálozás sokkal gyakoribb a férfiak körében, mint a nőknél, ezért terjedelmi okok miatt elemzésünkben főképp a férfiak eredményeire fókuszálunk.

EREDMÉNYEK

Az alkohollal kapcsolatos halandóság alakulása Magyarországon

A közvetlenül az alkoholnak köszönhető halálokok közül az alkohol okozta májbetegségek dominanciája meghatározó Magyarországon (1. ábra). A férfiaknál jelentősebbnek mondható az alkoholos mentális betegségek, illetve az alkoholos kardiomiopátia is. Az időbeli trendek mindkét nem esetében hasonlóak, a kilencvenes évek közepéig meredek emelkedés mutatkozott az alkoholos halálozás szintjében, amit ugyancsak jelentős csökkenés követett. Valamennyi okot figyelembe véve a halálozási arányszámok napjainkban is magasabbak, mint a nyolcvanas évek elején.



1. ábra. Az alkohollal kapcsolatos halálokok standardizált arányszámjai a 25 éves és idősebb népesség körében, 1980–2016

(KSH Demográfiai táblázó adatai alapján, saját szerkesztés)

A vizsgált időszakban a különböző iskolázottságú csoportok tagjainak 25 éves életkorban várható élettartama a legalacsonyabb iskolázottságú nők kivételével emelkedett, a javulás mértéke azonban eltérő volt (1. táblázat). A legjelentősebb előrelépés az érettségizetteknél következett be, őket a diplomások, majd a legfeljebb szakmunkás, szakiskolai végzettségűek követték. A javulás differenciáltságának köszönhetően a magasabb iskolázottságú csoportok közötti élettartam-különbségek csökkentek, míg a szélső iskolázottságú csoportok között jelentősen nőttek. A diplomás férfiak 25 éves korban várható élettartama 2011-ben 54,25 év volt, a befejezetlen általános iskolai végzettségűeké ennél közel tizenöt évvel kevesebb, mindösszesen 38,46 év, míg korábban a különbség „csak” 11,8 év volt. A nőknél szintén markáns divergencia figyelhető meg, a legmagasabb és a legalacsonyabb iskolázottságúak közötti különbség 6,1 évről 10,5 évre emelkedett, és mérsékelten ugyan, de nőtt a legfeljebb szakmunkás végzettségűek leszakadása is. Ugyanakkor fontos hangsúlyozni, hogy az alapfokú képzettséggel sem rendelkezők egyre kisebb arányát alkotják a társadalomnak.

1. táblázat. A 25 éves és idősebb korban várható élettartam befejezett iskolai végzettség szerint, az 1989–1991 és 2010–2012 években

Iskolai végzettség	Férfiak		Nők	
	1989–91	2010–12	1989–91	2010–12
Kevesebb mint 8 osztály	38,46	39,65	48,10	47,32
Legfeljebb szakmunkás vagy szakiskola	40,16	44,51	50,24	53,27
Érettségizett	44,48	50,67	50,09	56,24
Diplomás	49,23	54,25	54,23	57,77
Együtt	42,14	47,00	50,31	54,25

(A KSH Demográfiai táblázó és népszámlálási adatai alapján, saját számítás)

ÉLETTARTAM-VESZTESÉG

A várható élettartam emelkedésével az élettartam-egyenlőtlenség mutató rendszerint csökken, köszönhetően annak, hogy a halálozás bekövetkezésének időpontja egyre közelebbi, azonos életkorokra sűrűsödik össze. Ha 1990-ben minden férfit egyszer, halálának pillanatában megmentettünk volna, átlagosan 21,8 évvel lett volna magasabb a várható élettartam, míg ez a mutató 2011-ben 17,74 év (táblázatban nem szerepel). A nőkre sokkal kisebb mértékű egyenlőtlenség jellemző, a halálokok életkor szerinti eloszlásában a mutató értéke 1990 környékén

14,52 év, két évtizeddel később 11,37 évre esett vissza. Ez azt is jelenti, hogy a két nem nagyon hasonló módon, 20 százalékkal kisebb élettartam-egyenlőtlenséget ért el 2011-re 1990-hez képest.

A vizsgált időszakokban a legnagyobb egyenlőtlenség a kevesebb mint nyolc osztályt végzett férfiak körében volt megfigyelhető (2. táblázat). A legfeljebb

2. táblázat. Átlagos élettartam-veszteség nemek és halálokok szerint

Halálokok	1989–1991				2010–2012			
	< 8	8–11	12–13	15≤	< 8	8–11	12–13	15≤
Férfiak								
Daganatok	2,35	2,79	3,01	2,82	2,50	2,70	2,67	2,46
Agyérbetegségek	2,69	2,29	1,70	1,31	2,03	1,45	0,90	0,63
Szívbetegségek	7,75	6,95	6,25	4,98	7,30	5,63	4,06	3,11
Egyéb emésztőrendszeri	0,83	0,90	0,82	0,66	0,96	0,61	0,41	0,41
Alkoholos	1,72	1,83	1,14	0,73	0,90	1,40	0,84	0,65
Dohányzások	3,40	2,70	2,01	1,49	3,84	2,86	1,70	1,15
Külső okok	4,05	4,42	3,46	2,90	2,04	3,84	2,78	2,08
Egyéb	2,58	1,34	1,04	0,80	4,72	1,63	1,12	0,89
Összesen	25,37	23,23	19,44	15,70	24,28	20,12	14,48	11,37
Nők								
Daganatok	2,63	3,50	4,15	3,66	2,23	2,99	3,17	3,25
Agyérbetegségek	2,04	1,81	1,48	1,06	1,43	1,00	0,62	0,48
Szívbetegségek	5,39	4,23	3,65	2,78	5,20	3,47	2,22	1,73
Egyéb emésztőrendszeri	0,56	0,74	0,61	0,38	0,56	0,46	0,37	0,23
Alkoholos	0,80	0,96	0,68	0,34	0,30	0,51	0,35	0,23
Dohányzások	1,33	0,81	0,97	0,88	3,02	1,36	1,01	0,79
Külső okok	1,46	1,91	1,98	1,78	0,78	1,21	1,10	0,94
Egyéb	2,37	1,12	1,00	0,75	4,22	1,55	0,93	0,74
Összesen	16,59	15,08	14,52	11,63	17,74	12,56	9,77	8,40

(A KSH Demográfiai táblázó és népszámlálási adatai alapján, saját számítás)

szakmunkás végzettségű férfiakra számított mutató 1990-ről 2011-re közel 3,11 évvel csökkent, de még mindig kiugróan magasnak számít. A különböző iskolázottsági csoportokat tekintve a legnagyobb egyenlőtlenségcsökkenés az érettségizettek között fordult elő, 4,96 a férfiak, illetve a nők esetében 4,75 évvel kisebb érték a korábbi adathoz mérten. A kevesebb mint nyolc osztályt végzett nők számára az egyenlőtlenség nőtt. Míg 1990-ben átlagosan 16,59 életévet vesztek a halálozásnak köszönhetően, addig 2011-ben ez a mutató már 17,74 életév volt.

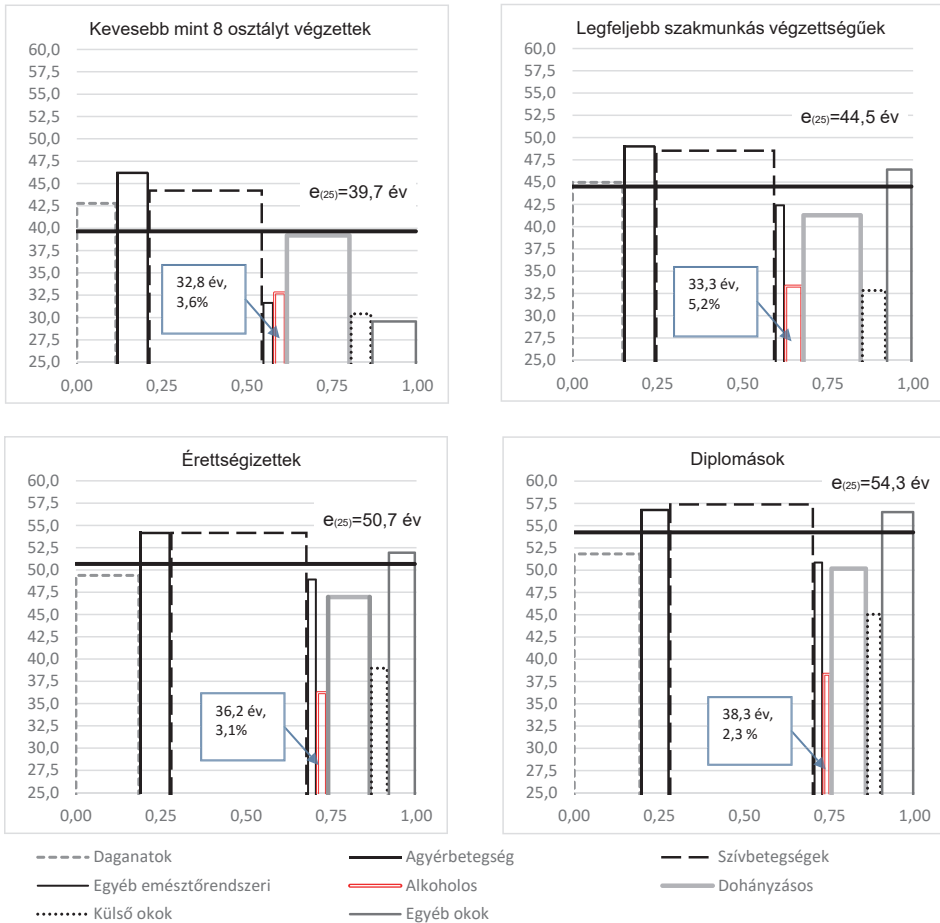
Az egyes halálokok szerinti felbontást megvizsgálva látható, hogy az alkohol hatása az elvesztett élettartamokra 2011-re jelentősen csökkent. Korábban, a diplomával rendelkezőket kivéve, az alkoholfogyasztáshoz köthető halálesetek több mint egy évvel növelték az elvesztett életévek számát a férfiak esetében. 2011-ben azonban csak a legfeljebb szakmunkás bizonyítvánnyal rendelkezők esetében volt kiugróan magas ez az érték. A nőknél a két alacsonyabb végzettségű csoport számára jelentősebb az alkohol hozzájárulása az élettartam-egyenlőtlenséghez, de 2011-re a különböző iskolai végzettségű csoportok közötti különbségek jelentősen csökkentek. Mindkét nemnél elsősorban a keringési rendszer megbetegedései, a daganatok és a külső okok a meghatározóak. Az alacsonyabb iskolázottságúaknál a dohányzásos eredetű halálozások és az egyéb okok is jelentősen növelik az élettartam-veszteséget.

Többszörös kilépési táblák eredményei

A többszörös kilépési táblák lehetővé teszik a konvencionális halandósági táblák komponenseikre (halálokokra) történő felosztását. Az ilyen típusú tábla információt ad a meghaltak halálokok szerinti átlagos halálozási koráról és az egyes halálokok halálozási valószínűségéről. E két komponens súlyozott aritmetikai átlaga a várható élettartam.

Az alkohollal kapcsolatos halálokokban meghaltak átlagos életkora az elemzett halálokok közül a legalacsonyabbak közé tartozik, és messze elmarad az átlagosan várható élettartamtól. Jelentősen alacsonyabb a keringési rendszer és a daganatos betegségekben meghaltak átlagos korától, amelynek áldozatai tipikusan az idősebb életkorúak közül kerülnek ki (2. ábra). Az iskolai végzettség emelkedésével a halálozási életkor rendszerint az alkoholos eredetű halálozásoknál is emelkedik. Egyúttal a halálozás valószínűsége csökken, ami az alkoholabúzus iskolázottsági csoportok szerinti különbségét jelzi.

Az alkohollal kapcsolatos halálokokban meghaltak átlagos életkora a férfiaknál közel öt évvel emelkedett minden iskolai végzettségi kategóriában 1990-hez képest. Mivel a vizsgált periódus alatt a kialakult májcirrózis terápiájában jelentős előrelépés még nem történt, így jó okunk van feltételezni, hogy az alkoholfogyasztás mennyiségi és minőségi változása is hozzájárulhatott a javuláshoz. Ezzel párhuzamosan az alkoholos halálozások valószínűsége a három alacso-



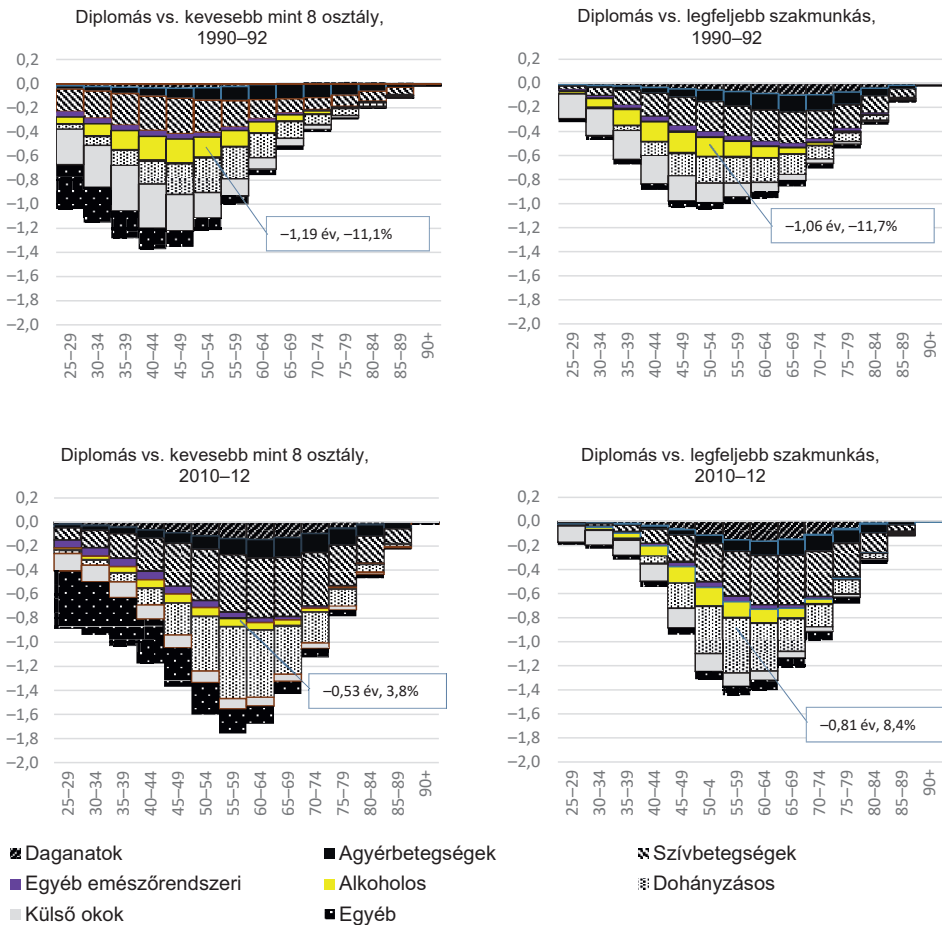
2. ábra. A különböző iskolázottságú férfiak átlagos halálzási kora és az egyes halálokok bekövetkezési valószínűsége, 2010–2012

(A KSH Demográfiai táblázó és népszámlálási adatai alapján, saját szerkesztés)

nyabb iskolai végzettségi kategóriába tartozó férfiaknál csökkent (2,3, 0,7 és 0,2 százalékponttal). Annak a valószínűsége, hogy egy diplomás férfi az alkoholos eredetű halálokok valamelyikében hal meg, mindössze 1,7% volt a kilencvenes évek elején, és ettől alig magasabb (2,3%) két évtizeddel később. Az eredmények megerősítik a bevezetőben megfogalmazott állítást, miszerint az alkohol okozta halandóság az alacsony végzettségű csoportokat fenyegeti leginkább. A nőknél az alkoholos halandóság szerepe lényegesen visszafogottabb, amit a halálzási valószínűségek jóval alacsonyabb (2% és alatti) értékei is jeleznek.

A halandósági táblák életkor és halálokok szerinti dekomponálásának tapasztalatai

A létező legjobb gyakorlatot mutató diplomásokhoz képest az alacsonyabb iskolázottsági csoportok élettartam-vesztéséhez az alkoholos halandóság eltérő mértékben járult hozzá (3. ábra). A kilencvenes évek elején az alkoholnak köszönhető veszteség a két legalacsonyabb iskolázottságú csoportban meghaladta az összes élettartam-vesztés tizedét (1,2-1,1 év), míg a diplomások és az érettségizettek közötti abszolút különbség már akkor is jóval szerényebb volt (0,4 év). Két évtizeddel



3. ábra. Az egyes halálokok korcsoportonkénti hozzájárulása a diplomások és az alacsonyabb iskolai végzettségű férfiak élettartamának különbségéhez

(A KSH Demográfia táblázó és népszámlálási adatai alapján, saját szerkesztés)

később az élettartam veszteség 0,5, 0,8 és 0,2 évre csökkent. Az alacsonyabb iskolázottságú csoportok élettartam-különbségének kevesebb mint tizedét magyarázza már csak az alkoholos halandóság. Mivel az alkohol áldozatai fiatalabb életkorban hálnak meg, emiatt a szocioökonomiai csoportok közötti különbségek túlnyomó része még a gazdaságilag aktív életkorban, leginkább negyven és hatvan év között figyelhető meg. Az alacsony iskolázottságú népesség tagjainak a diplomásokhoz képest jóval alacsonyabb élettartamát a szív- és érrendszeri megbetegedések, a dohányzásnak köszönhető halálokok okozzák, míg a fiatalabb életszakaszban a halálozások külső okai is jelentős szerepet töltenek be. A férfiakhoz képest a nőknél az alkoholos halandóságnak az élettartam-különbségek létrejöttében játszott szerepe jóval csekélyebb volt. 1990-ben a diplomás és a két legalacsonyabb végzettségű csoport közötti különbség 0,4 év volt, amely 0,1-0,2 évre esett vissza. A nőknél a keringési rendszer megbetegedései okozta halálozások mellett, a dohányzós eredetű és egyéb okokat követően lehet a daganatok szerepét említeni.

ÖSSZEFOGLALÁS

Tanulmányunk a felnőttkori halandóság teljes életkorszegmensét tárgyalta demográfiai módszerek segítségével. Az alkoholos halandóság makrotrendjei, a halandóságítábla-mutatók, valamint az iskolázottsági csoportok közötti különbségek mérséklődése az alkohol szerepének visszaszorulására utalnak. A javulás az iskolázottsági csoportok mindegyikét előnyösen érintette, annak ellenére, hogy a legfeljebb általános iskolát végzett vagy szakmunkás, illetve az érettségizett és diplomával rendelkező népesség élettartam-különbségei ugyanezen idő alatt növekedtek.

Az alkoholos halandóság alapvetően követte a szocioökonomiai státus változását, az iskolázottság emelkedésével csökkent az alkoholos halandóság élettartamra gyakorolt negatív hatása. Az a kivételnek számító eredmény, hogy az általános iskolát be nem fejezők a szakmunkásokénál alacsonyabb alkohol okozta halandósággal rendelkeztek 2011-ben, konzisztens lehet azzal a megfigyeléssel, amely cáfolja, hogy a leginkább marginalizált csoportok többlethalandóságát az alkohol okozná (Kósa et al., 2007).

Bár nemzetközi összehasonlításban az alkohollal kapcsolatos halandóság továbbra is kiemelkedően magas Magyarországon, a direkt okok egyre mérsékeltebb szerepet játszanak az élettartam-különbségek alakításában. Elsősorban a keringési rendszer megbetegedései okozta halálozások, a rosszindulatú daganatok, a *man made* betegségek közül a dohányzással kapcsolatos halandóság tölt be kulcsfontosságú szerepet.

A tanulmány eredményei világosan mutatják, hogy az iskolázottabbak nem csupán magasabb várható élettartamra számíthatnak, hiszen halálozásuk ugyana-

zon megbetegedés esetében is később következik be, hanem haláluki struktúrájuk is több ponton eltér a kevésbé képzettekétől. Az egészségpolitikai célkitűzéseknek a mennyiségi különbségek leküzdése mellett számolni kell a kvalitatív jellegű különbségek meglétével is.

Tanulmányunkban az alkoholos halandóságot közvetlenül az alkoholnak tulajdonítható halálokokkal azonosítottuk, azon okokkal, amelyeknek legnagyobb hányadát az alkohol okozza. Ugyanakkor a mértéktelen alkoholfogyasztás a betegségek jóval szélesebb körét is érinti. Például az általunk dohányzásos eredetű halálokok közé sorolt fej-nyak régióhoz tartozó daganatos megbetegedések etiológiájában a töményszesz-fogyasztás is fontos szerepet játszik. Hasonlóan, a túlzott alkoholfogyasztás is a keringési rendszer megbetegedéseit okozó kockázati tényezők között szerepel. Az említett okok figyelmen kívül hagyása miatt bizonyosan alábecsültük az alkoholizmus halandóságban betöltött szerepét, de az általános trendek alapirányzatát ez nem befolyásolja.

IRODALOM

- Andorka R. (1990): Adalékok az alkoholizmus és az öngyilkosság társadalmi rétegek közötti különbségeinek kérdéséhez. *Alkohológia*, 21, 1, 31–39.
- Andorka R. (1994): Alkoholizmus és alkoholpolitika. In: Münnich I. – Moksony F. (szerk.): *Devianciák Magyarországon*. Budapest: Közélet Kiadó, 266–297.
- Andorka R. – Buda B. – Donga K. et al. (1986): *Társadalmi beilleszkedési zavarok Magyarországon*. I–II. Budapest: Kossuth Kiadó
- Andorka R. – Cseh-Szombathy L. – Vukovich Gy. (1968): *Alkoholizmus*. (KSH Népegyetudományi Kutató Intézet Közleményei 24) Budapest: KSH NKI
- Andreev, E. M. et al. (1982): Metod komponent v analize prodoljitelnosty zjizni. [The Method of Components in the Analysis of Length of Life]. *Vestnik Statistiki*, 9, 42–47.
- Bosetti, C. – Levi, F. – Lucchini, F. et al. (2007): Worldwide Mortality from Cirrhosis: An Update to 2002. *Journal of Hepatology*, 46, 827–839. DOI: 10.1016/j.jhep.2007.01.025
- Chenet, L. – McKee, M. – Fulop N. et al. (1998): Changing Life Expectancy in Central Europe: Is There a Single Reason? *Journal of Public Health Medicine*, 18, 3, 329–336. <https://bit.ly/2Nxi-3CA>
- Cockerham, W. C. (1997): The Social Determinants of the Decline of Life Expectancy in Russia and Eastern Europe: A Lifestyle Explanation. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 2, 11, 7–30. DOI: 10.2307/2955420, <https://bit.ly/2Qtu070>
- Elekes Zs. (2014): Hungary's Neglected Alcohol Problem? Alcohol Drinking in a Heavy Consumer Country. *Substance Use & Misuse*, 49, 12, 1611–1618. DOI: 10.3109/10826084.2014.913396
- Elekes Zs. – Liptay G. (1987): Az alkoholfogyasztás és más deviáns viselkedési formák elterjedése Magyarországon. In: Kolozsi B. – Münnich I. (szerk.): *A társadalmi beilleszkedés zavarainak kutatása*. (Tájékoztató Bulletin 11) Budapest: A társadalmi beilleszkedés zavarainak kutatása Programtanácsa
- Józan P. (2003): *Az alkohol hatása a halandóságra Magyarországon, 1970–1999*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal Nemzeti Népesedési Program

- Kósa Zs. – Széles Gy. – Kardos L. et al. (2007): A Comparative Health Survey of the Inhabitants of Roma Settlements in Hungary. *American Journal of Public Health*, 97, 5, 853–859. DOI: 10.2105/ajph.2005.072173, <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2005.072173>
- Kovács K. (1991): Az alkoholkérdés megoldásainak a kísérletei Magyarországon – Az intézményrendszer fejlődésének főbb tendenciái (különös tekintettel az 1945 utáni korszakra). In: Münich I. – Kolozi B. (szerk.): *Társadalmi Beilleszkedési Zavarok (Bulletin XX. A)* 132–197. Budapest: Társadalmi beilleszkedési zavarok c. kutatás Programirodája.
- Lapis K. (2002): Az alkoholos májcirrhosis és egyéb alkoholos eredetű májbetegségek. *Magyar Tudomány*, XLVIII, 4, 472–488. http://epa.oszk.hu/00700/00775/00041/pdf/EPA00691_magyar_tudomany_2002-04_472-488.pdf
- Mackenbach, J. P. – Kulhánová, I. – Bopp, M. et al. (2015): Inequalities in Alcohol-related Mortality in 17 European Countries: A Retrospective Analysis of Mortality Registers. *PLOS Medicine*, DOI:10.1371/journal.pmed.1001909, <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001909>
- Meslé, F. (2004): Mortality in Central and Eastern Europe: Long-term Trends and Recent Upturns. *Demographic Research Special Collection*, 2, 3, 45–70. DOI: 10.4054/DemRes.2004.S2.3, <https://www.demographic-research.org/special/2/3/s2-3.pdf>
- Nagy Cs. – Juhász A. – Papp Z. et al. (2013): Hierarchical Spatio-temporal Mapping of Premature Mortality Due to Alcoholic Liver Disease in Hungary. *European Journal of Public Health*, 24, 3, 827–833. DOI: 10.1093/eurpub/ckt169, <https://academic.oup.com/eurpub/article/24/5/827/475685>
- Preston, S. – Heuveline, P. – Guillot, M. (2001): *Demography Measuring and Modeling Population Processes*. Willey-Blackwell
- Ramstedt, M. (2007): Population Drinking and Liver Cirrhosis: Is There a Link in Eastern Europe? *Addiction*, 102, 8, 1212–1223. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2005.01009.x
- Szűcs S. – Sárváry A. – Mckee, M. et al. (2005): Could the High Level of Cirrhosis in Central and Eastern Europe Be Due Partly to the Quality of Alcohol Consumed? An Exploratory Investigation. *Addiction*, 100, 536–542.

DROGFOGYASZTÁS ÉS FELNÖTTÉ VÁLÁS A FIATAL FELNÖTT POPULÁCIÓ KÖRÉBEN MAGYARORSZÁGON¹

DRUG USE AND TRANSITION TO ADULthood IN THE YOUNG ADULT POPULATION IN HUNGARY

Arnold Petra

PhD

petra.arnold@gmail.com

ÖSSZEFOGLALÁS

A tanulmány célja a drogfogyasztás és a posztadoleszcencia közötti kapcsolat vizsgálata a fiatal felnőtt populáció körében. A 2010-ben készült kvalitatív kutatás a 18–34 éves, tiltott szert soha nem használók, valamint az alkalmi és problémás használók csoportjait célozza meg. Az eredmények szerint mind a három csoport mutat posztadoleszcens jellemzőket, illetve mindhárom csoport narratíváiban fellelhetőek olyan tényezők, amelyek sérülést eredményezhetnek a felnőtté válás során. Az egyes csoportok közötti különbség a posztadoleszcencia intenzitása és a felnőtté válás sérülésében való érintettség mértéke alapján érhető tetten. A problémás fogyasztók hamarabb indulnak el a felnőtté válás útján, jellemzően kényszerpályán történő mozgás miatt, és ők sérülnek leginkább a felnőtté válás során. Az alkalmi és nem használók esetében általában nem külső kényszer, hanem belső késztetés útján történnek meg a felnőtté válás irányába az első lépések, és esetükben kevésbé tapasztalhatók identitásfejlődést hátráltató tényezők. A nem fogyasztók és az alkalmi fogyasztók állnak legközelebb, és a problémás fogyasztók állnak legtávolabb a felnőtté válástól.

ABSTRACT

The object of the study is to analyze the relation between drug use and post-adolescence in the young adult population. The qualitative research carried out in 2010 focuses on youth (18–34) who never used illicit drugs; who are occasional or problematic drug users. According to the results all three groups' interviewees can be described with post-adolescent features. All three groups' narratives show factors which may damage the transition to adulthood. What makes the groups different though is the degree the interviewees are involved in post-adolescence and to what extent their transition to adulthood is damaged. Problematic users move into the adult stage earlier than the other two groups' interviewees as a consequence of certain external circumstances. They are the ones being harmed the most during the transition to adulthood. On the contrary, non-users

¹A tanulmányban bemutatott kutatás a Szociális és Munkaügyi Minisztérium támogatásával, a „Kábítószer-problémával kapcsolatos vizsgálatok, kutatások támogatására (KAB-KT-09)” program keretében valósult meg.

and occasional users are not under such pressure but are motivated to make the first steps on their own to become an adult. Among non-users and occasional users there are less factors which may affect the identity development. Non-users and occasional users are the ones closest to reach the adult status and problematic users are far away of becoming adult.

Kulcsszavak: drogfogyasztás, posztadoleszcencia, identitás, kvalitatív kutatás, felnőtté válás, megalapozott elmélet

Keywords: drug use, post-adolescence, identity, qualitative research, transition to adulthood, grounded theory

BEVEZETÉS

Az új évezredben egy új típusú kultúra, civilizáció kibontakozásának vagyunk tanúi, amelyet posztmodern civilizációnak neveznek. E kibontakozóban lévő posztmodern kultúra „terméke” egy olyan ifjúság, amely életstílus, értékrend, magatartás, mentalitás tekintetében eltér a hagyományos civilizáció fiataljaitól. A tanulás, munka világában, a nemi szerepekben, a párkapcsolatokban, a szexuális magatartásban, illetve a mentalitásban történő változások mind azt mutatják, hogy egy újfajta ifjú nemzedék kialakulása figyelhető meg napjainkban, amelyet a szakirodalom új ifjúságnak (Somlai, 2007), posztadoleszcenseknek (Keniston, 1968) nevez.

Az egyes életszakaszok közötti átmenetek nehéz időszakok, ugyanis az egyénnek minden életszakaszban különböző feladatokkal, kihívásokkal kell megküzdnie (Erikson, 1968). Több elmélet is hangsúlyozza, hogy az identitásfejlődés egy életen át tartó folyamat. Azonban a legkritikusabb, legválságosabb időszaknak a serdülőkorból a felnőttkorba való átmenet tekinthető. Ebben az időszakban történik az egyik legnagyobb pszichoszociális változás: a fiatal ekkor lép ki a serdülőkorból; ekkor történik meg a szülői háztól való leválás; ekkor alakul ki az egyén életminősége, értékrendje, életmódja, identitása, vagyis az egyén helye a társadalomban; ebben az életszakaszban kell – a lehetőségek özőnében – jövőt meghatározó döntéseket hoznia, elsősorban a hivatás és a párválasztás területén.

A posztadoleszcens életszakasz egy hosszabb átmenet a serdülőkor és a felnőttkor között, amikor a fiatalok bizonyos szempontból még a serdülőkhöz, más szempontból azonban már a felnőttekhez tartoznak (Vaskovics, 2000). A posztadoleszcens életszakasz a serdülőkor, a serdülőkori normatív krízis és az identitáskeresés időszakának elhúzódását is jelenti egyben, amely bizonytalanságot eredményez az egyén életében (Stone et al., 2012). A hosszabb átmenet egy tartósan „státusz nélküli”, „sehol nem levés” állapot (Gennep, 2007), ami szintén bizonytalansággal jár.

A serdülőkorból a felnőttkorba való átmenet akkor tud zökkenőmentesen lezajlani, ha intézményi keretekhez kötött (Erikson, 1968), azonban a posztmodern korban a fiatalok kikerültek azon társadalmi intézmények – család, iskola, társadalmi szervezetek – alól, amelyek az előző korszakban többnyire erősen kontrollálták életüket. Az Ulrich Beck (2003) által kockázat-társadalomnak nevezett új korban a lehetőségek közötti választásokhoz, döntésekhez többé már nem nyújtanak segítséget a hagyományos intézmények. Ennek eredménye, „hogy az emberek egyre mélyebben bonyolódnak az elbizonytalanodás, a kínzó kérdések és az önmagukról való megbizonyosodás labirintusába” (Beck, 2003, 177.), és egyre fontosabb számukra az önmegvalósítás, a személyes képességek kibontakoztatása. A hagyományos civilizáció fiataljai számára kiszámíthatóbb volt a jövő, amely ugyan „korlátozta az egyén szabadságát, hiszen akadályozta a helyesbítéseket és változtatásokat, de az állandóság ígéretét hordozta, és irányt adott a fiatalok előrelátásának” (Somlai, 2007, 39.). Régebben rituálék segítették az egyént az átmeneti, normatív krízises szakaszokban. A mai posztmodern társadalomban azonban hiányoznak ezek a rituálék (Demetrovics, 2010), így az egyénnek önállóan és egyedül kell megküzdenie az átmeneti élethelyzettel, hogy a következő életszakaszba léphessen. Azok a fiatalok pedig, akiknek nem sikerül megküzdniük a fiatal felnőttkor ezen kihívásaival, a köztes, „sehol nem levés” (Gennep, 2007) bizonytalan állapotban ragadhatnak.

