

HILSCHER REZSŐ
ALAPÍTVÁNY

Vol. 32. (2021) No. 1.

DOI 10.48007/esely.2021.1

chance

Journal of
Social
Policy

C
J
S
P

esély

Társadalom- és
szociálpolitikai
folyóirat

e
s
é
ly

ISSN 0865-0810



TÁRSADALOM- ÉS SZOCIÁLPOLITIKAI FOLYÓIRAT

Kiadja a Hilscher Rezső Alapítvány

Szerkesztőségi cím:

✉ esely@esely.org

Főszerkesztő:

CZIBERE IBOLYA

SZERKESZTŐSÉG:

Szerkesztők:

Czibere Ibolya
Farkas Zsombor
Rácz Andrea

Olvasószerkesztő:

Nemes-Zámbó Gabriella

Tördelőszerkesztő:

Juhászné Marosi Edit

Szerkesztőségi titkár:

Molnár Éva

ISSN 0865–0810

www.esely.org

DOI 10.48007/esely.2021.1



Megjelenik évente négyszer.



Tartalom

TEMATIKUS TANULMÁNYOK

Betegségekkel való megküzdés esélyeinek növelése. Az életminőség javításának lehetőségei

Vendégszerkesztő: PÉK GYŐZŐ

- 3** VAJSZ KORNÉL – HORVÁTH MÁRTON – SIMON LAJOS – VASS EDIT – SZTANCSIK VERONIKA:
Stigmatizáció és időskori mentális betegségek

- 20** KOSZTÁNÉ HADHÁZI TÜNDE – PÉK GYŐZŐ:
Demenciával élők életminőségének javítása demenciabarát szemléletű foglalkoztatásokkal

- 37** PÉK GYŐZŐ – KOSZTÁNÉ HADHÁZI TÜNDE – ORBÁNNÉ GELLÉN MARIANNA –
TÓTHNÉ GÖRÖG EDIT:
Támogató Bálint-csoport demenciával élő családtagot gondozó hozzátartozók számára

- 49** POGÁNY GÁBOR- DUPCSIK CSABA:
A ritka betegségek szociálpolitikai jelentősége, a RIROSZ törekvései

TANULMÁNYOK

- 62** PAKSI BORBÁLA – MAGI ANNA – GURÁLY ZOLTÁN:
Hajléktalan emberek pszichoaktív szerhasználata

- 92** GYŐRI PÉTER
„Így kallódunk el szépen egymás után”. Állami gondozottak voltak, ma hajléktalanok

- 112** BERÉNYI ESZTER
Különleges oktatási időszakok: felvételizők és szüleik tapasztalatai a digitális tanrendről

KEREKASZTAL-BESZÉLGETÉS

- 132** KISS LÁSZLÓ
Filozófia – tudományok – gondolkodás



Stigmatizáció és időskori mentális betegségek

Vajsz Kornél – Horváth Márton – Simon Lajos –
Vass Edit – Sztancsik Veronika

VAJSZ KORNÉL: Debreceni Egyetem Bölcsészettudományi Kar Pszichológiai Intézet –
kornel.vajsz@gmail.com

HORVÁTH MÁRTON: Semmelweis Egyetem Általános Orvostudomány Kar –
horvath.marton95@gmail.com

SIMON LAJOS: Moravcsik Alapítvány; Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás
Klinika – simon.lajos@med.semmelweis-univ.hu

VASS EDIT: Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika – vass.edit84@gmail.com

SZTANCSIK VERONIKA: Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Felnőtt Pszichiátriai Osztály –
sztancsik.veronika@kenezy.unideb.hu

ABSZTRAKT A tanulmány célja az időskori mentális betegségekre vonatkozó társadalmi és személyes megbélyegzések jelentőségének bemutatása. A mentális betegséghez kapcsolódó stigma-fogalmak és jelenségek bemutatásán túl bevezető ismereteket nyújt abba, milyen pszichés problémákkal járhat az időződés, hogyan alakul a saját mentális nehézségekhez való viszony idős korban, és erre milyen hatással lehet a társadalmi nyomás, amit stigmának, megbélyegzésnek nevezünk. Felhívja a figyelmet arra, milyen ártalmas hatása lehet mind az időskor, mind a mentális betegségek megbélyegzésének a felismerés, a prevenció és a kezelés szempontjából. A tanulmány zárásaként bemutatkozik a szerzők részvételével szerveződött antistigma kutatócsoportunk, mely a mentális betegségek stigmatizációjának csökkentése mellett köteleződött el.

Kulcsszavak: stigma, idős kor, mentális betegségek

Stigmatization and mental illness of the elderly

ABSTRACT The aim of this paper is to present the significance of social and personal stigma associated with mental illness in old age. In addition to introducing the concepts and notions of stigma associated with mental illness, it provides preliminary insights into the psychological problems of aging, the relation to one's own mental difficulties in old age, and the social pressures of stigmatization. It draws attention to the detrimental effects that stigma associated with old age and mental illness can have on the recognition, prevention and treatment of the latter. Finally, the National Antistigma Programme (NAP) research group is presented, which is organized with the participation of the authors and is committed to reducing the stigma of mental illness.

Keywords: stigma, old age, mental illness



BEVEZETÉS: AZ IDŐS KOR KIHÍVÁSAI

*„Oly árvák ők mind, az öregek.
Az ablakból néha elnézem őket,
hogy vacogó szélben, gallyal hátukon
mint cipekednek hazafelé –
vagy tikkadt nyárban, a tornácon
hogy üldögelnek a napsugárban –
vagy téli estén, kályha mellett
hogyan alusznak jóízűen –
nyújtott tenyérrel a templom előtt
úgy állnak búsan, csüggeteg,
mint hervadt őszi levelek
a sárga porban.”*

(Weöres 1975: 13)

A 15 éves Weöres Sándor szavai érzékletesen vázolják a korosodó emberek képét a külső szemlélő nézőpontjából. Talán már valamennyien találkoztunk ehhez hasonló vagy romantikusabb elképzeléssel, mely szerint az öregkor a csendes, elmélyült bölcsesség időszaka, ahol a tapasztalatok megérnek és a múlt tanulságaitól gazdag ember számot vet sorsának mélységével. Ezen látásmódokra leginkább a jóindulatú távolságtartás jellemző. Valójában, amiképp a többi életszakaszt, úgy az időskori változásokat is biológiai faktorok alapozzák meg, aminek megélése egyénenként különbözhet. A test, ahogy a lélek is, megannyi küzdelem, megpróbáltatás nyomát viselheti magán. Bizonyos terhek súlya alól nem szabadulhatunk: legyenek azok társadalmi, élettani vagy pszichológiai jellegűek. Mai ismeretek szerint betegség hiányában akár 120-130 évig is élhetnénk, viszont csak a legkritikább esetben közelítjük meg azt (Semsei 2014).

Tanulmánykötetében Tariska ekképp jellemzi az időskorral kapcsolatos mai attitűdöket: *„A közgondolkodásban – sokszor még az orvosokéban is – az időskor és a testi-lelki sorvadás sokszor szinonimák, a terápiát reménytelennek, a diagnosztikát éppen ezért sokan akadémikusnak, a beteget feleslegesen terhelőnek tartják.”* (Tariska 2002: 27)

Ahogy az ember társadalmi lényként éli életét, ez az időskorban sincsen másképp: a szociokulturális háttér befolyásolja az idősödés folyamatát. Mászt jelent korosodónak lenni egy olyan közösségben, ahol minden dolgos kézre szükség van, ahol az erőforrások szűkösek, és mást egy nyugodtabb életet megengedő, lassúbb folyású milióban. Ez még persze nem határozza meg teljesen, hogyan gondolkodik majd az öregkorról ember és környezete. A megélés minősége sokkal bonyolultabb képletből ered: az egyén saját testi, intellektuális, érzelmi tapasztalataival kezdődik, a társas közegből adott visszajelzésekkel folytatódik, majd újrakezdődik azzal, ahogyan ezek a visszajelzések reflektálódnak. A kép, melyet a személy magáról, közegéről és saját helyéről ebben a közegben megalkot, a fent említett valamennyi jelenség által formálódik (Combs – Snygg 1959, Pethő 1989).

Az öregségről alkotott képet tovább árnyalja annak belső ellentmondásossága. Mi is az öregség? Vajon bölcs aranykor, esetleg sorvadó hanyatlás? Ilyen és ehhez hasonló vélemények egyszerre létezhetnek valamennyi személyben, legyen ifjú vagy agg. A hanyatlás képét megerősítheti a késztetések perzisztenciája a test elkerülhetetlen kimerülésével szemben (pl. a fizikai aktivitás vagy a nemiség tekintetében). Időskorban az ember nem csak azzal néz szembe, hogy élete egyszer véget ér, hanem azzal is, hogy az odavezető úton fizikai és nem ritkán mentális erőforrásai kiapadnak (Pethő 1989). A késői években több kihívással kell az egyénnek



szembenézni. Nem csak a rövidülő idő, hanem a vitalitáscsökkenés véglegessége is beárnyékolja életét. Sokan ennek nyomása alatt inkább a múltba kapaszkodva őrzik azt a képet, akik egykoron voltak. Kevésbé jellemző, hogy aggkori énjük felé ifjonti nyitottsággal forduljanak, megváltoztatva énképüket, elfogadva a változásokat, ami szervezetükben lezajlik (Tariska 2002).

Erikson (2002) eredeti fejlődélméletében a személyiség érésének utolsó lépcsőfoka az „integritás megteremtése a kétségbeeséssel szemben”. Ekkorra valamennyi személyiségfejlődési szakasz kérdése újra felmerül: a bizalom, autonómia, kezdeményezés, teljesítmény, identitás, intimitás és alkotóképesség kérdései. Ezek összegződnek abban a kérdésben, hogy vajon jól élte-e az ember az életét, amikor már nem sokat tud változtatni rajta. Mindezek tükrében az egészséges idős ember számára is komoly lelki munkát jelenthet az önmagával való hű szembenézés. Emellett különösen megerőltető lehet egy-egy gyengeséggel, vagy újkeletű problémával találkozni. Cikkünk azt kívánja bemutatni, milyen pszichológiai problémákkal járhat az idősödés, hogyan jelenik meg a saját mentális nehézségekhez való viszony idős korban, és erre milyen hatással lehet a társadalmi nyomás, amit stigmának, megbélyegzésnek nevezünk.

IDŐSKOR EURÓPÁBAN ÉS MAGYARORSZÁGON

Az Európai Unió népességének 20,3%-a 65 év feletti, ez a tíz évvel korábbi adathoz képest 2,9 százalékpontos növekedést jelent (Eurostat 2020). Magyarország e tekintetben az uniós átlagnak megfelelő eredményekkel bír. A Központi Statisztikai Hivatal (2020) legfrissebb adatai szerint Magyarország öregedési indexe 136,6 fő, azaz 100 14 éves vagy fiatalabb emberre 136,6 65 éves vagy annál idősebb személy jut. Ez az érték 1990-ben még 65 volt, 2017-ben pedig 129. Egyre növekszik 65 éves korban várható élettartam is: a férfiak esetében ez 14,4, a nőknél 18,2 év, nagyjából 120%-os növekedést mutatva 1990-hez képest. A 65 év felettiek hátralevő életéveiknek csupán 30-40%-át töltik egészségesen (Monostori – Gresits 2018). Ezt erősíti meg az Eurostat (2019) statisztikája is, miszerint a magyar 65 év felettiek 60%-a számol be nehézségekről az önellátás és háztartásvezetés terén.

A társadalom rohamos előregedésével az idősor kérdései egyre nagyobb jelentőséggel bírnak, közülük is kiemelkedik a mentális betegségek problematikája. A World Health Organization (2020) adatai szerint az Alzheimer-kór és egyéb demenciák már a hetedik helyen állnak a világ leggyakoribb halálakai között, a magas jövedelmű országokban – így Magyarországon is – pedig már a második helyet foglalják el.

A LEGFONTOSABB GERONTOPSZICHIÁTRIAI KÖRKÉPEK

Idősorra a szervezetnek számos biológiai, illetve pszichoszociális változással kell szembenéznie, amelyek hozzájárulnak a mentális egészség megromlásához (Tringer 2010). A biológiai tényezők közül különösen fontos a testi betegségek fennállása. A szív- és érrendszeri betegségekben szenvedő idősök 15–40, de akár 60%-a is szenved depresszióban, illetve a depresszió is többszörösére növeli a keringési betegségek kockázatát (Zhang et al. 2018). Pszichoszociális szempontból kiemelendő, hogy az idősöknek kortársaik, barátaik elhunytával egyre több



veszteséggel kell megbirkózniuk, nyugdíjba vonulásukkal pedig nem csak szociális kapcsolataik szűkülnek be, de gazdasági helyzetük is romlik. A modern nyugati társadalom családmo-dellje pedig a családi kapcsolatok lazulásával is fenyegeti az időseket.

A leggyakoribb időskori pszichiátriai kórképek a demencia, depresszió és delírium. Az időskori depresszió prevalenciája 5-10% körülire tehető, és a demenciával való komorbiditása is igen magas (Tringer 2010). A befejezett öngyilkosságok száma is növekszik az életkorral, de idős korban az öngyilkos gondolatok is gyakrabban jelennek meg. A befejezett öngyilkosság fontos rizikófaktora a depressziós hangulatzavar, a testi betegségek, az izoláció, és az időskori gyógyszeresedés miatt kéznél levő, túladagolható altatók és fájdalomcsillapítók (Vörös 2010). Az időskori depresszió felismerését megnehezíti annak tünetszegény volta. A hangulatzavart jellemzően csak egy-két tünet jelzi, melyek sokszor testi betegség, vagy értelmi hanyatlás (pszeudodemencia) formáját öltik.

A demencia előfordulása szintén 10% körüli a 65 év feletti népességben, és gyakorisága az életkor előrehaladtával nő. Az időskori demenciák legnagyobb része az Alzheimer-kór számlá-jára írható, a második helyen pedig az érederetű (vaszkuláris) demencia áll, azonban a kevert típus is nagyon elterjedt.

A delírium, avagy tudatborult állapot mindig másodlagos jelenség valamely organikus za-var, azaz testi, biológiai állapot talaján. Delíriumban a tudat integritása felborul, az éberség jelentősen fluktuál, a beteg tér- és időbeli orientációja elvész, hallucinációk, gondolkodási za-varok és pszichomotoros eltérések jelentkeznek.