A fenti tényezők együttesen bizonytalanságot eredményeznek az egyén életében, ami rizikótényezőként lép fel a különböző deviáns magatartásformák megjelenése szempontjából (Stone et al., 2012).

A tanulmány célja a drogfogyasztás és a posztadoleszcencia közötti kapcsolat vizsgálata szociológiai, valamint pszichoszociális dimenziók mentén a fiatal felnőtt népesség körében. Kísérletet teszek annak bemutatására, hogy az egyes drogfogyasztói csoportok – problémás fogyasztók, alkalmi fogyasztók és nem fogyasztók – a posztadoleszcens jellemzők (szociológiai dimenzió), valamint a felnőtté válás folyamatát befolyásoló tényezők (pszichoszociális dimenzió) alapján miben mutatnak különbségeket és hasonlóságokat.

A tanulmányban először bemutatom röviden a kutatás módszerét, ezt követően az eredményeket, a következtetéseket ismertetem.

MÓDSZER

A kutatás a 18–34 éves, tiltott szert soha nem használókat (továbbiakban nem használók), alkalmi és problémás használókat célozza meg. A szülői háztól való leválás esetében Vaskovics László (2000) elméletét alkalmaztam. A posztadoleszcencia egyéb jellemzői közé a munkavállalással, tanulásal, pár-

kapcsolattal, gyermekvállalással kapcsolatos tényezőket soroltam. A kutatás pszichoszociális pillére esetében Erik H. Erikson (1968) személyiségfejlődés elméletére támaszkodtam. A problémás droghasználókat a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) definíciója alapján határoztam meg², az alkalmi használókat pedig az Egyesült Államok Marihuána- és Drogabúzus Elleni Nemzeti Bizottsága (National Commission on Marijuana and Drug Abuse) által kialakított tipizálási mód segítségével definiáltam³. Nem használóknak azokat tekintetem, akik soha életükben semmilyen tiltott szert⁴ nem próbáltak ki. Mind a három drogfogyasztói csoport elérése hólabda és *net-working* technikák kombinációjával történt. A mintába kerüléshez szűrőkérdőívet alkalmaztam. A kutatásban való részvétel anonim és önkéntes volt. Bruttó minta 45 fő, nettó minta 42 fő. A kutatás kombinált technikával, mcadamsi életútinterjú módszerrel, valamint *face to face* és önkitöltős kérdőív együttes alkalmazásával valósult meg, 2010 tavaszán. A kérdőíveket SPSS segítségével dolgoztam fel, az interjúk elemzésénél a megalapozott elméletre (Glaser–Strauss, 1967) támaszkodtam.

EREDMÉNYEK

Szociológiai dimenzió

Közös fedél alól történő leválás

Az interjúalanyok döntő többsége elköltözött a szüleitől. A problémás fogyasztók vagy nagyon korán, vagy nagyon későn költöztek el otthonról. A problémás fogyasztók és a nem használók fiatalabb korban, átlagosan 18,7 évesen költöztek el otthonról, az alkalmi fogyasztók esetében valamelyest idősebben, átlagosan 21 évesen történt meg a közös fedél alól való leválás. Az eredmények arra engednek következtetni, hogy a közös otthonból való elköltözés alapján leginkább az alkalmi fogyasztók mutatnak posztadoleszcens jellemzőket.

² Problémás fogyasztó az, aki tartósan és/vagy rendszeresen fogyaszt opiát- és/vagy amfetaminszármazékokat és/vagy kokaint és/vagy bármilyen drogot intravénásan.

³ Alkalmi használaton a rekreációs jellegű szerhasználatot értem. Alkalmi fogyasztóknak tekintem azokat, akik a kérdezést megelőző évben 10–51 alkalommal fogyasztottak tiltott szert.

⁴ Tiltott szerek közé az EMCDDA ajánlásai figyelembevételével a következő szereket sorolom: kannabisz, ecstasy, amfetamin, kokain, crack, heroin, egyéb opiát, LSD, mágikus gomba, GHB. (Az újfajta pszichoaktív szerek a kutatás idején még nem robbantak be a drogpiacon.)

Anyagi függetlenség

A kutatás során elért droghasználók többsége, a nem használók fele anyagilag független a szülőktől. Az egyes csoportok közötti nagyobb eltérés a támogatás mértéke tekintetében tapasztalható: a szülőktől rendszeres támogatásban részesülő nem fogyasztók havi bevételének közel fele, az alkalmi használók esetében közel kétharmada a szülőktől származik, a problémás használók bevételének csak 10%-át teszi ki a szülői támogatás. E szempontból tehát leginkább a nem fogyasztók és az alkalmi fogyasztók mutatnak posztadoleszcens jellemzőket.

Önálló döntéshozatal

A mintába került problémás használók egyáltalán nem vonják be szüleiket a döntéshozatalba. A nem használók és az alkalmi használók fele egyedül hozza meg a döntéseket, a másik fele kikéri szülei véleményét, majd a döntést egyedül hozza meg. Ebből a szempontból tehát a nem fogyasztók és az alkalmi használók mutatnak leginkább posztadoleszcens jellemzőket, ugyanis leginkább ők vonják be szüleiket a döntéshozatalba.

Öntudatosulás

A szubjektív tényezőkre fókuszálva megállapítható, hogy a különböző fogyasztási kategóriában elért interjúalanyok közül a problémás használók mutatnak leginkább posztadoleszcens jellemzőket. E csoport tagjainak többsége nem tartja magát felnőttnek, míg a nem használók több mint fele úgy gondolja, hogy felnőtt. Az alkalmi használók a másik két csoport között helyezkednek el: kevésbé tudnak azonosulni a felnőtt képpel, mint a nem fogyasztók, de inkább mutatnak felnőttiségre utaló jeleket a problémás fogyasztókhoz viszonyítva.

Tanulmányok

A nem fogyasztók és az alkalmi fogyasztók hosszabb ideig folytatják tanulmányaikat, mint a problémás fogyasztók. Az alkalmi és nem fogyasztók mindegyike rendelkezik legalább érettségivel, a problémás fogyasztók közel háromnegyedének érettségi vagy annál alacsonyabb az iskolai végzettsége. A problémás használók többsége nem jár iskolába, az alkalmi használók fele, a nem fogyasztók több mint fele jelenleg is iskolába jár. Ezen iskolai jellemzők arra utalnak, hogy leginkább az alkalmi és nem fogyasztók, s legkevésbé a problémás fogyasztók bírnak posztadoleszcens jellemzőkkel. Az integrációs elméletekkel összhangban a problémás szerhasználók iskolai integráltsága alacsonyabb fokú az alkalmi és nem használókhoz viszonyítva, és ez hatással lehet a problémás szerhasználat kialakulására is.

Munkavállalás

A kutatás során elért problémás használók többsége jelenleg nem dolgozik, a másik két csoport többsége kereső tevékenységet folytat. Leggyakrabban a problémás használók váltanak munkahelyet, amely két tényezővel magyarázható: a posztmodern társadalom által közvetített életstílussal (könnyen, gyorsan lehet és kell változtatni), vagy a munkahelyről való eltanácsolással.

Az első rendszeres munka kezdetének átlagos életkora a problémás használók körében a legalacsonyabb: 16-17 éves korban vállalnak először munkát. A nem fogyasztók és az alkalmi használók átlagosan 20. évük környékén kezdenek el rendszeresen dolgozni. E különbség az alacsonyabb iskolai végzettségre vezethető vissza: a problémás használók az általános iskola, középiskola befejezését követően munkába állnak, a nem használók és az alkalmi fogyasztók pedig az esetek jelentős részében folytatják tanulmányaikat.

A munkaváltás gyakorisága, illetve a gazdasági aktivitás tekintetében leginkább a problémás fogyasztók mutatnak posztadoleszcens tüneteket, azonban az első rendszeres munka kezdetének átlagos életkora épphogy a másik két csoport posztadoleszcenciában való fokozott érintettségére utal. Mindemellett megfigyelhető az is, hogy a munkavállalással kapcsolatos eredmények harmonizálnak a klasszikus integrációs magyarázó elméletekkel: a munkavállalás kevésbé jelent integratív erőt a problémás használók körében a másik két csoporthoz viszonyítva, amely szerepet játszhat a problémás szerhasználat kialakulásában.

Párkapcsolat

A mintába került alkalmi és problémás fogyasztók a nem fogyasztókhöz képest fiatalabb korban létesítenek tartós, nem együtt élő, illetve élettársi kapcsolatot. Míg a nem fogyasztók kétharmada és az alkalmi fogyasztók fele jelenleg párkapcsolatban él, addig a problémás használók többsége nem él kapcsolatban. Az alkalmi fogyasztóknak volt eddig a legtöbb kapcsolatuk, amely fokozott posztadoleszcencia jelenlétére utal. Mind a három csoportban alacsony a házasságkötés száma, a nem fogyasztók körében a legmagasabb. A problémás fogyasztók közül négy interjúalanyuk van gyermeke, a másik két csoportból senkinek nincs gyermeke. Mint ahogy a narratívákból kiderült, a problémás fogyasztók körében a gyermekvállalás nem tervezetten, a megfelelő körülményeket megteremtve, hanem spontán módon történik, amely épphogy nem a felnőtt identitásra, hanem annak hiányára vall. A párkapcsolat szempontjából az eredmények ellentmondások: mindegyik csoport mutat posztadoleszcens jellemzőket, de összességében leginkább a drogfogyasztók.

Pszichoszociális dimenzió

Marginalizálódás

A narratívákban a marginalizálódás két megjelenési formája – a problémás viselkedés és a beilleszkedési nehézségek – fordul elő. A marginalizáció észlelése mentén húzható meg a problémás viselkedés és a beilleszkedési nehézségek közötti különbség: az előbbi esetben a kirekesztett helyzetet az interjúalanyok jellemzően nem észlelik – ők a „tudattalan kirekesztettek”, az utóbbi esetben az interjúalanyok a marginalizált helyzetet észlelik – ők a „tudatos kirekesztettek”. A marginalizált pozíció, a társas kirekesztettség – akár tudatos, akár tudattalan marginalizációról van szó – gátló tényezőt jelenthet az identitásfejlődésben (Conger, 1991) mind a három vizsgált csoportban.

A problémás fogyasztók majdnem mindegyike beszámol valamilyen problémás viselkedésről, de az alkalmi használók túlnyomó többségénél és a nem használók kevesebb mint felénél is előfordulnak problémás tünetek. Az iskolai közegbe való beilleszkedési problémák leginkább az alkalmi és a nem használók körére jellemzők: míg a nem használók és az alkalmi használók több mint fele, addig a problémás fogyasztók közül csupán néhányan élnek meg beilleszkedési nehézségeket. A problémás fogyasztók többsége tehát „tudattalan kirekesztett”, a nem használókra és az alkalmi fogyasztókra pedig fokozottabban jellemző a „tudatos kirekesztettség”.

Diszfunkcionális családmódel

A narratívák azt mutatják, hogy serdülőkorban a problémás használók majdnem mindegyike, az alkalmi használók többsége és a nem használók kevesebb mint fele a diszfunkcionális családmódel különböző aspektusairól számol be, amelyek gátló tényezőt jelenthetnek a személyiségfejlődésben. Az egyes drogfogyasztói csoportok közötti különbség a diszfunkcionális tünetek súlyosságában és intenzitásában érhető tetten. A problémás fogyasztók körében – a másik két csoporthoz viszonyítva – fokozottabban jellemző a fizikai és szóbeli agresszió jelenléte a családban. Ezzel szemben a nem használók és az alkalmi használók majdnem mindegyike olyan családban nevelkedik, amely érzelmi biztonságot nyújt számára, noha ez a két csoport is beszámol diszfunkcionális tünetek jelenlétéről. A nem használók és alkalmi használók körében a szülők nevelési módszere szabadabb, engedékenyebb, következetesebb a problémás fogyasztókhoz képest. Ez a nevelési módszer, korábbi kutatások szerint, egyrészt megfelelő táptalaja a személyiségfejlődésnek, a felnőtté válásnak, másrészt a problémás szerhasználat során is védőfaktort jelenthet. A problémás használók körében megfigyelhető diszfunkcionális tünetek (mint például agresszió, autokrata nevelés, túlzó óvás, az anyával való szimbiózis kapcsolat, az apa lelki és/vagy fizikai jelen nem léte) a korábbi kutatásokkal (Demetrovics, 2007) összhangban, a felnőtté válásban és

a droghasználat problematikus voltának megszüntetésében is gátló tényezőt jelenthetnek.

A problémás használók egy része serdülőkorban a szülők fizikai és/vagy lelki jelen nem léte miatt hirtelen felnőtté válik, érettségre kényszerül, amellyel nehezen tud megbirkózni. Az interjúalanyok másik részére jellemző a kölcsönös függőség, a leválásra való képtelenség mind a szülők, mind a problémás használók részéről. „Mindez azt jelenti, hogy a drogosok kirekesztése nem abban az értelemben jellemző, hogy a szülői társadalom, a mikrokörnyezet szegregálja őket a társadalmi környezettől, hanem abban, hogy akadályoztatja őket az életciklusuknak adekvát társadalmilag normatív leválás, autonómia megvalósításában” (Vingender, 2006, 175.).

A problémás fogyasztókkal szemben a másik két vizsgált csoport alanyai felnőttkorukra érzelmi függetlenséget, a szülőkkel harmonikus kapcsolatot tanúsítanak. Mindazonáltal néhány alkalmi és nem használó körében megfigyelhető, hogy a szülők nehezítik a leválást, a függetlenedést, nincsenek felkészülve az elengedésre, amely az alanyok számára szintén nehezítő tényezőt jelent a felnőtté válás folyamatában (Conger, 1991).

Krizishelyzetek

Mindhárom drogfogyasztói csoportra jellemző, hogy az interjúalanyok többségének az életében előfordul törés, krízis. Az egyes csoportok közötti különbség a törések intenzitásában, típusában, illetve az azokkal való megküzdés módjában van. A problémás használók körében figyelhető meg a legtöbb törés. Az ő szerhasználatuk jellemzően egy-egy traumaként megélt esemény után válik intenzívvé. Az interjúk során gyakran tapasztaltam, hogy a párkapcsolati szakítást a problémás használók nehezebben dolgozzák fel a nem használókhöz, illetve az alkalmi fogyasztókhöz viszonyítva, s ennek eredményeként intenzívebbé válik a drogfogyasztás. Néhány esetben előfordul, hogy a munkahely elvesztése törést jelent az interjúalany számára, amely – és több más tényező – eredményeként (újra) a drogokhoz fordul. Ez ellentmond Vingender István (2006) megállapításának, mely szerint a munka elvesztése a droghasználó számára kevésbé traumatikus élmény, mint a nem használók számára.

Az alkalmi és nem használók életében a problémás fogyasztókhöz hasonlóan előfordulnak törések, átmenetek. Az alkalmi és nem használók mintegy fele az érettségit követő válságos időszakról számol be, amely jellemzően a pályaválasztásban való elbizonytalanodás, a lakóhelyváltozás (kisvárosból nagyvárosba való költözés), az egyetem befejezése utáni tartósabb munkanélküliség miatt alakul ki. Az alkalmi és nem használók körében posztadoleszcencia jelenlétére utal, hogy fiatal felnőttkorban serdülőkori krízishez hasonló tünetek jelentkeznek. Ez a válságos időszak pánikrohamban, szorongásos tünetekben, intenzívebb szer- és/vagy alkoholhasználatban nyilvánul meg. Mindez megerősíti azt a korábbi megállapí-

tást, mely szerint az átmenet bizonytalansággal jár együtt, amely nagyobb rizikót jelent a szerhasználat, a deviáns magatartás szempontjából (Stone et al., 2012). Az elbizonytalanodás háttérében feltehetően egyrészt a társadalom által generált választások és lehetőségek sokaságának útvesztője áll, másrészt az elbizonytalanodás oka lehet az is, hogy a társadalom egy olyan képet közvetít, mely szerint a döntések nem véglegesek, gyorsan és könnyen lehet váltani, változtatni a munkában, szakmában, hivatásban, a kapcsolatokban (Somlai, 2013). Harmadrészt, az oktatási rendszer működésével is magyarázható a fiatalok elbizonytalanodása, ugyanis az oktatási rendszer nemigen segíti elő az iskolai átmenetet: a fiatalok gyakran úgy választanak egy szakképzési irányt, hogy pontosan nem tudják, mit szeretnének csinálni, illetve nincsenek tisztában azzal, hogy az adott szakképzés mit takar. A fenti tényezők nehezítik a fiatalok dolgát egy stabil identitás kialakításában, azaz a mai kor ifjú generációjának nehéz feladata van, amikor arra a kérdésre keresi a választ, hogy „Ki vagyok én?” (Somlai, 2013).

Az alkalmi és nem fogyasztók többsége – a problémás szerhasználókkal szemben – nem ragad benne a krízishelyzetekben. A krízishelyzetekkel jellemzően sikerül megküzdeniük, és a törések építően hatnak személyiségükre: a személyiségük töréspontok, átmenetek mentén formálódik és fejlődik. Az alkalmi és nem fogyasztók több mint fele arról számol be, hogy személyiségfejlődésen ment keresztül, ezzel szemben csupán egy problémás szerhasználó narratívája utal személyiségfejlődésre. Míg az alkalmi és nem fogyasztók a krízishelyzetet saját erővel, életvitel változtatással, önismeret-fejlesztéssel stb. küzdik le, addig a problémás szerhasználók intenzívebb szerhasználatot, azaz a belső elhárító mechanizmusok (elfojtás, tagadás) kiegészítéseképpen „drogelhárítást” alkalmaznak (Conger, 1991) a krízises helyzetek kezelésére. Ennek következményeként a krízishelyzetet követően a problémás használók még erősebb komplexusokkal, önértékelési problémákkal küszködnek, amely gátló tényezőt jelent az egyéni identitás megtalálásában (Conger, 1991). A problémás szerhasználók körében a korábbi kutatási eredményekkel (Conger, 1991) összhangban megküzdő képesség hiánya, maladaptív viselkedés figyelhető meg. Ezzel szemben az alkalmi és nem használókra jellemző a változásokra, kihívásokra való gyors és adaptív reagálás, a hatékony stresszkezelés, illetve megküzdő képesség, amelyek az érett személyiség indikátorának is tekinthetőek.

KÖVETKEZTETÉSEK

„A drogfogyasztó posztadoleszcens-e?” kérdésre részben igennel és részben nemmel tudok felelni – a kutatás eredményei alapján. Mind a három csoport mutat posztadoleszcens jellemzőket – megerősítve Somlai Péter (2013) megállapítását, mely szerint mára tömegével fordulnak elő a posztadoleszcens fiatalok. Jelen

vizsgálat eredményei arra engednek következtetni, hogy a posztadoleszcencia egy teljesen önálló életszakasznak tekinthető. Mindhárom csoport narratíváiban fellelhetőek olyan tényezők, amelyek sérülést eredményezhetnek a felnőtté válás során. Az egyes csoportok közötti különbség tehát nem a posztadoleszcenciában való érintettség vagy nem érintettség szerint, hanem a posztadoleszcencia intenzitása és a felnőtté válás sérülésében való érintettség mértéke alapján érhető tetten.

A problémás fogyasztók hamarabb indulnak el a felnőtté válás útján, azonban – mint ahogy a narratív elemzés mutatja – jellemzően nem saját döntés eredményeként, hanem a kényszerpályán történő mozgás miatt. Azért költöznek el otthonról, mert el kell költözni, azért hozzák meg egyedül a döntést, mert nincsenek jó viszonyban a szüleikkel, vagy nem is ismerik őket; azért kezdenek el korán dolgozni, mert anyagilag rászorulnak; azért váltanak gyakran munkahelyet, mert a munkáltató elbocsátja őket, stb.

Az alkalmi és nem használók esetében általában nem külső kényszer, hanem belső készítés útján történnek meg a felnőtté válás irányába az első lépések, és a mikrokörnyezet (család, iskola) támogatóbb a felnőtté válásban. A kényszer valamilyen szinten az alkalmi és nem használók körében is jelentkezik a társadalmi anomáliákból fakadóan: a lakásnélküliség, a munkanélküliség, a kedvezőtlen anyagi háttér nem saját döntés, hanem kényszerhelyzet eredménye, amely hátráltató tényezőt jelent a felnőtté válás útján. Az ebből fakadó frusztráció, feszültség eltérő magatartásmódokat generálhat, és nagyobb kockázatot jelenthet a deviáns viselkedések szempontjából. A társadalmi anomáliák miatt az alkalmi és nem használók körében a középiskola-egyetem átmenet fokozottan válságos időszaknak bizonyul, amely – a korábbi megállapításokat megerősítve – felhívja a figyelmet arra, hogy az iskolai átmenet, a felnőttkorba való átmenet szerhasználatától függetlenül nehéz időszak.

A problémás használók „kényszer felnőtté válásának” eredménye, hogy jelen pillanatban ők tekinthetőek legkevésbé felnőttnek, ők sérülnek leginkább a felnőtté válás útján, és a problémás használók körében a legjellemzőbb a kölcsönös függőség, a leválásra való képtelenség mind a szülők, mind a problémás használók részéről. A problémás használók jellemzően egy krízishelyzetben ragadt, státusz nélküli, „sehol nem levés” állapotban vannak. A problémás szerhasználók esetében a szociális kirekesztés, a munka, iskola stb. világából való izoláltság erős háttértényezője lehet egyrészt a szerhasználat, másrészt a posztadoleszcencia kialakulásának és fennmaradásának, a felnőtt identitás csorbulásának. „A posztadoleszcens élethelyzet önmagában is reprezentálhatja a kirekesztés jelenségét, hiszen olyan megfosztottságot tükröz, amely az önállósodás, a szülői családtól való fizikai-szociális emancipáció folyamatát gátolja, illetve odázza el” (Vingender, 2006, 175.). Mindezek együttesen – a szerhasználat, a posztadoleszcencia, a szociális kirekesztés – a hátrányos helyzet halmozódását

erősítik fel. A problémás fogyasztókkal szemben az alkalmi használók és a nem használók inkább mutatnak felnőtségre utaló jeleket, esetükben kevésbé tapasztalhatóak identitásfejlődést hátráltató faktorok, továbbá független, harmonikus kapcsolatuk van a szüleikkel. Jelen kutatás eredményei Kapitány Balázs (2006) megfigyeléseit támasztják alá: a posztadoleszcencia sokkal inkább egy kényszerpályán mozgó folyamat, amely a hátrányos társadalmi körülmények miatt válik tartóssá.

A kutatás eredményei jelzik, hogy a posztadoleszcens jellemzők a fiatal felnőtt populációban általánosan jelen vannak, és az ezzel járó bizonytalanság, a fentebb említett átmeneti nehézségek szerhasználatától függetlenül tetten érhetőek a fiatalok körében. A posztadoleszcens jellemzők fokozottabb jelenléte azonban elősegítheti a problémás szerhasználat kialakulását. Az eredmények megerősítik azt is, hogy az egészséges énkép, a megküzdő képesség, az önreflexió, az önismeret mind olyan tényezők, amelyek segítenek az átmenet átvészelésében, a felnőtté válásban, illetve abban is, hogy a szerhasználat kontrollált maradjon. Mindez felhívja a figyelmet az önismeretre, a megküzdő képesség fejlesztésére irányuló preventív programok fontosságára. A kutatás eredményei továbbá felhívják a figyelmet arra, hogy mind az elsődleges, mind a másodlagos szocializációs közegnek meghatározó szerepe van az egyén identitásfejlődésében, valamint a droghasználat tekintetében, nemcsak serdülőkorban, hanem a középiskola és az egyetem közti átmeneti időszakban is. Ezért fontos lenne, hogy a preventív beavatkozások serdülőkorra, és az egyetem eleji, fiatal felnőttkorra is kiemelt figyelmet fordítsanak.

IRODALOM

- Beck, U. (2003): *A kockázat-társadalom. Út egy másik modernitásba.* (ford. Berényi G., Kerékgyártó Gy.) (Andorka-Sorozat) Budapest: ARTT–Századvég Politikai Iskola Alapítvány
- Conger, J. J. (1991): *Adolescence and Youth. Psychological Development in a Changing World.* New York: HarperCollins
- Demetrovics Zs. (2007): *A droghasználat funkciói.* Budapest: Akadémiai Kiadó
- Demetrovics Zs. (2010): A megszaladás jelenségének szerepe az addiktológiai zavarok értelmezésében. In: Csányi V. – Miklósi Á. (szerk.): *Fékevesztett evolúció. Megszaladási jelenségek az emberi evolúcióban.* Budapest: Typotex Kiadó, 135–160.
- Erikson, E. H. (1968): *Identity Youth & Crisis.* London: Faber & Faber
- Gennep, A. V. (2007): *Átmeneti rítusok.* (ford. Vargyas Z.) Budapest: L'Harmattan Kiadó
- Glaser, B. G. – Strauss, A. L. (1967): *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research.* Chicago: Aldine DOI 10.1097/00006199-196807000-00014, http://www.sxf.uevora.pt/wp-content/uploads/2013/03/Glaser_1967.pdf
- Kapitány B. (2006): *Objektív és szubjektív tényezők a felnőtté válás átalakuló folyamatában.* Előadás. Andorka Rudolf Emlékkonferencia, Budapest, 2006. október 9–10.
- Keniston, K. (1968): *Young Radicals.* New York: Harcourt, Brace & World, <https://archive.org/details/youngradicalsnot00keni>

- Somlai P. (2007): A posztadoleszcensek kora. Bevezetés. In: Somlai P. (szerk.): *Új ifjúság – Szociológiai tanulmányok a posztadoleszcensekről*. Budapest: Napvilág Kiadó, 9–45. http://www.fszek.hu/szociologia/somlai/somlai_peter_a_posztadoleszcensek_kora.pdf
- Somlai P. (2013): *Család 2.0. Együttélési formák a polgári családtól a jelenkorig*. Budapest: Napvilág Kiadó
- Stone, A. L. – Becker, L. G. – Huber, A. M. et al. (2012): Review of Risk and Protective Factors of Substance Use and Problem Use in Emerging Adulthood. *Addictive Behaviours*, 37, 747–775. DOI: 10.1016/j.addbeh.2012.02.014
- Vaskovics L. (2000): A posztadoleszcencia szociológiai elmélete. *Szociológiai Szemle*, 10, 4, 3–20. <http://www.szociologia.hu/dynamic/0004vaskovics.htm>
- Vingender I. (2006): Adalékok a droghasználat társadalmi mintázatához. *Addictologia Hungarica* 5, 3, 161–190.

AZ EGYETEMI KÁBÍTÓSZER-DISZTRIBÚCIÓ

THE UNIVERSITY DRUG DISTRIBUTION

Dési Ádám

PhD-hallgató, Eötvös Lóránd Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Kar Kriminológiai Tanszék
desiadam.d@gmail.com

ÖSSZEFOGLALÁS

A tanulmány célja az egyetemi karrierrel párhuzamosan kialakuló kábítószer-terjesztés okainak és jellemzőinek bemutatása. A kialakuló terjesztési karrier megértéséhez szükséges a rendszerbe való belépéstől való védettségi tényezők feltárása is, illusztrálva hogyan bír egyszerre visszatartó és tolóerővel a kockázatok eltérő értékelése. Ezen keresztül bemutatom, hogy melyek a jellemző állomásai a terjesztői karriernek, ezeket pedig miként befolyásolják a résztvevők és környezetük társadalmi helyzete.

ABSTRACT

This paper focuses on the question, that why are some university students starting drug dealing carriers, and what are the main features of this scene. Understanding the drug dealing carrier in its development the protecting factors have to be explored, how it is possible that the different risk assessments have an including and an excluding effect at the same time. Through this example I present the main stages of the university drug dealing careers, and how the participants and their social status influence that.

Kulcsszavak: kábítószer, kábítószer-kereskedelem, egyetem, közösségi ellátás, normalizáció, társadalmi státusz

Keywords: drugs, drug distribution, university, social supply, normalization, social status

BEVEZETÉS

Magyarországon az egyetemi hallgatói közösség egy jelentősebb része végez valamiféle diákmunkát, akár kifejezetten a megélhetéséért, vagy csak kiegészítő jövedelem megszerzése céljából. Előfordul, hogy néhányan közülük az illegális kábítószer-kereskedelem felé fordulnak, árukészletük pedig a marihuánától kezdve az amfetaminszármazékokon keresztül akár az LSD-ig is terjedhet. Ahogy csoporttársaik befejezik felsőoktatási tanulmányaikat és ezzel együtt a

legális diákmunkát is, a legtöbb esetben ugyanez a karrierút játszódik le a kábítószer-disztribúcióban is, az egyetemi tanulmányok után csupán a terjesztők töredéke maradt aktív résztvevője a kábítószer-kereskedelemnek (Mohamed–Fritsvold, 2010).

A felsőoktatási hallgatók mint speciális fogyasztói csoport vizsgálata mind a hazai, mind a külföldi szakirodalomban része a kábítószer-kutatásoknak, új és fontos résztema például a vénköteles gyógyszerek tanulássegítő alkalmazása vagy éppen a szórakozóhelyeken történő és a speciális zenei szubkultúrákkal összefonódó fogyasztás (Demetrovics–Rácz, 2008; Rácz, 2006). Azonban a disztribúció jelensége a terjesztői oldalról, főleg kvalitatív szempontból kevésbé kutatottnak nevezhető. Ennek oka, egyfelől, hogy a tudományos közélet eddig elsősorban a marginalizált helyzetű csoportokra fókuszált, ezzel indirekt módon a kriminológia és a kriminológusok maguk is fenntartóik és megerősítőik annak a narratívának, mely szerint a kábítószer-probléma szinte kizárólagosan, homogén egységként a hátrányos helyzetű csoportokkal kapcsolódik össze, valamint akár a függőséggel is. Az egyetemi kábítószerhelyzet iránti alacsonyabb szakmai érdeklődésnek az is lehetséges magyarázata, hogy az egyetemi szintér egyik általános, sztereotipikus jellemzője a kábítószer-fogyasztás. Ez a fajta elvárás az ifjúsági szubkultúra mítoszának szükségszerű, szinte elvárt kellékévé vált, ami magától értetődősége miatt így kevesebb szakmai figyelmet kapott, szemben a marginalizált közösségek és a kábítószerrel kapcsolatainak vizsgálatával.

Az egyetemi szintér sajátossága az epizodikus kriminális karriert folyamatában egyszerre jellemző baráti szívesség, a reciprocitás és a szigorúan profitorientált üzleti szemlélet.

A kizárólagos saját fogyasztás és a profitorientált terjesztés véglete között, a vizsgált csoportra markánsan jellemző, köztes/átmeneti állapotot az angolszász szakirodalom a közösségi ellátás (social supply) fogalmával írja le, melynek központi eleme a disztribúció (szub)kultúrában belüli normalizálódása. Emellett kiemelt jelentőségű, hogy a közösségi ellátásban részt vevők az esetek többségében zárt elosztói hálózatot működtetnek, amit egyaránt jellemez az erőszak teljes hiánya, illetve az elhanyagolható vagy egyenesen semmilyen közvetlen gazdasági profit.

MÓDSZERTAN

A dolgozat empirikus alapját a hólabda és a *networking* (Rácz, 2006) toborzási módszeren alapuló kvalitatív pilotkutatás jelenti. Az adatfelvétel keretein belül összesen tizenkét személlyel, átlagosan másfél óra hosszan, vegyesen fogyasztókkal, közösségi ellátókkal és a profitorientált terjesztésben érdekelt budapesti

hallgatókkal készítettem félig strukturált interjúkat. Szerepmegoszlás tekintetében harmaduk volt érdekelt a terjesztésben, egyikük *user-dealer*ként (fogyasztó-terjesztő) saját függőségbe forduló fogyasztása miatt, ketten az alacsony szintű kereskedelemben vettek részt, egyikük pedig elsődleges megélhetési forrásként vett részt a kábítószer-kereskedelemben.

Az interjúk elsődleges célja az egyetemi kábítószer-szcéna, annak egyedi, zárt piaci jellemzői és a működés megismerése volt. Megkülönböztetve azt az (angol-szász) szakirodalom túlsúlyából következő nyílt piaci megközelítéstől, valamint a marginalizált szereplők vizsgálatától.

Az interjúkat kiegészítette egy kisebb, hat főből álló fogyasztói körrel lefolytatott fókuszcsoporthoz tartozó beszélgetés, a csoport egyszerre jelentett baráti társaságot és adott fogyasztási egységet. A beszélgetés elsődleges célja a baráti társaság és a fogyasztási stratégiák megismerése volt, ezen keresztül pedig megfigyelni, hogy a kábítószer-ellátás csatornáit miként állandósulnak, és válnak stabil szereppé vagy akár az identitás részévé.

A szövegben felhasznált interjúrészleteknél külön jelöltem azt, hogy melyik csoportba tartozik az adott személy, vagyis fogyasztó, közösségi ellátó vagy profitorientált terjesztő az illető.

AZ EGYETEMI KÁBÍTÓSZERPIAC ÁLTALÁNOS HELYZETE

A kábítószer egyértelműen üzleti vállalkozás, az illegális piacok közül az egyik legnagyobb, kiterjedtségében és jövedelmezőségében egyaránt (Ritter, 2005). A kereslet-kínálat törvényének engedelmeskedve alkalmazkodik az egyes fogyasztási csoportok társadalmi és kulturális jellemzőihez, vagyis a kábítószerpiac rendkívül fragmentált, nem képzelhető el homogén egységként. Az egyik szintéren jól bevált taktika a másikon alkalmazhatatlannak bizonyulhat, mint például a territorialitáson alapuló piac és az arra épülő szigorúan hierarchikus szervezetek működése (Decker–Pyrooz, 2014).

Az egyetemi környezet saját kulturális kódjaival és speciális jól meghatározott fogyasztói körével alapjaiban határozza meg a színtér működését. A résztvevők szocioökonómiai helyzete alapvető láthatatlanságot és ezzel védettséget biztosít az igazságszolgáltatással szemben, az egyetemen tevékenykedő terjesztők egyértelműen nem célpontok a kábítószer elleni háborúban (Mohamed–Fritsvold, 2010), hiszen ők jellemzően olyan fiatal felnőttek, akik gazdasági és kulturális tőke szempontjából inkább tekinthetők stabil középosztálybelieknek.

A kábítószer-fogyasztással szemben az egyetemi környezetben a kortárs csoport jóval elfogadóbb, mint a széles társadalmi közeg, inkább jellemző az elfogadása, és nem tekintik devianciának (Münnich, 2003; Rácz, 2006). Ezt

a jelenséget a normalizáció helyi területének fogalmával írhatjuk le. Az elmélet a normalizációs megközelítés aktualizált változata, mely alapjaiban azt írja körül, hogy (bizonyos) kábítószer-fogyasztási szokások a deviáns marginalizált pozícióból az elfogadott(abb) felé mozdultak el, „a kilencvenes évekre önálló fogyasztóvá vált, kockázatkereső fiatalok szabadidős tevékenységének, fogyasztási szokásainak elfogadott, normális részévé vált, normalizálódott a pszichoaktív szerek használata” (Elekes, 2009, 28.). A normalizáció helyi területe annyiban pontosít az eredeti elképzelésen, hogy a kábítószer megítélése továbbra se jelent sem egységes és általános társadalmi elfogadottságot, sem pedig általános napi szintű szerhasználatot, csupán relatív elfogadottságot jól körülhatárolható kisebb körökben. Az elfogadottság a fogyasztáson túl kiterjed a közösségi ellátás jellegű disztribúcióra is, melyet a résztvevők igyekeznek élesen elkülöníteni az üzleti jellegűtől (Coomber et al., 2016). A jelenségre már korábbi hazai kutatások is felhívták a figyelmet a budapesti egyetemi marihuána-fogyasztók vizsgálatánál, „a marihuána-használat elterjedtségénél jobban tolerált a budapesti egyetemisták között: azaz, azok is tolerálják, akik nem használják. Használata részévé vált az egyetemista életnek” (Rácz, 2006, 119.). Ezzel egyértelműen megalapozva a helyi szintű normalizáció elméletét a hazai szakirodalomban.

A VÉDETTÉG KRIMINOLÓGIAI ELMÉLETE

Ahhoz, hogy megértsük, miért fordulnak egyetemi hallgatók a kábítószer terjesztése felé, érdemes feltárni azokat a különböző védelmező tényezőket, melyek távol tartják őket a disztribúciós tevékenységtől. A kriminológiai diszciplínán belül ezt a megközelítést az úgynevezett kontrollelméletek képviselik, ahol a bűnözés okainak feltárása helyett a vizsgálatok fókuszában a normák betartásának okai szerepelnek, „léteznek olyan kontrollmechanizmusok, amelyek visszatartanak minket az amúgy természetes és racionális normaszegéstől” (Győry, 2016, 177.).

A kábítószer-terjesztéssel foglalkozó szakirodalom abban megegyezik, hogy a kereskedelmi tevékenység szinte minden esetben együtt jár valamilyen mértékű előzetes fogyasztással is (Murphy et al., 1990). Bizonyos esetekben kifejezetten a függőség, az exponenciálisan növekvő kábítószer iránti igény az elsődleges oka a terjesztési karrier kialakulásának, ezeket a szereplőket (user-dealer) néven kategorizálja a szakirodalom. A terjesztők ezen csoportja számára az árusítás lényegében az egyetlen eszköz, mellyel fedezni tudják kábítószer szükségletüket (Moyle, 2013).

A VÉDETTSÉG EMPIRIKUS MEGJELENÉSE

A terjesztés lehetősége és gondolata a legtöbb fogyasztónál felmerül egy adott ponton, hiszen ismerik a helyszínt, megvannak a kapcsolataik a beszerzéshez és az árusításhoz egyaránt, és értenek magukhoz a szerekhez is. Ismerik a kör tolvajnyelvét, legfontosabb jellemzőit, és otthonosan mozognak a területen. Ahogy az egyik fogyasztó megfogalmazta: „Szerintem ez mindenkinek megfordul a fejében, amúgy annak, aki sok füvet szív. Az biztos, hogy mindenki legalább egyszer gondol rá, hogy ezt kéne csinálni, sokan meg is próbálják. Nagyon sok ismerősöm van, aki próbálta már.” Azonban az egyetemi szintéren a függőség kialakulásának esélye jelentősen csekélyebb. A szereplők, vagyis az egyetemi hallgatók, nagyobb védettséget élveznek az erősebb szociális hálójuk, a biztos(abb) jövőképük, valamint a magasabb társadalmi státuszuk és az azzal járó kulturális tőkájük következtében.

A diplomás elhelyezkedés akár itthon, akár külföldön egyaránt hozzáférhető legális karriert és mobilizációt biztosító opció, melyet nem érdemes kockáztatniuk. Ahogy a fókuszcsoport egyik résztvevője megfogalmazta: „nekem kicsit ilyen Suzuki Swift-szindróma, hogy a nyereségre nincs szükségem, a kockázat az meg nagy. Kurva nagy a kockázat, és semmi értelmes nyereség. Nem egy jó üzlet” (fogyasztó). A fogyasztók jelentős részénél ez tudatos döntés, meghúzzák azt a határt, ahol és amennyire hajlandók kockáztatni, vagyis nem mennek bele profitalapú üzleti terjesztésbe, igyekeznek kicsik maradni. Részben a várható nyereség alacsony szintje miatt, hiszen a családi háttérük következtében (a reprezentativitásra nem törekvő mintába kerültek alapján) nincs égető szükségük a gyors jövedelemszerzésre, a költség-haszon elemzésük másik oldala pedig az időtényező.

„És akkor mindenkinek éjfélkor jut eszébe, hogy kéne makkot szerezni, tehát ez így, persze az, hogy így dugogadják oda az ezrest, hogy Beszállok! Beszállok! De azt sokszor nem értik az emberek, hogy... túl lazának gondolják” (közösségi ellátó). Azzal, hogy fokozatosan áttérnének a fogyasztásról az azt kiszolgáló szolgáltatásba, a jelenség munkává válna, ami már az élvezet kárára történne. Jelentős mennyiségű időt emészt fel, miközben az alacsony és biztonságos(abb) szinten nem is lehet vele olyan jól keresni. Az eddigi szórakozási forma nehézséget, megoldandó problémákat jelent, amire a legtöbbszörnek egyszerűen nincs szükségük az életében, „nem tudnám külön választani a barátokat, meg az üzleti dolgot, és simán odaadnám akkor is, ha nincs pénze” (fogyasztó).

A KARRIERÚT: FOGYASZTÁS-KÖZÖSSÉGI ELLÁTÁS-TERJESZTÉS

A jelenlegi kutatások alátámasztják azt a hipotézist, hogy az egyetemi terjesztés motivációi a privilegizált osztályhelyzet miatt jelentősebb eltérést mutatnak a hagyományosnak nevezhető kábítószer-terjesztéssel szemben, ahol a marginalizált

helyzetű résztvevőknél a terjesztésbe való bekapcsolódás gyakran a mobilizáció egyetlen elérhető eszköze (Venkatesh, 2008). Az egyetemi szintér szereplőinél a belépés oka inkább az alábbiak keveréke: a saját fogyasztás támogatása, a pénzügyi függetlenség megteremtése, lázadási motívumok, a devianciaérzet biztonságos megélése, konfrontáció a szülői függő helyzettel vagy akár a szélesebb társadalmi sztereotípiákkal, valamint a maszkulin identitás önkifejezése (Mohamed–Fritsvold, 2010).

Az illegális szerekhez való korlátozott hozzáférés következtében a fogyasztók a legtöbb esetben nem tudják közvetlenül beszerezni a megvásárolni szándékozott terméket, hanem csak közvetítői láncolaton keresztül. Az utolsó előtti szereplő az egyetemi fogyasztási szintéren a közösségi ellátó, aki rendelkezik a megfelelő kapcsolatokkal, képes hozzájutni a szükséges kábítószerekhez, azonban ebben a minőségében elsősorban csak az ismerőseinek, közeli barátainak segít, és elhanyagolható profitrátával dolgozik, vagyis nem üzletként, hanem baráti szívességeként értelmezi tevékenységét (Dési, 2017).

„És amikor még csak így fogyasztgattunk, akkor így mondták, hogy jó akkor hozzá nekem is egyet stb. Aztán, ugyanakkor meg az, hogy lecsípek a másikéból, ha nem vagyunk annyira jóban, vagy ráteszek egy 500-ast vagy valami, hogy azért mégiscsak. Hogyha elmegyek én valamiért, akkor legyen már nekem is ebből kifizetődő” (profitorientált terjesztő).

„...tehát semmiképpen nem akarnám, mondjuk, többért eladni valakinek, mint amennyiért ő meg tudná venni. Vagy maximum csak azért, hogy a végén nullára jöjjen ki. De, mondjuk, én azt nem tartanám nagyon felháborítónak, ha mondjuk, veszek sokat, és emiatt kedvezményesen kapom, akkor azt a részt megtartanám. Annak fényében, hogy mennyi macera, meg mennyi stressz” (közösségi ellátó).

A közösségi ellátói szerep azonban magában hordozza, hogy a szűkebb baráti körön túl is elterjed a híre, hogy az adott személynek biztos kapcsolatai vannak, ebből következik, hogy lehet hozzá kábítószer beszerzéssel kapcsolatban fordulni. Ha a rendelések mennyisége növekszik, azzal egyenes arányban a közösségi ellátót fenyegető kockázatok is nőnek, hiszen egyre gyakrabban kell felkeresnie a terjesztőjét, hogy megfeleljen az ismerősök kéréseinek. Ahogy a közvetlen baráti kapcsolatokat átveszik a közvetettebb gyenge kötések, egyre kevésbé igazolható, hogy csak a szűk baráti (fogyasztói) körének segít, amelyben ez elvárt magatartás. A marihuána-fogyasztást magába foglaló (szub) kultúrában a fogyasztás és a szer barátokkal való megosztása egymástól elválaszthatatlan cselekmények. A reciprocitáson alapuló rendszer nem altruista magatartás, hanem alapvető elvárás egymással szemben, biztosítva a fogyasztói kör számára a marihuána folyamatos hozzáférését és jövőbeli megosztását (Belackova–Vaccaro, 2013; Hammersvik, 2018). A saját fogyasztói körön túlra való terjeszkedés viszont fokozatosan mentesíti a közösségi ellátókat ettől az internalizált kontrolltól.

Ahogy az alábbi idézet is illusztrálja, a növekvő kockázatokra tekintettel csak akkor éri meg fenntartani a disztribúciós magatartást, ha a haszon a költségekkel együtt arányosan nő, „tehát rohadt idegesítő mindennap elfutkározni érte, vagy mindennap háromszor találkozni. Mert »ja, akkor bocsnál tudnál nekem is hozni«, és nyilván nem küldhetem oda a gyereket, amikor nem ismeri, vagy esetleg nincs olyan kapcsolatban, hogy tudja a telefonszámát, meg ilyenek” (profitorientált terjesztő).

SIKERES ÜZLETI MODELL?

Felmerül a kérdés, mennyiben lehet sikeresnek nevezni az egyetemi karrierrel párhuzamosan kialakuló terjesztést. A résztvevők számára a gazdasági tőke felhalmozása nem explicit cél. Ugyanakkor érdekükben áll fenntartani azt az identitásbeli képet maguknak és magukról egyaránt, hogy ők nem valódi terjesztők, ezzel kerülve el a stigmatizációt. Hiszen az, aki csak a barátainak segít, sőt számukra egy igényelt szolgáltatást nyújt, az nem tekinthető „dílernek”, vagyis bűnözőnek. Hiszen számukra a terjesztés csak egy ideiglenes állomás, nem munkaszerűen végzik, nem ebből élnek, és csak csekélyebb mennyiséggel foglalkoznak. Többen felelősségüknek és feladatuknak tartják, hogy rajtuk keresztül juthatnak az ismerőseik biztonságosan a fogyasztani és vásárolni kívánt szerekhez (Jacinto et al., 2008).

A nyelvhasználat az egyes fogyasztói csoportokról alapvető információkat árulhat el, ha megfelelő korpusz összeállítására van lehetőségünk, indikátora lehet például az egyes szerek elterjedtségének is (Tücsök, 2016). A nyelvezet a minőségen túl a mennyiségi nagyságrendeket is jelezheti. A felvett interjúk alapján az egyetemi szintéren belül csak a közvetlen fogyasztási és kiskereskedelmi mennyiségeket fedi le kifejezőkészségük, „elég volt csak egy öcskösnyit [5 gramm] összeszedni, ami mondjuk, adott esetben, mondjuk két embert jelent, velem együtt két embert akár, hogy az öcskösnél akkor 9[000]-ért megkaptam az 5.0-át” (közösségi ellátó). Az egyetemi területen hiányoznak azok a kifejezések, melyek a pár grammos mennyiségnél nagyobb egységeket lefednék, hiszen nem kerülnek kapcsolatba ekkora tételekkel. Ezzel szemben a nagykereskedelmi szinten természetesen megvannak ezek a jelölők: „És én azt hittem egyébként, hogy ő az építőiparban dolgozik, mert állandóan telefonált, és csörgött a telefonja, meg a csempékről magyarázott meg malterről, meg minden ilyesmiről. És kiderült, hogy egyébként ő drogdíler, és csak kilósokkal foglalkozik, tehát csak hát ez nekik ilyen kódnyelv volt” (fogyasztó-terjesztő).

A beépült kifejezések köre is bizonyítja, hogy a szintéren az üzlet megmarad az alacsonyabb kereskedelmi mennyiségeknél, ami magában hordozza, hogy a profitráta sem tud jelentősen megugrani. Konkrét értékekre lebontva a marihuána

ára körülbelül 2500-3000 forint grammonként, ami a gyakorlatban, amíg 5 grammos mennyiség alatt vásárol valaki, inkább 0,8 grammot jelent kézhez kapva. Az egyik profitorientált terjesztő szerint „Hogyha jó helyen kopogtatok, akkor egy tízes olyan 18-20 ezer forint, viszont annyiból jó, hogy a 0,8 grammot is megveszik akár 2500-ért is, úgyhogy jó. És azon, így akkor egy tízesen 10 000 forint van”, ami azt jelenti, hogy még akik kifejezetten anyagi nyereségért csinálják egyetemi szinten, ők sem nagyon emelkednek nagyságrendileg a napi tízezer forintos küszöb fölé. Vagyis az összeg, amiért jelentős kockázatot vállalnak, nem sokkal több, mint amennyit egy átlagos diákmunkával szintén megkeresnének egy nap alatt.

Az esetlegesen fenyegető büntetési tétel valóban jelentős, azonban maguk a terjesztők a legkevésbé sem érzik magukat valós veszélyben. Ennek oka a hatóság szelektív figyelme, a hallgatók társadalmi státusza folyamatos védelmet jelent számukra, privilegizált helyzetüket pajzsként tudják használni. Az interjúalanyok döntő többsége legfeljebb tüntetéseken, esetleg közúti igazoltatás során került egyáltalán rendőrrel valaha kapcsolatba. „[V]agy így éppen mentem, ez mindig itt volt a táskámban a mérlegem meg a kis fűvem. Mert most így nézz rám! Nem úgy nézek ki, mint aki... soha az életben nem állítottak meg rendőrök” (profitorientált terjesztő).

KÖVETKEZTETÉSEK

Az egyetemi kábítószer színteret egyfelől jellemzi a zárt piaci logika, melynek közvetlen következménye, hogy az egyes szerekhez való hozzáférés egy olyan speciális tudást jelent, mely erőforrásként is felhasználható. Ennek a kapcsolati tőkének a felhasználásával épül fel, illetve alakul ki a terjesztői karrierút. A disztribúciót segíti, hogy az egyetemi környezetben nem deviánsként, hanem normaközelen kezelik bizonyos kábítószeres fogyasztását, valamint azon túl alacsony szintű terjesztésével is elfogadóak, megengedőek.

Másfelől a szcénát meghatározza a társadalmi státusz biztosította védelem a kriminális karrier kialakulásával szemben, hogy biztosan számolható jövőképpel rendelkeznek a hallgatók. A lebukás esélye alacsony, mivel osztályhelyzetük védelmet biztosít a formális hatalommal szemben, de legtöbbször még így is elfogadhatatlan annak az esélye, hogy egész jövőbeli karrierjüket kockára tegyék.

Az anyagi nyereség mértéke még azoknál az egyetemista terjesztőknél is viszonylag alacsony, akik kifejezetten üzleti szemlélettel működnek, mivel fenn kell tartaniuk azt a képet, hogy nem valódi terjesztők (dílerok). A felmerülő kockázatok eltérő értékelése az, ami mégis egyeseket a profitorientált szerep felé visz. A szórakozás, rekreációs szerhasználat alapja egy adott ba-

ráti társaság, ami egyben fogyasztói körként és piaci egységként is funkcionál. A csoportot jellemző erős kötések az alapjai a reciprocitás jellegű kábítószer-eloszlás alapjának. Ennek az erős kapcsolatnak a megszűnése, gyenge kapcsolatokkal való felváltása a távolabbi ismerősökkel vagy akár ismeretlenekkel lesz az, ami a szórakozás helyett fokozatosan a terjesztés anyagi jellegét helyezi előtérbe.

IRODALOM

- Belackova, V. – Vaccaro, C. A. (2013): “A Friend With Weed Is a Friend Indeed”: Understanding the Relationship Between Friendship Identity and Market Relations Among Marijuana Users. *Journal of Drug Issues*, 43, 3, 289–313. DOI: 10.1177/0022042613475589, <https://bit.ly/2NkByLv>
- Coomber, R. – Moyle, L. – South, N. (2016): The Normalisation of Drug Supply: The Social Supply of Drugs as the “Other Side” of the History of Normalisation. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 23, 3, 255–263. DOI: 10.3109/09687637.2015.1110565, <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09687637.2015.1110565>
- Decker, S. H. – Pyrooz, D. C. (2014): Gangs: Another Form of Organized Crime. In: Paoli, L.: *The Oxford Handbook of Organized Crime*. London: Oxford University Press, 270–287. <https://bit.ly/2QAwp3>
- Demetrovics Zs. – Rác J. (szerk.) (2008): *Partik, drogok, ártalomcsökkentés. Kvalitatív kutatások a parti-szcénában*. Budapest: L’Harmattan Kiadó, http://demetrovics.hu/dokumentumok/Kutatasok_8_DemetrovicsZs_konyv.pdf
- Dési Á. D. (2017). A közösségi ellátás mint illegitim kábítószer-terjesztési típus. *Themis*, 15, 2, 24–48. http://epa.oszk.hu/02300/02363/00028/pdf/EPA02363_themis_2017_dec_024-048.pdf
- Elekes Zs. (2009): *Egészségkárosító magatartások és mérési módszerek*. https://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/0010_2A_23_Elekes_Zsuzsanna_Egeszsegkarosito_magatartasok_es_meresi_modszerek/ch09s04.html (Letöltve: 2018. 04. 20.)
- Győry Cs. (2016): Kontrollelméletek. In: Borbíró A. – Gönczöl K. – Kerezi K. et al. (szerk.): *Kriminológia*. Budapest: Wolters Kluwer
- Hammersvik, E. (2018): Making Sense of “Helping Friends”: “Flexing” Motivational Accounts of Cannabis Growing. *Journal of Contemporary Ethnography*, 47, 1, 88–112. DOI: 10.1177/0891241616662506
- Jacinto, C. – Duterte, M. – Sales, P. et al. (2008): “I’m Not a Real Dealer”: The Identity Process of Ecstasy Sellers. *Journal of Drug Issues*, 38, 2, 419–444. DOI: 10.1177/002204260803800203, https://www.researchgate.net/publication/254117701_I’m_Not_a_Real_Dealer_The_Identity_Process_of_Ecstasy_Sellers
- Mohamed, R. – Fritsvold, E. (2010): *Dorm Room Dealers: Drugs and the Privileges of Race and Class*. London: Lynne Rienner
- Moyle, L. (2013): *An Exploration of how the Social Supply and User-Dealer Supply of Illicit Drugs Differs to Conventional Notions of Drug Dealing and Consideration of the Consequences of this for Sentencing Policy*. Plymouth: Plymouth University, <https://bit.ly/2NhMnxF>
- Münnich Á. (szerk.) (2003): *A kábítószer kipróbálásának okairól az egyetemi hallgatók körében végzett vizsgálatok alapján*. Budapest: Eötvös Kiadó

- Murphy, S. – Waldorf, D. – Reinerman, C. (1990): Drifting into Dealing: Becoming a Cocaine Seller. *Qualitative Sociology*, 13, 4, 321–343. DOI: 10.1007/BF00989408, https://www.researchgate.net/publication/226278745_Drifting_into_dealing_Becoming_a_cocaine_seller
- Rác J. (2006): *Kvalitatív droggutatások*. Budapest: L'Harmattan Kiadó
- Ritter, I. (2005): *Bevezetés a kábítószer-gazdaságtanba I. (Kriminológiai Tanulmányok 49)* 139–158. http://www.okri.hu/images/stories/KT/kt49_2012_sec.pdf
- Tücsök D. (2016): Kábítószer megnevezései egy szociolingvisztikai vizsgálat tükrében. In: Bagyinszki S. – Kocsis R. P. (szerk.): *Anyanyelvünk évszakai 2*. Budapest: ELTE Magyar Nyelvtörténeti, Szociolingvisztikai és Dialektológiai Tanszék, 165–172. <http://real.mtak.hu/48996/>
- Venkatash, S. (2008): *Gang Leader for a Day: A Rogue Sociologist Takes to the Streets*. New York: Penguin

KISGYERMEKES ANYÁK MUNKAVÁLLALÁSA ÉS AZ EZZEL KAPCSOLATOS VÉLEMÉNYEK VÁLTOZÁSA MAGYARORSZÁGON

EMPLOYMENT OF MOTHERS OF SMALL CHILDREN AND PUBLIC OPINION CHANGES IN HUNGARY

Makay Zsuzsanna

tudományos titkár, KSH Népeségtudományi Kutatóintézet
makay@demografia.hu

ÖSSZEFOGLALÁS

Magyarországon alapvetően a kétkeresős családmódel a jellemző, ám más európai országokhoz képest erőteljes eltérés van a foglalkoztatottság szintje között, aszerint, hogy nevelkedik-e kisgyermek a családban, vagy sem. A leggyakoribb gyermekvállalási életkorokban, valamint a három év alatti gyermeket nevelő nők körében a munkavállalás szintje nálunk nagyon alacsony. Ez erőteljesen kihat a családon belüli nemi szerepekre, valamint a családok anyagi helyzetére, de akár a gyermekvállalásra is hatással lehet makroszinten.

Ebben a tanulmányban a nemi szerepekre és a kisgyermekes anyák munkapiaci részvételére vonatkozó társadalmi vélekedést elemezzük Magyarországon, európai kitekintéssel. Arra keressük a választ, hogy a társadalmi-demográfia változások, valamint egyes szakpolitikai intézkedések hatására változott-e a többségi vélemény az anyák családban betöltött szerepéről és a kisgyermekes anyák munkavállalásáról.

Megállapítható, hogy noha egyes véleményekben történt elmozdulás „megengedőbb” irányba, a magyar nők és férfiak továbbra is elsősorban a családon belüli hagyományos szerepmegosztást részesítik előnyben, és azt tartják megfelelőnek, ha a kisgyermeket nevelő anyák otthon maradnak a gyermekekkel.

ABSTRACT

Hungary is characterized by a dual-earner family model, but the employment of women is highly dependent on the presence of children. During the main child-bearing ages and among women having children below three, employment rates are very low. This affects gender roles and the financial situation of families and can even influence fertility on a macro level.

We analyse opinions concerning gender roles with an emphasis on the employment of women having young children in Hungary, with a European outlook. Did social changes in demographic behaviour and recent family policy changes influence opinions concerning mothers' employment and their role in the family?

We find that even if there was a slight shift towards more 'permissive' opinions concerning mothers' employment, Hungarian men and women still prefer a rather 'traditional' division of labour and think it better for mothers' of young children to stay at home instead of participating in the labour market.

Kulcsszavak: gyermeknevelés, munkavállalás, család, vélemény, értékek, nemi szerepek

Keywords: child-rearing, employment, family, opinions, values, gender roles

BEVEZETÉS

Magyarországon alapvetően a kétkeresős családmódel a jellemző, vagyis a nők munkapiaci részvétele ugyanolyan magától értetődő, mint a férfiaké, amennyiben nem nevelkedik gyermek a családban. A három éven aluli gyermeket nevelő családok esetében ugyanakkor az anya jellemzően otthon van a gyermekkel, és az apa a fő kenyérkereső.

Mind a családpolitikai rendszer, mind a társadalomban uralkodó vélemények ezt a szerepmegosztást támogatták az utóbbi évtizedekben. Vagyis a kisgyermekes anyák lehetőleg ne dolgozzanak, hanem kereső tevékenységüket néhány évre felfüggesztve maradjanak otthon gyermekükkel (Blaskó, 2005).

Az anyák munkavállalásával kapcsolatos társadalmi vélemények hatnak a munkavállalásra, de a munkavállalás mértéke is visszahat a családok életére. Számos tanulmány hangsúlyozza, hogy az anyák hosszabb otthon maradása negatívan hat a családon belüli egyenlőségre, hiszen a családi szerepek erőteljesen polarizálódnak: a férfiak válnak fő kenyérkeresővé, a nők pedig az otthoni feladatokat látják el. Ez a felosztás sok esetben az anya munkapiacra való visszalépése (ritkább esetben: első alkalommal történő belépése) után is megmarad. Az anyák hosszan tartó távolmaradása a munkapiactól, valamint, hogy a családdal kapcsolatos teendők döntő része később is rájuk hárul, csökkenti előrelépési lehetőségeiket, ami miatt keresetük is sok esetben alacsonyabb mint a férfiaké vagy a gyermeket nem nevelő nőké. Otthoni feladataikban azonban nagymértékű gyakorlatot szereznek, ami arra sarkallhatja őket, hogy mintegy „kapuórként” védjék meg ezt a szerepüket (Allen–Hawkins, 1999).

A férfiak szerepével kapcsolatban kutatások kimutatták, hogy Magyarországon a közvélemény elsősorban a család megélhetésének biztosítását várja el tőlük. Mivel az anyagiak megteremtésének felelőssége rájuk hárul, a gyermek ellátásában részt vállaló apai szerepek háttérbe szorulnak. Ugyanakkor az is megfigyelhető, hogy a férfiakkal szemben egyfajta kettős elvárás él a társadalomban: kenyérkereső szerepük mellett az is elvárt tőlük, hogy részt vegyenek a gyermekgondozási feladatokban, és aktív szerepet játsszanak a család életében (Spéder, 2011).

A tudományos irodalom szerint az otthoni szerepmegosztás nemcsak a családokra hat (polarizálódik a családon belüli munkamegosztás, a férj válik a fő keresővé, a nő jövedelme jellemzően alacsonyabb), hanem egyéb társadalmi szintű folyamatokra is (Nagy, 2009). Befolyásolja például a termékenységet: magasabb nemi egyenlőség magasabb termékenységi mutatókkal társul makrószinten (McDonald, 2013), és ez még hangsúlyosabb, amennyiben a nők és férfiak között egyetértés uralkodik a társadalmi szerepekkel kapcsolatban (Arpino et al., 2015). Erdemes tehát áttekinteni, hogyan alakulnak a nemi szerepekkel, a kisgyermekes anyák munkavállalásával kapcsolatos vélemények Magyarországon, és a férfiak és a nők mennyire vélekednek eltérően e kérdésekről. A cikkben vizsgált bizonyos kérdések már korábban is elemzésre kerültek (Blaskó, 2005), célunk ezek kiegészítése új, 2016-os adatokat elemezve.

Tanulmányunkban tehát azt nézzük meg, hogy – visszatekintve a múltba – az utóbbi években változtak-e a kisgyermekes anyák munkavállalásával kapcsolatos vélemények Magyarországon. Megengedőbbé vált-e a társadalom e tekintetben?

Feltételezésünket, mely szerint ez megtörtént, az támasztja alá, hogy az utóbbi évek családtámogatási rendszerében olyan változások következtek be, melyek nagymértékben támogatják a kisgyermekes anyák munkavállalását. A 2014-ben bevezetett gyed extra immár lehetővé teszi, hogy a gyermek féléves kora után (mindkét) szülő dolgozzon, és mellette kapják a gyedet (gyermekgondozási díj) is, mely a gyermek kétéves koráig jár, biztosítási jogviszonyhoz kötött, jövedelemfüggő juttatás, mely akár bruttó 178 500 forint is lehet havonta (2017-es adat). Ezt az összeget a szülőknek keresetük mellett is folyósítják akár teljes, akár rész-munkaidőben dolgoznak (részletes leírásért lásd Makay, 2015). A Munka Törvénykönyve pedig immár lehetővé teszi, hogy a három évnél fiatalabb gyermeket nevelő szülők rész munkaidőben dolgozzanak, amennyiben ezt kérvényezik. Ezek a jogszabályváltozások nagymértékű szemléletbeli fordulatot jelentenek ahhoz képest, hogy korábban lényegében semmilyen gyermeknevelési támogatás (kivéve a családi pótlékot és egyes szociális juttatásokat) nem járt azoknak a családoknak, amelyekben mindkét fél teljes munkaidőben dolgozott a gyermek hároméves kora előtt.

A következőkben azt vizsgáljuk meg, hogy ezek a változások hatottak-e a kisgyermekes anyák munkavállalásáról alkotott, viszonylag „hagyományos” véleményekre. A tanulmány első részében áttekintjük, hogyan alakult Magyarországon a nők és az anyák munkavállalása: miért kezdtek el az 1950-es években tömegesen munkába állni, és jelenleg mekkora eltérés van a gyermeket nevelő és nem nevelő nők foglalkoztatása között. Majd a nők családon belüli szerepére fókuszálunk, és áttekintjük, hogy hogyan alakultak a munkavállalással kapcsolatos vélekedések a rendszerváltás óta napjainkig. Ezután olyan kérdéseket vizsgálunk meg, amelyeket először a 2000-es években tettek fel társadalmi adagyűjtés során, és melyek az otthoni, illetve bölcsődei nevelés gyermekekre való

(vélt) hatásával foglalkoznak. Végül megnézzük, hogy a társadalom a kisgyermek mely életkorában fogadja el, hogy az anya munkába álljon. A tanulmány végén összegezzük a tanulságokat, és levonjuk a megfelelő következtetéseket.