IDŐSKORI MENTÁLIS PROBLÉMÁK FELISMERÉSE A GYAKORLATBAN

Ólafsdóttir et al. (2001) egy svéd város alapellátását vizsgálva mutatták ki, hogy az időskori mentális betegségeknek diagnosztikájára nincs felkészülve az ellátórendszer. Összesen 350, háziorvoshoz forduló, 70 éves kort betöltött személyt vizsgáltak. Mindösszesen 6% fordult mentális problémával a háziorvoshoz. Az érkező személyek egyharmadánál mutattak ki szak-orvosok különböző pszichiátriai betegségeket. A dokumentált esetek száma ezzel szemben 26% volt – a páciensek egyötöde tehát nem pszichológiai panasz miatt jelent meg, pedig gondoljai pszichológiai jellegűek voltak. A szakorvosok által kimutatott zavarok fele demencia (16%), a másik fele (17%) elsősorban depresszív (12%) és szorongásos (11%) zavarokból állt. (A zavarok egy része között komorbiditás áll fenn: egyszerre vannak jelen.) Érdekes adalékot nyújtanak a vizsgálatban résztvevő páciensek kártonjainak számadatai. Ezeket háziorvosok írták, és míg a demencia (4%) és a depresszió (6%) lényegesen alacsonyabb volt, mint a pszi-chiáterek által felvett vizsgálatokban, a problémák nagy részét az alvászavarok adták (21%). Ez azt jelenti, hogy a mintában csak minden negyedik demenciában, és minden második de-presszióban szenvedő ember problémájára derült fény az orvosi alapellátásban. A szerzők sze-rint ezt három ok magyarázza: (1) Az emberek szomatikus problémákkal fordulnak háziorvos-hoz, ami eredményezheti, hogy a háziorvos már csak a szomatizált problémával találkozik, melynek pszichés gyökerei vannak (Goldberg – Bridges 1988). (2) Az egyes háziorvosoknak sokkal kevesebb ideje van foglalkozni a páciensekkel, mint amennyi egy pszichiátriai diagnó-zishoz szükséges. (3) Azoknak is lehetnek lelki nehézségei, akik nem rendelkeznek mentális zavarral. Ilyen tünetből meglehetősen sok lehet, a háziorvosnak pedig nem könnyű átlátni



azokat. Szaktudás nélkül nehéz elkülöníteni az érzelmek adekvát elváltozását egy nehéz helyzetben a konkrét mentális zavartól. Ez a többi zavarral szemben könnyen azonosítható alvászavarok prevalenciáját is magyarázhatja. Emellett sok páciens, még ha nem is rendelkezik egy mentális zavar kritériumainak megfelelő elegendő tünettől, pszichológiai kezelésre szorulhat (Weiller et al 1998, Williams et al. 1995). Ólafsdóttir et al. (2001) azt találták, hogy ahol diagnosztizálták a pszichés zavart, azt többnyire gyógyszeresen kezelték is a háziorvosok. A kutatás eredményei szerint tehát nem a kezelésben, hanem inkább a pszichiátriai problémák felismerésében, diagnosztikájában mutatkoztak hiányosságok.

Ólafsdóttir és munkatársai kutatási eredményeit megerősítették Andreas et al. (2014) is. A felmérésben a Composite International Diagnostic Interview (CIDI, Összetett Nemzetközi Diagnosztikus Interjú) 65 feletti korosztályhoz igazított változatát használták mérőeszközként. A reprezentatív 3142 fős nyugat-európai minta vizsgálata során kimutatták, a 65 és 84 közötti korban minden harmadik személy szenvedett a megelőző egy évben valamilyen mentális zavarban, ami minden negyedik személynél a kutatás ideje alatt is fennállt. Az új vizsgálat megerősítette a szorongásos zavarban szenvedők arányát (11,4%), továbbá a hangulatzavarban szenvedőkéét 8,0%-ban, és a szerhasználatból eredő zavarokat 4,6%-ban állapította meg. A vizsgálat epidemiológiai részében megerősítették, hogy az ismétlődő depressziós zavar kétszer, az agorafóbia hétszer, az alkoholizmus másfélszer gyakrabban fordul elő időskorban, mint a 65 év alatti személyeknél.

Egy 2005-ös magyar, a Szent László Kórház Konzultációs Pszichiátriai Osztályának beteganyagán végzett statisztikai elemzés szerint a gerontopszichiátriai konzultációk harmada affektív zavarra utaló tünetegyüttes, 28%-a demencia, 8,8%-a delírium miatt történt. Ezen főbb betegségek mellett az időskorra jellemzőek még a szorongásos és szomatiform zavarok, illetve a szerhasználattal összefüggő kórképek is (Gazdag – Sebestyén 2005).

Ezek az eredmények felhívják a figyelmet arra, hogy az időskori mentális betegségek igen gyakoriak, egy részük pedig valószínűen még mindig kezeletlen, rontva az időkorú emberek életminőségét, jóllétét. Feltételezzük, hogy ebben a mentális betegségek stigmatizáltasága is szerepet játszik (Sztancsik 2019).

MI A STIGMA?

Mindnyájunknak vannak tapasztalataink sztereotípiákról, elfogultságokról, és az abból kialakuló megbélyegzésről, a stigmáról. A társas stigmát mint a társadalmi normaszegés következményét először Durkheim (1982) emelte be a tudományos diskurzusba a 19. század végén. Állítása szerint egy „bűnmentes” társadalom mindig létrehozza saját bűnöseit, akikből „betegeket” is csinálhat. Ami a kívülálló szemével bocsánatos kilengésnek, apró hibának látszik, az a „bűnmentes” társadalomban közfelháborodás és skandalum tárgya lehet. Ez a szubjektív, társas megbélyegzettség az, amit Goffman újra elővett tudományos kutatásai során. Goffman megközelítésében a stigma egy olyan jelző, amely hordozóját annak mentén leértékeli, hitelteleníti, szégyenletessé teszi. Goffman szerint nem is az a kérdés, hogy egy társadalomban stigmatizáltak vagyunk-e, hanem hogy hány szempontból tapasztaljuk azt. Előfordulhat, hogy valaki egy szembetűnő tulajdonság – időskor, testsúly, temperamentum – miatt viseli stigmáját, ahogyan az is, hogy rejtettebb múltja, szokásai, diszpozíciója, egészségi állapota miatt áll pellengé-



ren. Goffman eredetileg három dimenziót különböztetett meg: a jellemhibákat, melyek erkölcsi gyengeségre utalhatnak, a testi elváltozásokat és a társas másságot. A lehetséges kombinációk száma magas és egy erősebb kitettség esetén a megbélyegzett fél eleshet erőforrásaitól. Az érintett el is szigetelődhet helyzetében, aminek eredményeként megküzdési mechanizmussai „rövidzárlatossá” válhatnak – hisz izolációjában nincs kihez, mihez forduljon – ami súlyos distresszel jár (Goffman 1963, Hatzenbuehler 2009, Hatzenbuehler 2016, Sztancsik 2018, Sztancsik 2019).

AZ IDŐSKOR ÉS A MENTÁLIS BETEGSÉGEK STIGMÁJÁNAK JELLEMZŐI

Jones et al. (1984) hat dimenzió mentén osztályozták a nemkívánatos jeleket, melyeket deviánsnak ítél a társadalom, és elindíthatják a kirekesztés folyamatát:

1. *Esztétikusság*, avagy mennyire tisztító az emberek számára, azaz milyen hangulati, érzelmi reakciót vált ki belőlünk.
2. *Elrejthetőség*, avagy mennyire szembetűnő a megbélyegzett tulajdonság.
3. *Lefutás*, avagy mennyire végleges az a dolog, ami a megbélyegzés tárgya. Ha visszafordítható, mennyi idő, energia, szerencse szükséges hozzá.
4. *Zavaróság*, avagy mennyire befolyásolja, akadályozza a megbélyegzettség a társas interakciókat.
5. *Eredet*, avagy mennyiben felelős a megbélyegzett személy a megbélyegzés tárgyáért.
6. *Veszélyesség*, avagy mennyiben veszélyezteti az embereket – akár fizikailag, akár pszichésen – a megbélyegzés tárgya. Ha a megbélyegzettel kapcsolatba lépő embert is megbélyegzés fenyegeti, az is ide tartozik.

Az így kapott dimenziókon elindulva a jelenséget annak mélyebb komplexitásában vizsgálták kutatók. Frable et al. (1998), valamint Hatzenbuehler et al. (2009) például megmutatták, hogy az *elrejtető* bélyeggel rendelkező emberek kevesebb társas támogatáshoz jutottak, jobban elszigetelődtek a segítségtől, összességében alacsonyabb önbecsüléssel rendelkeztek, mint a szembetűnő bélyeggel rendelkezők. Az önbecsülés kérdése nem csak a társadalmi megbélyegzettséggel, de a belsővé tett stigmával is összefüggést mutathat. Corrigan elmélete szerint megkülönböztethetünk *nyilvános stigmát* és *önstigmát*. Míg előbbi a nagyobb társadalmi csoport közös negatív sztereotípiáin alapuló bélyeg, utóbbi a nyilvános attitűdök internalizációja, ami gyakran az önbizalom és az énhatékonyság elvesztéséhez vezet, ami elmélyítheti az egyén izolációját (Corrigan et al. 2005, Corrigan – Watson 2002, Pachankis et al. 2018).

A stigma *eredet* dimenziója és annak megítélése szorosan összefügg a kontrollálhatóság értékelésével. Amennyiben a külső szemlélők a stigma tárgyát kevésbé kontrollálhatónak tartják – mint például a rák, vagy testi fogyatékoság esetében – úgy kevésbé is fordulnak el a megbélyegzettektől, szívesebben segítenek nekik, mint amikor úgy vélik, a személy felelős rossz helyzetéért – mint például HIV-fertőzöttség vagy elhízás esetében (Weiner et al. 1988). Azaz, ha az egyén hatáskörén kívül álló okoknak tulajdonítjuk az állapotot, talán kevésbé izoláljuk a megbélyegzett embert a közösségben.



Pachankis és munkatársai (2018) kimerítő vizsgálatot állítottak össze a Jones-i dimenziók mentén, 93 stigmatizált állapottal, a dimenziók közötti interakciók és az egészségre, a megküzdésre és más pszichológiai tényezőkre gyakorolt hatások figyelembevételével. A kutatásban szakértők és avatatlan laikusok vizsgálati mintája értékelt az összegyűjtött stigmatizált állapotokat az egyes dimenziók mentén, illetve ezt egészítették ki egy *távolságtartás* pontszámmal is, ami arra kereste a választ, hogy a köz embere – maga a kitöltő – vajon mekkora távolságot tartana a stigmával rendelkező személytől.

A stigmatizált állapotoknál szerepelt többek között az időskor, mentális betegségek, szokatlan megjelenés vagy szexuális irányultság stb. is. Az időskorról megállapították, hogy míg a *lefutás* dimenzió legmagasabb értékét érte el – mint végleges, visszafordíthatatlan állapot – addig az *elrejtettség*, a *veszélyesség*, és az *eredet* dimenziók mentén az utolsók között volt, vagyis szembeszökő volt, veszélytelen és elkerülhető. A *zavarosság* és az *esztétikusság* dimenziók mentén azonban az első harmadban voltak az „időskor” értékei a többi stigmához képest. Első pillantásra ez talán nem is tűnik olyan rossznak, de fanyarul árnyalja a képet, hogy a *zavarosság* mentén két szomszédja a „HIV-fertőzés” és a „kétneműség”, az *esztétikusság* mentén pedig a „bipoláris zavar aktív tünetei” és a „széttetovált test” voltak. A kutatás mérései szerint e dimenziók magas értékei fokozott *távolságtartással* járnak, tehát a külső szemlélők hasonlóan kerülnek az időseket, a HIV-fertőzötteket és a kétneműeket a *zavarosság* mentén. Az alacsony *esztétikusság* mentén pedig a bipoláris problémában szenvedőket és a sok, látható tetoválással rendelkezőket kerülnek az idősekhez leginkább hasonlatos mértékben. Erre a vizsgálatra épülő másik kutatásuk eredménye szerint a *zavarosság* az egyedüli stigma-változó, ami szignifikáns valószínűséggel korrelál negatívan az *egészségi állapot* mutatóival az érintetteknel és a *stresszel való megküzdéssel* is. Összefoglalva, az idős kor stigmája olyan jellemzőkkel rendelkezik, amik a külső szemlélőt távolságtartásra készítethetik és a stresszel való hatékony megküzdést, az egészségi állapotot is negatívan befolyásolják az érintetteknel (Pachankis et al. 2018).

Ami a mentális betegségeket illeti, a fent idézett vizsgálat szerint az egyes mentális betegségek stigma-jellemzői más-más tartalmat mutatnak a Jones-i dimenziók mentén. Például más értékeket kap a hat faktorban a mentális retardáció, mint a szkizofrénia, a bipoláris zavar vagy éppen a depresszió. A stigma-tulajdonságok közül a *tartós lefutás*, a *zavarosság* és a *veszélyesség* függnek össze legszorosabban az érintettek rosszabb egészségmutatóival, és ezek azok a tulajdonságok, amiknél legerősebb stigmatizáltságot észlelnek az érintettek is. Ezekben a tulajdonságokban magasabbra értékelt mentális betegségek esetén van kitéve a pszichés betegséggel küzdő ember leginkább a stigma jóllétet rontó hatásának is. A nagyobb *társas távolságtartás*ban mindezek közül kulcsszerepet játszik a *veszélyesség* megítélése. Akiiket a közgondolkodás „veszélyesnek” tart, azok az emberek vannak leginkább kitéve az izolálódás, elmagányosodás veszélyének is. Ezen a dimenzióan az egyik legmagasabb értéket a szkizofréniával élők kapják – holott javarészt nem veszélyesebb emberek, mint mások és fokozott társas támogatásra lehet szükségük (Pachankis et al. 2018, Sztancsik 2018, Sztancsik 2019).

Amikor az időskori mentális betegségekhez fűződő megbélyegzésről gondolkodunk, fontos szempont lehet, hogy ezek esetén egyszerre van jelen az éppen adott mentális betegség és az időskor stigmája. Mindez szerepet játszhat abban is, hogy az időskorú és mentális betegséggel élő emberek jelentős része elmagányosodik, nem kap megfelelő pszichiátriai, pszichológiai segítséget (l. korábban is).



HOGYAN ALAKUL KI A STIGMA?

Két évtized stigmakutatás eredményeként Link és Phelan kezdtek el foglalkozni a kirekesztett személyi belső élményvilágával. A megbélyegzés folyamatainak leírása során összesen öt jellemzőt állapítottak meg, melyek közül valamennyi kölcsönösen áthatja egymást és szükséges a stigmatizáció kialakulásához. Ilyen a *címkézés*, avagy egy nemkívánatos tulajdonság kiemelése, megjelölése. Ezzel tulajdonképpen az emberek merev kategóriákat készítenek az adott jelző mentén, melybe valaki vagy beletartozik, vagy nem. A *sztereotipizálás*, avagy a kategória további tulajdonságokat, jellemzően negatív attribúciókat von maga után. Az *elkülönítés* során a „mi” és az „ők” élesen kettéválik: a nemkívánatos tulajdonság most már nem csak kategória, de külső embercsoporthoz tartozik, melynek valaki vagy tagja, vagy nem. A következő lépés a *státuszvesztés*, ahol a személyt azonosítják az elkülönített csoporttal és ezáltal rangjától elesik. Végül a *diszkrimináció* az, amikor a kirekesztettségéből származó konkrét hátrányokat saját bőrén tapasztalja (Link – Phelan 2001, Sztancsik 2018, Sztancsik – Szemán-Nagy 2020a).

A megbélyegzés nem feltétlenül áll meg a közvetlen érintetteknel. Mentális problémák esetén például a felépülőben lévő és gyógyult személyek is magukon hordhatják a stigmát, ahogyan a hozzátartozók, családtagok, közeli barátok, sőt a kezelő személyzet is megbélyegzett lehet (Sztancsik 2019).

Minden ember, aki megöregszik, nagy valószínűséggel ismerője az öregséggel kapcsolatos társadalmi sztereotípiáknak. Az időskor közeledtével azonosulhat szerepével, lelépítheti fiatalos szokásait, terveit, mondván, nincs már sok hátra. Mások – kivált, ha betegségnélküliek, és emiatt a testi változás kevésbé hangsúlyos számukra – inkább belső korokkal azonosulnak. Előbbi esetben az egyén megfelel a társadalmi sztereotípiáknak, míg utóbbi esetben az identifikációs disszonancia szakadatlan feloldása kötheti le az energiákat. Frustrációs helyzetek sora hozza el az óhatatlan szembenézést a valódi életkorral (Pethő 1989).

Link és Phelan elsősorban a nyilvános stigmák szemszögéből közelítették meg a kialakulás folyamatát. Az önstigmák, mint korábban láttuk a nyilvános stigmák belsővé tételéből származnak. Amit a társadalom gondol „róluk”, az a belsővé tett stigma esetén ezentúl „én vagyok”, tehát „én” is olyan vagyok, mint „ők”. Megbélyegzettség esetén mindez az önbecsülés, az önértékelés és az én-hatékonyság érzésének csorbulásával jár (Corrigan et al. 2005).

Corrigan és Watson az önstigma kialakulását a mentális zavarok esetén egy négylépcsős folyamatként írja le. Első lépéseként tudatosulnak a mentális betegségekkel kapcsolatos hozzáférhető, nyilvános sztereotípiák. Második lépésben az érintettek maguk is elfogadják a kérdéses sztereotípiákat, egyetértenek velük. Harmadik lépésben kezdik ezeket önmagukra is alkalmazni, azonosulnak, elhiszik magukról a sugallt képet. Negyedik lépésben pedig az önbecsülés sérülése is bekövetkezik (Corrigan – Watson 2002, Sztancsik 2019).

A mentális betegséghez fűződő stigma kutatói három, az érintett perspektívájából vizsgált stigma-összetevőt különböztetnek meg, ami valamennyi folyamatban érvényesül. Ilyen az észlelt stigma, az előítélet, avagy az abba vetett hit, hogy a társadalom negatívan viszonyul az érintett állapothoz, anélkül hogy az embert teljességében látnák. Ilyenkor a megbélyegzett személy úgy véli, egyéni tulajdonságait nem veszik figyelembe, elhalványulnak a stigmatizált állapot mellett. Ilyen továbbá a *tapasztalt stigma*, a diszkrimináció, avagy azon konkrét esetek, amikor hátrányos megkülönböztetést él át az érintett. Ezek lehetnek elszigetelt esetek, de ala-



pulhatnak szokásokon, sőt magán a jogrendszeren is. Fontos megjegyezni, hogy az észlelt stigma nem mindig vezet tetteles diszkriminációhoz, de ha mégis, akkor ennek eredményeként a kirekesztett alacsonyabb pozícióba kerül, jogai kevésbé érvényesülnek, lehetőségei megfosztóznak. Ilyen végül az önstigma is, amikor az egyén önmaga válik saját megbélyegzőjévé (l. korábban) (Corrigan – Watson 2002, Sztancsik 2019, Thornicroft 2006, Yanos et al. 2008).

MIÉRT ALAKUL KI A STIGMA?

A stigmát mindig megelőzi a negatív sztereotíp attribúció. Egy rossz vélekedés azonban még nem okoz rendszerszintű kirekesztést, ahhoz bonyolultabb folyamatok szükségesek. A stigmák kialakulásának kérdésére többféle magyarázat született: Corrigan és munkatársai három kölcsönösen összefüggő modellt írtak le, ami *szociális kognitív, motivációs, és szociológiai* szempontok szerint foglalja össze a megbélyegzés eredetét.

A *szociális kognitív modellek* szerint a sztereotipizálás a gyors és felületes tájékozódási folyamatok szükségességével magyarázható. Nem minden esetben van lehetősége, elégséges erőforrása az egyénnek, hogy mélységében fontolhatná meg környezetének valamennyi elemét. Az egyszerűsített feldolgozás mögött a helyzetek uralásának vágya, vagy a kapcsolódás igénye is lehet a világot hasonlóan látó személyekkel (Corrigan et al. 2005, Smith et al. 2016, Sztancsik 2019). Ebből és a klasszikus kondicionálás, a társas tanulás és az önészlelés kölcsönös hatásaiából épülnek fel attribúcióink. Eszerint, ha valaki gyakran észleli, hogy mások vagy ő maga idegesebb, szorongóbb egy „mentális problémával” felcímkézett személy társaságában, akkor ez az állapot asszociálódik a címkéhez, anélkül hogy ennek valódi oka tudatosulna. Később a ragadós élmény alapján maga is határozott, negatív véleményt alkothat a címkével rendelkező személyekről (Bem 1972). További torzításokat okozhat a társas kategorizáció és a külső csoport észlelt homogenitása, mely szerint, ha valaki belekerül egy kategóriába, hasonlatos lesz a többihez, aki szintén a kategória bélyegét viseli magán. Ilyenkor a külső csoportban az „ők” közötti különbség elhalványul, „ők” egységesebbnek látszanak, mint amilyenek valójában, egyediségük kifakul, felszívódik a szemlélő számára (Ottati et al. 2005, Smith et al. 2016).

A *motivációs modellek* a megbélyegzés célját, funkcióját vizsgálják egyén és közösség szempontjából. A pszichoanalitikus drive-elmélet szerint az egyén belső feszültségeit csökkentheti ismeretlen, vagy el nem ismert érzéseinek másokra vetítésével. Ezáltal a saját nehezen elfogadható tulajdonságait, érzéseit kívülre helyezheti, míg azok saját magában továbbra is rejtettek maradnak (Corrigan et al. 2005, Freud 1994, Sztancsik 2019). Az igazságos világba vetett hit szintén megerősítheti ezt a projekciós folyamatot: a jó emberekkel jó dolgok történnek, a rossz emberekkel rosszak, azokról „ők” tehetnek. Hasonló módon nem csak a szerencsétlenségeket háríthatja el önmagától ehhez hasonló módon a psziché, hanem valamennyi kellemetlen dolgot, ami az étellel jár: a mentális betegségek terhét, az öregkort és a vele járó szellemi, testi hanyatlást is (Lerner 1980, Ottati et al. 2005).

Önmagában az egyén motivációi és az ember kognitív-affektív jellemzői nem adnak kimerítő választ a megbélyegzések létezésére. A *szociológiai modellek* a diszkrimináció társadalmi és intézményes feltételeit és okait vizsgálják. Ide tartoznak a megtapasztalt stigmák mögött húzódó olyan rendszerszintű tényezők, mint pl. a jogrendszer, ami ha mostohán bánik egy csoporttal, az a társadalmi szokások légkörét is ennek megfelelően befolyásolja, legitim alapot



nyújt a kirekesztéshez (Link és Phelan 2001, Sztancsik 2019). Corrigan et al. (2005) a társadalmi megkülönböztetés szerkezeti és szervezeti fajtáját különítik el. Előbbi esetén általában más a szándék és a hatás. Például a költséghatékonyság társadalmilag kívánatos, de az erre való törekvésnek – nem szándékosan – olyan hatása lehet, hogy az idősek és a mentális zavarral élők eleshetnek előnyöktől, amelyeket a „magasabb társadalmi hasznosságú” személyek megkapnak. A szervezeti diszkrimináció esetén nem más a szándék, mint ami a megkülönböztetés hatása: például, amikor egy bank maximális életkort határoz meg egy személyi kölcsön felvételekor a hitel kifutási idejére.

A STIGMA HÁTRÁLTATÓ SZEREPE AZ IDŐSKORI MENTÁLIS BETEGSÉGEK PREVENCIÓJÁBAN

A prevenciónak három szintjét különböztetjük meg. Bár számos hatékony eszköz áll rendelkezésünkre, az időskori mentális betegekkel kapcsolatos stigma mindhárom szinten nehezíti a megelőzést.

A primer prevenció a rizikótényezők kontrollálásával foglalkozik, célja a betegség előfordulásának, megjelenési valószínűségének csökkentése. Ennek fő eszköze az életmódbeli körülmények változtatása és az attitűdformálás (Pikó 2003). Az időszóddal szembeni stigmával ezen a szinten számos tennivaló akad, hiszen aki nem azonosul korának kihívásaival (akár a stigma miatt), az a kedvező preventív gyakorlatokat sem fogja követni. Sok, a mentális egészséget veszélyeztető rizikófaktor visszavezethető életmódunkra, mint pl. a mozgásszegénység vagy az atomizált társadalom. Ezen tényezők számtalan aspektusa hat megbélyegzően az idősekre: kezdve a reklámok által sulykolt fiatalságkultusztól az emberi életet annak gazdasági értékével mérő társadalmi berendezkedésig. Az idősek ráadásul nap mint nap szembesülnek saját éltességükkel: a nyugdíj, az időskori kedvezmények, életbiztosítási ajánlatok mind emlékeztetik őket, hogy kronológiai életkoruknál fogva mások, mint a társadalom többsége (Widrick – Raskin 2010).

Az ageizmus a generációk közötti sztereotip gondolkodásra, előítéletre, vagy diszkriminációra való hajlam, mely a társadalom valamennyi korcsoportját érinti, jóllehet, eltérő módon. Az ageizmus kialakulásáért felelős lehet a valóság torzítása, a tények mellőzése, vagy egyes elszigetelt esetek felnagyítása, általánosítása (Csepeli 1994, Kolos et al. 2020). Az uralkodó sztereotípiának köszönhetően a fiatalok és idősek közötti interakció korlátozott. A fiatalok egy része tart az idősekkel való kapcsolatfelvételtől és úgy gondolja, hogy az idősek elítélő véleményekkel vannak róluk. Ezzel szemben az idősek gyakran úgy vélik, a fiatalok nem is keresik szívesen az ő társaságukat (Kolos et al. 2020). Pedig a szociális kapcsolatok protektív tényezők lennének az időskori depresszióval és öngyilkossággal szemben (Blazer – Hybels 2005).

A testi betegségek csökkentésének is szerepe van a mentális betegségek megelőzésében. Túl az említett kapcsolaton a keringési betegségek és a depresszió előfordulása között, a testi betegséggel járó korlátozottság és kiszolgáltatottság is károsíthatja a mentális egészséget. A megelőzésben ezért előkelő helyet kell elfoglalnia a helyes táplálkozás és a testmozgás népszerűsítésének (Batizné Mikulán 2011, Laurin et al. 2001).

A szekunder prevenciót, mely a betegség minél korábbi felismerését célozza, szintén nehezíti a stigma. Idős korban a mentális betegségek diagnózisa rendszerint késik, melynek egyik fő



oka az ún. „label avoidance” (bélyegkerülés): az egyén kerüli azokat a helyzeteket, amelyeket stigmatizálónak él meg, így sokan nem is fordulnak orvoshoz tüneteikkel. A segítségkérést nehezíti az a tévhit is, miszerint az időskori szellemi leépülés elkerülhetetlen és kezelhetetlen. Mindemellett gyakran az orvosok is kevésbé hajlandók kimondani a demencia diagnózisát, mivel ők is erősen stigmatizálónak érzik azt (Benbow – Jolley 2012).

A prevenció harmadik szintjén a már fennálló betegség hosszú távú káros hatásainak csökkentése és a rehabilitáció áll. Annak ellenére, hogy például a demencia jelenleg nem gyógyítható, progressziójának lassítására ma már hatékony gyógyszeres kezelések érhetőek el, és számos életmódbeli tényező jótékony hatását is leírták: ilyen a rendszeres testmozgás, a szellemi aktivitás és a társas interakciók (Batizné Mikulán 2011, Heyn et al. 2004). Ezzel szemben sajnos a hatékony kezelést sok esetben akadályozza a stigma: ha elmarad a diagnózis, elmarad a korai kezelésbe vétel is. Az orvos könnyebben lemond az idős betegről, ha tartja magát ahhoz a téves sztereotípián alapuló elképzeléshez, hogy a demencia és időskori hangulatzavar az öregség szükségszerű velejárója (Benbow – Jolley 2012).