A NŐI MUNKAVÁLLALÁS ALAKULÁSA

A volt szocialista országokban a nők fizetett munkába állásának gyökerei az 1950-es évek ütemezett iparosítására és az akkori politikai-társadalmi diskurzusra vezethetők vissza, mely a női egyenjogúság hirdetésének eszközévé tette a női munkavállalást, és elvárta a nőktől, hogy keresőtevékenységet folytassanak. Az ütemezett iparosítás következtében a második világháború után egyre több nő vált aktív keresővé, döntő többségük az iparban dolgozott, és elsősorban külső nyomásra léptek be a munkapiacra – szemben a nyugati országok tendenciáival, ahol a nők saját indíttatásukból és elsősorban a szolgáltatói szektorban vállaltak munkát (Maruani, 2006).

Magyarországon sok nő számára a munkába állás a „kettős műszak” kezdetét jelentette, hiszen az otthoni háztartási és gyermeknevelési feladatok mennyisége nem csökkent azzal, hogy ők is keresőtevékenységet folytattak. A munkanap után az otthoni feladatok elvégzése is zömmel rájuk hárult.

Emellett a nők munkavállalásával kapcsolatos társadalmi vélekedés igen erőteljesen eltért a gyakorlattól. A családok inkább a hagyományos szerepmegosztást részesítették volna előnyben, mely szerint a nők elsősorban a gyermekek gondozásával és nevelésével foglalkozzanak, míg a férfiak biztosítsák a család megélhetését. Egy 1974-ben lezajló kutatás eredményei szerint a megkérdezett 10 éven aluli gyermeket nevelő anyák kétharmada így vélekedett, és egy 1991-es nemzetközi adatfelvétel is azt mutatta, hogy „a magyar apák és anyák a nők kereső tevékenységének megítélését tekintve inkább konzervatívabb álláspontot képviselnek” (Pongrácz, 2001, 34.). Vagyis a teljes időszak során feszültség volt a társadalomban a hatalom által elvárt női munkavállalás és a családok által kívánatosnak tartott otthoni női szerep között. Ezen enyhített valamelyest az 1967-ben bevezetett gyermekgondozási segély (gyes), mely lehetővé tette a kisgyermekes anyák számára, hogy a gyermek hároméves koráig otthon gondozzák a gyermekeiket. Bevezetésével a központi hatalom feltehetően a kialakuló munkaerő-túlkínálaton is enyhíteni kívánt, és ez jó eszköz lehetett arra is, hogy megkímélje az államot a további bölcsődefejlesztésektől (Makay, 2017). Hasonló célokat szolgálhatott az 1985-ben bevezetett gyermekgondozási díj (gyed). Ekkor azonban a hangsúly már inkább a gyermekvállalási kedv növelésén volt (Kapitány, 2008).

Az 1990-es években visszaesett a foglalkoztatottság, majd ez a tendencia megfordult, és 2017-ben a 20 és 64 év közötti magyar nők foglalkoztatási rátája lényegében megegyezett az Európai Unió átlagával (66,5, illetve 65,7% az Eurostat

adatai szerint). Ugyanakkor Magyarországon a kisgyermekes anyák általában több évre elhagyják a munkaerőpiacot, hogy gyermekeiket otthon tudják gondozni. A leggyakoribb gyermekvállalási életkorokban emiatt jelentős különbség van a nők és férfiak foglalkoztatási rátája között, és ez a különbség az utóbbi évek foglalkoztatásbővülése ellenére megmaradt. 30 és 34 éves kor között például a férfiak foglalkoztatási rátája közel 25 százalékponttal magasabb, mint a nők. A gyermekvállalási kor végéhez közeledve a két érték közelít egymáshoz, és a 45–49 éves (jellemzőn már kisgyermeket nem nevelő) korcsoportok esetében a nők és férfiak közötti különbség elhanyagolható (1. táblázat).

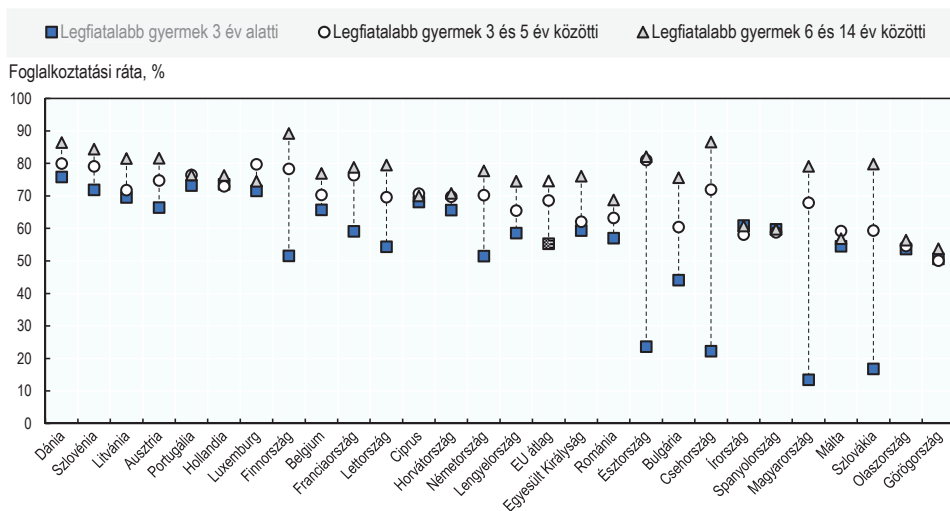
1. táblázat. A gyermekvállalási korban lévő férfiak és nők foglalkoztatási rátájának alakulása 2010, 2013, 2017

	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők
	20–24		25–29		30–34		35–39		40–44		45–49	
2010	35,9	30,2	75,7	58,8	84,9	58,8	84,2	65,8	79,9	74,7	78,6	74,6
2013	40,8	30,5	76,4	61,4	84,4	62,5	86,3	68,3	83,5	76,2	80,6	77,6
2017	55,6	42,2	86,8	67,6	91,8	67,1	92,2	73,4	92,5	83,4	89,3	86,8

KSH, Stadat adatbázis

Nemzetközi összehasonlításban is látszik, hogy a három év alatti gyermeket nevelő anyák foglalkoztatási rátája Magyarországon a legalacsonyabb az Európai Unió országai közül, nem éri el a 15 százalékot. Dániában, de akár Szlovéniában is ugyanez az érték 70% fölött van (1. ábra). Ugyanakkor, amint a legkisebb gyermek eléri a hároméves kort, a magyar anyák is munkába állnak, foglalkoztatási rátájuk immár közel azonos az Európai Unió országainak átlagával. Ez elsősorban annak tudható be, hogy a magyar családtámogatási rendszer kiemelt figyelmet fordít a három év alatti életkorra, és bőkezűen támogatja az otthoni gyermeknevelést (Makay, 2015). Emellett, míg a három év alatti gyermekek naplali gondozását ellátó bölcsődei rendszerhez való hozzáférés igen egyenlőtlen az ország területén, hároméves kor után a gyermekek döntő hányada bekerül az óvodai rendszerbe, így lehetővé téve a nők nagyobb mértékű, akár teljes munkaidős munkába állását.

Az anyák munkavállalását nemcsak az intézményi rendszer befolyásolja, hanem a társadalom vélekedése is azzal kapcsolatban, hogy milyen formában valósuljon meg a kisgyermekéről való gondoskodás. Ezzel kapcsolatban le kell



1. ábra. Anyák foglalkoztatási rátája a legkisebb gyermek életkora szerint az Európai Unióban, 2014

OECD Family Database (OECD-license) URL: http://www.oecd.org/es/soc/LMF_1_2_Maternal_Employment.xlsx (letöltve: 2018. 09. 18.)

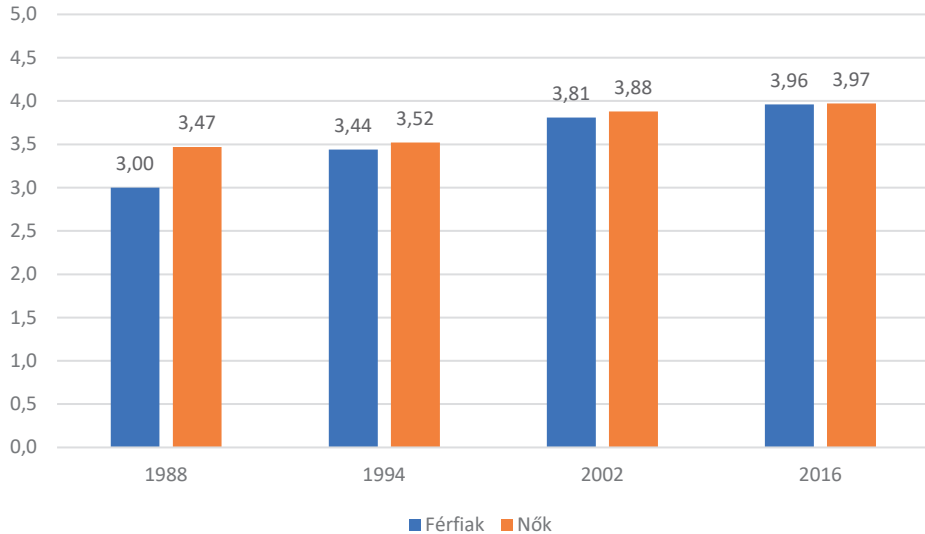
Megjegyzés: Svédországra vonatkozóan az adatok nem elérhetőek.

szögezni, hogy noha a gyermek szempontjából nem vitatható az anyai gondozás előnye egyéves korig, ezután már kevésbé egyértelmű, hogy hátrányokkal jár az intézményes, például bölcsődei gondozás. Az, hogy az előnyök vagy a hátrányok felé billen-e a mérleg, függ az intézményes gondozás minőségétől, a munkapiaci körülményektől és attól, hogy az anya szerepkonfliktusként éli-e meg a munkavállalást (Blaskó, 2001), ami a volt szocialista országokban jellemzően jobban érinti a nőket, mint a nyugati országokban (Gregor, 2008).

A GYERMEKET NEVELŐ ANYÁK MUNKAVÁLLALÁSÁVAL KAPCSOLATOS VÉLEMÉNYEK

A vizsgált véleménykérdések közül az első a munkavállaló anya gyermekéhez fűződő viszonyára kérdez rá, és úgy hangzik, hogy „Mennyire ért egyet a következő állítással? Egy dolgozó anya ugyanolyan meleg és szoros kapcsolatban lehet a gyermekével, mint egy olyan anya, aki nem dolgozik.” Társadalmi adatfelvételekben ezt a kérdést már a rendszerváltás előtt is vizsgálták, és ha visszatekintünk erre az időszakra és az 1990-es évekre, akkor megállapítható, hogy 1988 és 1994 között elsősorban a férfiak hozzáállása vált elfogadóbbá e kérdésben. Ötfokú skálán 3,0 helyett 3,4-es átlagos értéket adtak az állítással való egyetértésüknek, míg

a nők – valamelyest elfogadóbb – véleménye alig változott (2. ábra). Majd 2016-ig a férfiak és a nők egyaránt nagyobb arányban kezdtek el úgy vélekedni, hogy az anya munkavállalása és a kisgyermekével való szoros kapcsolata nem zárja ki egymást: egyöntetűen ítélték meg a kérdést, 4-es osztályzatot adva. Ugyanakkor az 5-ből 4-es érték azt jelzi, hogy a társadalom egy része továbbra is azon a véleményen van, hogy az anya munkavégzése negatívan hat a gyermekekre.



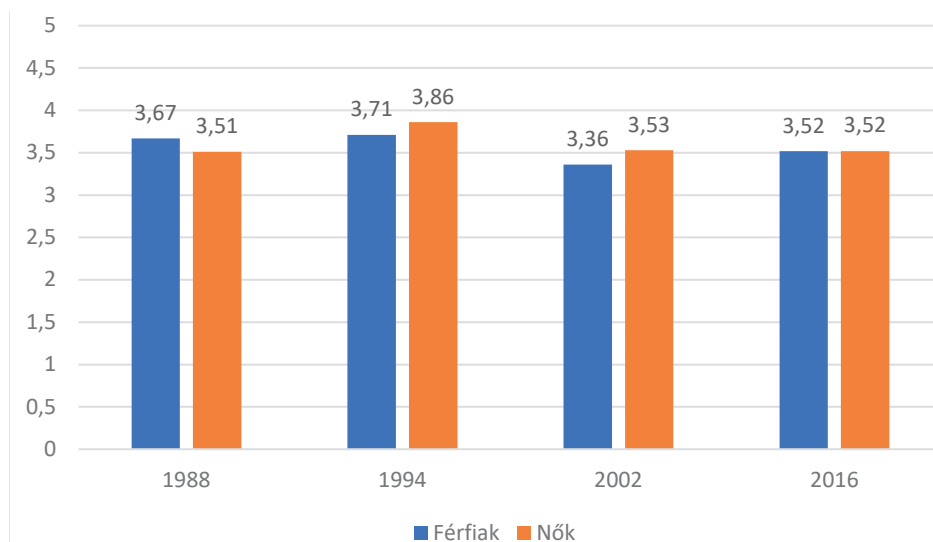
2. ábra. „Egy dolgozó anya ugyanolyan meleg és szoros kapcsolatban lehet a gyerekeivel, mint egy olyan anya, aki nem dolgozik.” Vélemények megoszlása 5 fokú skálán nemek szerint, átlagok 1998 és 2016 között

ISSP 1988, 1994, 2002; KSH Népszégtudományi Kutatóintézet omnibusz adatfelvétel 2016, saját számítás

Megjegyzés: 18 éves és idősebb férfiak és nők országos mintája

Hasonló megállapítás mondható el egy másik véleménykérdésről, amely segítségével a feleség teljes munkaidős foglalkoztatásának családi hatásairól kérdezték meg a válaszadókat. Arra az állításra, hogy „A család élete megsínyli, ha a feleség teljes munkaidőben dolgozik”, 1988-ban a férfiak 3,67-es, a nők 3,51-es osztályzatot adtak. A rendszerváltás után ennek megítélése hagyományosabbá vált, majd 2002-ben kicsit megengedőbb irányba mozdult el, 2016-ban pedig a férfiak és a nők egységesen 3,52-es értéket adtak (3. ábra). Közel harminc év alatt tehát nem következett be lényegi véleményváltozás ezzel kapcsolatban. Noha a népesség nagy része elfogadja a nők teljes idős munkavállalását, egy nem elhanyagolható kisebbség mégis azon

az állásponton van, hogy ez árt a családi életnek. E mögött az az elképzelés állhat, hogy a pár női tagja felelős a családi élet harmóniájáért, menedzseléséért, mely feladatát nem tudja megfelelően ellátni, amennyiben teljes munkaidőben dolgozik.



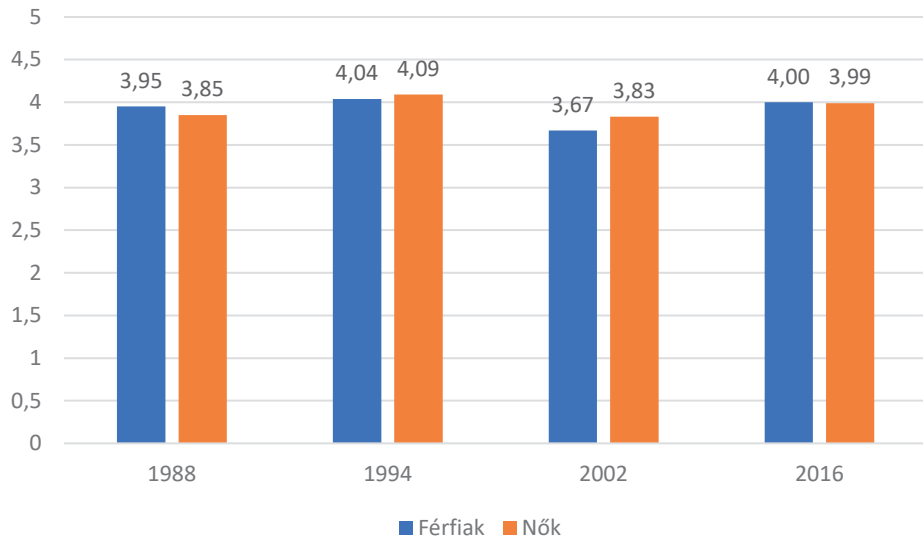
3. ábra. „A család élete megsínyli, ha a feleség teljes munkaidőben dolgozik.”
Vélemények megoszlása 5 fokú skálán nemek szerint, átlagok 1998 és 2016 között

ISSP 1988, 1994, 2002; KSH Népszégtudományi Kutatóintézet omnibusz adatfelvétel 2016, saját számítás

Megjegyzés: 18 éves és idősebb férfiak és nők országos mintája

Ugyanakkor a lakosság nemcsak a nők feladatának tekinti a családi élet megszervezését, hanem azt is gondolja, hogy számukra – a munkahellyel szembeállítva – az otthon, a család és a gyermekek jelentik az elsődleges boldogságforrást az életben. Ezzel az állítással kapcsolatban is tetten érhető, hogy 2002-ben a korábbi időszakhoz képest a vélemények kicsit eltolódtak „modernebb” irányba, majd 2016-ban visszatértek a rendszerváltás körüli szintre (4. ábra).

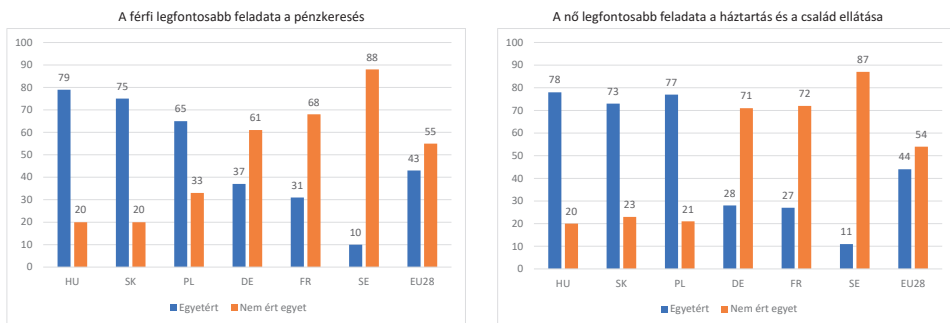
Hol helyezkedünk el e nemi szerepekkel kapcsolatos véleményekkel az európai országok között, mi a nők és a férfiak legfontosabbnak vélt feladata az egyes országokban? A legújabb, 2017-es Eurobarometer-adatfelvétel eredményei azt mutatják, hogy a kelet-közép-európai válaszadók – továbbra is – jelentősen tradicionálisabban ítélik meg a női és férfi szerepeket, mint a Nyugat-Európában élők. Magyarországon – akár csak Lengyelországban és Szlovákiában – a lakosság több mint 70%-a úgy gondolja, hogy a férfi legfontosabb feladata a pénzkeresés, a



4. ábra. „Állásban lenni is fontos lehet, de a legtöbb nőnek az az igazi vágya, hogy otthona és gyermeke legyen.” Vélemények megoszlása 5 fokú skálán nemek szerint, átlagok 1998 és 2016 között

ISSP 1988, 1994, 2002; KSH Népeségtudományi Kutatóintézet omnibusz adatfelvétel 2016, saját számítás

Megjegyzés: 18 éves és idősebb férfiak és nők országos mintája



5. ábra. „A férfi legfontosabb feladata a pénzkeresés.” és „A nő legfontosabb feladata a háztartás és a család ellátása.” Vélemények megoszlása egyes országokban és az EU-ban, 2017 (%)

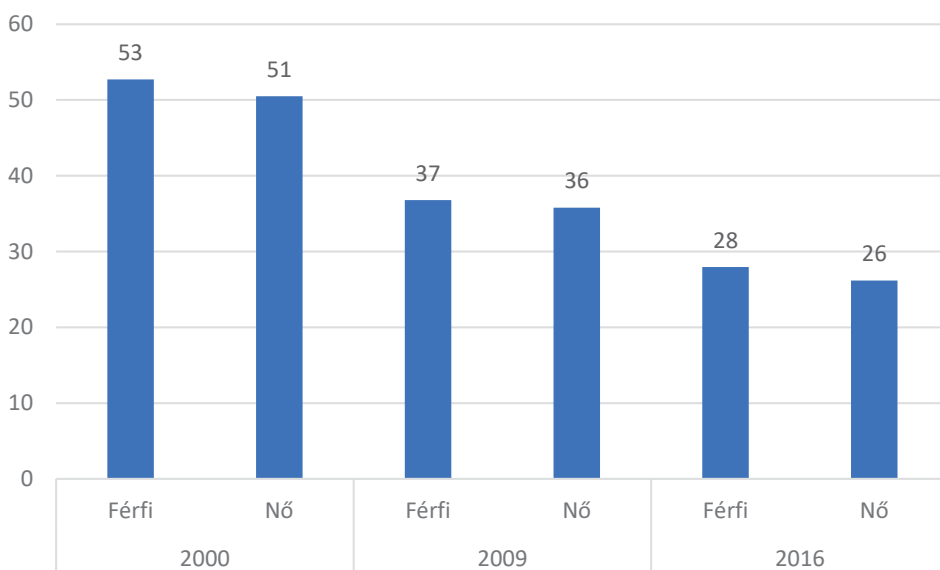
Special Eurobarometer 465: Gender Equality 2017 adatfelvétel, saját számítás.

Megjegyzés: A 15 év feletti lakosság reprezentatív mintája

nő pedig a háztartásvezetés és a család ellátása. Svédországban alig 10% osztozik ezen a véleményen, de Németországban és Franciaországban is csak mintegy 30–37% (5. ábra).

A továbbiakban olyan véleménykérdésekre fókuszálunk, melyekre vonatkozóan az 1980-as és 1990-es évekből nem rendelkezünk információval, így a cikk ezen felében kizárólag a 2000-es évek óta lezajlott változásokra összpontosítunk. Néhány konkrétabb kérdést vizsgálunk meg a gyermekvállalási korban lévő válaszadók körében arra vonatkozóan, hogy a társadalom számára mennyire elfogadható a kisgyermeket nevelő anyák munkavállalása.

Az első állítás úgy hangzik, hogy „Hatéves kor előtt mindenképp megsínyli egy kisgyerek, ha az anyja dolgozik.” 2000-ben a 18 és 50 év között lévő válaszadók fele egyetértett ezzel, ám 2016-ra arányuk megfeleződött, és immár a gyermekvállalási korban lévők közel 75%-a nem ért egyet azzal, hogy az iskoláskor előtti anyai munkavállalás kártékonyan hatna a gyermekekre. Ez igen komoly változást jelent mintegy tizenhat év leforgása alatt. (Amint láttuk, a korábban bemutatott véleményekre ez nem volt igaz.) A nők és a férfiak véleménye között minimális volt az eltérés, és ez máig nem változott (6. ábra).

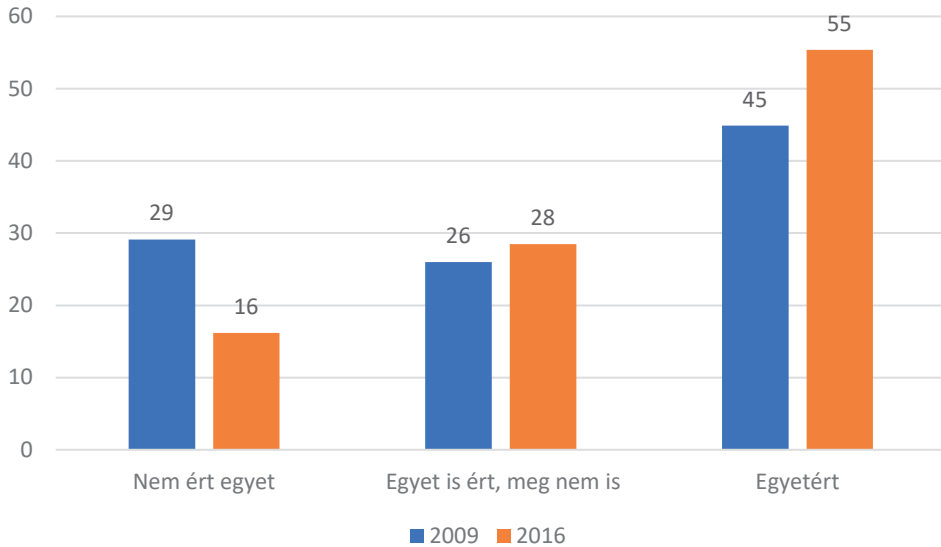


6. ábra. „Hatéves kor előtt mindenképp megsínyli egy kisgyerek, ha az anyja dolgozik.” Az állítással egyetértők és teljesen egyetértők aránya nemek szerint, 2000, 2009 és 2016 (%)

KSH Népszégtudományi Kutatóintézet omnibusz adatfelvétel 2000 és 2016;
KSH Népszégtudományi Kutatóintézet Családi értékek vizsgálat 2009, saját számítás

Megjegyzés: 18–50 év közötti férfiak és nők országos mintája

Amennyiben a három év alatti gyermekek bölcsődében történő elhelyezéséről kérdezzük a 18–50 éveseket, azt látjuk, hogy ennek elfogadottsága 2009 óta határozottan nőtt. Ekkor a válaszadók közel harmada nem értett egyet azzal, hogy „Ha elég bölcsőde lenne az országban, teljesen elfogadható lenne, hogy az anyák a gyermek kétéves kora után visszamenjenek dolgozni”, majd 2016-ra ez az arány 16%-ra csökkent (7. ábra). Eszerint a válaszadók több mint fele immár el tudja fogadni ezt az alternatív megoldást, azt, hogy az anya visszamenjen dolgozni.



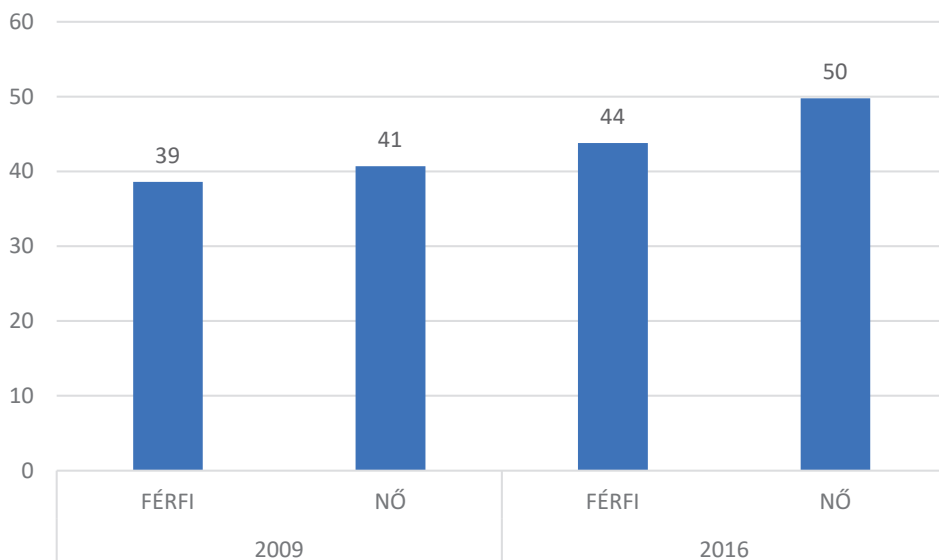
7. ábra. „Ha elég bölcsőde lenne az országban, teljesen elfogadható lenne, hogy az anyák a gyermek kétéves kora után visszamenjenek dolgozni.”

Az állítással kapcsolatos vélemények megoszlása, 2009 és 2016 (%)

KSH Népeségtudományi Kutatóintézet Családi értékek vizsgálat 2009;
KSH Népeségtudományi Kutatóintézet omnibusz adatfelvétel 2016, saját számítás.

Megjegyzés: 18–50 év közötti férfiak és nők országos mintája

A bölcsődék megítélésében is tetten érhető pozitív változás 2009 óta, ami az alábbi állításra adott reakciókból is látszik: „A bölcsődébe járó kisgyerekek nem kapnak rosszabb gondoskodást, mint azok, akikkel otthon marad az anyjuk.” Miközben a bizonytalanok („egyet is ért, meg nem is”) aránya változatlanul a népesség negyedét teszi ki, az egyetértők aránya 41%-ról 50%-ra emelkedett a nők, és 39%-ról 44%-ra a férfiak körében. Ugyanakkor a válaszadók mintegy negyede 2016-ban továbbra is úgy vélekedik, hogy számottevő minőségi különbség van aközött, hogy a kisgyermeket otthon az anyja neveli, vagy pedig bölcsődébe jár (8. ábra).



8. ábra. „A bölcsődébe járó kisgyerekek nem kapnak rosszabb gondoskodást, mint azok, akikkel otthon marad az anyjuk.” Az állítással egyetértők és teljesen egyetértők aránya nemek szerint, 2009 és 2016 (%)

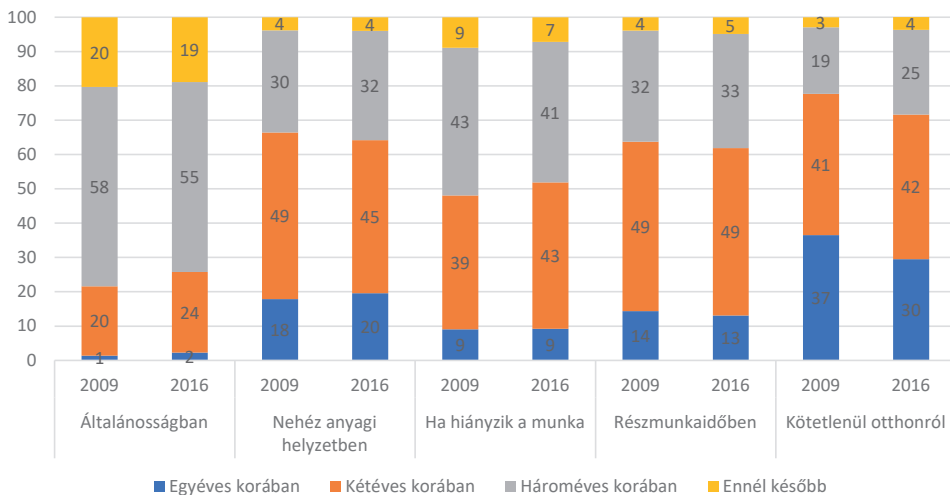
KSH Népeségtudományi Kutatóintézet Családi értékek vizsgálat 2009;
KSH Népeségtudományi Kutatóintézet omnibusz adatfelvétel 2016

Megjegyzés: 18–50 év közötti férfiak és nők országos mintája

A következőkben arra térünk ki, mely esetekben mennyire tartják elfogadhatónak a válaszadók, hogy egy kisgyermekes anyja a gyermek hároméves kora előtt munkába álljon. A konkrét kérdés így hangzott: „Ön szerint általánosságban a kisgyermek hány éves korában fogadható el, hogy az anyja munkát vállaljon?” A kérdést négy, az általánostól eltérő szituációra vonatkozó állítás követte: „...és ha a család nehéz anyagi helyzetben van, és szükség van az anyja keresetére?” (nehéz anyagi helyzetben); „...és ha egy anyának hiányzik a munka, a munkahely, és már szívesen dolgozna?” (hiányzik a munka); „...és ha az anyának van lehetősége arra, hogy csak részmunkaidőben vállaljon munkát?” (részmunkaidőben); „...és ha az anyának van lehetősége arra, hogy kötetlen munkaidőben, otthon dolgozzon?” (kötetlenül otthonról).

Amennyiben semmilyen különleges körülmény nem áll fenn („általánosságban”), 2016-ban a 18–50 éves népesség háromnegyede legkorábban a kisgyermek hároméves korában fogadja el az anyja munkába állását. 2009 óta alig történt e téren változás (9. ábra).

Különböző, fentebb felsorolt körülményeket figyelembe véve ugyanakkor – akárcsak 2009-ben – a lakosság könnyebben fogadja el a korai anyai munkavállalást. Amennyiben az anya kötetlenül, otthonról tud dolgozni, a válaszadók közel harmada (2009-ben több is mint harmada) már egyéves korban sem ellenzi a munkavállalást. Arra gondolhatunk, hogy ez esetben ő maradna a gyermek fő gondozója, ami nem ellenkezik a társadalmi elvárással. Amennyiben a család nehéz anyagi helyzetben van, minden ötödik válaszadó elfogadja az egyéves korban történő munkavállalást, ám a lakosság mintegy harmada még ekkor is a legalább hároméves kort preferálja. Amennyiben az anya azért dolgozna, mert hiányzik neki a munka, kevésbé vagyunk toleránsak: közel 50% ez esetben is legalább három éven át „otthon tartaná” az anyát; tízből egy véli elfogadhatónak, hogy már a kisgyermek egyéves kora után munkába álljon. A válaszadók többségét a részmunkaidős foglalkoztatás sem teszi elfogadóbbá, a lakosság közel 40%-a ezt is csak hároméves kor után támogatja. Bár életkor és iskolai végzettség szerint vannak eltérések a válaszadók attitűdje között, ezek nem számottevők. Jellemzően inkább a nők tartják elfogadhatóbbnak a korábbi munkavállalást.



9. ábra. „Különböző élethelyzetekben a kisgyermek hány éves korában fogadható el, hogy az anya munkát vállaljon?” Vélemények százalékos megoszlása, 2009 és 2016 (%)

KSH Népeségtudományi Kutatóintézet Családi értékek vizsgálat 2009;
KSH Népeségtudományi Kutatóintézet omnibusz adatfelvétel 2016, saját számítás

Megjegyzés: 18–50 év közötti férfiak és nők országos mintája

KÖVETKEZTETÉSEK

A családon belüli nemi szerepekkel és azzal kapcsolatban, hogy a nők életében a család vagy a munka fontosabb, összességében azt látjuk, hogy a magyarok továbbra is igen hagyományosan gondolkodnak: a nők elsődleges szerepe családi, és mindenekelőtt az itt felmerülő feladatokat kell ellátniuk. Ez mellesleg nemcsak a társadalom által elvárt szerep, hanem a nők maguk is elsősorban – a vizsgált véleménykérdések szerint – ezt tartják kívánatosnak, e tekintetben elenyésző különbség van a férfiak és nők véleménye között.

Az eredmények egészét nézve ugyanakkor az is megállapítható, hogy valamelyest csökkent az ellentét a munkavállalás és a családi szerep között: egy-egy konkrét, a kisgyermekes anyák munkavégzésével kapcsolatos vélemény megengedőbbé vált 2009 és 2016 között (nőtt a bölcsődei ellátás pozitív megítélése, valamint annak a ténynek az elfogadottsága, hogy az anya a gyermek hatéves kora előtt munkába álljon). A korábbi évekhez képest kevesebben gondolják úgy, hogy az anya-gyermek kapcsolatot negatívan befolyásolja az anya munkavállalása. Ahhoz viszont nem fér kétség, hogy összességében a magyarok továbbra is igen hagyományosan vélekednek az anyák családban betöltött szerepéről, és azt tartják a legmegfelelőbbnek, ha gyermekével hároméves koráig otthon marad. Ez a tény megkérdőjelezi, pontosabban jelentősen korlátozza a fent leírt szakpolitikai intézkedések (gyed extra) rövid távú lehetséges hatását. Hosszabb távon azonban a reformok mindenképpen hozzájárulhatnak egy társadalmi szemléletformáláshoz, és ahhoz, hogy a kisgyermekes anyák munkavállalása elfogadhatóbbá váljon a magyar társadalom számára.

További vizsgálatokat kíván, hogy az egyenlőtlen, de a vélekedések szerint mind a férfiak, mind a nők számára megfelelő szerepmegosztás mennyire váltja ki a nőkből az irodalom által említett „kapuőr” szerepet, illetve mennyire tehető felelőssé (felelőssé tehető-e legalábbis részben?) a társadalmi szintű alacsony gyermekvállalásért.

IRODALOM

- Allen S. – Hawkins A. (1999): Maternal Gatekeeping: Mothers' Beliefs and Behaviors That Inhibit Greater Father Involvement in Family Work. *Journal of Marriage and Family*, 61, 1, 199–212. DOI: 10.2307/353894, <https://bit.ly/2x96YJC>
- Arpino, B. – Esping-Andersen, G. – Pessin, L. (2015): How Do Changes in Gender Role Attitudes Towards Female Employment Influence Fertility? A Macro-Level Analysis. *European Sociological Review*, 31, 3, 370–382. DOI: 10.1093/esr/jcv002, <https://bit.ly/2p38XeP>
- Blaskó Zs. (2001): Meddig maradjon otthon az anya? – A gyermekfejlődés szempontjai. *Esély*, 3, 89–116. http://www.esely.org/kiadvanyok/2010_3/05blasko.indd.pdf
- Blaskó Zs. (2005): Dolgozzanak-e a nők? A magyar lakosság nemi szerepekkel kapcsolatos véleményének változásai 1988, 1994, 2002. *Demográfia*, 48, 2–3, 159–186. <http://demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/demografia/article/viewFile/588/440>

- Gregor A. (2008): „Ha volna két életem...” A szerepkonfliktusból fakadó feszültségek a nyugat-európai, a posztzocialista országok- és az USA-beli nők között. *Szociológiai Szemle*, 2, 87–110.
- Kapitány B. (2008): A „GYED-HATÁS” Az 1985 és 1996 közötti családtámogatási rendszer termékenységre gyakorolt hatása. *Demográfia*, 51, 1, 51–78. <http://demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/demografia/article/view/520/506>
- Makay Zs. (2015): Családtámogatás, gyermeknevelés, munkavállalás. In: Monostori J. – Óri P. – Spéder Zs. (szerk.): *Demográfiai Portré 2015. Jelentés a magyar népesség helyzetéről*. Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, <https://www.demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/demografiaiportre/article/download/2467/2473>
- Makay Zs. (2017): 50 éve vezették be a gyermekgondozási segélyt (GYES). *Korfa Népesedési Hírlevél*, 3. Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, <http://www.demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/korfa/article/view/2704/2569>
- Maruani, M. (2006): *Travail et emploi des femmes*. Paris: La Découverte
- McDonald, P. (2013): Societal Foundations for Explaining Low Fertility: Gender Equity. *Demographic Research*, 28, 34, 981–994. <https://www.demographic-research.org/volumes/vol28/34/28-34.pdf>
- Nagy B. (2009): A munkavállalás és gyermekvállalás paradoxona – Bevezető gondolatok. *Szociológiai Szemle*. 19, 3, 81–91. http://www.szociologia.hu/dynamic/SzocSzemle_2009_3_81_91_NagyB.pdf
- Pongrácz T. (2001): A család és a munka szerepe a nők életében. In: Nagy I. – Pongrácz T. – Tóth I. (szerk.): *Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről*. Budapest: TÁRKI–Szociális és Családügyi Minisztérium, 30–45. <http://old.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/a503.pdf>
- Spéder Zs. (2011): Ellentmondó elvárások között... Családi férfiszerepek, apaképek a mai Magyarországon. In: Nagy I. – Pongrácz T. (szerk.): *Szerepváltozások: Jelentés a nők és férfiak helyzetéről 2011*. Budapest: Tárki, <http://demografia.hu/hu/letoltes/kiadvanyok/Szerepvaltozasok/207-228Speder.pdf>

A GYERMEKTELENSÉG MINTÁZATAI A MAGYAR FÉRFIAK KÖRÉBEN¹

PATTERNS OF CHILDLISSNESS AMONG HUNGARIAN MEN

Szalma Ivett¹, Takács Judit²

¹PhD

Szalma.Ivett@tk.mta.hu

²PhD, Magyar Tudományos Akadémia

Társadalomtudományi Kutatóközpont Szociológiai Intézet

Takacs.Judit@tk.mta.hu

ÖSSZEFOGLALÁS

Ebben az írásban összefoglaljuk a férfiak gyermektelenségéhez kapcsolódó kutatásaink legfontosabb eredményeit. Bemutatjuk, hogy a férfiak és a nők gyermektelensége mögött gyakran eltérő tényezők húzódnak meg, vagy az azonos tényezők mögött eltérő mechanizmusok játszanak szerepet. Kitérünk arra is, hogy a kvalitatív kutatások milyen új eredményekkel gazdagították a férfiak gyermektelenségével kapcsolatos tudásunkat a kvantitatív elemzésekhez képest.

ABSTRACT

In this paper we summarize the most important results of our previous empirical analyses related to male childlessness. We emphasize that different factors can often be detected behind male and female childlessness, or in some cases the same factors can influence the childlessness patterns of the different genders via various mechanisms. We provide new insights into male childlessness in Hungary revealed by our qualitative approach.

Kulcsszavak: gyermektelenség, tudatos gyermektelenség, férfiak, Magyarország, kvantitatív, kvalitatív vizsgálatok, diszkrimináció

Keywords: childlessness, voluntary childlessness, male, Hungary, quantitative and qualitative methods, discrimination

¹ A tanulmány megírását az NKFIH (PD 123789) támogatta.

BEVEZETÉS

A gyermektelenséggel kapcsolatos kutatások többsége a nőkre fókuszál, miközben a gyermektelenek aránya magasabb a férfiak, mint a nők körében, nemcsak Magyarországon, hanem szinte valamennyi európai országban. Magyarországon például a 2001-es népszámlálási adatok szerint a 41 év feletti nők körében 7,8% volt a gyermektelenek aránya, ami 2011-re 11,2%-ra növekedett (Kapitány, 2015). Ez az arány a férfiak esetében a 41 és 45 év közötti korcsoportban 2001 és 2011 között 17%-ról 22%-ra növekedett (Kapitány, 2015). A számok tükrében jogosan merül fel a kérdés, vajon miért kíséri viszonylag kevés figyelem a gyermektelenség vizsgálatát a férfiak körében.

Erre a kérdésre egyrészt az lehet a válasz, hogy a gyermekvállalás kérdését hajlamosak vagyunk a nőkhöz rendelni, vagyis azt feltételezzük, hogy a nők egyedül hoznak döntést ebben a kérdésben, vagy legalábbis ők a fő döntéshozók. Másrészt a férfiak szülővé válása kevésbé kötődik életkori korlátokhoz, illetve normákhoz, mint a nők gyermekvállalása, ezért nehezebb meghatározni, hogy mikortól tekintünk ténylegesen gyermektelennek egy férfit. Harmadrészt a kérdőíves kutatások esetenként pontatlanabb adatokkal szolgálhatnak a férfiak, mint a nők gyermekvállalásáról: előfordulhat például, hogy egyes férfiak esetleg nem is tudnak arról, hogy gyermekük született, illetve esetenként elfelejthetik megemlíteni nem velük egy háztartásban élő gyermeküket egy kérdőíves vizsgálat során.

Jelen tanulmány célja, hogy áttekintést nyújtson a gyermektelenségre fókuszáló magyarországi kutatásaink főbb eredményeiről, különös tekintettel az eddig kevésbé kutatott férfi gyermektelenségi mintázatokra, melyeket a női gyermektelenségi mintázatokkal való összehasonlítás tükrében tekintjük át. Először a kvantitatív kutatásaink eredményeit ismertetjük (Szalma–Takács, 2012; 2015), majd ezt követően a kvalitatív kutatásokból származó eredményeket mutatjuk be (Szalma–Takács, 2014; 2018). Tanulmányunkat az eredmények összegzésével és a jövőbeli lehetséges kutatási irányok felvázolásával zárjuk.

KVANTITATÍV KUTATÁSOK

A gyermektelenség kérdéskörére fókuszáló kutatásaink során először korábbi kérdőíves vizsgálatok eredményeinek másodelemzésével vizsgáltuk, hogy milyen okok állhatnak annak hátterében, ha valaki nem vállal gyermeket Magyarországon (Szalma–Takács, 2012; 2015). Ehhez az Életünk fordulópontjai társadalmi-demográfiai panel-adatfelvételt használtuk, melyet a KSH Népeségügyi Kutatóintézete végzett több mint 16 ezer válaszadó részvételével az első hullámban, ami a vizsgált téma szempontjából Magyarország legnagyobb adatfelvételének számít. A 2002-es első hullámtól egészen a 2008/2009-es harmadik

hullámig követték a 30 és 45 év közötti gyermektelen nők, valamint a 33 és 50 év közötti gyermektelen férfiak adatait a gyermekvállalás szempontjából. Az eredmények azt mutatták, hogy mind a férfiak, mind nők körében a gyermektelenül maradás egyik fő – ha nem a legfőbb – meghatározó tényezője az, hogy sikerül-e az érintetteknek tartós párkapcsolatot kialakítaniuk. Emellett a gazdasági tényezők is jelentős szerepet kaphattak, miközben az értékek (a családdal kapcsolatos attitűdök vagy a vallásosság) változása nem befolyásolták jelentősen a szülővé (nem)válással kapcsolatos döntéseket.

E kutatás ugyanakkor rávilágított arra is, hogy miközben számos közös tényező áll a nők és a férfiak gyermekvállalása (illetve nemvállalása) mögött, azért számottevő eltérések is megfigyelhetők. Például míg a gyermektelen nők körében a magas iskolai végzettségűek felülreprezentáltak, addig a férfiak körében az alacsony iskolai végzettségűek között találunk magasabb arányban olyanokat, akiknek nem született gyermekük.

KVALITATÍV KUTATÁSOK

A korábban említett kvantitatív vizsgálatokat később, 2014 és 2015 között kiegészítettük interjúkutatással. Először 40 év feletti gyermektelen nőekkel készítettünk félig strukturált életútinterjúkat annak érdekében, hogy feltárjuk, milyen okok vezethetnek gyermektelenséghez a magyar nők körében (Szalma–Takács, 2014). Majd e kvalitatív kutatást folytattuk 2016-ban harminc 50 év feletti gyermektelen heteroszexuális férfi meginterjúvolásával.

Ezek az interjúkutatások is alátámasztották, hogy jelentős különbségek találhatóak a nők és a férfiak gyermektelenségi mintázatai között. Eredményeink alapján az is elmondható, hogy bár sokszor ugyanazok a tényezők húzódnak meg a férfi és a női gyermektelenség mögött, ezek gyakran eltérő mechanizmusokon keresztül érvényesülnek. A következő alfejezetben egy-egy példát mutatunk be az azonos tényezők mögött meghúzódó mechanizmusokra.

Partnerkapcsolat

A nemzetközi és a hazai kutatások kimondott vagy kimondatlan alapvetése, hogy a stabil párkapcsolat megléte elengedhetetlen a gyermekvállaláshoz nők és férfiak számára egyaránt (Jalovaara–Fasang, 2017; Szalma, 2016). A nőkkel folytatott interjúkutatások ezt az eredményt annyiban finomították, hogy a párkapcsolat megléte mellett annak minősége sem elhanyagolható tényező. A férfiakkal készített interjúk során kiderült, hogy körükben ritkán fordult elő, hogy valaki egyetlen tartós párkapcsolatot sem tudott kialakítani az élete folyamán. Így az életút-megközelítés nem igazolta, hogy a férfiaknál a partnerkapcsolat hiánya

lenne gyermektelenségük egyik vagy fő meghatározó tényezője. Ráadásul az általunk kérdezett párkapcsolatban élő férfiak a kapcsolataik minőségével is elégettebbeknek mutatkoztak, mint női interjúalanyaink. Azaz róluk nem mondható el, hogy partnerkapcsolatuk nem megfelelő minősége miatt nem szerettek volna gyermeket vállalni. A párkapcsolatban élő férfiak számára a gyermekvállalás akadályai közé tartozhatott, ha idősebb párt választottak, akinek már biológiailag nem lehetett gyermeke, illetve ha a partnerüknek már volt(ak) gyermeke(i), és nem szeretett volna több gyermeket vállalni. Különösen az alacsonyabb iskolai végzettségű férfiak számoltak be ezekről az akadályokról.

Életkor

Kvantitatív vizsgálataink rávilágítottak arra, hogy az életkor előrehaladta jelentős szerepet játszott abban, hogy a gyermekvállalást (átmenetileg) halasztók végül mégsem tudták megvalósítani eredeti gyermekvállalási elképzeléseiket. Például az általunk vizsgált – 2001 és 2008 közötti – időszakban a gyermekvállalást halasztó 30–45 éves nőknek és 33–50 éves férfiaknak csak egy kis része volt képes arra, hogy megvalósítsa gyermekvállalási terveit: a vizsgált nőknek mindössze 22%-a, a férfiaknak pedig csak 14%-a vált szülővé 2008-ra (Szalma–Takács, 2012). A 45 éves vagy ennél idősebb nők esetében ez az eredmény akár véglegesnek is tekinthető a női reprodukciós aktivitás biológia korlátai miatt, melyek már 35 éves kortól kezdve éreztetik egyre erősödő hatásukat. Az életkorról összefüggő biológiailag meghatározott korlátok mellett beszélhetünk a gyermekvállalás társadalmi normák által keretezett életkori határaitól is – azaz arról a társadalmilag meghatározott jellemzőről, hogy egyes társadalmi csoportokban kit tartanak „túl öregnek” ahhoz, hogy gyermeket vállaljon –, melyek hasonlóan hatnak a férfiakra, mint a nőkre. Interjú vizsgálataink eredményei azonban rávilágítottak arra, hogy a különböző társadalmi csoportokhoz tartozó férfiak körében eltérő társadalmi normák érvényesülhetnek: például a magasabb iskolai végzettségű és jobb anyagi helyzetű interjúalanyaink arról számoltak be, hogy elképzelhetőnek tartják, illetve nem tartják kizártnak, hogy első gyermeküket majd az ötvenes éveik végén vagy akár valamikor a hatvanas éveikben fogják vállalni. Ezzel szemben alacsonyabb iskolai végzettségű társaik már nem vállalkoztak volna erre 50 évesen, és az is kiderült, hogy még a negyvenes éveikben is túl késeinek tűnt volna többek számára az apává válás.

Anyagi helyzet

Az anyagi tényezők szintén némileg eltérő mechanizmusokon keresztül vezettek gyermektelenséghez a nők és a férfiak körében. Míg a nőknél a bizonytalan munkalehetőségek és a rossz anyagi helyzet elsősorban azt akadályozta meg, hogy

azok a nők, akik nem találtak maguknak megfelelő partnert, belevágjanak – akár egyedül is – a gyermekvállalásba, a férfiak számára ugyanezek a tényezők már a partnerkapcsolat kialakítását – és ezáltal közvetetten a szülővé válást – is megnehezíthették. Mindez egybevág azzal a Magyarországon uralkodó tradicionális nemiszerep-elvárással, miszerint egy heteroszexuális nukleáris családban első-sorban a férfinak kell(ene) a családfenntartó, fő kenyérkereső szerepét ellátni. Ezenfelül férfi interjúalanyaink körében arra is akadt példa, hogy az átlagon felüli anyagi helyzet akadályozta a partnerkapcsolat kialakítását és a gyermekvállalást: ez esetben az érintett azt tartotta kockázatosnak, hogy egy esetleges válás következtében elveszítheti felhalmozott vagyonát, így inkább tartózkodott a partnerkapcsolatoktól.

ÚJ ELEMEL SZEREPE A FÉRFIAK GYERMEKTELENSÉGÉBEN

Az eddig példaszerűen illusztrált tényezők mellett új – a nők körében nem ki-mutatható vagy kevésbé hangsúlyos – okok is feltűntek a férfiakkal készült interjúkban.

Egészségügyi okokhoz köthető gyermektelenség

A kérdőíves vizsgálatok – egyrészt a téma érzékenysége, másrészt az alacsony elemszám miatt – nem teszik lehetővé, hogy az egészségügyi okokra visszave-zethető gyermektelenséget részletesen elemezzük. A kvalitatív vizsgálatokból azonban megállapítható, hogy míg a női interjúalanyaink több mint egyharmada beszámolt olyan egészségügyi okról, amely megnehezítette (volna) a gyermek-vállalást, addig a férfiaknál senki sem számolt be hasonló egészségügyi problémáról. Miközben az általunk készített szakértői interjúkban a termékenységi kérdésekre specializálódott orvosok kiemelték, hogy az utóbbi évtizedekben a férfiak terméketlensége egyre nagyobb méreteket ölt.

Egyetlen interjúalanyunk esetében, egy falun élő, alacsony iskolai végzettségű 70 éves férfinél merült fel a gyermekvállalást akadályozó egészségügyi probléma létezése, de a témát tabuként kezelve nem beszélt erről bővebben. Ugyanakkor az általános rossz egészségi állapot a férfiak körében kiemelkedő szerepet kapott: az alacsonyabb iskolai végzettségű férfiak magasabb iskolai végzettségű társaikhoz képest mintegy húsz évvel korábbi időpontot adtak meg a gyermekvállalás még lehetséges életkoraként. Ez a korlátozóbb életkori norma szorosan összefügghet azzal, hogy az iskolai végzettség szerint Magyarországon a legnagyobb a szakad-ék a várható átlagos élettartamok között: alacsonyan iskolázott társaikhoz viszonyítva átlagosan kilenc évvel élnek tovább a magas iskolai végzettségűek (OECD, 2017). Ugyanakkor az általunk vizsgált nőknél nem jelentkeztek jelentős különb-

ségek a gyermekvállalás még lehetséges életkori normájában iskolai végzettség szerint (Szalma–Takács, 2014).

A tudatos gyermektelenség felvállalása

Kiemelendő, hogy a férfiakkal készített interjúkban sokkal markánsabban jelent meg a tudatos gyermektelenség, mint a nőknél. A nők körében kevés olyan interjúalanytal találkozunk, aki tudatosan nem szeretett volna gyermeket vállalni: e kevés kivétel pedig mind a magas iskolai végzettségű, jobb társadalmi helyzetű nők közül került ki. A férfiak nyíltabban beszéltek arról, hogy valójában soha nem szerepelt a terveik között az apává válás. Ráadásul nemcsak a magas iskolai végzettségű férfiak fogalmazták meg ezt, hanem az alacsonyabban iskolázott férfiak körében is találkoztunk olyannal, aki szándékosan választotta a gyermek nélküli életet. Ez nem feltétlenül jelenti azt, hogy a nőkhöz képest több férfi lenne, aki nem szeretne gyermeket: lehetséges, hogy ez a különbség abból fakad, hogy a férfiak szabadabban felvállalhatják a gyermektelenség tudatos választásával kapcsolatos véleményüket nemcsak egy kérdőíves vizsgálat keretében, de egy interjú vizsgálat során is. Mindez összefügghet azzal, hogy a szülői gondoskodás még mindig inkább a nőkhöz köthető szerepként jelenik meg, valamint a közvélekedés úgy ítéli meg, hogy egy nő nem élhet teljes életet gyermek nélkül, míg a férfiakkal szemben kevésbé szigorú társadalmi normák vannak érvényben a gyermekvállalást tekintve (Szalma, 2014).

HÁTRÁNYOS HELYZETŰEK-E A GYERMEKTELEN FÉRFIAK?

Végezetül egy olyan érzékeny témát villantunk fel, amely szintén nehezen vizsgálható kérdőíves módszerekkel: a gyermektelennel szembeni diszkrimináció kérdését. A téma vizsgálata különösen fontos egy olyan tradicionálisan prona-talista társadalomban, ahol a gyermekvállalás kérdése a napi politikai diskur-zusnak is része. Az interjúk során arra is rákérdeztünk, hogy az interjúalanya-ink milyen előnyöket, illetve hátrányokat tapasztaltak munkájuk során, illetve a magánéletükben azzal kapcsolatban, hogy nem született gyermekük. E tekintetben is több különbséget találtunk a női és a férfi interjúalanyok beszámolói között: míg az alacsony iskolai végzettségű nők nem tudtak konkrét előnyökről beszámolni, addig magas iskolai végzettségű társaik a munkában elért sikereket könyvelték el gyermektelenségükkel összefüggésbe hozható előnyként. A férfiak körében azonban éppen az alacsonyabb iskolai végzettségűek számoltak be a gyermektelenség egyik előnyéről: a kötetlenebb életforma választásának a lehetőségéről. Mivel az alacsony iskolai végzettségű – főként különféle szakmunká-kat végző – férfiak számára a munkához köthető mobilitás jelentette az egyetlen

lehetőséget arra, hogy utazzanak, így fontos volt számukra, hogy olyan munkát vállalhattak, amely akár heti vagy havi ingázással járt, ez pedig nehezebben lett volna összeegyeztethető a helyhez kötöttebb gyermekes életmóddal (Szalma–Takács, 2018).

Míg a munkájukkal kapcsolatban férfi interjúalanyaink nem számoltak be hátrányokról, addig a magánélet területén diszkriminációként élték meg a környezetük részéről tapasztalt negatív előítéleteket. Ha egy bizonyos életkor felett egy férfinak nincs gyermeke, akkor interjúalanyaink tapasztalatai szerint esetleg azt gondolhatják róla, hogy impotens, meleg vagy drogfüggő. Ezen negatív előítéletek ellen interjúalanyaink úgy próbáltak védekezni, hogy távolságot tartottak közvetlen környezetüktől, és nem engedtek betekintést a magánéletükbe; de akadt köztük olyan is, aki a találgatásokat rövidre zárva a „sajnos nincs gyermekem” kifejezés használatával utalt arra, hogy – talán – egészségügyi okok állhatnak gyermektelensége hátterében (Szalma–Takács, 2018).

ÖSSZEZÉS

A kvantitatív adatok másodelemzése rávilágított arra, hogy érdemes interjú vizsgálatokat is végeznünk annak érdekében, hogy jobban megértsük a Magyarországon jellemző gyermektelenségi mintázatokat. A gyermektelen férfiakkal folytatott interjú vizsgálatunk úttörő abban a tekintetben, hogy korábban még nem vizsgálták a férfiak gyermektelenségét Magyarországon kvalitatív módszerekkel. A kutatási eredmények azt mutatták, hogy a férfiak és a nők gyermektelensége mögött eltérő tényezők húzódnak meg. A férfiak között például nagyobb arányban találtunk olyanokat, akik szándékosan nem akartak gyermeket vállalni. Ugyanakkor azt is be tudtuk mutatni, hogy még az azonos tényezők is különböző mechanizmusokon keresztül érvényesülhetnek a nemek között. A kvalitatív vizsgálat továbbá lehetővé tette, hogy betekintést nyerjünk abba, hogy milyen előítéletekkel kell szembenézniük a gyermektelen nőknek és férfiaknak.

Eddigi elemzéseink során azonban a gyermektelenséghez köthető számos kérdést még nem tárgyaltunk. Érdemes lenne például azt vizsgálni, hogy milyen a férfiak attitűdje azzal kapcsolatban, hogy egyedül vállaljanak gyermeket, akár örökbefogadás útján. Szintén nem állt módunkban azt elemezni, hogy milyen a kapcsolatuk azokkal a gyerekekkel, akikkel egy háztartásban élnek, de nem vér szerinti leszármazottaik – hiszen a férfiaknál nagyobb arányban fordulhat elő, hogy ideiglenesen apai szerepet vállalhatnak gyermeket partnerrel való együttélésük során. Mindezek alapján a férfiak gyermektelensége még inkább képlékenynek tűnhet, mint a nőké: nem csupán biológiai, de társadalmi okokra visszavezethetően is.

IRODALOM

- Jalovaara, M. – Fasang, A. E. (2017): From Never Partnered to Serial Cohabitors: Union Trajectories to Childlessness. *Demographic Research*, 36, 1, 1703–1720. DOI: 10.4054/DemRes.2017.36.55
- Kapitány B. (szerk.) (2015): Terjed a gyermektelenség Magyarországon. *Korfa Népesedési hírlével*, XV, 1, 1–4. <http://demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/korfa/article/download/1299/734>
- OECD (2017): *State of Health in the EU. Hungary. Country Health Profile 2017*. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/355983/Health-Profile-Hungary-Eng.pdf?ua=1
- Szalma I. (2014): A gyermekvállalás társadalmi normái és a mesterséges megtermékenyítéssel kapcsolatos attitűdök vizsgálata Magyarországon és Európában. *Replika*, 85–86, 35–57. http://replika.hu/system/files/archivum/85-86_03_szalma.pdf
- Szalma I. (2016): Partnerships Norms and Childlessness in Hungary and Transylvania in European View. *Belvedere Meridionale*, 28, 2, 66–81. http://www.belvedere-meridionale.hu/wp-content/uploads/2016/02/05_Szalma_Belvedere%20Meridionale_2016-2_pp66-81.pdf
- Szalma I. – Takács J. (2012): A gyermektelenséget meghatározó tényezők Magyarországon. *Demográfia*, 55, 1, 44–68. <http://www.demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/demografia/article/view/439/583>
- Szalma I. – Takács J. (2014): Gyermektelenség – és ami mögötte van. Egy interjú vizsgálat eredményei. *Demográfia*, 57, 2–3, 109–137. <http://www.demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/demografia/article/view/2477/2334>
- Szalma I. – Takács J. (2015): Who Remains Childless? Unrealized Fertility Plans in Hungary. *Czech Sociological Review*, 51, 6, 1047–1075. http://sreview.soc.cas.cz/uploads/13dd14ac8d-152b92333c8193cc217596a08173ee_15-6-08Szalma23.indd.pdf
- Szalma I. – Takács J. (2018): Is There Voluntary Childlessness at All in Hungary? In: Natalie Sappleton (ed.): *Voluntary and Involuntary: The Joys of Otherhood?* Emerald Publishing Limited, 309–337. https://www.researchgate.net/publication/326710775_Is_There_Voluntary_Childlessness_At_All_in_Hungary

AZ IKT ÉS AZ OKTATÁSI EGYENLŐTLENSÉGEK ÖSSZEFÜGGÉSEI

CORRELATION BETWEEN ICT AND EDUCATIONAL INEQUALITIES

Vincze Anikó

tanársegéd, Szegedi Tudományegyetem Szociológia Tanszék
anvincze@gmail.com

ÖSSZEFOGLALÁS

Az iskola, az oktatás eredeti szerepével ellentétben a diákok társadalmi háttéréből fakadó hátrányokat kevésbé tudja csökkenteni, sőt inkább megerősíti a meglévő különbségeket, és újakat teremt. Az iskolában nyújtott teljesítmény, az érdemjegyek sok esetben a tanuló családi háttérének – amely magában foglalja a szülők iskolai végzettségét, foglalkozási státuszát, a család gazdasági helyzetét és kulturális körülményeit – lenyomatát képezik. Nagy nemzetközi felmérések (például PISA) is alátámasztják, hogy Magyarországon igen erős az összefüggés az iskolai teljesítmény és a családi háttér között. Az utóbbi években az infokommunikációs technológiák (IKT) megjelenése és beépülése a mindennapi életbe, valamint a tanulásba is, némileg átforgalmazták a hagyományos struktúrákat. Elemzésünk fókuszpontjában az áll, hogy vajon az otthoni számítógép- és internethozzáférés, valamint -használat képes-e enyhíteni a társadalmi háttér és a tanulmányi eredmények szoros kapcsolatát, és így módon csökkenteni az oktatási egyenlőtlenségeket. A 2003 és 2015 közötti PISA-felmérések magyar adatai alapján arra következtetünk, hogy az IKT-hozzáférés egyre kevésbé befolyásolja a teljesítményt, a használat bizonyos típusai azonban pozitívan hatnak rá, míg mások negatív összefüggést mutatnak vele. A kifejezetten tanulásra, iskolai feladatok elvégzésére való IKT-használat a várttal ellentétben inkább csökkenti, semmint növeli az iskolai teljesítményt.

ABSTRACT

Contrary to the initial function of education, school does not diminish inequalities among students coming from different social backgrounds but even strengthens them and creates new forms of inequalities. School performance and grades at school often reflect the social background – which consists among others of the level of education of the parents, their employment status, the family's wealth and cultural circumstances. Results from huge international surveys (e.g. PISA) confirm that the relationship between school performance and social background seems to be quite strong in Hungary on long time series. However, the traditional factors influencing school performance have somehow restructured in the last years due to the appearance and integration of ICT in everyday life and learning. Our paper focuses on whether ICT access and use at home is able to diminish the strong tie between social background and academic performance and therefore to reduce educational inequalities. From the analysis of the Hungarian data from PISA surveys from 2003 to 2015 it turns out that ICT access influences

school performance less and less. Considering ICT use we found that some forms show a positive relationship with academic achievement but others have a negative effect on it. Contrary to expectations results implicate that the frequent use of internet for learning and school purposes even reduces school performance.