Vajda Norbert és Heim Szilvia az Interprofesszionális Demencia Alaprogram (INDA) kerekei között vizsgálták a hazai „kapu-őr” háziorvosok véleményét a demenciában szenvedő betegek kapcsán, akik *„leggyakrabban azt gondolták [róluk], hogy magatehetetlen, nem gyógyítható, kilátástalan, szárnalmas emberek. A saját érzéseik a betegséggel kapcsolatban a tehetetlenség, a bizonytalanság, a megrendülés és a sajnálat érzés voltak.”* (Heim 2015: 4)

Maga az Alzheimer-kór ritkán volt szem előtt a háziorvosok számára. A betegség gyanúját a korai fázisokban többnyire a hozzátartozók vetették fel. Az orvosok számára csak középsúlyos-súlyos esetekben merült csak fel a betegség gyanúja, minek oka szerintük a páciens háritásában, illetve a család bagatellizálásában keresendő. A háritás a háziorvosokra is jellemző volt: kompetenciahiányra hivatkoztak, a problémával való szembenézést elodázták, illetve félmegoldásokkal operáltak (pl. értágító felírása). A betegek ritkán kaptak időben megfelelő szakorvosi ellátást, amire általában akkor került sor, amikor a család már nem tudta kezelni a demenciában szenvedő hozzátartozót (Heim 2015).

Összességében elmondható, hogy a stigma nemcsak azokat az időseket sújtja, akik már mentális betegségben szenvednek, de jelentősen nehezíti ezeknek a betegségeknek a megelőzését és az állapotjavulás elérését is. A stigmatizációcsökkentő programok így nem csak a betegeken segíthetnek, hanem maguknak a betegségeknek a megelőzéséhez és kedvező kimenetelű kezeléséhez is nagyban hozzájárulhatnak.

A MENTÁLIS ZAVAROKKAL ÉLŐK MEGBÉLYEGZÉSÉNEK ÉS DISZKRIMINÁCIÓJÁNAK KUTATÁSA ÉS NEMZETI ANTISTIGMA PROGRAM (NAP) KIDOLGOZÁSA

A mentális zavarokkal élőkkel szemben megnyilvánuló stigmatizáció jól ismert, általános jelenség (Moravcsik Alapítvány 2020), ami jelentős mértékben érinti az időskorú mentális zavarban szenvedő pácienseket is. A stigmatizáló gondolkodás, szemlélet, megnyilvánulás bár jellegzetes eltéréseket mutathat, nem korlátozódik egyes országokra, közösségekre. A stigma, legyen szó annak bármely altípusáról (pl. nyilvános stigma, önstigma, intézményi stigmatizáció), jelentős hatást gyakorol a pszichiátriai ellátás, gondozás, rehabilitáció sikerére és a



mentális zavarokkal élők életminőségére (Semrau et al. 2015, Sztancsik 2018, Thornicroft et al. 2015). Nemzetközi szakirodalmi adatok alapján a mentális zavarral élők közel 50%-a tart attól, hogy betegsége miatt igazságtalan bánásmódban lesz része. Közel egyharmaduk tapasztal mentális zavarával kapcsolatba hozható hátrányokat a munkavállalás területén, és csaknem minden ötödik beteg számol be nehézségekről a pénzintézetekkel, biztosítókkal való együttműködés terén.

Magyarországon eddig elsősorban helyi és a problémát főként a betegek szemszögéből közelítő, rehabilitációs folyamatba ágyazott antistigma programok születtek. Ezzel, a pszichiátriai szolgáltatások körén túl, néhány nonprofit szervezet is foglalkozik, például a Napra-Forgó Nonprofit Közhasznú Kft. rehabilitációs programot és a Lélekben Otthon Alapítvány „Vissza a Munkába” csoportot működtet (Baran 2019). Az időskori mentális betegségekhez kapcsolódóan ismeretterjesztő munkát végez, és támogató közösségek megteremtésén dolgozik az Alzheimer Café mozgalom is, ami a demenciával élők és családtagjaik destigmatizációjában és életminőségének javításában is fontos szerepet játszik (részletesebben lásd: Pék Győző et. al. [2021]: Támogató csoport demenciával élő családtagot gondozó hozzátartozók számára. *Esély*, 1: 37–48.).

A mentális zavarokkal kapcsolatos releváns és reális ismeretek átadása, ennek nyomán pedig az átlagpopuláció érzékenyítése mindezek ellenére Magyarországon továbbra is háttérben maradt. További hiányosság emellett a megfelelő mérőeszközök és ezzel összefüggésben a stigmatizáció elterjedtségére vonatkozó adatok hiánya is, melynek ismerete fontos alapot jelenthet egy átfogó antistigma stratégia és program kidolgozásához.

A mentális zavarokkal élőkkel szemben megnyilvánuló stigmatizáció hátrányos hatásainak csökkentése és objektív adatok alapján kidolgozásra kerülő antistigma program kidolgozása céljából a Moravcsik Alapítvány és a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika képviselői 2019-ben részt vettek a Global Anti-Stigma Alliance (GASA) nemzetközi konferenciáján Prágában. A konferencián és ezt követően itthon történt egyeztetések vezettek el 2020-ban, Simon Lajos vezetésével a Magyar Antistigma Munkacsoport megalapításához. A munkacsoport bár rövid történetre tekint vissza, kezdettől széleskörű szakmai együttműködésre törekszik a stigmatizáció mérséklése és a pszichiátriai betegek hatékonyabb társadalmi beilleszkedésének segítése érdekében.

A munkacsoport az említett hiányosságok kiküszöbölése, valamint a lokális programok hatókörének kiterjesztése mellett köteleződött el. Ennek érdekében egy több lépcsős megvalósítási tervet dolgoztak ki, mely a megfelelő, nemzetközi gyakorlatban is elterjedt, validált mérőeszközök biztosításától egy komplex, a magyar viszonyokhoz igazodó, a nemzetközi ajánlásokkal is összhangban álló antistigma program kifejlesztéséig és elindításáig terjed (Sztancsik – Szemán-Nagy 2020b).

Jelenleg a mérőeszközök validálása és a széleskörű adatgyűjtés folyik, melynek eredményeként pár hónap alatt már több mint 1000 személy töltötte ki az anonim kérdőíveket. Ez az anonim online kérdőív megtalálható a <http://vikote.hu/mentalis-betegsegekkel-szembeni-attitud-vizsgalat/> weboldalon.



A Nemzeti Antistigma Program (NAP) célja elérni mindhárom korábban fent említett stigma típus hátrányos hatásainak csökkentését, mérhető módon egyéni és társadalmi szinten egyaránt. A program négy alapvető területre épül:

1. **Edukáció** – a betegséggel kapcsolatos hiedelmek változtatása, a betegségre vonatkozó ismeretek növelése (informális és non-formális tanulási módokon is) az érintett személyeknél és családjuknál, a reintegrációban érintett munkahelyi közösségekben, a fiatalok között, az iskolákban és a széles nyilvánosságban.

2. **A személyes megtapasztalás** – lehetővé tétele a pszichoszociális fogyatékossgal élők és a mentálisan egészséges személyek között (közös munka, közös alkotási tevékenység, „Élő könyvtár” programok, önkéntes munka az érintettekkel stb.)

3. **Láthatóvá tétel, megismerés** – a mentális zavarral élő személyek értékteremtő, alkotó képességének és alkotásaiknak a bemutatása a szűkebb szakmai és a széles nagyközönség előtt (tehetségkutatás, tehetséggondozás, művészi tevékenység).

4. **Intézményi destigmatizáció** – a szükséges és megfelelő szintű állami, kormányzati támogatás kialakítása és az igénybevételnek jogszabályban történő rögzítése.

Az említett program létrehozása képezi a munkacsoport tevékenységének fő fókuszát, melyet a munkacsoport tagjai a mentális zavarral élők stigmatizációjával összefüggő egyéni terheinek csökkentésében és a következményes, az egészségügyi és szociális rendszerre, társadalomra is kivetülő többletköltségek mérséklésében egyaránt fontosnak tartanak.

A mentális, azaz pszichiátriai betegségekkel kapcsolatos széleskörű tájékoztatás és elérhető, stigmatizációtól mentes szolgáltatások létrehozása és megerősítése az időskorú emberek tekintetében is nagyon fontos feladat. A szociális alapellátások körébe tartozik nem csak az időskorúak gondozása, de a közösségi pszichiátriai ellátás is, mely már működik hazánkban – még ha sok helyen forrás- és szakemberhiánnyal is küzd (Bódy 2012, Haiman 2012, Rostás 2012). A szerzőket is magában foglaló kutatócsoportunk célkitűzései az általános tájékoztatás mellett csak a szociális és pszichiátriai ellátás szereplőinek, a társszakmák szakembereinek és a döntéshozóknak a képzésén, érzékenyítésén keresztül valósítható meg.

IRODALOM

- Andreas, S. – Schulz, H. – Volkert, J. – Dehoust, M. – Sehner, S. – Suling, A. – Ausín, B. – Canuto, A. – Crawford, M. – Da Ronch, C. – Grassi, L. – Hershkovitz, Y. – Muñoz, M. – Quirk, A. – Rotenstein, O. – Santos-Olmo, A. B. – Shalev, A. – Strehle, J. – Weber, K. – Wegscheider, K. – Wittchen HU. – Härter, M. (2017): Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis_ICF65+ study. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 210(2): 125–131. DOI: 10.1192/bjpp.115.180463
- Baran B. (2019): *A pszichiátriai beteg, mint munkavállaló jogai, jogérvényesítése, elhelyezkedésének feltételei, a diszkrimináció megszüntetése*. NNK Foglalkozás-egészségügyi Fórum, Budapest, 2019.09.11. https://www.nnk.gov.hu/attachments/article/285/02_Dr_Baran_Brigitta_forum-2019-09-11.pdf (Utolsó letöltés: 2021.01.18.)
- Batizné Mikulán R. (2011): Az életmód szerepe az időskori kognitív zavarok prevenciójában és rehabilitációjában. *Rekreáció*, 1(1): 27–30. DOI: 10.21486/recreation.2011.1.1.4



- Bem, D. J. (1972): Self-Perception Theory. In: L. Berkowitz (ed.), *Advances in Experimental Social Psychology. Volume six*. Cambridge: Academic Press, 1–62. DOI: 10.1016/S0065-2601(08)60024-6
- Benbow, S. M. – Jolley, D. (2012): Dementia: stigma and its effects. *Neurodegenerative Disease Management*, 2(2): 165–172. DOI: 10.2217/nmt.12.7
- Blazer, D. G. – Hybels, C. F. (2005): Origins of depression in later life. *Psychological Medicine*, 35(9): 1241–1252. DOI: 10.1017/s0033291705004411
- Bódy É. (2012): A közösségi ellátás keretei a közösségi ellátás talaján. In: Váradi E. (szerk.): *Pszichiátriai gondozási kézikönyv*. Budapest: Oriold és Társai Kiadó. 261–270.
- Combs, A. W. – Snygg, D. (1959): *Individual behavior. Revised edition*. New York: Harper & Row.
- Corrigan, P. W. – Watson A. C. (2002): The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1): 35–53. DOI: 10.1093/clipsy/9.1.35
- Corrigan, P. W. – Kerr, A. – Knudsen, L. (2005): The stigma of mental illness: explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology*, 11: 179–190. DOI: 10.1016/j.appsy.2005.07.001
- Csepeli Gy. (1994): *Bevezetés a szociálpszichológiába*. Budapest: Tankönyvkiadó.
- Erikson, E. H. (2002): *Gyermekkor és társadalom*. Budapest: Osiris.
- Eurostat (2019): *Disability statistics – elderly needs for help or assistance*. Eurostat statistics explained. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Disability_statistics_-_elderly_needs_for_help_or_assistance (Utolsó letöltés: 2021.01.18.)
- Eurostat (2020): *Population structure and ageing*. Eurostat statistics explained. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing (Utolsó letöltés: 2021.01.18.)
- Frale, D. E. – Platt, L. – Hoey, S. (1998): Concealable stigmas and positive self-perceptions: feeling better around similar others. *Journal of personality and social psychology*, 74(4): 909–922. DOI: 10.1037//0022-3514.74.4.909
- Freud, A. (1994): *Az én és az elhárító mechanizmusok*. Budapest: Animula.
- Gazdag G. – Sebestyén, G. (2005): Gerontopszichiátriai problémák megjelenése a konzultációs pszichiátriai gyakorlatban. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 7(3): 140–145.
- Goffman, E. (1963): *Stigma: Notes on a spoiled identity*. New York: Simon & Schuster.
- Goldberg, D. P. – Bridges, K. (1988): Somatic presentations of psychiatric illness in primary care setting. *Journal of psychosomatic research*, 32(2): 137–144. DOI: 10.1016/0022-3999(88)90048-7
- Haiman É. (2012): Az önkormányzatok és az állam szerepe és feladatai a pszichiátriai és a szenvedélybetegek és családtagjaik segítségével. In: Váradi E. (szerk.): *Pszichiátriai gondozási kézikönyv*. Budapest: Oriold és Társai Kiadó. 253–260.
- Hatzenbuehler, M. L. (2009): How does sexual minority stigma „get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychological bulletin*, 135(5): 707–730. DOI: 10.1037/a0016441



- Hatzenbuehler, M. L. (2016): Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science. *The American psychologist*, 71(8): 742–751. DOI: 10.1037/amp0000068
- Hatzenbuehler, M. L. – Nolen-Hoeksema, S. – Dovidio, J. (2009): How does stigma „get under the skin“?: the mediating role of emotion regulation. *Psychological science*, 20(10): 1282–1289. DOI: 10.1111/j.1467-9280.2009.02441.x
- Heim Sz. (2015): A háziorvosok szerepe és lehetőségei az időskori demenciák ellátásában. Kutatásvezető: Vajda N. Készült az Interprofesszionális Demencia Alaprogram keretében. TÁMOP 5.4.12-14/1-2015-0007. https://www.inda.info.hu/uploads/dokumentumok/Haziorvosok_szerepe_web.pdf Letöltés: 2021.04.29.
- Heyn, P. – Abreu, B. C. – Ottenbacher, K. J. (2004): The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: A meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85(10): 1694–1704. DOI: 10.1016/j.apmr.2004.03.019
- Jones, E. E. – Farina, A. – Hastorf, A. H. – Markus, H. – Miller, D. T. – Scott, R. A. (1984): *Social Stigma: The Psychology of Marked Relationships*. New York: W. H. Freeman.
- Kolos K. – Kenesei Zs. – Kiss K. – Kovács E. – Michalkó G. – Pinke-Sziva I. (2020): Az ageizmus kialakulására ható tényezők magyar fiatalok és idősek körében. *Demográfia*, 63(1): 5–34. DOI: 10.21543/DEM.63.1.1
- Központi Statisztikai Hivatal (2020): *Népesség és népmozgalom, 2020*. Budapest.
- Laurin, D. – Verreault, R. – Lindsay, J. – MacPherson, K. – Rockwood, K. (2001): Physical Activity and Risk of Cognitive Impairment and Dementia in Elderly Persons. *Archives of Neurology*, 58(3): 498–504. DOI: 10.1001/archneur.58.3.498
- Lerner, M. J. (1980): *The Belief in a Just World. A Fundamental Delusion*. New York: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0448-5>
- Monostori J. – Gresits G. (2018): Idősödés. In Monostori J. – Öri P. – Spéder Zs. (szerk.) *Demográfiai portré 2018*. Budapest: KSH NKI, 127–145.
- Moravcsik Alapítvány (2020): *Antistigma kérdőív*. <https://moravcsikalapitvany.hu/antistigma-kerdoiv/>
- Ólafsdóttir, M. – Marcusson, J. – Skoog, I. (2001): Mental disorders among elderly people in primary care: the Linköping study. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 104(1): 12–18. DOI: 10.1034/j.1600-0447.2001.104001012.x
- Ottati, V. – Bodenhausen, G. V. – Newman, L. S. (2005): Social Psychological Models of Mental Illness Stigma. In P. W. Corrigan (ed.): *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. Washington: American Psychological Association, 99–128. DOI: 10.1037/10887-004
- Pachankis, J. E. – Hatzenbuehler, M. L. – Wang, K. – Burton, C. L. – Crawford, F. W. – Phelan, J. C. – Link, B. G. (2018): The Burden of Stigma on Health and Well-Being: A Taxonomy of Concealment, Course, Disruptiveness, Aesthetics, Origin, and Peril Across 93 Stigmas. *Personality & social psychology bulletin*, 44(4): 451–474. DOI: 10.1177/0146167217741313



- Pethő B. (1989): Gerontopsychiatria. In Pethő B. (szerk.): *Részletes pszichiatria. Organikus betegségek. Funkcionális betegségek és zavarok*. Budapest: Magyar Pszichiátriai Társaság, 475–642.
- Pikó B. (2003): Magatartástudomány és prevenció: a preventív magatartásorvoslás jelentősége. *Magyar Tudomány*, 48(11): 1381–1390.
- Rostás A. (2012): A pszichiátriai ellátás szereplői. In: Váradi E. (szerk.): *Pszichiátriai gondozási kézikönyv*. Budapest: Oriold és Társai Kiadó. 241–252.
- Semrau, M. – Evans-Lacko, S. – Koschorke, M. – Ashenafi, L. – Thornicroft, G. (2015): Stigma and discrimination related to mental illness in low- and middle-income countries. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 24(5): 382–394. DOI: 10.1017/S2045796015000359
- Semsei I. (2014): *Gerontológia*. Debrecen: Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar. https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2010_0020_gerontologia_magyar/irodalomjegyzk.html (Utolsó letöltés: 2021. 01. 18.)
- Smith, E. R. – Mackie, D. M. – Claypool, H. M. (2016): *Szociálpszichológia*. Budapest: ELTE Eöt-vös.
- Sztancsik V. (2018): A skizofréniához fűződő megbélyegzésről. *Psychiatria Hungarica*, 33(2): 93–105.
- Sztancsik V. (2019): *A mentális betegség bélyege*. Budapest: Oriold és Társai.
- Sztancsik V. – Szemán-Nagy, A. (2020a): The Stigma of Mental Illness – Conceptions and Phenomena. In Szemán-Nagy A. – Körmendi A. (szerk.) *Bonding and Separation – Current Problems in Clinical Psychology*. Debrecen: Debrecen University Press, 110–119.
- Sztancsik V. – Szemán-Nagy A. (2020b): Stigma Impairment and Options for Change. In Szemán-Nagy A. – Körmendi A. (szerk.) *Bonding and Separation – Current Problems in Clinical Psychology*. Debrecen: Debrecen University Press, 120–128.
- Tariska P. (2002): *Kortünet vagy kórtünet? Mentális zavarok az időskorban*. Budapest: Medicina.
- Thornicroft, G. – Mehta, N. – Clement, S. – Evans-Lacko, S. – Doherty, M. – Rose, D. – Koschorke, M. – Shidhaye, R. – O’Reilly, C. – Henderson, C. (2015): Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet (London, England)*, 387(10023): 1123–1132. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00298-6
- Tringer L. (2010): *A pszichiátria tankönyve*. Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Vörös V. (2010): *Az öngyilkos viselkedés komplex stressz-diatézis szemlélete*. Doktori (PhD) értekezés. Pécs: Pécsi Tudományegyetem. https://aok.pte.hu/docs/phd/file/dolgozatok/2010/Voros_Viktor_magyar_tezisfuzet.pdf (Utolsó letöltés: 2021.01.18.)
- Weiller, E. – Bisserbe, J. C. – Maier, W. – Lecrubier, Y. (1998): Prevalence and recognition of anxiety syndromes in five European primary care settings. A report from the WHO study on Psychological Problems in General Health Care. *The British journal of psychiatry. Supplement*, (34): 18–23. <https://doi.org/10.1192/S0007125000293471>
- Weiner, B. – Perry, R. P. – Magnusson, J. (1988): An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(5): 738–748. DOI: 10.1037/0022-3514.55.5.738



- Weöres S. (1975): *Egybegyűjtött írások I–III*. Budapest: Magvető.
- Widrick, R. M. – Raskin, J. D. (2010): Age-related stigma and the golden section hypothesis. *Aging & Mental Health*, 14(4): 375–385. DOI: 10.1080/13607860903167846
- Williams, J. W., Jr. – Kerber, C. A. – Mulrow, C. D. – Medina, A. – Aguilar, C. (1995): Depressive disorders in primary care: prevalence, functional disability, and identification. *Journal of general internal medicine*, 10(1): 7–12. DOI: 10.1007/BF02599568
- World Health Organization (2020): *The top 10 causes of death, 2019*. Fact Sheets. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> (Utolsó letöltés: 2021. 01.18.)
- Yanos, P. T. – Roe, D. – Lysaker, P. H. (2011): Narrative enhancement and cognitive therapy: A new group-based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness. *International Journal of Group Psychotherapy*, 61(4): 577–595. DOI: 10.1521/ijgp.2011.61.4.576
- Zhang, Y. – Chen, Y. – Ma, L. (2018): Depression and cardiovascular disease in elderly: Current understanding. *Journal of Clinical Neuroscience*, 47: 1–5. DOI: 10.1016/j.jocn.2017.09.022



Demenciával élők életminőségének javítása demenciabarát szemléletű foglalkoztatásokkal

Kosztáné Hadházi Tünde – Pék Győző

KOSZTÁNÉ HADHÁZI TÜNDE: DMJV Város Szociális Szolgálat – tunde.hadhazi@gmail.com

PÉK GYŐZŐ: Debreceni Egyetem BTK Pszichológiai Intézet – viktorbaker55@gmail.com

ABSZTRAKT Tanulmányunk célja, hogy a demenciában szenvedők számára kialakított strukturált foglalkoztatás gyakorlatának legfontosabb szempontjait bemutassa. A demencia szindróma fokozódó gyakorisága egyre növekvő terhet jelent a társadalom számára. A háttérintézményekre, a tehermentesítő szolgáltatásokra és a családi gondozókra nagy nyomás nehezedik a demenciával élők mindennapi gondozása, ellátása folyamán. A foglalkoztatás segíti a betegeket a kognitív funkciók működésének lehetséges fenntartásában a fokozatos romlás ellensúlyozásával azoknál a betegeknél, akik a neurodegeneratív természetű Alzheimer-kórban szenvednek. Maga a betegség nem gyógyítható, de a folyamata befolyásolható. A szocioterápiás keretben nyújtott speciális foglalkoztatás hozzájárulhat a betegek kognitív funkcióinak, kommunikációjának, interaktivitásának fenntartásához. Nagyon fontosak azok a törekvések, amelyek a demenciával élők méltóságának és önbecsülésének fenntartására törekednek a foglalkoztatások folyamán.

Kulcsszavak: demencia szindróma; demenciabarát környezet; szocioterápiás intervenciók; gondozás

Improving the quality of life of people living with dementia through dementia-friendly conservator exercises

ABSTRACT The study aims to introduce the most important aspect the planned and structured conservator exercises for people living with dementia. Dementia syndrome with ever-growing incidence represents an increasing burden on the shoulders of the society. Institutional background, respite care services and caring family members are under overwhelming pressure day by day to care for people with dementia. Conservator exercises helps to maintain cognitive functioning in the gradually impairing conditions of the clients suffering from such a serious neurodegenerative disorder, like Alzheimer disease (AD). This disease is incurable, but modifiable and in the framework of socio-therapy different forms of conservator exercises may contribute to maintain a relative level of cognitive functioning, communication and interactivity of patients with AD. Very important to maintain the dignity and self-esteem of the patients with AD during these practices.

Keywords: dementia syndrome; dementia friendly environment; socio-therapeutic interventions; nurture



BEVEZETÉS

Az OECD a 21. század egyik legnagyobb kihívásaként emlegeti a demográfiai viszonyok megváltozását. A születéskor várható átlagos élettartam az elmúlt 50 évben a fejlett országokban fokozatosan meghosszabbodott (Józan 2011). Az EU egyes régióiban a születéskor várható élettartamok között akár 11 év különbség is lehet. Az Eurostat felméréséből kiderül, hogy a társadalmi, gazdasági és környezeti tényezők hatására 2003 és 2014 között az átlagosan várható élettartam például 3,2 évvel emelkedett. A legnagyobb, nemek közti különbség a születéskor várható élettartam tekintetében Litvániában volt megfigyelhető. Itt a nők átlagosan 10,5 évvel élnek tovább a férfiaknál. Általánosságban az Eurostat (2019) adatai alapján azonban elmondható, hogy ez a nemek közötti különbség folyamatosan csökken. 2015-ben például a nők várható átlagos élettartama 83,3 év, míg a férfiak születéskor várható átlagos élettartama 77,9 év volt. Spanyolországban, Madridban a születéskor várható élettartam 84,5 év, míg Bulgária Severozapaden régiójában ez a szám mindössze 73,5 év.

A demográfiai trendek alapján Magyarországon a demencia további térhódításával számolhatunk. A közismert „idősödő társadalom” kifejezés átfogó folyamatot jelöl. A társadalom előregedése szinte világszerte új típusú problémákat generál. A szociális és egészségügyi rendszerek működtetése, a jóléti ellátórendszerek fenntarthatósága veszélybe került a kedvezőtlen kormegoszlás miatt. Tanulmányunkban bemutatjuk, hogy a demenciával élők szakellátása során milyen tartalommal és megközelítéssel lehet átgondolt, strukturált formában foglalkoztatási protokollt összeállítani és alkalmazni. A szakellátási formák jelen esetben a tartós intézményi elhelyezést, a napközi otthonos vagy szanatórium jellegű ellátást, illetve az alkalmanként megvalósítható, idős klubokban és a kliensek otthonában történő foglalkoztatásokat jelentik.

A DEMENCIA SZINDRÓMA STÁDIUMAI

A demencia szindróma 65 évesnél fiatalabb személyeket is érinthet, de általában idős korban jelentkezik és egyre gyakoribbá válik. Az Alzheimer Diseases International (ADI) szerint a demencia szindróma az agyat érintő rendellenességek, valamint a memóriára, a gondolkodásra, a viselkedésre és az érzelmekre gyakorolt hatás által okozott tünetek gyűjtőfogalma (ADI 2020).

A demenciához kapcsolódó jelek és tünetek három szakaszát azonosíthatjuk.

Korai stádium:

- feledékenység,
- idő dezorientáció,
- ismerős helyek felismerési zavara.

Középső szakasz:

- homályos emlékezet a közelmúlt eseményeiről és az emberek nevééről,
- saját otthonban való tájékozatlanság,
- egyre rosszabb kommunikáció,
- az öngondoskodás nehézségei,
- viselkedésbeli változások, beleértve a vándorlást, az ismételt kérdezgetést, szóismétlést.



Késői stádium: a teljes függőség és inaktivitás megjelenése. A memóriazavarok súlyosak és a fizikai jelek és tünetek nyilvánvalóvá válnak.

- térben és időben való tájékozatlanság,
- rokonok és a barátok felismerésének nehézségei,
- a mindennapokban egyre nagyobb szükség van a segítségre,
- járási nehézségek,
- komoly viselkedésváltozások, beleértve az agresszív viselkedést (WHO 2020).

A DEMENCIA SZINDRÓMA MEGJELENÉSÉNEK DEMOGRÁFIAI SZEMPONTJAI, A PANDÉMIA HATÁSA

A WHO adatai szerint világszerte mintegy 50 millió ember szenved demenciában. Évente közel 10 millió új esetet regisztrálnak. A 60 éves és idősebb populációban a demencia becsült előfordulási aránya 5-8% között van. Földünkön a demenciában szenvedők száma az előrejelzések szerint 2030-ban eléri a 82 milliót, 2050-ben pedig a 152 milliót (WHO 2020). Az esetek többségében Alzheimer-kórrol van szó. Az Alzheimer Charta (ADI 2008) szerint évente 4,6 millió demencia szindrómában szenvedő beteget regisztrálnak, ez azt jelenti, hogy 7 percentként 1 ember kap ilyen diagnózist. Magyarországon 250-300 ezerre tehető a demenciával élők száma, ebből 160 ezer Alzheimer-kórral él (MNT 2020). Pontos felmérések nem állnak rendelkezésre. Amennyiben a hazai otthoni ellátási helyzetre koncentrálunk, feltételezhetjük, hogy a beteg környezetében élőket, családtagokat is jelentősen befolyásoló, fokozatosan súlyosbodó neurodegeneratív betegség legalább egy családtagot jelentősen érint. Amennyiben ezt a számot növeljük, azt feltételezve, hogy az érintett családtagok, hozzátartozók ennél lényegesen többen vannak, akkor akár egymillió meglehetősen bevonódott, a beteg környezetében lévő emberről beszélhetünk.

A demográfiai változásokat a jelenleg is zajló pandémia szignifikánsan befolyásolja, főként az idősebb populációban. Az új vírust SARS-CoV-2-ként igazolták, a koronavírusjárvány 2019-es (COVID-19) világvármánya 2020. október 15-én világszerte 38 752 924 beteget jelentett és 1 100 823 halálesetet okozott. Az országok hasonlóan reagáltak a globális koronavírus járványra a gazdasági tevékenységek és a társadalmi kapcsolatok korlátozásával (Ryoo et al. 2020).