Kulcsszavak: oktatási egyenlőtlenségek, iskolai teljesítmény, társadalmi háttér, IKT-hozzáférés, IKT-használat

Keywords: educational inequalities, school performance, social background, ICT access, ICT use

BEVEZETÉS

Az oktatási rendszer egyik célja, hogy minden tanuló egyenlő mértékben jusson hozzá a tudáshoz, a szükséges ismeretanyaghoz, amely segíti későbbi boldogulását a társadalmi életben. Az oktatás azonban ezt a célt nemhogy megvalósítani nem tudja, hanem – amint arra több szerző is rámutatott – még tovább erősíti a diákok közötti különbségeket: egyenlőtlenségeket teremt és tart fenn (Bourdieu, 1974). Az oktatási rendszer iskolai teljesítményként tünteti fel azt, ami valójában a társadalmi státuszból fakad. Jelen tanulmány az oktatási egyenlőtlenségeknek az infokommunikációs technológiák hozzáféréssel és használatával való összefüggését helyezi fókuszpontba. A mai diákok mindennapjait természetes módon hatja át az IKT-használat, továbbá az oktatásban is egyre erősebb irányelv az IKT bevonása és a digitális kompetenciák elsajátítása. Ezért az alábbi kérdésekre keressünk jelen írás keretében válaszokat: Mennyiben támogatja vagy hátráltatja az iskolai teljesítményt a számítógép- és internethasználat? Milyen összefüggések fedezhetők fel a társadalmi háttér, az IKT-hozzáférés és -használat, valamint a tanulmányi sikeresség között?

A tanulmány első felében röviden áttekintjük az iskolai teljesítmény és a társadalmi háttér összefüggéseire, valamint az IKT és a tanulmányi eredmények kapcsolatára vonatkozó kutatásokat. Ezt követően bemutatjuk az elemzésünk módszertani hátterét, végül pedig ismertetjük eredményeinket és az ezekből levezetett következtetéseket.

KUTATÁSI HÁTTÉR

A tanulmányi sikeresség és a társadalmi háttér összefüggését számos kutatás alátámasztja külföldön (Coleman, 1966; Bernstein, 1975) és Magyarországon egyaránt. Az 1970-es években Magyarországon az ideológiai elvekkel ellentétben az iskola nemhogy csökkentette volna az eltérő társadalmi rétegből származók közötti egyenlőtlenségeket, hanem felerősítette azokat. Az iskolai teljesítmény

nagymértékben a diákok családi hátterétől, szülei iskolai végzettségétől és származási rétegétől függött (Ferge, 1980).

Napjainkban is ez a tendencia tapasztalható. Nemzetközi összehasonlító kutatások arról számolnak be, hogy Magyarországon érvényesül leginkább a tanulói háttér hatása az iskolai teljesítményre (Vári, 2003). Az alacsony státuszú és végzettségű szülők gyermekei hazánkban tartoznak legnagyobb arányban az alacsony kompetenciával rendelkező tanulók közé (Róbert, 2004).

A PISA adatokat hosszú időszoron vizsgálva azt találjuk, hogy a standardizált társadalmi-gazdasági-kulturális háttér (ESCS) index hatása a matematikai teljesítményre az összes részt vevő ország közül Magyarországon az egyik legmagasabb. A kezdetekben, 2003-ban, a kutatásban részt vevő negyvenegy ország közül Magyarországon volt a legerősebb a társadalmi-gazdasági-kulturális háttér és a matematikai teljesítmény közötti kapcsolat (beta értéke = 0,52), továbbá hazánkban magyarázta a matematikai eredmények legnagyobb részét (27%) az ESCS-index. A további adatfelvételi éveket is nézve Magyarország rendre a sor végén helyezkedik el: 2006-ban szintén utolsó helyen szerepel, 2009-ben utolsó előtti (megelőzve Perut), 2012-ben hátulról a negyedik, 2015-ben pedig hátulról az ötödik helyen található. Hazánkban tehát az iskolai teljesítmény szempontjából nemzetközi összehasonlításban rendkívül meghatározó az egyén családi háttere, amely egyaránt magába foglalja a szülők iskolai végzettségét, foglalkoztatási státuszát, a család gazdasági helyzetét és a klasszikus kulturális javakkal való ellátottságot.

Az utóbbi években az infokommunikációs eszközök megjelenése és széles körű elterjedése átformálta az iskolai teljesítményt meghatározó hagyományos tényezők struktúráját (Ben-David Kolikant, 2010). A most fiatal felnőttek és a mai diákok generációja egy olyan csoporthoz tartozik, amelynek életében meghatározó szereppel bír a mobiltelefon, a számítógép és ezen eszközökön keresztül az internet. A szakirodalom ezt a generációt külön elnevezésekkel illeti, melyek közül talán a legelterjedtebb a „digitális bennszülöttek” kifejezés (Prensky 2001a, 2001b). E generáció tagjai az infokommunikációs eszközök között szocializálódtak, az élet természetes velejárójaként ismerkedtek meg ezen eszközökkel. Az IKT-tudás szocializáció során való elsajátítása kihatással van e fiatalok gondolkodásmódjára, képességeire és a tanulási módjukra. Az oktatási rendszer is igyekszik lépést tartani a 21. század információs átalakulásával, ezért szakpolitikai irányelvek nemzetközileg és hazánkban is előírják az információs társadalom kihívásainak való megfelelés és az IKT-eszközök integrálásának megvalósítását a közoktatásban (Tóth et al., 2011).

A korábbi kutatások ellentmondásos képet mutatnak az IKT-használat és iskolai teljesítmény összefüggéseiről. Az IKT-használat egyes dimenziói és az iskolai teljesítmény közötti pozitív összefüggést mutatott ki egy gyermekek és fiatalok körében végzett felmérés során Nagy-Britanniában a Rebecca Eynon– Lars-

Erik Malmberg (2011) szerzőpáros. Az adatfelvétel alapján megkülönböztetett négyféle internet-felhasználói profil mindegyik formája elősegítheti a tanulást, csupán más módon és más mértékben (Eynon–Malmberg, 2011).

Linda A. Jackson és szerzőtársai (2010) az Egyesült Államokban tizenkét év körüli gyermekekkel végzett longitudinális kutatás során azt mutatták ki, hogy az olvasási készségeket javítja az internetezés azoknál a gyermekeknél, akiknek ez a készsége átlag alatti volt. Az összefüggés azonban komplex, ugyanis erős differenciáló faktort jelentenek a szocio-demográfiai tényezők, hiszen ezek mind a függő, mind a független változóra hatással vannak (Jackson et al., 2010).

Az OECD által háromévenként végzett nagy nemzetközi tanulói PISA-teljesítménymérés (Programme for International Student Assessment) rendelkezik egy infokommunikációs eszközök használatára vonatkozó résszel. Ez magában foglalja az IKT-használat intenzitását és módjait otthon, valamint az iskolában is, ezért több kutató is igyekezett feltárni az IKT-használat és az iskolai teljesítmény közötti kapcsolatot. A 2006-os PISA-adatok törökországi almintájának elemzése alapján például kirajzolódott, hogy a számítógép/internethozzáférés – akár otthon, akár az iskolában –, továbbá a számítógép/internet haladó szintű használata (például: Excel, tanulást segítő szoftverek) növelte a természettudományi készségekben elért pontszámot. Szintén szignifikáns összefüggést mutatott a számítógép és internet szórakozásra történő használata az eredményekre, ez a tényező azonban negatívan befolyásolta a vizsgált kompetenciát (Anil–Ozer, 2012). A 2006-os PISA-adatok elemzése alapján Vincenzo Spiezia (2011) is pozitív kapcsolatot tárt fel az IKT-használat és a természettudományi eredmények között a diákok demográfiai jellemzőinek és társadalmi háttérének kontrollálása mellett. A kutató külön vizsgálta az otthoni és az iskolai IKT-használat hatását, és azt találta, hogy az otthoni használat erősebben befolyásolja a teljesítményt, mint az iskolai (Spiezia, 2011). Erhan Delen és Okan Bulut (2011) a 2009-es PISA-felmérés adatait elemezve szintén pozitív kapcsolatot tárt fel az IKT-használat és az iskolai teljesítmény között a törökországi almintán. Eredményeik szerint az otthoni IKT-hozzáférés és -használat magasabb matematikai és természettudományi pontszámhoz járult hozzá (Delen–Bulut, 2011).

Más kutatások a számítógép- és internethasználatnak az iskolai teljesítménnyel való negatív, illetve nem létező hatására következtetnek. Thomas Fuchs és Ludger Woessmann (2004) a kezdeti, 2000-ben felvett PISA-adatok elemzése során mutatott rá arra, hogy az az IKT-hozzáférés és -használat eleinte pozitívnak tűnő kapcsolata a teszt pontszámokkal negatívvá válik, amint az elemzésbe több olyan háttérváltozót vonnak be, mint a tanulók demográfiai jellemzői, a családi háttér és az iskola jellemzői (Fuchs–Woessmann, 2004). Hasonlóképpen Josep Maria Mominó és Julio Meneses (2007) kiemelte, hogy az IKT-használat és az iskolai teljesítmény közötti pozitív kapcsolat csupán látszólagos, valójában az összefüggés háttérben a kedvező társadalmi háttér áll. Önmagában az internethasználat nem járul hozzá

a jobb tanulói eredményekhez: az internet megfelelő, a hatékonyabb tanulásra való felhasználása nem az oka, hanem a következménye a jobb iskolai teljesítménynek, azaz a szocio-demográfiai háttér áll mind az iskolai teljesítmény, mind pedig a megfelelő internethasználat mögött (Mominó–Meneses, 2007).

A szakirodalomban a kutatási eredmények tehát ellentmondásosak az IKT-használat és az iskolai teljesítmény közötti kapcsolatra vonatkozóan. Jelen elemzésben ezért arra keressük a választ, hogy az IKT-hozzáférés és -használat kiegyenlíti vagy inkább elmélyíti-e az iskolai teljesítménybeli különbségeket? Mennyiben módosítja az IKT-hozzáférés és -használat az iskolai teljesítmény és a társadalmi háttér szoros kapcsolatát? Azaz képes-e az IKT-hozzáférés és -használat csökkenteni a társadalmi háttérből fakadó oktatási egyenlőtlenségeket?

MÓDSZERTAN

Elemzésünkben a legnagyobb és legteljesebb, az OECD által szervezett, három-évenként végzett nemzetközi kompetenciamérés (PISA) magyarországi adatait használtuk fel 2003-tól 2015-ig. A PISA-felmérés magyarországi almintáinak elemszáma évenként: $N_{2003} = 4765$, $N_{2006} = 4490$, $N_{2009} = 4605$, $N_{2012} = 4810$, $N_{2015} = 5658$. Ebben a felmérésben az iskolai teljesítményt három készségterületen méri: a matematika, olvasás-szövegértés és a természettudományos készségek szintjén. Az elemzés során a matematikai készséget vettük alapul. Azt vizsgáltuk tehát, hogy a felmérésen elért matematikai pontszámokra milyen hatással van az egyén társadalmi háttere, és miként módosul az összefüggés az IKT-hozzáférés és -használat változóinak bevonásával. Az elemzést lineáris regressziós modellek segítségével végeztük. A társadalmi háttér mérőszámaként a standardizált gazdasági-társadalmi-kulturális státusz indexet (ESCS) alkalmaztuk. Ez az index magában foglalja a szülők legmagasabb iskolai végzettségét, foglalkozási státuszát és a háztartási jövedelmét, melyek között – a kulturális státusz mérésére – a könyvek mennyisége is szerepel (OECD, 2014, 351.). Az IKT-hozzáférést az otthoni számítógép és az otthoni internetelés meglétének keresztül vizsgáltuk. Az IKT-használat esetében különbséget tettünk a használat gyakorisága és a használat célja között. A használat gyakorisági dimenziójában külön elemeztük a számítógép-használatot és az internethasználatot. Az egyes években – igazodva a technológiai fejlődéshez – eltérő a vizsgált eszközök köre. 2003-ban és 2006-ban csupán az asztali számítógép használatára kérdezték rá, 2009-ben az asztali számítógép mellett a laptop-használatot is vizsgálták, 2012-ben és 2015-ben pedig az előbbieket mellett a notebook- és a tablethasználat is szerepelt a kérdőívben. Ily módon az egyes években az IKT-eszközök használata szűkebb vagy tágabb is lehet. Elemzésünkben azonban nem tartottuk fontosnak a különbségtételt az egyes eszközök között, hanem egyben kezeltük azokat. Hiszen nem az egyes esz-

közök használatának hatására voltunk kíváncsiak, hanem általában az IKT használatának hatására, legyen az akár számítógép, laptop, tablet vagy notebook. Az internethasználat gyakoriságának mérése csak a 2009-es, 2012-es és a 2015-ös kérdőívben szerepelt.

1. táblázat. Az internethasználat célja szerinti főkomponensek

<i>Fő-komponensek megnevezése</i>	Kommunikáció, szórakozás	Játék	Tájékozódás, információ-szerzés	Tanulás, iskolai feladatok végzése	
Itemek	közösségi hálók használata	egyszereplős játékok játszása	hírek olvasása az interneten	tudományos applikációk letöltése mobil eszközre	
	<i>chat</i> alkalmazások használata	többszereplős <i>online</i> játékok játszása	praktikus információk szerzése az internetről	tanulási applikációk letöltése mobil eszközre	
	videomegosztók böngészése szórakozás céljából				számítógépen végezni a házi feladatot
					mobil eszközön végezni a házi feladatot
					e-mailen tartani a kapcsolatot a tanárral/ házi feladatot e-mailen beküldeni
					iskolatársakkal e-mailen megbeszélni az iskolai feladatokat
					a tanórák megértéséhez az interneten böngészni
					feltölteni/letölteni az iskola honlapjáról/böngészni az iskola honlapját
					az iskola honlapjáról információk szerzése
					az internetet böngészni iskolai feladat elkészítéséhez

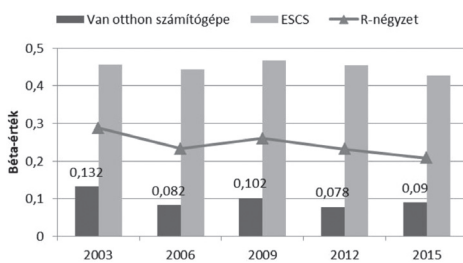
(Adatok forrása: PISA, saját szerkesztés)

A harmadik vizsgálódási területet az internethasználat célja képezi, amelyhez a 2015-ös adatokat elemeztük, ebben az évben ugyanis kitérték az általános internethasználat mellett a tanulási, iskolai célú felhasználásra is. Az általános használat terén főkomponensek képzésével háromféle használati típust tudtunk megkülönböztetni, ezek (1) a kommunikációra, szórakozásra való felhasználás, (2) a játékokra, valamint (3) a tájékozódásra, információszerzésre való használat. Külön kérdések foglalkoztak a tanulási, iskolai célú felhasználási móddal, melyek alapján szintén egy főkomponens segítségével vizsgáltuk az összefüggést a matematikai teljesítménnyel. A főkomponenseket képező itemeket az alábbi táblázat összesíti (1. táblázat).

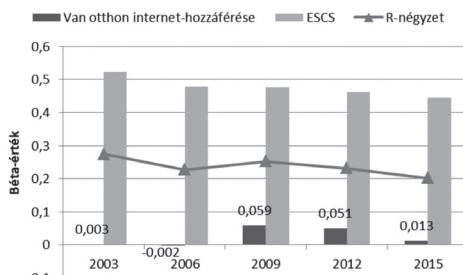
EREDMÉNYEK

Hozzáférés

Önmagában a számítógép otthoni rendelkezésre állása az IKT-eszközök elterjedésének kezdeti szakaszában járult hozzá (kismértékben ugyan, de a társadalmi státusztól függetlenül) a jobb matematikai teljesítményhez. Pusztán az a tény, hogy egy diáknak van az otthonában asztali számítógép, kismértékben, de együtt jár a jobb matematikai teljesítménnyel (1. ábra). Az ábrákon rendre a sötétszürke oszlopokkal jelzett béta-értékek mutatják a matematikai pontszámmal való összefüggés erősségét, a családi háttér befolyásától mentesen. A világosszürke oszlopok ábrázolják ugyanis a kontrollváltozó, a társadalmi-gazdasági-kulturális háttér (ESCS) kapcsolatának erejét a függő változóval. Az R-négyzet értéke jelzi, hogy a modellbe bevont két változó – az otthoni számítógép- vagy internethozzáférés és a családi háttér együttesen mekkora részét magyarázzák a matematikai teljesítménynek.



1. ábra. Az otthoni számítógép-hozzáférés hatása a matematikai teljesítményre a társadalmi háttér kontrollálása mellett (Adatok forrása: PISA, saját szerkesztés)



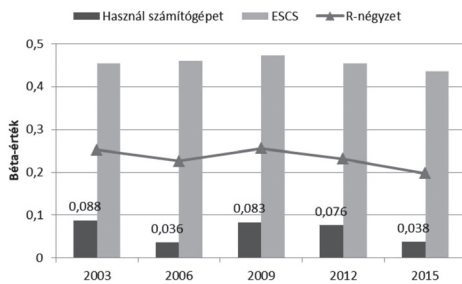
2. ábra. Az otthoni internet-hozzáférés hatása a matematikai teljesítményre a társadalmi háttér kontrollálása mellett (Adatok forrása: PISA, saját szerkesztés)

A PISA-felmérés adatai alapján tehát úgy tűnik, hogy az otthoni IKT-környezet a társadalmi helyzettől függetlenül is hozzájárul a jobb matematikai eredményekhez. Ez az összefüggés a vizsgált évek közül 2003-ban volt a legmarkánsabb (béta = 0,132), hiszen akkor még nem volt széleskörűen elterjedt az otthoni számítógép. A későbbi felmérésekben az összefüggés ereje csökkent, feltehetőleg a penetráció növekedésének köszönhetően. Az otthoni internetelés és a matematikai teljesítmény kapcsolata a társadalmi háttér figyelembevétele mellett elenyésző, a legmagasabb béta-érték is csupán 0,059 2009-ben. Továbbá a 2003-as és a 2006-os években nem is mutatható ki statisztikai összefüggés (2. ábra).

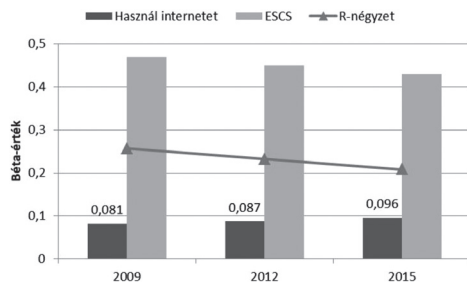
A használat gyakorisága

Elemzésünkben különbséget tettünk az IKT-eszközök használatának gyakorisága és a használat célja között. Most azt vizsgáljuk, hogy van-e a matematikai teljesítményre hatása annak, és ha igen, milyen mértékű, hogy a diák használ-e otthon valamilyen gyakorisággal IKT-eszközöket, illetve az internetet, vagy pedig sohasem használja ezeket.

Az IKT-eszközök használata szintén pozitívan függ össze a matematikai eredményekkel a családi háttértől függetlenül, a kapcsolat azonban gyenge, a kontrollált hatás erősségét mutató béta-értékek 0,036 és 0,088 között mozognak. A vizsgált időszoron nem fedezhető fel tendenciózus összefüggés a számítógép-használat és a matematikai teljesítmény között (3. ábra). Az internethasználat kismértékben növeli a matematikai pontszámokat társadalmi háttér kontrollálása mellett, 2009 és 2015 között az összefüggésben erősödő tendencia figyelhető meg: a kontrollált hatás értéke a 2009-es 0,081-ről 0,096-ra nő 2015-re (4. ábra).



3. ábra. A számítógép-használat hatása a matematikai teljesítményre a társadalmi háttér kontrollálása mellett (Adatok forrása: PISA, saját szerkesztés)



4. ábra. Az internethasználat hatása a matematikai teljesítményre a társadalmi háttér kontrollálása mellett (Adatok forrása: PISA, saját szerkesztés)

A használatot a hozzáféréssel összevetve azt találjuk, hogy a vizsgált években a használat és a matematikai teljesítmény közötti összefüggés a társadalmi háttér figyelembevételével mellett gyengébb vagy közel azonos (2012-ben), mint a hozzáférés és a matematikai eredmény kapcsolata. Az internet esetében azonban éppen fordított a helyzet, a társadalmi helyzettől függetlenül a használat és a matematikai teljesítmény között erősebb a kapcsolat, mint a hozzáférés és a matematikai teszten elért pontszám között.

A használat célja

Az IKT-használat célja és a matematikai teljesítmény közötti összefüggés vizsgálatára a PISA-felmérés 2015-ös hullámában két különböző területen is lehetőség nyílt: az általános internethasználat és a kifejezetten tanulási célú, illetve iskolai feladatok végzésre irányuló használat terén. Eredményeink azt mutatják, hogy az általános otthoni felhasználási módok közül csupán a kommunikációs, szórakozási felhasználás hat kismértékben pozitívan a matematikai teljesítményre a társadalmi háttér kontroll alatt tartása mellett (béta = 0,096) (2. táblázat). Sem az információszerzés/tájékozódás, sem pedig a játékra történő használat nem befolyásolja a matematikai eredményt a társadalmi háttér figyelembevételével.

2. táblázat. (Adatok forrása: PISA, saját számítás)

	Modell I.	Modell II.
	Béta-érték	
Kommunikáció/szórakozás főkomponens	0,151	0,096
ESCS	–	0,434
<i>R-négyzet</i>	<i>0,023</i>	<i>0,208</i>

Az internet kifejezetten iskolai feladatokra, tanárokkal való kapcsolattartásra és egyéb iskolával, tanulással kapcsolatos tevékenységekre való használata vizsgálatunkban meglepő összefüggéseket mutat a matematikai teljesítménnyel és a társadalmi háttérrel. Először is azt találtuk, hogy a gyakori tanulási célú internethasználat nem korrelál a társadalmi háttért mérő indexszel. Azaz a társadalmi háttér nem befolyásolja az ilyenfajta felhasználási módot. A regressziós elemzés továbbá azt mutatja, hogy az internet gyakori otthoni használata tanulásra, illetve iskolai célokra negatívan befolyásolja a matematikai eredményt (béta = -0,201) (3. táblázat).

3. táblázat. (Adatok forrása: PISA, saját számítás)

	Modell I.	Modell II.
	Béta-érték	
Tanulási főkomponens	-0,199	-0,201
ESCS	-	0,442
R-négyzet	0,04	0,235

Azaz két azonos ESCS-indexszel rendelkező diák közül az, aki gyakran végzi a tanulási főkomponensben foglalt tevékenységeket az interneten, alacsonyabb pontszámot ért el a matematikai teszten.

KÖVETKEZTETÉSEK

Elemzésünkben három területen, az IKT-hozzáférés, az IKT-használat gyakorisága és az IKT-használat célja szerint vizsgáltuk meg, hogy hosszú időszoron milyen mértékben hatnak a fenti dimenziók az iskolai, azon belül a matematikai teljesítményre. Azonban nem csupán arra voltunk kíváncsiak, hogy milyen összefüggés mutatkozik a vizsgált tényezők között, hanem arra a kérdésre is kerestük a választ, hogy mennyiben metszi az otthoni IKT-hozzáférés és -használat a társadalmi háttérből fakadó oktatási egyenlőtlenségeket. Kutatásunkban tehát arra fókuszáltunk, hogy a diákok társadalmi státuszától függetlenül mennyiben képes az IKT-hozzáférés és -használat hozzájárulni a jobb teljesítményhez. A regressziós modellek segítségével végzett elemzés alapján az alábbi eredményekre jutottunk. Az IKT-hozzáférés dimenziója a kezdeti vizsgálati években még mutatott csekély pozitív összefüggést a matematikai teljesítménnyel, a penetráció előrehaladtával ez a dimenzió azonban egyre inkább relevanciáját veszíti a vizsgált kérdésben. Amint arra Paul DiMaggio és Hargittai Eszter szerzőpáros (2001) rámutatott, a különbségek és egyenlőtlenségek nem a hozzáférés, hanem a használat szintjén mutatkoznak meg a penetráció magasabb fokán. Ily módon jelen elemzésünkben arra az eredményre jutottunk, hogy az otthoni IKT-hozzáférés nem módosítja az oktatási egyenlőtlenségek struktúráját. Az IKT-használat dimenziójában a használat megléte – tekintet nélkül arra, hogy mire használja az adott eszközt a válaszadó – mind a számítógép, mind az internet esetében a társadalmi háttértől függetlenül csekély mértékben pozitívan befolyásolja a matematikai teljesítményt. Az internethasználat esetében megfigyelhető egy erősödő tendencia 2009 és 2015 között, azaz önmagában az internetezés – függetlenül attól, hogy mire használják – egyre

inkább képes csökkenteni a társadalmi háttérből fakadó matematikai teljesítménybeli egyenlőtlenségeket. Feltételezhetjük, hogy az általános internethasználat fejleszt olyan készségeket, melyek hozzájárulnak a jobb matematikai teljesítményhez.

Az IKT-használat másik dimenziójában, a használat célját figyelembe véve, elemzésünk arra az eredményre jutott, hogy az internet gyakori kommunikációs, rekreációs célú használata valamelyest csökkenti a társadalmi háttérből fakadó egyenlőtlenségeket a matematikai teljesítmény terén, hiszen kismértékben pozitívan befolyásolja azt. Egy lehetséges magyarázat erre az összefüggésre a társadalmi tőke erősödése az online tér által és annak pozitív szerepe a tanulmányi sikerességben (Pusztai, 2009). Az internet tanulási célokra, illetve iskolai feladatokkal kapcsolatos tevékenységek végzésére való gyakori használata elemzésünkben negatív összefüggést mutat a matematikai teljesítménnyel. Feltételezésünk szerint ez az eredmény egyrészt betudható annak, hogy az internet tanulási célú felhasználásának gyakorisága nem tükrözi kellőképpen annak hatékonyságát. Másrészt pedig, egy további kutatásban mélyebben, több változó mentén mikro- (például: nem, etnikum, lakóhely stb.) és makroszinten (az iskola jellemzői) szükséges tovább bontani ezt a problematikát, hogy felszínre kerüljenek a mögöttes összefüggések.

IRODALOM

- Anil, D. – Ozer, Y (2012): The Effect of the Aim and Frequency of Computer Usage on Student Achievement According to PISA 2006. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, Volume 46, DOI: 10.1016/j.sbspro.2012.06.462, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042812021982>
- Ben-David Kolikant, Y. (2010): Are Digital Natives, Better Learners? Student's Beliefs About How the Internet Influenced Their Ability to Learn. *Computers in Human Behavior*, 26, 6, 1384–1391. DOI: 10.1016/j.chb.2010.04.012
- Bernstein, B. (1975): Nyelvi szocializáció és oktathatóság. In: Pap M. – Szépe Gy. (szerk.): *Társadalom és nyelv*. Budapest: Gondolat Kiadó, <http://mek.niif.hu/01900/01944/01944.htm#10>
- Bourdieu, P. (1974): Az oktatási rendszer ideologikus funkciója. In: Ferge Zs. – Háber J. (szerk.): *Az iskola szociológiai problémái*. Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 65–91. <http://mek.niif.hu/01900/01944/01944.htm#2>
- Coleman, J. et al. (1966): *Equality of Educational Opportunity*. Government Printing Office, Washington DC, <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED012275.pdf> (Utolsó megtekintés: 2018. június 24.)
- Delen, E. – Bulut, O. (2011): The Relationship between Students' Exposure to Technology and Their Achievement in Science and Math. *The Turkish Online Journal of Educational Technology*, 10, 3, 311–317. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ945004.pdf>
- DiMaggio, P. – Hargittai E. (2001): *From Unequal Access to Differentiated Use: A Literature Review and Agenda for Research on Digital Inequality*. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.85.6001&rep=rep1&type=pdf>

- Eynon, R. – Malmberg, L-E. (2011): A Typology of Young People's Internet Use: Implications for Education. *Computers and Education*, 56, 3, 585–595. DOI: 10.1016/j.compedu.2010.09.020, https://www.researchgate.net/publication/223487244_A_typology_of_young_people's_Internet_use_Implications_for_education
- Ferge Zs. (1980): A társadalmi struktúra és az iskolarendszer közötti néhány összefüggés. In: *Társadalompolitikai tanulmányok*. Budapest: Gondolat Kiadó, <http://mek.oszk.hu/01900/01945/01945.rtf>
- Fuchs, T. – Woessmann, L. (2004): Computers and Student Learning: Bivariate and Multivariate Evidence on the Availability and Use of Computers at Home and at School. In: *CESifo Working Paper Series 1321, CESifo Group Munich*. http://www.cesifo-group.de/DocDL/cesifo1_wp1321.pdf
- Jackson, L. et al. (2010): A Longitudinal Study of the Effects of Internet Use and Videogame Playing on Academic Performance and the Roles of Gender, Race and Income in These Relationships. *Computers in Behavior*, 27, 599–604. DOI: 10.1016/j.chb.2010.08.001, <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.655.6917&rep=rep1&type=pdf>
- Mominó, J. M. – Meneses, J. (2007): *Digital Inequalities in Children and Young People: A Technological Matter?* CERl – New Millennium Learners – Meetings and Conferences (Italy-OECD Seminar on Digital Natives and Education, Indire, Florence, March 2007) <http://www.oecd.org/dataoecd/0/36/38359326.pdf>
- OECD (2014): *PISA 2012 Technical Report*. Paris: OECD Publishing, <http://www.oecd.org/pisa/pisaproducts/PISA-2012-technical-report-final.pdf>
- Prensky, M. (2001a): *Digital Natives, Digital Immigrants*. <http://www.marcprensky.com/writing/Prensky%20-%20Digital%20Natives,%20Digital%20Immigrants%20-%20Part1.pdf>
- Prensky, M. (2001b): *Do They Really Think Differently? Digital Natives, Digital Immigrants*. Part II. <https://www.marcprensky.com/writing/Prensky%20-%20Digital%20Natives,%20Digital%20Immigrants%20-%20Part2.pdf>
- Pusztai G. (2009): *A társadalmi tőke és az iskola. Kapcsolati erőforrások hatása az iskolai pályafutásra*. Budapest: Új Mandátum Kiadó
- Róbert P. (2004): Iskolai teljesítmény és társadalmi háttér nemzetközi összehasonlításban. In: Kolosi T. – Tóth I. GY. – Vukovich Gy. (szerk.): *Társadalmi riport 2004*. Budapest: TÁRKI, <http://www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/a798.pdf>
- Spiezia, V. (2011): Does Computer Use Increase Educational Achievements? Student-level Evidence from PISA. *OECD Journal: Economic Studies*, Vol. 2010/1. http://dx.doi.org/10.1787/eeco_studies-2010-5km33scwlvkf
- Tóth E. – Molnár Gy. – Csapó B. (2011): Az iskolák IKT-felszereltsége – helyzetkép országos reprezentatív minta alapján. *Iskolakultúra*, 10–11. http://epa.oszk.hu/00000/00011/00159/pdf/iskolakultura_2011_10-11_124-137.pdf
- Vári P. (szerk.) (2003): *PISA vizsgálat 2000*. Budapest: Műszaki Könyvkiadó

Tanulmány

AZ 1968-AS MECHANIZMUSREFORM ÉS GAZDASÁGI JOGUNK ÁTALAKULÁSA

THE 1968 REFORM OF THE ECONOMIC MECHANISM AND THE TRANSFORMATION OF THE HUNGARIAN LEGAL SYSTEM

Verebics János

PhD, egyetemi docens, Eötvös Loránd Tudományegyetem, Gazdálkodástudományi Intézet
verebics@gmail.com

ÖSSZEFOGLALÁS

Az ötven évvel ezelőtt, 1968. január 1-jén indult magyar mechanizmusreform alapgondolatát „a népgazdaság tervszerű központi irányításának és az áruviszonyok, a piac aktív szerepének szerves összekapcsolása” jelentette. A korábbi, direkt tervutasításos rendszert (melyben a vállalatok feladata lényegében sajátos államigazgatási szervként a terv végrehajtása volt, s ahol a termékforgalom polgári jogi intézményei, a szerződések igen kevés szerepet kaptak) a vállalati önállóság és a szerződési kapcsolatok szabadsága váltotta fel. Az új mechanizmus „szabályozott piacgazdaságában” a gazdasági folyamatok legfőbb koordinációs eszköze továbbra a népgazdasági terv maradt, mely azonban már nem közvetlenül érvényesült, hanem a gazdaságpolitikát megvalósító jogi szabályozás révén. Az 1967–1972 között született közel kétezer jogszabály a gazdaságra vonatkozó joganyagot szinte teljeskörűen újraszabályozta, de a jogalkotási folyamat a reform 1972-es lelassulása után is folytatódott: a hetvenes évek végén a Polgári Törvénykönyv átfogó felülvizsgálatával, a termékforgalom újraszabályozásával, az állami vállalatokról szóló törvény megalkotásával teljesedett ki. Ennek az igen átfogó, a gazdasági élet minden szegmensére kiterjedő joganyagnak gyakorlati szempontú feldolgozására, rendszerezésére először a jogirodalom vállalkozott, majd gazdaságirányítási és vállalati jog névvel új diszciplína is született. 1985-re ezekre alapozva alakult ki a „népgazdaság egészének jogát” tárgyaló gazdasági jog, mely nemcsak a politikai rendszerváltást megelőző és előkészítő gazdasági rendszerváltásban (társasági törvény, 1988) játszott kiemelkedő szerepet, hanem a magyar jogalkotásban, jogtudományban, gazdasági és jogi oktatásban máig élő, új szemléletet is meghonosított.