A COVID-19 világvármány hatására hazánkban az elhunytak száma 2021 tavaszán (március, április eleje) kiugróan magas, több mint napi 200 volt. A jó oltási arány ellenére Magyarország a lakossági létszámra kivetített halálozások terén az élen járó országok kategóriájába került (WHO 2021).

KEZELÉS ÉS GONDOZÁS

Intézményekben élőknel a szociológiai értelemben totális intézményrendszer szabályozza a kapcsolattartást, környezetet, időrendet, kapcsolati hálót, házirendet, napirendet, a napi programokat. Mindez nagy felelősséget ró az intézmények menedzsmentjére, a dolgozó, foglalkoztató, ellátó munkaközösségre. A demenciával élők, gondozásuk kihívásai intenzíven formálják a körülöttük élők, őket ellátók, gondozók életét, erőfeszítéseit, attitűdjeit.



Jelenleg nem áll rendelkezésre olyan oki terápia, amely a demenciát gyógyítaná, de kezelése, a tünetek csökkentése, a betegek gondozása és ápolása jelenti a beavatkozási lehetőségeket. Sokat lehet tenni a demenciában szenvedők, gondozóik és családtagjaik támogatása, életminőségük javítása érdekében. A nappali ellátórendszer bővítése, a demenciával élőket gondozók edukációja, a hozzátartozók tehermentesítése, lelki egészségük védelme alapvető, és társadalmi, gazdasági előnyöket is jelent (Kovács 2019).

KOCKÁZATI TÉNYEZŐK ÉS MEGELŐZÉS

Bár az életkor a demencia legerősebb ismert kockázati tényezője, a demencia szindróma nem elkerülhetetlen következménye az öregedésnek. A demencia nem kizárólag az idősebb embereket érinti – a fiatalkori demencia (amelyet a tünetek 65 éves kor előtti megjelenéseként határoznak meg) az esetek legfeljebb 9%-át teszi ki.

A kutatási tapasztalatok azt mutatják, hogy az emberek csökkenthetik a demencia kockázatát azáltal, hogy a rendszeres fizikai aktivitást, mozgást beiktatják az életükbe, mellőzik a dohányzást, kerülnek a túlzott alkoholfogyasztást, elhízást. Egészségesen táplálkoznak, ebben főként a mediterrán étrend ajánlható. A vérnyomás-, koleszterin- és vércukorszint egészséges értékek között tartása, monitorozása elengedhetetlen. Kockázati tényezők közé tartozik a depresszió, az alacsony iskolai végzettség, a társadalmi elszigeteltség és a kognitív inaktivitás (WHO 2020).

A JÓL MŰKÖDŐ FUNKCIÓK MEGERŐSÍTÉSE, A FOGLALKOZTATÁS PERSPEKTÍVÁI

A mentális hanyatlásban szenvedő ember egészséges tulajdonságaira, megtartott funkcióira sikeresen lehet építeni. A megmaradt képességeket, ép funkciókat erősíthetjük. Önálló képességeket, életminőségüket hosszabb ideig fenntarthatjuk, ha megfelelő ismeretek birtokában szakszerű segítséget nyújtunk számukra, úgy, hogy közben önérzetük, önbizalmuk a lehető legkevésbé sérüljön. A további állapotromlás késleltetéséhez különböző terápiákat, foglalkozásokat, játékos gyakorlatokat alkalmazhatunk. A feladatok és a játékok jelentős része szórakoztatja őket és leköti a figyelmüket. Hozzájárulhat a meglévő képességek és készségek megőrzéséhez, szinten tartásához. Erősítheti az öregedéssel kapcsolatos pozitív attitűdök kialakulását. Új perspektívákat kínálhat, új készségek felfedezését segítheti elő. Oldódik a feszültség, csökken a fáradtságérzés, csökkenthetők a depresszív tünetek, megújul a testi-lelki teljesítőképesség. Éléménydúsabbá és tartalmasabbá válnak a mindennapok számukra. A napi rendszerességgel végzett tevékenységek biztonságot eredményeznek, csökkentik a zűrzavart, a bizonytalanság elhatalmasodását. A szervezett, eseményteli életmód strukturálttá teszi mindennapjaikat (Kosztáné – Somorjai – Török 2020).



DEMENCIABARÁT MEGKÖZELÍTÉS

Ebben a témakörben kiemelhető Virginia Bell „legjobb barát” modellje. Az USA-ban élő lexingtoni orvos több mint 20 éve foglalkozik demenciával élőkkel. Nevéhez fűződik az első demenciaspecifikus napközi program, valamint az Alzheimer-betegek jogainak kidolgozása. A legjobb barát modell a demenciában szenvedő betegek mentális gondozásának a színvonalát kívánja emelni és a legáltalánosabb értelemben ajánlható a professzionális és laikus gondozók számára. A megközelítés szerint a betegek leginkább egy jóbarátra van szüksege, aki ismeri az egész életútját és ennek figyelembevételével bánik vele (Bell – Troxel 2007).

Minden idős személy egyik legnagyobb félelme a haszontalanság és a feleslegesség érzése. A gondozónak meg kell találnia azokat a tevékenységeket, amiktől az idős ember azt érzi, hogy a megmaradt képességei birtokában értéket képviselő foglalatosságokat képes elvégezni. A vezetés módszertanában, a versenyszférában is alkalmazott módszer és elv az „empowerment”, képessé tétel, hatalommal való felruházás. A demenciában szenvedőket is fel kell tartalmazni a képességgel, hatalommal való felruházás. A demenciában szenvedőket is fel kell tartalmazni a képességgel, hogy hanyatlásuk közepette is át tudnak adni valamit másoknak, betegtársaiknak. A procedurális – cselekvésekben megnyilvánuló – tudás náluk is sokáig megmarad. Ennek igen jelentős terápiás szerepe van a foglalkoztatásuk folyamán.

A fent bemutatott szemléletből adódik a személyre szabott bánásmód gyakorlata, ami alkalmazkodik az egyén megtartott kognitív teljesítőképeségéhez, fizikai állapotához.

A kisebb közösségek életébe való bekapcsolódásuk kiemelt jelentőségű. Biztosítani kell számukra, hogy képesek legyenek másokkal interakcióba lépni, társas kapcsolatokat kialakítani. Természetesen mindebben állapotuknak megfelelő segítségre szorulnak. A szellemi és kognitív képességek szinten tartására használatos játékos feladatokat be kell iktatni a betegek mindennapjaiba, mint ahogyan a szórakoztató és szabadidős tevékenységeknek is helyet és alkalmat kell találni. A családi és társadalmi kapcsolatok fenntartása az érzelmi, hangulati állapot egyensúlyban tartásához nagy segítség lehet.

A SZÉLESEBB ÉRTELEMBEN VETT FOGLALKOZTATÁS ALKALMAZHATÓSÁGÁNAK SZAKIRODALMI EVIDENCIÁI

A szociális támogatás pozitív jelentősége az öregedés folyamatában számos metaanalízisben megerősítést nyert. Holt-Lunstad munkatársaival (2010) összesen 148 kutatás – 300 000 résztvevőt érintő – tanulmányozásának eredményeképpen kimutatta, hogy a szociális támogatás 48%-kal növeli a túlélés valószínűségét. Az elemzett kutatások az Egyesült Államokra, Európára, Ázsiára és Ausztráliára terjedtek ki. Fontos kiemelni, hogy a szociális támogatás és a kedvezőbb túlélés kapcsolata kiegyensúlyozottnak bizonyult a kor, nem, geográfiai övezet, kezdeti egészségi státusz és a halálok figyelembe vétele mellett is. Shor, Roelfs és Yogev (2013) kimutatta, hogy a családi erőforrásokból táplálkozó szociális támogatás különösen erős bejósolója az alacsonyabb mortalitásnak.

A gerontológiában fontos longitudinális vizsgálatokként ismert „nővér kutatás” („nun study”) számos érvet sorakoztatott fel amellet, hogy a napi rendszerességű imádkozás és kontempláció preventív hatással bír az Alzheimer-betegség kialakulására. Egyben ezek a tevékenységek javítják azoknak a nővéreknek az állapotát is, akiknél már jelentkeztek a betegség tünetei (Snowdon 2008). A meditáció, akár vallásos vagy spirituális tartalommal vagy szekulá-



ris formában jó hatással lehet az időskori kognitív működésre (Gard et al. 2014). Newberg és munkatársai (2014) a neurodegeneratív betegségekben szenvedő betegeknek alkalmazott meditációnak elsősorban a figyelmi és memóriaműködésre való pozitív hatásáról számolnak be összefoglaló elemzésünkben. Peter G. Coleman és munkatársai (2016), összefoglalva számos kapcsolódó kutatás és tanulmány eredményeit, rámutatnak, hogy a vallásos aktivitások különböző módon stimulálhatják a kognitív aktivitást. A vallásos tevékenységekben megjelenő elemek közül a koncentráció, az introspekció, meditáció, perspektívaépítés, absztrakt gondolkodás és kontempláció vonható ebbe a körbe. Az előbbi aktivitások olyan különböző kognitív modalitásokat befolyásolhatnak pozitív módon, mint az észlelés, megértés, rendezés, és befolyásolják az érzelmi folyamatokat is. A különböző memóriarendszerek működésének stimulálásával befolyásolják a frontális lebeny aktivitását. A figyelmi folyamatok és a rövid idejű memória aktiválása a prefrontális kéregállomány fokozott működésével jár.

Robert S. Wilson és munkatársai 2007-ben publikált tanulmányukban 700 idős ember 5 éves utánkövetéses vizsgálata során azt találták, hogy közülük 90 egyénnél alakult ki Alzheimer-betegség. Azoknál, akik rendszeresebben vettek részt kognitív aktivitásban, alacsonyabb volt a betegség előfordulása. A kognitív szempontból inaktív idősoknél 2,6-szoros valószínűséggel alakult ki a betegség aktív társaikhoz képest. A kognitív aktivitás az enyhe mentális hanyatlással való összefüggésben (MCI) is csökkent előfordulási gyakorisággal járt együtt. Ugyancsak Robert R. Wilson vezette azt a kutatócsoportot, amely 808 katolikus egyházi szolgálatot teljesítő idős személyt vont be átlagosan négy és fél éves utánkövetéses vizsgálatba és az előző vizsgálat eredményeit megerősítő konklúzióhoz jutott, miszerint a rendszeres kognitív aktivitás csökkenti az Alzheimer-betegség előfordulásának kockázatát (Wilson et al. 2002). A „hibamentes tanulás” bevált módszer a memóriakárosodásban szenvedők új információkra való befogadásának fejlesztésében, amely figyelembe veszi az alany aktuális teljesítményszintjét. Hong Kong-i kutatók által vezetett komputerizált, az 1999–2011 közötti nemzetközi szakirodalom áttekintésével megvalósuló elemzés arra az eredményre vezetett, hogy a hibamentes tanulás speciális módszerével kivitelezett tréningek hatékonyak felnőtt, Alzheimer-betegségben szenvedő egyének memóriájának rehabilitációjában. Ezek a speciális tréningek az információknak a memóriában való megtartását segítették elő a vizsgálatokban részt vett egyéneknél (Li – Liu 2012).

Szólista tanulás és felismerés speciális feladataiból álló, rövid memóriatréninggel történt beavatkozás mérsékelt tanulási és memória nyereségekkel járt 34 Alzheimer-kórral diagnosztizált beteg vizsgálatánál. Az előnyt nem lehetett általánosítani más neuropszichológiai mérőeszközökkel vizsgálható kognitív funkcióknál (Cahn-Weiner 2003).

Az Alzheimer-betegség fokozott kockázati tényezőit mutató, de még a kórral nem diagnosztizált kognitív működést stimuláló videójátékokat gyakran használó felnőtteknél a játék nem csupán magasabb mérhető kognitív funkcionálással járt, hanem kimutatható volt a nagyobb szürkeállomány is (Schultz et al. 2015).

Ehhez kapcsolható annak az epidemiológiai kutatásnak az eredménye, ami élethossziglani kognitív aktivitást vizsgálva egészséges idősoknél a magasabb fokú kognitív aktivitás és az alacsonyabb fokú hipokampális atrofia közötti kapcsolatra utalt (Valenzuela et al. 2008).

Landau és munkatársai (2012) vizsgálatukban azt találták, hogy azok az idősok, akik gyakrabban merülnek bele különböző kognitív aktivitásokba, hasonló amyloid szintet mutatnak, mint a fiatalabb kontrollcsoport tagjai. Ellenben azok az idősok, akik a legkevesebb kognitív



aktivitással jellemezhető, az amyloid szintjüket illetően az Alzheimer-betegekre jellemző övezetbe tartoznak. Mind az amyloid szint paramétere mint a hippocampus neuroanatómia struktúrája olyan tényezők, amelyeknek a betegségben való érintettsége egyértelműen kimutatható az Alzheimer-kórban szenvedőknél.

Az Alzheimer-betegség később jelenik meg az iskolázottabb egyéneknél, de a diagnózis után gyorsabb hanyatlás jelentkezik náluk (Stern et al. 1999).

Ugyanakkor a kognitív funkciók fejlesztésének neuropszichológia mérőeszközökkel történő regisztrálása, ezek pozitív változásai számos célzott kutatásban nem jártak együtt mérhető változásokkal az Alzheimer-betegségben elsődleges érintett neuroanatómia struktúrák vonatkozásában.

A FOGLALKOZTATÁS SZEREPE ÉS TARTALMA

A foglalkoztatás maga az aktivitás, széles értelemben véve számtalan tervezett, rendszeres tevékenység foglalkoztatásnak minősül. Melyek azok a tevékenységek, amelyek jól illeszthetők a demenciabarát szemlélethez? Ide sorolhatók a memóriatréningek és számos rekreációs tevékenység. Fontos hangsúlyozni, hogy a foglalkoztatás tartalmi része hozzáférhetővé kell, hogy váljon a szakmai közösség professzionális segítőin túl a legszélesebb értelemben vett nagyközönség számára is. Ezt a demencia szindrómával élő betegek nagy és egyre emelkedő száma is indokolttá teszi, akiknek a gondozása nagymértékben a családi gondozókra nehezedik. A foglalkoztató anyagok, módszerek hozzáférhetősége, a gyakorlatok kivitelezhetősége, megosztásának lehetőségei motiváló lehet azon családtagok, hozzátartozók számára is, akik túl akarnak lépni a demencia szindróma diagnosztizálása utáni sokkon, vagy a betegség súlyosbodásával gyakran a családtagoknál is jelentkező kétségbeesés és nihilizmus fázisain. A demenciával élő életéből nem hiányozhatnak a fizikai és szellemi aktivitások, a mindennapi rekreációs tevékenységek. A még egészséges agysejtek kondíciójának megőrzéséhez nélkülözhetetlenek a memóriajátékok és egyéb agytréningek, különben az állapotromlás és annak egyre gyorsuló üteme válik detektálhatóvá. Foglalkoztatások és a tevékeny hétköznapok hiányában garantált az érzelmi és hangulati zavarok gyakori megjelenése vagy állandóvá válása. A képességvesztésük tudatosulása önértéket, önbizalmukat is mélypontra viszi.

A memóriabetegek számára a legfontosabb a szeretet és a figyelem. Az, hogy minden körülmények között emberségesen bánjunk velük, függetlenül attól, hogy értelmi képességeik hanyatlása milyen szinten tart. Közérzetüket, komfortérzetüket nagyban befolyásolja az, hogy hogyan bánik velük a környezete. Fontos elv, hogy a dolgok nem rajta kívül, hanem vele együtt változzanak. A tanult tehetetlenségre való szocializáció helyett aktív, környezetet alakító helyzet kialakítására törekedjünk. A cél az egyéni tudatos cselekvő ember és a közösségben másokkal együttműködő partnerségre és elismert méltóságra épülő közös cselekvésben részt vevő emberi magatartás elérése. Amikor már a szavakkal nem tudjuk megértetni magunkat, a testbeszéd, a metakommunikáció minden eszközrendszere az, ami kifejezi érzésünket, hajlandóságunkat a beteg felé. Mivel az érzelmek iránti fogékonyságuk sokáig megmarad, egy „negatív” taglejtés egy rossz arcfintor is elég ahhoz, hogy bizalmatlanok legyenek és eluralkodjon rajtuk a feleslegesség érzése.



DEMENCIABARÁT GONDOZÓI LÉGKÖR KIALAKÍTÁSÁT SEGÍTŐ SZEMPONTOK

Minden demenciával élő személy egyedi. Képességeik különbözőek. Ezt feltétlen tartsuk szem előtt, amikor feladatot, játékot választunk a számukra. Képességeikhez, meglévő tudásukhoz mért legyen a kiszemelt játékos feladat. A lehetőségeknek megfelelően tudassuk demenciával élő gondozottunkkal vagy ebben szenvedő családtagunkkal, hogy minden a képességei erősítése, megőrzése érdekében történik, és ne szégyenkezzen, ha valami nem jut az eszébe. Így elkerülhetjük a kudarcélményt, a megszégyenülést, emelhetjük a részvételi hajlandóságot. A foglalkozások tartásánál a legfontosabb a megfelelő, tapintatos bánásmód, a hangnem megtalálása, a támogató légkör kialakítása. Kerülendők az oktató, számonkérő, iskola jellegű foglalkozások. Mindig hagyjunk kellő időt a válasz megszületésére, a véleménynyilvánításra. Ne sűrgessük őket, hanem türelemmel és megértéssel forduljunk feléjük. Ha nem sikerül a megoldás, finoman próbáljuk rávezetni őket, de vigyázzunk, hogy ne legyünk túl erőszakosak. A szeretet, a biztonság érzetése az igazi kulcs az aktivitásuk eléréséhez, motiválásukhoz. Kedvező, ha van sikerélményük, így a motivációs szint továbbra is fenntartható. Legyünk partnerek a játékokban, próbáljuk együtt megoldani velük a feladatokat, akkor ők is szívesebben fognak csatlakozni a közös aktivitásokhoz.

A foglalkoztatások széles köréből merítve helyenként részletes leírásokkal és ábrákkal demonstrálva mutatunk be számos gyakorlatot, remélve, hogy ezzel tanulmányunk plasztikusabb, érthetőbb és adott esetben alkalmazhatóbb lesz.

A foglalkoztatás formai keretei:

- Egyéni foglalkoztatás,
- kiscsoportos foglalkozás,
- nagycsoportos (közösségi foglalkoztatás).

A foglalkoztatások területei:

- I. Érzékelés, észlelés, (percepció) erősítése tapintás, vizuális érzékelés, hallás, szaglás, ízérezékelés, mozgás;
- II. Realitásorientáció;
- III. Memória- és beszédmegtartást segítő interakciós játékok;
- IV. Magatartásorientáció, interaktív gyakorlatok;
- V. Egyéb rekreációs gondolatébresztő játékok.

JÁTÉKOS MEMÓRIATRÉNINGEK KÍNÁLATA

Az alábbiakban válogatást mutatunk be – a teljesség igénye nélkül – a különféle memóriatréningekből és a közösségi aktivitások különféle területeit is érintjük.

I. Érzékelés, észlelés (percepció) erősítése

A kor előrehaladtával az érzékszervek működései is fogyatkoznak. A látás-, hallásvesztés, ízérezékelés, szaglászökkenés csak fokozza a demenciával élő bizonytalanságát. Kevesebbet érzékel a világból, mint azelőtt, amely erősíti a kirekesztettség érzését. A gyakorlatok során felidézés, ismétlés által erősíthetjük az érzékelést. Ebben a kategóriában végezhetünk tapintás-



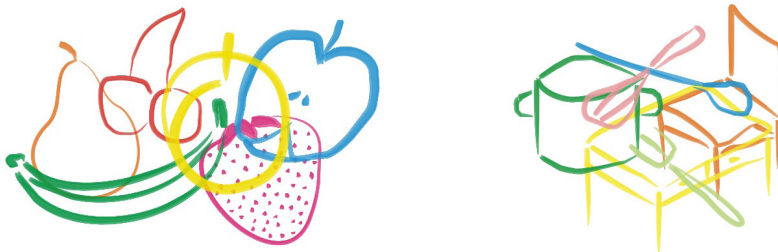
ra, vizuális érzékelésre (látás), hallásra, mozgásra, szaglószervre, ízérezékelésre kiterjedő játékos feladatokat.

1. Tapintás (ezt a területet dolgozatunkban nem mutatjuk be részletesen)

2. Vizuális érzékelés

2.1. *Formák felismerése zsúfolt ábrában*

Készíthetünk különböző ábrákat, rajzokat, ahol a formák átfedik egymást, csak színben különböznek. A játék lényege, hogy a kusza ábrákon látható dolgokat megnevezze.



1. ábra Formák felismerése zsúfolt ábrában

Forrás: Kosztáné 2010

2.2. *Különbségek felismerése képeken, rajzokon*

Készíthetünk olyan ábrákat (akár kézzel is) amelyek látszólag hasonlóak, de apró részleteiben eltérnek egymástól, mint például a következők:



2. ábra Különbségek felismerése

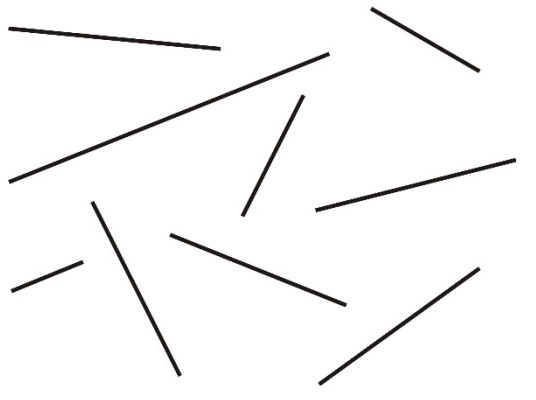
Forrás: Kosztáné 2010

Ehhez hasonló ábrákat, képeket különböző nehézségi fokon készíthetünk és ha csoportban játszunk, minden egyes játékosnak adhatunk egy ábrát, majd a feladat megoldását követően cserélgetjük őket, így mindenkihez kerül majd könnyebb és nehezebb feladvány.



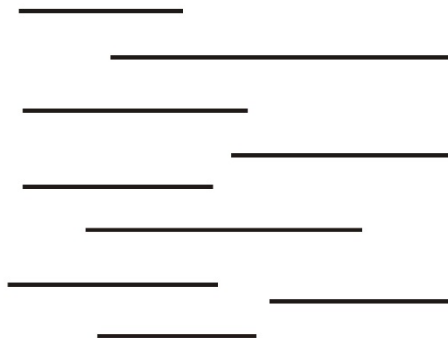
2.3. Vizuális neglekt (kiesés vagy figyelemhiány)

Vonalak áthúzása: Egy papírlapra elszórtan felrajzolt vonalakat kell a vizsgált személynek egyesével áthúznia egy színes ceruzával



3. ábra Vonalak áthúzása
Forrás: Test of Visual, Neglect Albert 1973

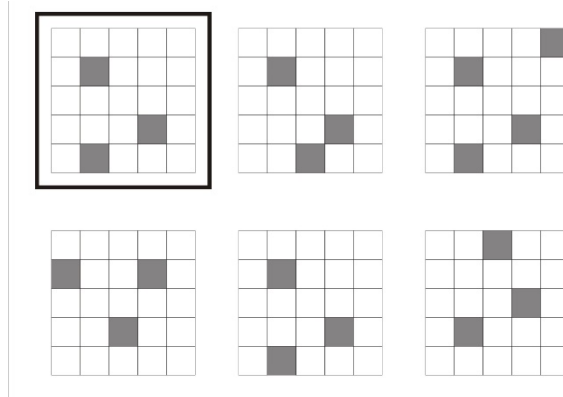
Vonalfelezési feladat: Egy lapra rajzolt különböző elhelyezkedésű vízszintes vonalak felezőpontját kell a vizsgált személynek megjelölnie.



4. ábra Vonalfelzési feladat
Forrás: Line Bisection Test, Rajna, P. – Tariska, P. (2000)



Vizuális keresési teszt: Az 5x5-ös rácsozatban különböző mezők közül két azonos ábrát kell keresnie a vizsgált személynek.



5. ábra Vizuális keresési teszt

Forrás: Visual Search Goldstein, Rajna és Tariska, 2000

Szavak megfejtése: A vizsgált személynek a hiányzó betűkkel bemutatott szavakat kell megneveznie.

Mintaszavak

CIPŐFŰZŐ

CSIZMA

CERUZA

BALATON

KESZTYŰ

DOBOZ

PAPUCS

CSAVAR

6. ábra Szavak megfejtése

Forrás: Tariska, P. 2002



3. Hallás (akusztikus képességek)

Hallással sok információt nyerünk a környezetünkről, ha valakinek romlik a hallása, akkor nem képes jól kommunikálni és kevesebb információt kap a külvilágról, az őt körülvevő eseményekről. Ha érzékszerveink hiányosan működnek, az bizonytalanságot, szorongást eredményez. Nagyobb esélye van depresszió kialakulására, elszigetelődésre, erősödik a félelem, kialakulhat paranoia. Így erősíthetjük a hallás által nyert információk tudatosítását az agyban különböző gyakorlatokkal (egy-egy gyakorlatokra csak röviden utalunk).

3.1. Környezeti zajok, hangok felismerése

3.2. Hallás utáni szóismétlés

3.3. Mondatismétlés hallás után

3.4. Hallás utáni történetfeldolgozás

II. Realitás (orientációs) tréning

A realitásorientáció a valósággal való folyamatos kapcsolattartás, más néven 24 órás ROT-tréning lényege, hogy a beteggel való kommunikáció során aktuális és valós adatokat közlünk számára. A beteget a keresztnévén szólítjuk, és folyamatosan tájékoztatjuk arról, hogy éppen mi történik, hol van, mit fogunk közösen csinálni.

Végezhetjük egyéni beszélgetés keretében vagy csoportosan. Különböző témakörben beszélgetéseket szervezünk, ahol a csoporttagok mesélnek magukról a társaiknak a régi életükről (gyerekkor, iskoláskor felnőttkor, családi események, kirándulás). Azzal, hogy beszélnek magukról társaiknak, folyamatosan tudatosul bennük, hogy kik ők, hány évesek, hol vannak és mi történik velük. A klubtagok, csoporttagok kohézióját, összekovácsolódását is nagymértékben elősegíti.

1. Strukturált realitás orientációs tréning

Ezen típusú foglalkozásban az újratanulás és a reszocializáció, az önellátó képesség megtartására koncentrálnak. Lényege, hogy gyakran ismétljük a jelen eseményeit, milyen évszakban, hónapban, hét napjában vagyunk, hány óra van, beszélhetünk az időjárásról, melyek a hét legfontosabb hírei a szűk családban, környezetünkben, a nagyvilágban. Minden olyan információt hasznos lehet, amely a valóság felé orientálja a klienseket.

2. Standard realitás orientációs tréning

A szociális interakciók, a társas kapcsolatok kialakulását, támogatását segíti elő. Egyéni beszélgetés vagy csoportos foglalkozás keretében zajlik, különböző témakörökben, a csoport érdeklődésének megfelelően.

Memória- és beszédmegtartást segítő interakciós játékos feladatok

A szójátékokkal elősegítjük a mindennapi kommunikációt, segítünk abban, hogy az általunk ritkán vagy egyáltalán nem használt szavak minél tovább az emlékezetünkben maradjanak, nélkülözhetetlen a szókincs, a mindennapi kommunikáció megtartásához, erősítéséhez. A régi és az új szavak használatával a kifejezőképességüket, megértésüket egyaránt segítjük. Az ide tartozó konkrét gyakorlatokat csak címszavakban említjük: asszociációs játékok, szólánc játék, közmondások és szólások befejezése, szinonimák keresése.



III. Magatartásorientációs, intervenció gyakorlatok

1. A *relaxációs módszerek* is hatékonyak lehetnek, de itt figyelembe kell venni azt, hogy a demencia szindróma mely stádiumában van a kliens. Az enyhe fokú demenciában szenvedők-nél lehet jó hatása a progresszív (Jacobson-féle) relaxációnak, illetve az autogén tréning egyes elemeinek.