ABSTRACT

The basic idea of the *new Hungarian economic mechanism*, have been launched 50 years ago, on the 1st of January 1968, purported a closer connection between the centralized planned economy and the goods along with a somewhat active role of the market itself. The direct command

planned system of the time was replaced by the relative autonomy of the companies and the freedom of contracts. (The planned economy was built on the companies behaving as state administration bodies that strictly executed the national economic plans without applying the civil law institutions, i.e. contractual solutions.) Although the national economic plan remained the main coordination source in the „regulated market economy” of the *new mechanism* too, dirigisme was not direct anymore, and the economic policy was carried out through legal norms, regulations, rather than instructions. The nearly 2.000 legal norms, issued between 1967–1972, regulated now the laws on economy. This reregulation proceeded even after the reform had slowed down in 1972, and at the end of the 1970's this included even a general scrutiny of the Civil Code, the rewriting of the rules on product trading, marketing, and the establishing of new rules on state companies. A general but practical overview of these laws on all parts of the economy has been elaborated by the legal academic professionals, and new disciplines were born: the management of the economy and the company law. These new laws on economy emerged from the „law of the peoples’ economy” providing not only a possible path to the political changes but served as the precursors of the legal changes (Companies Act, 1988), and later as the foundations of the contemporary business law as well.

Kulcsszavak: tervutasításos rendszer, gazdasági mechanizmus, 1968-as mechanizmusreform, népgazdasági terv, szabályozórendszer, szocialista gazdasági szabályozás, szocialista gazdaság-irányítás, gazdasági szabályozók, tervszerű gazdasági irányítás, irányított piacgazdaság

Keywords: system of plan instructions; economic mechanism; the 1968 reform of the economic mechanism, reform of economic control and management; national economic plan system of regulators; economic management; economic regulators; planned economic management; a market system regulated by the socialist state

Az MSZMP KB 1966. május 25–27-i ülése után kiadott határozata szerint az 1968. január 1-től elindult új gazdasági mechanizmus legfontosabb alapgondolatát „a népgazdaság tervszerű központi irányításának és az áruviszonyok, a piac aktív szerepének szerves összekapcsolása jelentette” – a szocialista tulajdon alapján. A határozat szerint a tervezés és a piac szerves egységét úgy kellett kialakítani, hogy a piac működési feltételeit és szabályait a népgazdasági tervben összehangolt döntések határozzák meg. A piac ebben a felfogásában semmiképp nem lehetett magára hagyott, szabadversenyos piac, hanem olyan piacnak kellett lennie, „amely úgy szabályoz, hogy ő maga is központilag szabályozva van, s ezáltal elősegíti a megalapozott népgazdasági tervek megvalósulását”. A piac „aktív szerepének kibontakoztatása” pedig megkívánta, hogy a termékgazdálkodás nehézkés, bürokratikus rendszerét, a termékek hatósági elosztását a kereskedelem váltsa fel (MSZMP, 1966, 14–15.).

Ezt a reformkoncepció kidolgozói mindenekelőtt a vállalati önállóság kiterjesztésével és a szerződési kapcsolatok felszabadításával kívánták elérni. Az első

körben ez az arról való szabad döntés lehetőségének megteremtését jelentette, hogy tevékenységi körükön belül miből mennyit gyártnak és kínálnak eladásra, illetve pénzükért milyen mennyiségben, mely vállalatoktól kívánják a számukra szükséges termelőeszközöket megvásárolni. A második körben pedig annak lehetővé tételét, hogy a termelő és felhasználó vállalatok szabadon létesíthessenek egymással közvetlen kereskedelmi, illetve kooperációs kapcsolatokat, s a külön kereskedelmi vállalatok közbeiktatása csak a gazdasági ésszerűség alapján történjen, a vállalatok a náluk jelentkező kereslet túlnyomó részét raktárról elégítsék ki, az eladók és vevők szabadon állapodhassanak meg a szállítási feltételekben, s az állami árszabályozás keretei között az árakban is, a vevők – a népgazdasági érdek diktálta korlátokon belül – választhassanak a hazai és importáru, a gyártók-eladók pedig a hazai vagy az exportra történő értékesítés között. Legalapvetőbben ez volt a szabályozott piacgazdaság koncepciója, melyre a tervutasításos, direkt irányításon alapuló gazdaságirányítási rendszerről 1968 után Magyarországnak fokozatosan kellett volna áttérnie.

1963–1964 körül az európai KGST (*Kölcsönös Gazdasági Segítség Tanácsa*) -országok mindegyikének szembe kellett néznie a tervutasításos rendszer fenntarthatatlanságának kérdésével. Ahogy Tímár Mátyás 1973-ban írja, a reform iránti igények szinte egy időben jelentkeztek, és fő motiváló tényezőik a gazdaságfejlődési problémák voltak (Tímár, 1973, 44.). Korrekciókra mindenütt sor került, ezek iránya és mélysége azonban igen eltérő volt, s a tervutasításos rendszer (mint a gazdaságirányítás fő eszköze) fenntartása mellett korlátozott (termelői) árreformban, a döntési szintek elhatárolásában, a vállalatok anyagi érdekeltségének fokozásában stb. jelent meg. A hatvanas évek derekáig ezen az úton járt Magyarország is.

Az ötvenes évek „kudarcba fulladt gazdaság- és társadalompolitikájával szemben” új szellemű és nagyon sok tekintetben pozitív fejlődést hozó politika és gyakorlat vált jellemzővé, melynek fő vonásait – a gazdaságpolitikai prioritások megváltoztatásával – a második hároméves terv időszakában (1958–1960) fogalmazták meg. Ez az új gazdaságpolitika a korabeli megfogalmazás szerint mindenekelőtt az életszínvonal emelkedését tekintette alapvető célnak: ennek jegyében s viszonylag kedvező külgazdasági körülmények között fogtak neki az iparstruktúra átalakításának, a műszeripar, híradástechnika, erősáramú gépgyártás, szerszámgyártás, dízelmotorgyártás stb. fejlesztésének, s kapott jelentős támogatást a vegyipari és élelmiszeripari termékek gyártása. Gyors fellendülés vette kezdetét a gyógyszeriparban, valamint több évtizedes lemaradás után elindult az infrastruktúra (lakásépítési program, közlekedési hálózat, autópályák, dízelesítés, metró) fejlesztése. Ezzel párhuzamosan zajlott, s zárult le 1961-re a mezőgazdaság átalakítása, „a falu szövetkezeti átszervezése”, az ennek nyomán „feleslegessé vált” munkaerőt (1961–1965 között mintegy 460 000 főt) az ipar „vette fel”.

Az 1961–1965 közötti időszak gazdasági fejlődése mindazonáltal összességében mégsem érte el a tervezett ütemet: bár az iparban a termelés 46%-kal lett nagyobb, az amúgy is kiugróan magas termelési költségek a tervezetthez képest 15%-kal növekedtek, s elmaradt a termelékenység várt növekedése is. Az életszínvonal növelésével összefüggő célok ugyan megvalósultak, a reáljövedelem nem csökkent (igaz, az 1957 utáni gyakorlattal szakítva érdemben nem is növekedett) – ezt azonban csak a külkereskedelmi passzívum jelentős növekedése árán sikerült megvalósítani. E változások úgy a reform előkészítésének időszakában, mint bevezetése után, de a kései magyar szocializmus önfelfogásában is szükségszerű, elkerülhetetlen lépésként jelentkeztek, s elsősorban a „továbbfejlődés akadályozójává vált” – központi anyag- és termelőeszköz-elosztásra épülő – tervutasításos rendszer meghaladását jelentették, de a „szövetkezeti tulajdon egyenértékesítését” és a magánkezdeményezés számára való „tág tér” megnyitását is, természetesen bizonyos, fennmaradó politikai korlátok között.

A különböző korszakokban született értékelések abban is egyetértenek, hogy a változásokat (a politikai akarat megszületését) a kényszer szülte: a direkt tervutasításos rendszer korrekciója (az 1957-től kialakuló, a vállalati érdekérvényesítésnek nagyobb teret adó „mérsékelt tervutasításos rendszer”) a súlyosbodó gazdasági problémák kezelésére többé már nem volt alkalmas: a gazdaságirányítási rendszert alapjaiban kellett átalakítani. A reform mindazonáltal a gazdaságirányítási rendszerre korlátozódott, s a gazdaságpolitika nem járt együtt az MSZMP VII. kongresszusán kitűzött, alapvető céljainak megváltoztatásával: attól a politikai vezetés a hatvanas évek elején, a második ötéves terv végrehajtásával elkezdődött kedvező folyamatok felgyorsítását s megerősítését várta. Erre való tekintettel alakították ki az 1966. évi II. törvénnyel elfogadott, a népgazdaság 1966–1970. évi fejlesztéséről szóló harmadik ötéves tervének összességben aztán teljesített, sőt, egyes területeken lényegesen túl is teljesített irányszámait is. Ebben nem csekély szerepet játszott az 1968-as mechanizmusreform, mely azonban a korabeli felfogás szerint nem irányváltást jelentett, hanem a korábbi gazdaságpolitika folytatását más, hatékonyabbnak gondolt eszközökkel.

A pártvezetésnek a radikális változásokat hozó reform iránti elkötelezettsége ennyi év távlatából sem kérdőjelezhető meg: 1968–1969-ben maga Kádár János is igen sok alkalommal állt ki a reform szükségessége és végrehajtásának igénye mellett – nemcsak a Központi Bizottság vagy a Politikai Bizottság plénumain, de munkásgyűléseken, tanácskozásokon is. Ennek csak egyik oka volt a reform elkerülhetetlenségének elfogadása – a másik a kádári konszolidáció sikerében, az államhatalom és a „szocialista rend” megerősödésében volt kereshető. Mikor Kádár János 1969 áprilisában a szocialista brigádvezetők harmadik országos tanácskozásán maga hozza szóba a nyereségérdekeltség középpontba állításával kapcsolatos azon félelmeket, hogy ez visszakanyarodást jelenthet a kapitalizmus irányába,

magabiztosan cáfol: „Ez természetesen nem igaz, mert a mi reformunk: szocialista gazdaság – szocialista reformja.” (Kádár, 1982, 255.) Bár a reform bevezetése után született hivatalos értékelések a folyamatként felfogott gazdaságirányítási reform tudatosan tervezett voltát, a munkálatok és viták pártirányítás melletti lebonyolítását hangsúlyozták, s azok kezdetét következetesen már a hatvanas évek elejére vezették vissza, a reform előkészítése alapvetően a technokraták – az előmunkálatokat végző bizottságokban részt vevő kb. kétszáz közgazdász, mérnök, tudós, állami, vállalati és szövetkezeti szakember – kezében volt, akiknek a javaslata egyéves megfeszített munka után került a párt Központi Bizottsága elé, amely aztán azt határozattá emelte.

A 68-as reform – amelynek eredményeire a pártvezetés a létező szocializmus idején sosem szűnt meg hivatkozni, s a saját gazdaságpolitikai korrekciós intézkedéseit ennek folytatásaként beállítani – a hetvenes évek elején megtorpant ugyan, de így is messzire jutott. A mechanizmusreform hozta változások, emelte ki Vékás Lajos közel két évtizednyi távolságból visszapillantva, mindenképpen azt jelentették, hogy az áru- és pénzviszonyok az állami tulajdon területén is aktív szerephez jutottak, „a gazdaságirányítás felszínre hozta, kiterjesztette és felerősítette az áruviszonyok hatáskörét” (Vékás, 1986, 19.). A reform – minden ellentmondásossága, hibája és befejezetlen volta ellenére – a magyar gazdaságtörténet talán legsikeresebb, az ipari termelés és a GDP 1968–1978 közötti 77%-os növekedésével járó, Stark Antal által 2009-ben „aranykornak” nevezett (Stark, 2009, 13.) évtizedének kezdetét jelentette: lebontotta a tervutasításos gazdaságirányítási rendszert, dinamizálta a gazdaságot, felszabadította a szerződéses kapcsolatokat, s utat nyitott a vállalkozás új jogi formáinak megjelenése előtt is. Sajátos módon hatása legtartósabban talán épp a gazdaság jogi szabályozása területén érvényesült, ahol a fejlődés a reform megtorpanása után is folytatódott.

A szállítási szerződésekről szóló 10/1966 (II. 14.) Korm. sz. rendelet az első reform jogszabályként 1966. február 14-én került elfogadásra. Kodifikációs igényrel készült jogszabály volt, mely – egyelőre még a direkt tervutasításos rendszer közegével körülvéve – kilenc fejezetben, átfogóan rendezte a szerződéstípusra vonatkozó szabályokat (Harmathy, 1966). Az alapelvek körében a szerződések célját (rendeltetését), a szerződés jogi tartalmát és a felek fő kötelezettségeit rögzítette, együttműködési kötelezettséget, s az adott helyzetben általában elvárható gondosság tanúsításának kötelezettségét írta elő, önálló fejezetben szabályozta a szerződéskötéssel és a szerződés tartalmával összefüggő kérdéseket, a szerződés módosítása és megszűnése problémáját. Részletekbe menően rendelkezett a teljesítésről és a szerződésszegésről, s egyes szerződésfajtákat (kapacitáslekötési szerződés, fejlesztési szerződés, bizományi szerződés, raktári szerződés) külön is szabályozott. A vegyes rendelkezések körében a mögöttes szabályok alkalmazásáról, a rendelettől való eltérés feltételeiről, a szállítási alapfeltételek megállapításáról és azoknak a jogforrási rendszerben elfoglalt helyéről, a rendelet vállalkozási szer-

zódésekre való alkalmazhatóságáról, a záró és átmeneti rendelkezéseknél pedig a hatályba lépéssel összefüggő kérdéseket szabályozta.

A reformmal kapcsolatos átfogó jogalkotás csak a KB-határozat meghozatala (1966. május 25–27.) után, a 2012/1966. (VI. 12.) Korm. határozat szerinti tematika alapján kezdődött meg. „Viszonylag rövid idő alatt igen sok jogszabály kibocsátására volt szükség, viszonylag kiforratlan viszonyok között, rendelkezésre álló tapasztalatok nélkül. Ezek a jogszabályok továbbá nem tatarozó-javítgató jellegűek voltak, hanem a jogrendszer széles területein lényegbevágó, sok vonatkozásban – a szocialista koncepció szellemén belül maradván – megváltoztatták »törvényeink szellemét« és jogi-közgazdasági-igazgatási koncepcióknak jelentős megváltozásával jártak” – bocsátotta előre az áttérés szabályainak monografikus áttekintésére 1968-ban vállalkozó Eörsi Gyula (1968, 7.). A „szocialista koncepció szellemén belül maradás” mindenekelőtt a tulajdonviszonyok kikezdetlenességének rögzítését és a piac szabályozott voltát jelentette. A jogszabályok útján közvetített közgazdasági eszközök az állami költségvetés alakítására (a vállalatok és személyek jövedelmeit befolyásoló, az érdekeltség és a fogyasztási cikkek piacára kiható adóztatás, a beruházási javak piacára és a foglalkoztatási politikára közvetlenül kiható központi beruházások, az állam egyéb kiadásai), a hitel- és kamatpolitika, valamint az árpolitika (alkalmazandó, illetve alkalmazható árformák, ármozgások meghatározása, mely különösen a részpiacok szabályozásával gyakorolt közvetlen hatást), a külkereskedelmi és devizális kapcsolatok külön eszközrendszere (árfolyam-politika, szubvenciók és lefölözések rendszere, vámrendszer), s természetesen az általános és egyedi állami (vállalatok alapításával, tevékenységi körének meghatározásával, összevonásával, megszüntetésével, egyes tevékenységek engedélyezéshez kötésével, export-import joggal való felruházásával kapcsolatos) előírások, esetleg (és kivételes esetben) utasítások voltak a piaci szabályozás lehetséges eszközei.

Az új mechanizmusban a koordináció legfőbb eszköze a népgazdasági terv, a gazdaságpolitika megtestesítője maradt. A vállalat alapvető mozgásterét a központi döntések által befolyásolt önálló vállalati terv határozta meg, amelyhez azonban kötelező utasításokat már nem kapott: azt „a feladatok és eszközök összehangolásának szintjén” – a népgazdasági terv figyelembevételével –, „észszerű gazdálkodását” és operatív működésének megszervezését, távlati fejlesztéseit (hosszú távú terv) és középtávú terveit (műszaki fejlesztés, kapacitásbővítés, beruházások, pótlások, rekonstrukciók, felújítások) a törvényes eszközök figyelembevételével magának kellett kidolgoznia. A „törvényes eszközök” (Eörsinél: „instrumentumok”) azt a szerteágazó, alapvetően azonban néhány nagy csoportba – a népgazdasági tervezés, az árrendszer, a műszaki fejlesztés, a beruházási rendszer, a hitel- és pénzforgalom, az állami vállalatok, azok felügyelete és ellenőrzése, a jövedelemszabályozás, anyagi érdekeltség, a külkereskedelem, a termékforgalmazás és a tanácsai és a költségvetési szervek gazdálkodása – sorol-

ható határozatokat jelentették, melyek a kormány és Gazdasági Bizottság által 1967-ben kerültek elfogadásra.

E határozatok nyomán, az Igazságügyi Minisztérium (IM) 1967 márciusában a szakmai nyilvánosság előtt is megvitatott előterjesztésére támaszkodva vette kezdetét az átfogó jogalkotási munka, melynek eredményeként kialakult a mechanizmusreform új szabályozási rendszere 1967–1968 során. Az anyag nem konkrét jogalkotási feladatokat, hanem irányelveket határozott meg (a gazdaságpolitikai irányítás jogi eszközei, a gazdaságpolitikai irányítás, a tulajdonosi jogok s hatósági jogkör kérdése, a népgazdaság központi irányításában alkalmazott terv és pénzügyi eszközök jogi szabályozása, a szerződési rendszer kiterjesztése, kockázatvállalás, felelősség, szankció, vitás jogi ügyek eldöntése, a jogi szabályozás formája). Az IM arra az álláspontra helyezkedett, hogy a gazdasági szabályozórendszer átfogó, kodifikációs szintű újraalkotásával szemben a módosítás, kiegészítés módszerét kell követni, „még azon az áron is, ha kódexeink egy részének szerkezeti egysége sérelmet szenved” – feltétlenül szükségesnek tartotta azonban, hogy az érvényben maradó és módosított jogszabályok egységes szerkezetbe foglalva jelenjenek meg.

A Gazdasági Bizottság határozata és a Jogi Elvi Bizottság iránymutatása alapján előkészített és elfogadott jogszabályokat 1967–1969 között közel háromezer oldal terjedelmű, háromkötetes hivatalos gyűjteményben tették közzé, a jogalkotási munka következő fázisában elfogadott, a reformszabályozást számos területen (árrendszer, bérszabályozás és munkaerő-gazdálkodás, fejlesztés, forgóeszköz-gazdálkodás, termékforgalom, lakossági fogyasztás stb.) továbbfejlesztő rendelkezéseket pedig egy 1971-ben megjelent negyedik kötetben. Az ekkor született igen nagyszámú, az állam- és jogtudományok, a jogi szakma és a jogi oktatás szerepét, funkcióit, a reform utáni újragondolás igényét is felvető jogszabály legnagyobb része az új típusú (normatív, általános direktívákkal való, az adminisztratív beavatkozást már igen kivételesnek tekintő) szabályozásra törekvő közigazgatási-gazdaságirányítási jog körébe tartozott: az egyes feladatok megoldásához kapcsolódó, sok szálon futó jogalkotás eredményeként létrejövő, piacszabályozó normarendszert Eörsi „gazdasági regulátorokként” jellemezte (Eörsi, 1968, 37).

„Tisztán” polgári jogi természetű normának alapvetően csak a szerződési jog körébe eső kérdéseket és a jogi személyekre vonatkozó szabályokat lehetett tekinteni (és a szocialista tulajdon ezekhez kapcsolódó, ismét felmerülő problémáját), ám természetszerűleg ezek sem önmagukban jelentkeztek, hanem a gazdaságpolitikai célkitűzések komplexitásának megfelelően a termékforgalom, a gazdasági verseny, a döntőbíráskodás, a beruházások, a vállalatok és szövetkezetek működése összefüggéseiben. Az állami vállalatokról szóló 11/1967. (V. 13.) Korm. sz. rendelet és a hozzá kapcsolódó jogszabályok szerint a vállalatok immár jogilag is nyereségérdekelten alapon működhetnek, gazdálkodásukban a vállalati érdek

elsőbbsége érvényesült (ez az érdek azonban alapvetően nem lehet ellentétes a népgazdasági érdekekkel), a rájuk bízott állami vagyont felelősen, önállósággal kezelték, a vállalati önállóságba való operatív beavatkozásnak pedig csak kivételesen, népgazdasági érdekből és szoros jogszabályi feltételek mellett lehetett helye. A 11/1967. (V. 13.) Korm. sz. rendelet azt is lehetővé tette, hogy az állami vállalatok egymással és egyéb szocialista gazdálkodó szervezetekkel (illetőleg utóbbiak egymással) tevékenységi körükkel kapcsolatos, meghatározott, közös gazdasági célok megvalósítására összefogjanak. Ennek alapvetően két útját engedte meg: azt, hogy a polgári jog szabályai szerint társuljanak, s ennek keretében egyesülést létesítsenek, s azt, hogy kereskedelmi társaság (rt., kft.) formájában közös vállalatot hozzanak létre. 1970-ben a szocialista gazdálkodó szervek társulásainak kérdéseiről külön jogszabály (az 1970. évi 19. sz. tvr.) is született.

Ez a szerteágazó, a gazdasági viszonyok egyre átfogóbb szabályozására törekvő, szinte állandóan mozgásban lévő joganyag legalapvetőbben egyrészt – államigazgatási jogi jelleggel – a gazdaságirányítással (ezen belül a gazdaságpolitikai irányító, a közvetett gazdasági szabályozórendszert meghatározó, a közhatalmi-hatósági jogosítványokkal és az állami tulajdonosi igazgatással) összefüggő kérdéseket, másrészt polgári jogi és munkajogi eszközökkel – a vállalati belső s a vállalatok közötti forgalmi viszonyokat szabályozta: utóbbi körben azonban már megjelentek olyan problémák (fogyasztóvédelem, reklám, verseny), melyek többé tisztán polgári jogi kérdésnek már aligha voltak minősíthetők. Nagy változások zajlottak le a mezőgazdaságban, a szövetkezeti szektorban is. Az öngazgatás és egyenjogúság koncepciójára építkező mezőgazdasági termelőszövetkezetekről szóló 1967. évi III. törvény és a végrehajtása tárgyában kiadott rendeletek arra törekedtek, hogy a termelőszövetkezetek működésével és gazdálkodásával kapcsolatos kérdéseket a lehető legátfogóbb módon, részletekbe menően szabályozzák.

Még jóval a törvény hatályba lépése előtt, 1967 júniusában elfogadásra került, s hatályba is lépett a mezőgazdasági nagyüzemek gazdasági tevékenységének kiszélesítéséről szóló 18/1967. (VI. 29.) Korm. sz. rendelet s az ahhoz kapcsolódó, a mezőgazdasági nagyüzemek kiegészítő tevékenységéről szóló 5/1967. (VIII. 3.) MÉM sz. rendelet: e két jogszabály a reformtézisek szellemében csakugyan tágra nyitotta a szövetkezetek által végezhető gazdasági tevékenység körét, s lényegében az irányított piacgazdaság vállalati jogú szereplőivé tette őket.

A törvény és végrehajtási rendeletei kihirdetését követő időszakban számos további, az adózást, termékforgalmat, szerződéses és társulási viszonyokat érintő jogszabály került elfogadásra, majd 1971-ben megszületett az egységes szövetkezeti törvény (1971. évi III. törvény). A mezőgazdaságban a mechanizmusreform alapvető célkitűzései a reform indulását követő években nem változtak, az első időszakban pedig a fő irány az üzemi, vállalatszerű működés, a jövedelmező gazdálkodás biztosítása maradt: ez azonban a reform szellemében a – jogszabályok által közvetített – gazdasági szabályozókon keresztül érvényesült. Mindez gyors és igen

jelentős eredményeket hozott: a hatvanas évek elején-dereacán még súlyos gondokkal küzdő magyar mezőgazdaság az ország sikerágazatává vált. A nagyüzemi/ipari termelési módszerek bevezetése, a gépesítés, az igen jelentős mértékű mezőgazdasági beruházások éppúgy közrejátszottak a terméseredmények igen látványos növekedésében, mint az anyagi érdekeltség rendszerének átalakítása. Az árcentrikus szabályozás helyébe az adócentrikus jövedelemszabályozás lépett (1968 és 1973 között a termelészövetkezetek által fizetett adók összege megkétszereződött); egyszerűsödött, egyes esetekben automatizmussá vált az állami támogatások rendszere. Kialakult és fő vonásaiban tartósan érvényesült a nagyüzemi gazdálkodás követelményeihez igazodó rugalmas szabályozó rendszer, s kiépült a termelészövetkezeti alapképzés és alapgazdálkodás új rendszere is.

A gazdasággal kapcsolatos jogalkotás a reform 1972 utáni lendületének megtörése után némileg lelassult ugyan, de a hetvenes évek derekától már intenzív formában folytatódott. Megszületett a népgazdasági tervezés rendszerét szabályozó 1972. évi VII. törvény, a döntőbizottsági rendszert megszüntető s az egységes bírósági szervezetet létrehozó 1972. évi IV. törvény, a statisztikáról szóló 1973. évi V. törvény, a külkereskedelemről szóló 1974. évi III. törvény, a tervszerű devizagazdálkodásról szóló 1974. évi I. sz. törvényerejű rendelet. Újraszabályozták a beruházások rendjét, új jogterületként jelent meg a reklámszabályozás, felmerült a gazdasági verseny szabályozásának igénye (erről törvény azonban majd csak 1984-ben születik). A Ptk. 1977-es novellája a polgári jog jelentős részét érintette, a tervszerződéses kikerültek a kódexből, a kapcsolódó 7/1977. (II. 1.) MT sz. rendelettel újraszabályozták a gazdálkodó szervezetek szerződéses viszonyait. Ugyancsak 1977-ben elfogadták az állami vállalatokról szóló törvényt, más jogszabályokkal új szövetkezeti formák kerültek elismerésre, a belkereskedelemtől szóló 1978. évi I. törvénnyel és a kapcsolódó rendeletekkel erős fogyasztóvédelmi intézmények alakultak ki. Kibővül a magánszemélyek által végezhető gazdasági tevékenységek (magánkisipar, magánkereskedelem) köre: a nyolcvanas évek elején – mikor a gazdaságirányítás rendje ismét átalakul – pedig már lehetővé válik a magánszemélyek gazdasági társulása is: ezt a polgári jogi társaság mintájára megalkotott gazdasági munkaközösség jelenti (1981. évi 15. tvr., 28/1981. [IX. 9.] MT. sz. rendelet).

1966 és 1978 között a magyar jogrendszer hatalmas átalakuláson ment keresztül: jóval több, mint háromezer új jogszabály lépett hatályba, a gazdaságra vonatkozó joganyag gyakorlatilag teljesen megújult. A reform nemcsak annak közgazdasági vonzatait illetően állt a közéleti érdeklődés homlokterében, de a jogászi-szakmai közvéleményt is igen erősen foglalkoztatta. A hetvenes évek végéig jelentősen továbbfejlesztett joganyag gyakorlati szempontú rendszerezését és bemutatását előbb Kálmán György és munkaközössége (Gyarmati András, Harmathy Attila, Kabai Gyula és Szilágyi László) végezte el (Kálmán, 1979), mely az egyes jogterületeket tematikusan dolgozza fel. Az egyes fejezetek a népgazdasági

tervezés, a gazdaságirányítás szervezete, az állami vállalat, a gazdasági társulások, a szövetkezetek, a vállalati jövedelemszabályozás és vállalati alapok, a munkaügyi szabályozás, a beruházás, a helyiséggazdálkodás, az árszabályozás, az áruforgalom igazgatása és a termékforgalom kérdéseivel foglalkoznak, de kitérnek külkereskedelem és nemzetközi gazdasági együttműködésre, a pénz- és hitelforgalom szabályaira is. Nagy teret szentel a munka a gazdasági élet igazgatási jellegű szankciói bemutatásának, a gazdálkodó szervezetek egymás közötti szerződéseinek általános és az egyes szerződéstípusokra vonatkozó sajátos szabályainak, az újítás, találmányok, szabadalom, mérésügy, szabványosítás kérdéseinek s az ellenőrzésnek. A vállalati jog Sárközy Tamás nevéhez köthető új elmélete már ennél lényegesen tovább lép (Sárközy, 1981). Sárközy az MTA Állam- és Jogtudományi Intézetében, Eörsi Gyula irányítása alatt dolgozva, több, a gazdaság jogi összefüggéseit vizsgáló nagymonográfia, s igen nagyszámú, szakfolyóiratokban közzétett publikáció után 1978–1979-ben jutott el – mint ő fogalmaz – „gyakorlati jogász barátaival együtt” a vállalati jog önálló koncepciójának kialakításáig (Sárközy, 2007, 152–153.).

Ez a szövetkezeti jog alapintézményeit is magában foglaló gazdaságirányítási-vállalati jogi koncepció bomlik majd ki – immár a vállalaton belüli kollektív tagsági munkaviszonyok kérdéseivel, a vállalatközi jogi kooperáció a szerződési és versenyjogot egyaránt magában foglaló megközelítésével, a felelősségi joggal, a főbb gazdasági területek komplex jogi szabályozásának feldolgozásával – egy új diszciplína (de nem új, önálló jogág) magalapozásának szándékával a budapesti és pécsi közgazdaság-tudományi egyetemek hallgatói számára készült kétkötetes, 1985-ben megjelent egyetemi tankönyv formájában (Sárközy, 1985). Ez a munka már a „népgazdaság egészének jogát” tárgyalja szisztematikusan, s azt épp a közgazdászképzés igényeire tekintettel már nem „a jogi elméletben túlon túl is tisztelt” jogágazati tagozódás, hanem komplexen, a gazdasági mechanizmus sajátos jogi szemléletmódjában, a gazdaságpolitikai és jogi célkitűzések kölcsönös összefüggésében mutatja be.

Az ekkor megszülető gazdasági jog nem kíván alapjogágazattá válni, de igényt tart arra, hogy „keresztülfekvő, másodlagos jogágként” két pillérre alapozva elismerést nyerjen. Az első a gazdasági alkotmányjogra épülő gazdaságirányítási jog, mely az általános alkotmányjogi elveket a gazdaságra konkretizálja, s mely vertikális jogágként „túlnyomó többségben” államigazgatási jogi jellegű, pénzügyi jogi jogintézményeket tárgyal. A másik a komplex vállalati jog, mely egyaránt tárgyalja a vállalatoknak a gazdaságirányítással való vertikális kapcsolatrendszerét, a vállalatok horizontális kapcsolatait, a központi gazdaságirányítás által szabályozott piacon való fellépését, s a verseny- és kooperációs viszonyait. Ide sorolhatók – minden vállalat típusra nézve – a vállalati vezetésre és a belső mechanizmusra vonatkozó szabályai is. Ez a tág értelemben vett vállalati jog egészül ki a nem vállalati gazdálkodó alanyokra (kisipar, kiskereskedelem stb.)

vonatkozó speciális rendelkezésekkel és a nemzetközi gazdasági kapcsolatok jogával, s indul el – még mindig vitákkal kísérvé – a további fejlődés útján, ami majd 1988-ban a társasági jog és cégjog önállósulásához, később pedig teljes elismeréséhez, általános elfogadásához vezet, s igen sok szempontból napjainkig való továbbélését alapozza meg.

Azoktól az alapoktól, melyeket a 68-as mechanizmusreform lefektetett, a magyar gazdasági civiljog majd csak 1989 után szakad el, mikor a gazdasági rendszerváltást politikai rendszerváltás is követi, s az „irányított piacgazdaság” helyébe a valódi piacgazdaság lép – de ezeket az alapokat sosem tagadja meg. Az 1968-as gazdasági reform, írja már a rendszerváltást követően, 1992-ben Sárközy Tamás, ha ellentmondásosan is, „de utat adott a vállalati önállóságnak, a vállalkozásnak, a civil gazdaság erősödésének. Volt mire építeni a tradicionálisan erős magyar civilisztikai gondolkodásnak. Fürst László, Szladits Károly, Kuncz Ödön, Nizsalovszky Endre, Beck Salamon, Szászy István, Eörsi Gyula munkái nyomán a magyar civiljog a hetvenes évek közepére szinte minden területen a nyugati országok civilisztikája által érthető-összehasonlítható módon kiépült, alkalmassá vált – már szocialista körülmények között is – az Európai Közösség jogával való harmonizálásra.” (Sárközy, 1991, 11.) A reform eredményeire építkező, 1987–1989 közötti magyar gazdasági törvényhozást Sárközy kifejezetten mint a „fejlett, modern piacgazdaság létrehozását célzó” folyamatot értékeli, mely a gazdasági jogi szemléletnek hála, kitört a „bezárt jogági gondolkodás” csődbe jutott keretei közül, s felismerte a külső és belső komplexitásában történő kodifikáció szükségességét: azt, hogy „a gazdasági jog nem önálló kódexeket, hanem, mint Kuncz Ödön számtalanszor hangoztatta, elsődlegesen jogalkotási-jogalkalmazási szemléletmódot jelent. A gazdasági jogi komplex szemlélet, a jogi megoldások közgazdasági összefüggéseinek vizsgálatát a jövő magyar civilisztikája sem mellőzheti.” (Sárközy, 1991, 16.)

A magyar gazdasági reform bevezetésére fél évszázad távlatából visszatekintve a változások jelentősége csak ennek tükrében mérhető fel – mint ahogy a munka nagyságrendje is, amit a magyar jogtudomány legkiválóbb képviselői, a jogalkotók s a gyakorló jogászok 1966–1989 között elvégeztek. Az ötvenedik évfordulón, eredményeik felidézésével a mai jogászság e szakmai teljesítmény előtt tiszteleg.

IRODALOM

- Eörsi Gy. (1968): *A gazdaságirányítás új rendszerére áttérés jogáról*. Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó
- Harmathy A. (1966): A szállítási szerződések szabályozása a gazdasági mechanizmus változása tükrében. *Állam- és Jogtudomány*, 9, 2, 279–293.
- Kádár J. (1982): Felszólalás a szocialista brigádvezetők harmadik országos tanácskozásán. In: Kádár J.: *Párt, szakszervezetek, szocializmus. Válogatás beszédekből, cikkekből, 1957–1982*. Budapest: Népszava, 251–263.

- Kálmán Gy. (szerk.) (1979): *A gazdaság jogi szabályozása*. Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó
- MSZMP (1966): A Magyar Szocialista Munkáspárt Központi Bizottságának határozata a gazdasági mechanizmus reformjáról. In: *A gazdasági mechanizmus reformja. A Magyar Szocialista Munkáspárt Központi Bizottsága 1966. május 25–27-ei ülésének anyaga*. Budapest: Kossuth Könyvkiadó, 5–48.
- Sárközy T. (1981): *Gazdaságirányítási és vállalati jog*. Budapest: Tankönyvkiadó
- Sárközy T. (szerk.) (1985): *A gazdaság jogi alapjai*, I–II. Budapest: Tankönyvkiadó
- Sárközy T. (1991): Civilisztikánk a tegnapi és a holnap között. *Társadalmi Szemle*, 10, 10–24.
- Sárközy T. (2007): *A szocializmus, a rendszerváltás és az újkapitalizmus gazdasági civiljoga, 1945–2005*. Budapest: HVG-Orac Lap- és Könyvkiadó
- Stark A. (2009): *Rögös úton. Nemzetgazdaságunk rendszerváltás előtti és utáni két évtizede*. Budapest: Akadémiai Kiadó
- Tímár M. (1973): *Gazdaságpolitika Magyarországon, 1967–1973*. Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó
- Vékás L. (1986): Szerződési rendszerünk és a Polgári Törvénykönyv első negyedszázada. In: Nagy M. (szerk.): *Szerződések a népgazdaságban*. Budapest: Igazságügyi Minisztérium Tudományos és Tájékoztató Főosztálya, 15–31.

Könyvszemle

SIPOS JÚLIA GONDOZÁSÁBAN

SZEMPONTOK A FELELŐSSÉGTELJES ÉLETHEZ

A reformáció jubileumi évében, 2017-ben jelent meg *A protestáns etika kézikönyve* című terjedelmes és szép kiállítású kötet a Kálvin és a Luther Kiadó közös gondozásában. A többszerzős könyv fejezeteit protestáns (református és evangélikus) teológusok, társadalomtudósok írták. Fazakas Sándor szerkesztői munkáját dicséri, hogy a kötetbe olyan tanulmányokat válogatott be, amelyek valóban aktuális etikai, szociáletikai problémákról szólnak, és – amellet, hogy megfeleljenek a tudományos elvárásoknak – a nem szakemberek (tehát nem teológusok és/vagy erkölcsi kérdésekkel foglalkozó kutatók) számára is befogadhatók. A szövegek jól áttekinthetők, több esettanulmány segíti az elméletek gyakorlati vonatkozásainak megértését, illetve áttekintő táblázatok is megkönnyítik az információk rendszerezését. A könyvben olvashatunk a beszéd és a képi megjelenítés etikájáról, a házasság, a család és a szexualitás vonatkozásában felmerülő erkölcsi kérdésekről, az élet kezdetének és végének etikai dilemmáiról, a környezethez, az új technológiákhoz és a gazdasági folyamatokhoz való viszonyunk morális alapú újragondolásának szükségességéről, a közélet és az erkölcs összefüggéseiről, az egyházi szolgálatok etikájáról, a reménység és a felelősség mibenlétéről. A felelősség fogalma nemcsak az utolsó fejezetben, Németh Tamás figyelemre méltó írásában kap szerepet, ez a kötet egyik kulcsfogalma, valamennyi témánál előkerül a felelős élet fontosságának hangsúlyozása. Fazakas Sándor az előszóban megfogalmazza: „az etikai kompetenciák elsajátításához kíván segítséget nyújtani a könyv – ahhoz, hogy az ember legyen képes minden helyzetben mérlegelni, a szituációra reflektálni, a következményekkel számolni, s cselekedeteinek erkölcsi szempontból értékelhető irányultságot adni” (9). Fazakas bevezető tanulmányában is kiemeli, hogy a feltétel nélküli engedelmességre való felszólítás helyett az érvelésen, a releváns szempontok felvetésén kell alapulnia a protestáns etikának, segítséget nyújtva az egyén felelősségteljes erkölcsi szemléletének kialakításához. Vallási értelemben kívülálló olvasóként – mivel nem tartozom egyik protestáns egyházhoz sem –, úgy vélem, hogy a szerkesztő elvárásai valóban teljesültek: a kötet szerzői természetesen meghatározott értékszemlélet alapján közelítik meg választott témájukat, de elsősorban gondolkodtatni akarnak, nem pedig megmásíthatatlan erkölcsi tantételeket rögzíteni. Ezt erősíti, hogy – bár a hivatkozások

többsége a Szentírás (és olyan jelentős keresztény gondolkodók, mint Ágoston és Aquinói Tamás) mellett elsősorban Luther, Kálvin és más protestáns szerzők műveire történik – római katolikus szempontokat, pápai enciklikákat, intelmeket is figyelembe vett némelyik szerző, de bőven találhatunk nem vallási alapú etikai-filozófiai koncepciókra való utalásokat is.

A kötet oktatási (főként felsőoktatási) célokra is jól használható, bizonyos fejezetek írói kifejezetten tekintettel vannak erre, például a környezeti etikai részben az 1. esettanulmány után kérdéseket találunk (233.; a 2. esettanulmány leírását követően viszont már nincsenek kérdések, egyébként mindkét eset aktuális és releváns a téma szempontjából), a II. rész szerzője pedig azt írja, hogy a felhozott példákat szemináriumi órákon való megvitatásra szánja (54.). Számos fejezetben viszont nem találunk ilyen jellegű utalásokat. Talán szerencsés lett volna egységesíteni a tanulmányokat ebből a szempontból, például úgy, hogy a szerzők minden fejezet végén az olvasottak feldolgozását segítő kérdéseket tesznek fel, vagy valamennyien elhagyják az oktatási célú megjegyzéseket, kérdéseket. Nem túl szerencsés továbbá, hogy bizonyos fejezetek szerzői túl sok problémát vetnek fel, így fontos részkérdések érdemi kifejtésére nincs módjuk. Egyértelmű, hogy a kötetben közreműködők nem törekszenek/törekedhetnek témájuk kimerítésére, de néhol még így is kifogásolható az előbbi értelemben vett „túlzsúfoltság”. Különösen az élet kezdetének és végének kérdéseivel foglalkozó V. fejezetről mondható el, hogy a kötet terjedelméhez képest indokolatlanul röviden kerülnek tárgyalásra alapvető jelentőségű etikai problémák (az embrió státusza, eugenika, klónozás, eutanázia, asszisztált öngyilkosság, életvégi rendelkezések), alig valamivel több oldal jut e nehéz kérdések tárgyalására, mint a hazugság etikájának kifejtésére (II. fejezet). Nem az utóbbi rész hosszúságával van a baj – Visky S. Béla írása alapos és érdekes –, inkább az előző rövidegével, legalább két bővebb, különálló fejezetet (életkezdeti és életvégi dilemmák) kellett volna képezni. Mindenképpen kiemelendő ugyanakkor, hogy csak „súlyozási” problémáim vannak, mivel az V. rész tartalmi szempontból a legkevésbé sem kifogásolható, Orosz Gábor Viktor nyilvánvalóan jártas a bioetikában. Talán az is magyarázhatja az életvégi etika rövid tárgyalását, hogy a közelmúltban, 2014-ben jelent meg az *Ideje van az életnek, és ideje van a meghalásnak...* című, életvégi döntésekkel kapcsolatos keresztény etikai tanulmányokat tartalmazó kötet, amelynek szerkesztője (Ferencz Árpád mellett) szintén Fazakas Sándor volt.

Végezetül néhány szó a még nem említett szerzők munkájáról. Rácsok Gabriella részben a „nézés” és a „látás” szembeállítására építi fel a képi megjelenítés etikájáról szóló írását: vizuális korunkban képek sokasága vesz körül bennünket, egyre többeken lesz úrrá a képkészítési és megosztási kényszer, és közben mintha elveszítettük volna a lényeges és a lényegtelen, a valóságos és a nem valóságos megkülönböztetésének képességét, ezért tudatosan tennünk kell azért, hogy „látóvá” váljunk. A házassággal, a családdal és a szexualitással kapcsolatos kérdéseket

a szeretet, az intimitás és a hűség fogalmai mentén értelmezi Kovács Krisztián. Béres Tamás az ökoteológiáról és a természethez való viszonyunk átalakításának szükségességéről ír. Kodácsy Tamás szellemes tanulmányában öt bibliai technikai szimbólum – Ádám és Éva ágyékkötője a rejtőzködés, Noé bárkája az alkalmazkodás, Babel téglája az építkezés, Mózes botja az irányítás, Péter és András hálója az együttműködés szimbóluma – alapján technikai vívmányok (köztük a kvantumszámítógép és a 3D-nyomtatás) felhasználásának hatásait elemzi etikai szempontból. Szabó B. András a VIII. fejezetben – talán ez a rész is lehetett volna bővebb –, a protestáns gazdaságetikáról értekezik rövid, de lényeglátó munkájában. Színvonalas dolgozatokat olvashatunk továbbá a közélet és az egyházi szolgálatok etikájáról Borsi Attila, illetve Füsti-Molnár Szilveszter tollából.

Összességében megállapítható, hogy a könyv minden olyan protestáns szellemiségű ember számára ajánlható, aki saját etikai szemléletéhez elméleti megalapozást keres, de bárki találhat megfontolandó szempontokat a kötetben, amely remélhetőleg további erkölcsi diskurzusok kiindulópontjaként szolgálhat majd.

(Fazakas Sándor szerkesztő: A protestáns etika kézikönyve. Budapest: Kálvin Kiadó–Luther Kiadó, 2017, 460 o.)

Barcsi Tamás

egyetemi docens, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

KANT-VITA, ÚJ FÉNYBEN

Akárha egy irodalomtörténeti forráskiadást tartanánk a kezünkben. A „rég Magyarosok” szoktak efféléket közzétenni. A magyar irodalom korpuszához tartozó, eredetileg latin nyelven írt és megjelent szöveget magyarra fordítanak, és a latin eredetivel együtt, a szükséges jegyzetekkel és mutatókkal fölszerelve, hozzáférhetővé teszik a mai olvasó számára.

Pedig ez most nem irodalomtörténeti, hanem filozófiatörténeti dokumentum. Rozgonyi József 1792-ben latinul megjelent antikantiánus vitairata, a kanti transzcendentális idealizmus „alapvetéseiről” fogalmazott „kétségek”, egyszerre számít ismert és ismeretlen munkának. A magyar filozófiatörténet fejlődésfolyamatának ismerői, egyrészt, persze, hallottak róla. Tudják, hogy ezzel a művel indul meg a magyar filozófiatörténet híres összecsapása, a 18. század utolsó és a 19. század első két évtizedén keresztülívelő, azaz megszakításokkal jó harminc éven át tartó, úgynevezett „Kant-vita”. Olvasni viszont, másrészt, gyakorlatilag nem olvasta senki. A kérdés szakembereinek legszűkebb körén kívül – ebbe a körbe kutatói nemzedékenként alig néhány fölkészült és elszánt érdeklődő tartozott – nemigen volt szokás kézbe venni: hogy voltaképp mi is szerepel benne, a kutatási hagyományban esetenként reflektálatlanul továbbadott információk tudósítottak róla.

Most pedig, az Akadémia Filozófiai Intézete Mester Béla vezette kutatócsoportjának köszönhetően, íme, itt van előttünk. A rendkívül elegáns kiállítású kötet fekvő téglalap alakú: az oldal felső részén rendre a latin, alsó részén a magyar szöveg fut, a lapszéli hasábjába pedig a jegyzetek kerültek. Ez utóbbiakból meglehetősen sok van. Mint a kötet előszavának a kiadás elveit ismertető fejezete beszámol róla: a *Dubia/Kétségek* műfaja, nyelve és kora egyaránt sok jegyzetet indokol ugyanis. A műfaja vitairat: gondolatmenete a vitapartnerek műveinek szövegét követi, az olvasónak ezeket a szövegeket is célszerű nyomon követnie hát. A nyelve latin: a német nyelvű, kanti és a korai kantiánus szövegek latin szerzői interpretációja komoly és megmagyarázandó terminológiai kérdéseket vet föl, ezek megint magyarázatot igényelnek. A kora pedig a 18. század vége: idézési technikája gyakran nem szó szerinti, hanem tartalmi idézettel operál, a mai olvasó számára ezért ezeket az idézeteket is pontosítani kell.

A kiadás megoldásainak érdemi értékelése szakkritikába való. Kurta ismertetésünkben – a kiadás jelentőségét méltatandó – most csupán a lényegről tudunk beszélni.

Mi a lényeg? Rozgonyi József (1756–1823) protestáns peregrinus, losonci, majd sárospataki filozófiatanár, a reformkort közvetlenül megelőző időszak filozófus-nemzedékének kiemelkedő alakja. Sárospataki tanulmányok után előbb Bécs-

be megy, majd hosszabb tanulmányokat folytat Utrechtben, szemesztert hallgat Oxfordban, megfordul Párizsban, Göttingenben, Jénában és Halléban. Útravalóul két hatást hoz magával: az éppen megszülető kanti filozófia, illetve a korai Kant-viták ismeretét az egyik, a skót „common sense” iskola szemléletét a másik oldalon. Losonci katedráját elfoglalva, pályakezdő filozófiai művében, a *Dubiában/Kétségekben* épp ezt a kettőt kívánja ütköztetni: a skót iskola szellemében gyakorol határozott bírálatot a kanti ismeretfilozófia fölött. Latinul szerzett műve antikantiánus vitáirait tehát.

Mindkét körülmény azonnal halálra is ítéli egyébként meglepően tájékozott és tiszteletreméltóan színvonalas munkáját. Mint élelslátó – nem melleleg, saját hosszú kutatásainak eredményeit tömörítő – előszavában Mester Béla beszámol róla, a *Dubia/Kétségek* recepcióját épp ez a két tényező pecsételi meg: a nyelve és az irányzati beállítottsága. A mű tehát, egyrészt, éppen az előtt születik meg, hogy a tudományosság nyelvén a nemzeti nyelv válna. Szerzője a nemzetközi tudományosság közegében, a nemzetközi tudományosság nyelvén szeretne megszólalni. Egy hatalmas nyelvi-kultúraszerkezeti váltás határán áll éppen. A nemzeti nyelv kialakulásával és a nemzeti kultúra-tudományosság intézményesülésével törekvése hamarosan idejé múltnak hat. A magyar filozófia történetírása ráadásul – fontos szempont – a régi magyar filozófiát is hajlamos reflektálatlanul azonosítani a magyar nyelvű filozófiával. Mintha, hogy analóg német példát hozunk, a latinul és franciául író – németül csupán rövidebb politikai érdekű esszéit fogalmazó – Leibnizet nem számítanánk német filozófusnak; vagy, még közelebbi példával, Kant latin nyelvű prekritikai írásait nem tekintenénk a kanti életmű és a német filozófia részének. A mű ugyanakkor, másrészt, a Kant-vita kontribúciójaként, sőt éppen elindítójaként: antikantiánus értekezés. A meggyökeresedett filozófiatörténeti hagyomány szerint a Kant-vita a Kant-recepció meghatározó hullámaként fogható föl. Valóban: ez a több évtizedes nézetcsere lesz az, amely a kantianizmust szélesebb körben elterjeszti a magyar gondolkodásban; átfogóbban, jó évszázadra a kantianizmust emeli a magyar filozófia főáramává. Szerzőnk ehhez képest nem az „egyik”, hanem a „másik” oldalon áll: nem a kanti gondolatok befogadásán munkálkodik, hanem éppen a kantianizmus bírálatában érdekelt. A kantianizmus vezető árama ellenében: épp antikantiánus.

Tanulságok? Az egyik, szűkebben, a Kant-vitáról formált képünket illeti; a másik, tágabban, a recepciótörténetként fölfogott magyar filozófiatörténet problémájára vonatkozik.

Egyfelől tehát, a kitűnő kiadvány nyomán némiképp új fénybe kerül a hagyományos kép, amelyet a Kant-vitáról őrzünk. Eszerint, úgymond, a Kant-vita legfontosabb vonása az autonóm filozófiai közeg hiánya, illetve a keretében kirajzolódó Kant-kép reduktív jellege. A német egyetemeket megjárt, a kantianizmussal megismerkedett protestáns paptanárok vitája tehát filozófiai vita

akkor, amikor még nincs filozófiai élet. A filozófiai gondolatok recepciójának ezért nincs önálló szférája, a befogadást így más dimenziók – elsősorban a politika és az erkölcs – határozzák meg. Mindezek következtében pedig a kanti életmű egyszerűsítésnek esik áldozatul: a vitában megjelenő Kant etikai-teológiai gondolkodó lesz csupán. Hogy a kritikai filozófia ismeretfilozófiai-logikai rétege genetikusan és strukturálisan is megelőzi az etikai-világnézeti réteget, ezzel a vitázók alig-alig vetnek számot. Az ismerős – korábbi kísérleteinkben magunk által is elfogadott – kép most némiképp más árnyalatban tűnik föl. A Kant-vita igenis, eredetileg sajátképpen filozófiai vitának indul: Rozgonyi éppen a nemzetközi tudományos közösség előtt vállalkozik rá, hogy vitatni kezdje a kanti filozófiát. És a vitában megformálódni kezdő Kant-kép igenis, eredetileg a kanti bölcsélet „mélyfilozófiai”-ismeretfilozófiai rétegét teszi diszkusszió tárgyává.

Másfelől, átfogóbban, érdemes elgondolkoznunk a magyar filozófia recepciótörténeti jellegén. Eszerint, ugye, a magyar filozófia voltaképpen idegen-nyugati filozófiák befogadásában áll. A magyar filozófia először skolasztikus filozófia, aztán befogadja előbb a karteziánizmust, majd a kantianizmust és a hegelianizmust, aztán a szellemtörténetet, utána a marxizmust, hogy mára a különféle kortársi irányok – az analitikus filozófia, a hermeneutika meg a posztmodern – befogadásával kísérletezzen. A nyugati irányok itteni hatásának történeteként fölfogott magyar filozófiatörténet kutatói pedig ezért hagyományosan a recepció élénkségén-gyorsaságán, illetve önállóságán-eredetiségén mérik egy-egy hazai filozófiai teljesítmény jelentőségét. A kánonban az szerepel előkelőbb helyen, aki hamarabb és alkotóbban fordul az éppen új felé. A 18. század végének és 19. század első felének két nagyszabású szellemi összecsapásában, a Kant-vitában is és a Hegel-vitában is, az „új” meg a „rég” vitázik, a „jövőbe mutató” meg a „múlthoz tartozó” gondolkodók küzdenek meg egymással – az előbbieket valahogyan a jók, a jelentősek, az utóbbiak ellenben a rosszak, a gondolatilag is jelentéktelenek. Jelen kötettel Mester Béla most azt bizonyítja nekünk, hogy ez a szembeállítás nem föltétlenül állja meg a helyét; előfordulhat, hogy a „réghez” ragaszkodó meg a „múlthoz tartozó” gondolkodók, mint Rozgonyi esete mutatja, bizony jelentősebbek haladó vitapartnereiknél.

A kiadvány a filozófiai intézetnek a „magyar filozófiatörténet narratíváit” földolgozó, nagyszabású OTKA-kutatása keretében született meg. Párdarabja, Szontagh Gusztáv önéletrajza – azt a kötetet is lesz szerencsénk itt ismertetni – hasonlóképp ennek a kutatásnak köszönheti megjelenését. Ha az a Hegel-vita árnyékos alakját jelenítette meg nekünk, ez a mostani kötet a Kant-vita negatív hőst igyekszik rehabilitálni. A két kötettel Mester Béla mintha, lassan és finoman, újrarajzolná a 18. század végi, 19. századi magyar filozófiáról alkotott képünket.

(Josephi Rozgonyi: Dubia de initiis transcendentalis idealismi Kantiani; Rozgonyi József: Kétségek a kanti transzcendentális idealizmus alapvetéseivel kapcsolatban. Fordította: Guba Ágoston; a jegyzeteket összeállította: Guba Ágoston–Mester Béla; a fordítást az eredetivel egybevetette: Kondákor Szabolcs; a latin szöveg sajtó alá rendezésében részt vett: Gángó Gábor. [Ergo], Budapest: MTA Bölcsészettudományi Kutatóközpont, Filozófiai Intézet–Gondolat Kiadó, 2017.)

Percz László

filozófiatörténész

Kitekintés

GIMES JÚLIA GONDOZÁSÁBAN

PARKINSON TERÁPIA – ÖSSEJTEKKEL

Japán kutatók (Kiotói Egyetem) Parkinson-kórban szenvedő pácienseken is tesztelhetik állatkísérletekben sikeresnek tűnő új őssejtterápiás eljárásukat.

A Parkinson-kór a leggyakoribb idegrendszeri betegségek egyike, a világon több mint hatmillió embert érint. Lényege, hogy az agy bizonyos ősi területén folyamatosan pusztulnak a dopamin nevű idegingerület átvivő anyagot termelő sejtek, és ez vezet a remegés, a mozgászavar és egyéb tünetek kialakulásához. A betegség ma még gyógyíthatatlan, kezelése a dopamin pótlásának különböző gyógyszeres lehetőségeivel a tünetek enyhítésére, a páciensek munkaképességének, jó állapotának fenntartására irányul.

A japán kutatók felnőtt testi sejteket programoztak át őssejtszerű állapotba, majd ezeket a mindenre képes őssejteket olyan idegsejt előalakokká (dopaminerg progenitor sejtekké) alakították, amelyek képesek dopamintermelő neuronokká fejlődni. Ezeket a sejteket az emberi Parkinson-kórnak megfelelő betegségben szenvedő majmok agyába juttatták, és azt tapasztalták, hogy az állatok állapota két éven át jelentősen javult. Más állatokon végzett vizsgálataik azt mutatták, hogy az idegsejtkezdemények az agyban valóban megtelepedtek, és dopamintermelő neuronokká alakultak.

Az elképzelések szerint a klinikai vizsgálatban részt vevő betegek agyába a koponyacsonton kialakított kis lyukon keresztül speciális eszközzel kb. ötmillió sejtet juttatnak majd be. A kezelés során az immunrendszer blokkolására is szükség lesz, nehogy a kezelt személyek immunsejtjei megtámadják a számukra idegen, beültetett sejteket.

Japánban időskori makuladegenerációban, illetve koszorúér-betegségben szenvedő pácienseken is folynak „őssejtes” klinikai vizsgálatok. Nem véletlenül: a testi sejtek őssejtekké való visszaprogramozásának technikáját a japán Jamanaka Sinja (Shinya Yamanaka) dolgozta ki a 2000-es évek közepén, és felfedezését már 2012-ben Nobel-díjjal jutalmazták.

Normile, D.: First-of-its-kind Clinical Trial Will Use Reprogrammed Adult Stem Cells to Treat Parkinson's. *Science*, 20 July 2018. DOI:10.1126/science.aau9466, <http://www.sciencemag.org/news/2018/07/first-its-kind-clinical-trial-will-use-reprogrammed-adult-stem-cells-treat-parkinson-s>

BÉLSZIMULÁTOR

A bél működését szimuláló rendszerrel vizsgálták a táplálék összetételének a bélflóra (mikrobiom) összetételére gyakorolt hatását amerikai (Wright State University, Dayton, Ohio) és spanyol (Universitat de Barcelona) kutatók.

A szimulátor a vastagbél különböző szakaszait reprezentáló, egymáshoz kapcsolt három üvegtartályból áll, melyeket székletdonoroktól származó emberi bélbaktériumokkal népesítettek be.

Az így kialakított bélflórának különböző minőségű tápanyagok lebontásában kellett részt vennie, majd mérték az „emésztési” folyamatok eredményeként kialakuló anyagcseretermékek összetételét, illetve a jelen lévő baktériumfajok mennyiségét.

A kísérleti rendszer először olyan összetételű – szénhidrátokat, zsírokat, fehérjéket tartalmazó – tápanyagoldatot kapott, amely megfelel a nyugati típusú étrendnek. Ezt követően kizárólag zsírvegyületeket kapott a rendszer, természetesen olyanokat, amelyek az ételekben fordulnak elő. Azt tapasztalták, hogy a bélflóra alkalmazkodott a változásokhoz: csökkent benne a szénhidrátokat és fehérjéket átalakítani képes baktériumok aránya, és nőtt a zsírbontóké. Ennek következményeként a rendszerben kevesebb rövid szénláncú zsírsav és antioxidáns képződött, ami az emberi egészség szempontjából hátrányos lehet.

A kutatók szerint kísérletük további magyarázattal szolgál arra, hogy a zsírban gazdag étrend miért nem egészséges, ugyanakkor rávilágít arra is, hogy a rohamosan terjedő cukorbetegség és elhízás miatt ma nagyon divatos szénhidrátmentes diétának is lehetnek kedvezőtlen hatásai az egészségre.

Agans, Richard – Gordon, Alex – Kramer, Denise Lynette et al.: Dietary Fatty Acids Sustain Growth of Human Gut Microbiota. *Applied and Environmental Microbiology*, August 2018. DOI: 10.1128/AEM.01525-18

VÍZTISZTÍTÓ GYORSTISZTÍTÓ

Folyékony gallium-ötvözet felhasználásával rendkívül diszperz, óriási felületű alumínium-oxid-hidroxidot állítottak elő egy több ausztrál egyetem részvételével folyó kutatás során. A gallium a higanyon kívül az egyetlen olyan tiszta fém, amely szobahőmérséklet közelében is folyékony, ezért a procedúra végén hiánytalanul visszanyerhető, így tulajdonképpen el nem fogyó segédanyag. A folyamat lényege, hogy a folyékony ötvözethez alumíniumot adnak, és ha ez vízzel vagy vízgőzzel érintkezik, a felületre diffundált alumínium nagyon vékony (néhány atomnyi), kétdimenziós oxidlemezeket vagy egydimenziós szálakat képez.

Az eredményt az teszi jelentőssé, hogy a keletkező alumíniumvegyület a szennyvizek kezelésében használatos, és minél nagyobb a felülete, annál haté-

konyabban képes a vízben lévő szennyezőanyagokat magához kötni, így kiszűrhetővé tenni. A kísérleti eredmények szerint az erősen szennyezett vizekből a nehézfémek és olajszennyeződések kiszűrésének sebessége ezzel a technikával a hagyományos módszer sebességének százszorosát is elérheti.

A szerzők szerint az eljárásban a méretnövelés – egészen az ipari méretig – könnyen megvalósítható, teljes egészében környezetbarát, és az alumíniumon kívül más fémoxidok, fém-hidroxidok előállítására is alkalmazható.

Zavabeti, A. – Zhang, B. Y. – Castro, I. A. de et al.: Green Synthesis of Low-Dimensional Aluminum Oxide Hydroxide and Oxide Using Liquid Metal Reaction Media: Ultrahigh Flux Membranes. *Advanced Functional Materials*, First published online: 21 September 2018. DOI: 10.1002/adfm.201804057

A POLIPOKRA IS HAT A PARTIDROG

Noha az ember és a polip az evolúciós fejlődés során több mint ötszáz millió évvel ezelőtt külön utakra tért, és agyuk felépítése alapjaiban eltér egymástól, mégis van olyan ősi neurotranszmitter-rendszer, amely emberekben és polipokban hasonlóan működik.

A polipok, noha agyuk jobban hasonlít egy csigáéhoz, mint egy emberéhez, meglepően okosak. Ravasz trükkökre képesek, hogy csapdába csalják zsákmányukat, és arra is vannak bizonyítékok, hogy képesek megfigyelések alapján tanulni.

Viszont köztudottan antiszociálisak. Nem barátkoznak, elkerülik egymást. Genetikai vizsgálatuk során amerikai kutatók meglepő módon azt találták, hogy az a genetikai kód, amely a szerotonin szállításának szabályozásával hozható kapcsolatba, nagyon hasonlít az emberéhez.

A szerotonin nevű idegingerület-átvivő anyag egyebek között a hangulatszabályozásban és a társas kapcsolatok alakításában, a szociális viselkedésben játszik szerepet.

A genetikai hasonlóság alapján kísérletileg igazolták a funkcionális hasonlóságot is: a polipok a szerotonin rendszerre ható *Ecstasy* néven ismert pszichoaktív szerre, melynek kémiai neve 3,4-metiléndioxi-N-metamfetamin, az emberekhez hasonló módon reagálnak. A drog hatására az amúgy barátságtalan, mogorva, maguknak való polipok egymás társaságát kezdték keresni.

Edsinger, E. – Dölen, G.: A Conserved Role for Serotonergic Neurotransmission in Mediating Social Behavior in Octopus. *Current Biology*, 8 October 2018. 28, 1–7. DOI: 10.1016/j.cub.2018.07.061, [https://www.cell.com/current-biology/pdfExtended/S0960-9822\(18\)30991-6](https://www.cell.com/current-biology/pdfExtended/S0960-9822(18)30991-6)