2. Zeneterápia

„A zeneterápia célja, hogy az egyén lehetőségeit feltérképezze, és/vagy sérült funkcióit helyreállítsa, így jobb intrapszichés és/vagy interperszonális integrációt tegyen lehetővé, s a prevenció vagy a rehabilitáció vagy a kezelés következtében a személy minőségileg jobb életet élhessen.” (Urbáné 2005: 99–116). A zene érzelmeket fejez ki és érzelmeket ébreszt s ez a hívó erő „kommunikációs hidat épít, amely elősegíti a korábbi élmények reaktiválását, újra élését.” Mérések igazolják, hogy az aktív bevonódás és az érzelmek ereje a szívverésre és a légzésszám-ra is hat, elősegíti a kapcsolatépítést, és csökkenti a nyugtalanságot. A zene önmagában is hat fizikai, érzelmi, szociális és kognitív állapotunkra, minőségi változást okoz ezeken a területeken (Csere – Stánicz 2019).

3. Kellemes emlékek módszeres felelevenítése (*reminiscencia tréning*)

Egyénileg és csoportban is elvégezhető emlékelőhívó foglalkozás, kellemes emlékeket felidéző fényképek bemutatásával. Ez a módszer közösségépítő, csoportkohéziót erősítő jelenséggel is bír, egymást kölcsönösen megismerik, illetve könnyebben találnak így beszélgetésre alkalmas témát. Ezzel is elősegíthető a csoporttagok egymás közötti kommunikációja, beszéd-megtartás, kapcsolatépítés, szocializáció.

Fontos hangsúlyozni, hogy ezek a tevékenységek nem a demenciával élő ember képességeinek fejlesztését célozzák. A cél az állapotromlás mérséklése. A jól megválasztott tevékenységek, a pozitív én-élmények erősítik az identitástudatot, a sikerélmény a „még tudok valamit”, „vagyok valaki” érzését nyújtja a demenciában szenvedő betegnek (Kosztáné – Somorjai – Török 2020: 10–12).

Szocioterápiás keret a demenciával élők foglalkoztatásában

A szocioterápia az egyén társas kapcsolatainak, társadalmi környezetének pozitív hatásaira épülő terápiás beavatkozás, mely a szociális tanulást és a kreatív önmegvalósulást segíti. Célja a beteg tevékenységének helyreállítása, az elvesztett képességek visszaadása, a társadalomba való visszahelyezés, a mindennapi életre való felkészítés, az önellátásra való képesség kialakítása, a harmonikus visszailleszkedés elősegítése (Horváth 2004).

A szocioterápia célja, hogy más megközelítésben teret adjon újfajta tevékenységeknek, amely által a személyiségben rejlő lehetőségek kerülnek a felszínre, így ez egy kiegészítő jellegű terápiás tevékenység.

A **kreatív és művészetterápiák** is fontosak a demenciával élők foglalkoztatási repertoárjában, azonban bemutatásukkal már túllépnénk jelen tanulmány kereteit. Ezekről a formákról hozzáférhető és a témákat széleskörűen tárgyaló publikációk állnak rendelkezésre. A mozgásterápiáról, művészet- és kreativitás-terápiáról, valamint bővebben a zene- és táncterápiáról a 2020-ban megjelent, Somorjai Ildikó által szerkesztett „Együtt töltött Idő, közösségi játékok és aktivitások demenciával élőknek” című műben található bővebb információ.



Összegzés

A demencia szindróma nagy megterhelést jelent a demenciával élők és gondozóik, hozzátartozóik számára. Kihívás elé állítja a szűkebb és tágabb szociális környezetet, az ellátó rendszert, az érintett szociális intézményeket, a szakemberek széles körét. Tanulmányunkban többek között áttekintettük a demencia epidemiológiájának, megelőzésének, kezelésének szempontjait, kitérve a COVID-19 pandémia hatásaira is. Bemutattuk a demenciával élők foglalkoztatásának perspektíváit, taglaltuk a foglalkoztatások széleskörű alkalmazhatóságának szakirodalmi evidenciáit, mindezt demenciabarát megközelítéssel. A gondozói légkör kialakítását segítő szempontok, modellek, a beavatkozások és a különböző tréningek bemutatása szándékunk szerint a szociológia tudományában jártas olvasó számára is plasztikus képet rajzol a terápiás nihilizmuson túllépő módszertani lehetőségekről. Egyben a szocioterápia keretében gyarapodó, foglalkoztatásokkal kapcsolatos tudás számos érdeklődőt, vagy éppen valamilyen szempontból a demencia szindróma megjelenésében érintettet is bevonhat jelen dolgozat bizonyos témaköreibe. Természetesen a foglalkoztatások bemutatása nem lehet teljes, a szerzők célja az volt, hogy praktikus ízelítőt adjanak a széles repertoárból, elsősorban a vizuális modalitásból kínálva több példát. A dolgozat ráirányítja a figyelmet arra, hogy a demenciával élők életéből nem hiányozhatnak a fizikai és szellemi aktivitások, a mindennapi rekreációs tevékenységek. Foglalkoztatások és a tevékeny hétköznapi hiányában garantált az érzelmi és hangulati zavarok gyakoribb megjelenése vagy állandóvá válása. Önellátó képességüket, életminőségüket hosszabb ideig fenntarthatjuk, ha megfelelő ismeretek birtokában, demenciabarát hozzáállással szakszerű segítséget nyújtunk számukra úgy, hogy közben önérzetük, önbizalmuk a lehető legkevésbé sérüljön. Hangsúlyozandó, hogy a foglalkozások szervezői, kivitelezői, legyenek akár professzionális gondozók, segítő szakemberek, gondozó családtagok, hozzátartozók, vagy „laikus” segítőik, saját maguk is gyarapodnak tapasztalatokkal, tudással, hozzáértéssel és nem utolsósorban meg-megújítható reménnyel, hogy ezen a nehéz területen is érdemes jobbitani, tenni, változtatni. Ezzel nemcsak a gondozottakat, hanem saját magukat is egy élhetőbb, méltóbb emberi viszonyrendszerbe helyezik, még a nagyon nehéz, gyakran drámai helyzetekben is.

IRODALOM

- Albert, M. L. (1973): A simple test of visual neglect. *Neurology*, (23)6: 658–664. <https://doi.org/10.1212/WNL.23.6.658>
- Alzheimer Diseases International – ADI (2008): Globális Alzheimer Charta. London: ADI. <http://www.alzheimerweb1.hu/pdf/globalis-alzheimer-charta.pdf> (utolsó letöltés 2021.02.01.)
- Alzheimer Diseases International – ADI (2020): Symptoms of dementia. Diagnosis. Important of early diagnosis. London: ADI. <https://www.alzint.org/about/symptoms-of-dementia/importance-of-early-diagnosis/> (utolsó letöltés 2021.02.01.)
- Bell, V. – Troxell, D. (2016): *The Best Friends Approach to Dementia Care, Second Edition*. Baltimore: The Health Professions Press, 116.



- Cahn-Weiner – D. A., Molloy – P. F., Rebok – G. W. – Ott, B. R. (2003): Results of a randomized placebo-controlled study of memory training for mildly impaired Alzheimer's disease patients. *Applied Neuropsychology* (10)4: 215–223. https://doi.org/10.1207/s15324826an1004_3
- Coleman, G. P. – Schröder-Butterfill, E. – Spreadbury, J. H. (2016): Religion, Spirituality, and Aging. In: Bengtson, L. V. – Settersten, A. Jr. (eds.): *Handbook of Theories of Aging*. Third Edition. New York: Springer Publishing Company, 656–679.
- Csere, M. – Stánicz, M. (2020): *Zeneterápia a geriátriában. Oktatási anyag. PTE, Zeneterápiás szakirányú képzés. 2019/2020. II. félév. Pécs: PTE.*
- Eurostat (2019): *Ageing Europe Looking at the lives of older people in the EU – 2019 edition*. Luxembourg: Publications Office of the European Union
<https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/10166544/KS-02-19%E2%80%911681-EN-N.pdf/c701972f-6b4e-b432-57d2-91898ca94893> (utolsó letöltés 2021.02.01.)
- Gard, T. – Hötzel, B. K. – Lazar, S. W. (2014): The potential effects of meditation on age-related cognitive decline: a systematic review. *Ann N Y Acad Sci*, 1307: 89–103. <https://doi.org/10.1111/nyas.12348>
- Holt-Lunstad, J. – Uchino, B. N. – Smith, T. W. – Hicks, A. (2007): On the importance of relationship quality: The impact of ambivalence in friendships on cardiovascular functioning. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, (33)3: 278–290. <https://doi.org/10.1007/BF02879910>
- Horváth, Sz. (2004): *A szocioterápia szakmai protokollja. A Pszichiátriai Szakmai Kollégium állásfoglalása a pszichiátriai zavarok gyógykezeléséről*. Budapest: Egészségügyi Minisztérium. <https://www.scribd.com/document/357326792/Szocioterapias-protokoll> (utolsó letöltés 2021.02.01.)
- Józan, P. (2011): A népesség néhány öregkori jellemzője. In: Semsei I. (szerk.): *Gerontológia, Egészségügyi kari jegyzetek*. Nyíregyháza: DE Egészségügyi Kar.
- Kosztáné Hadházi, T. 2010: *Játékok a mentális egészségünkért. foglalkoztató munkafüzete. I.* Budapest: Creo,
- Kosztáné Hadházi, T. (2012): *Játékok a mentális egészségünkért. foglalkoztató munkafüzete. II.* Budapest: Creo.
- Kosztáné Hadházi, T. – Somorjai, I. – Török, E. (2020): *Együtt töltött Idő, Közösségi Játékok, aktivitások demenciával élőknek*. Budapest: Tégy az Idősekért Alapítvány, 10–12.
- Kovács, T. (2019): *Interprofesszionális együttműködési lehetőségek az egészségügyben: A demencia diagnózisa és kezelése. Interprofesszionális Demencia Alaprogram*. Budapest: Magyar Katolikus Szeretetszolgálat. <https://inda.info.hu/szakember-vagyok/szakertoi-dokumentumok> (utolsó letöltés: 2021.02.01.)
- Landau, S. M. – Marks, S. M. – Mormino, E. C. – Rabinovici, G. D. – Oh, H. – O'Neil, J. P (2012): Association of lifetime cognitive engagement and low beta-amyloid deposition. *Archives of Neurology* (69)5: 623–629. <https://doi.org/10.1001/archneurol.2011.2748>



- Li, R. – K. P. Y. (2012): The use of errorless learning strategies for patients with Alzheimer's disease: a literature review. *Int J Rehabil Res*, (35)4: 292–298. <https://doi.org/10.1097/MRR.0b013e32835a2435>
- Magyar Neurológiai Társaság – MNT 2020: 2050-re megháromszorozódik az Alzheimer betegek száma. Budapest: MNT. <http://www.miet.hu/hir/39605/2050-re-megharomszorozodik-az-alzheimer-betegek-szama> (utolsó letöltés: 2021.02.01.)
- Newberg, A. B. – Serruya, M. – Wintering, N. – Moss, A. S. – Reibel, D. – Monti, D. A. (2014): Meditation and neurodegenerative diseases. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1307: 112–123. <https://doi.org/10.1111/nyas.12187>
- Rajna, P. – Tariska, P. (2000): Az idős kor neuropszichiátriája. Budapest: Btv Kiadó.
- Schultz, S. – Larson, J. – Oh, J. – Kosciak, R. – Dowling, M. N. – Gallagher, C. L. – Cynthia M. Carlsson – C. M. – Rowley, H. A. – Bendlin, B. B. – Asthana, S. – Hermann, B. P. – Johnson, S. C. – Sager, M. – LaRue, A. – Okonkwo, O. C. (2015): Participation in cognitively-stimulating activities is associated with brain structure and cognitive function in preclinical Alzheimer's disease. *Brain Imaging Behav*, (9)4: 729–736. <https://doi.org/10.1007/s11682-014-9329-5>
- Shor, E. – Roelfs, D. J. – Yogev, T. (2013): The strength of family ties: A meta-analysis and meta-regression of self-reported social support and mortality. *Social Networks*, (35)4: 626–638. <https://doi.org/10.1016/j.socnet.2013.08.004>
- Snowdon, D. (2008): Aging with grace: What the nun study teaches us about leading longer, healthier, and more meaningful lives. New York, NY: Bantam Books.
- Stern, Y. – Albert, S. – Tang, M. X. – Tsai, W. Y. (1999): Rate of memory decline in AD is related to education and occupation: Cognitive reserve? *Neurology*, (53)9: 1942–1947. <https://doi.org/10.1212/WNL.53.9.1942>
- Tariska, P. (2002): Kórtünet, vagy kortünet? Mentális zavarok az időskorban. Budapest: Medicina Kiadó.
- Urbánné Varga, K. (2005): Zene és Terápia. In: Lindbergerné K. E. (szerk.): Zeneterápia szöveggyűjtemény. Pécs: „Kulcs a Muzsikához” Alapítvány, 99–116.
- Valenzuela, M. J. – Sachdev, P. – Wen, W. – Chen, X. – Brodaty, H. (2008): Lifespan mental activity predicts diminished rate of hippocampal atrophy. *PLoS One*. (7)3: 25–98. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0002598>
- WHO (2017): Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025 https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/action_plan_2017_2025/en/ (utolsó letöltés 2021.02.01.)
- Wilson, R. S. – Mendes de Leon, C. L. – Barnes, L. L. – Schneider, J. A. – Bienias, J. L. – Evans, D. A. – Bennett, D. A. (2002): Participation in Cognitively Stimulating Activities and Risk of Incident Alzheimer Disease. *JAMA*(287)6: 742–748. <https://doi.org/10.1001/jama.287.6.742>



Wilson, R. S. – Scherr, P. A. – Schneider, J. A. – Tang, Y. – Bennett, D. A. (2007): Relation of cognitive activity to risk of developing Alzheimer disease. *JAMA* (69) 20. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000271087.67782.cb>

World Health Organization – WHO – 2020 : Dementia. Copenhagen: WHO
<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia> (Utolsó letöltés: 2021.02.01.)

Ryoo, Nayoung et al. (2020): Coping with Dementia in the Middle of the COVID-19 Pandemic. *Journal of Korean Medical Science*, (35)42: 370–383. <http://synapse.koreamed.org/articles/1146222> (Utolsó letöltés: 2021.02.01.) <https://doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e383>

World Health Organization – WHO – 2021. Wordometer’s COVID 19- Hungary. Copenhagen: WHO. <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/hungary/> (Utolsó letöltés: 2021.05.08.)



Támogató Bálint-csoport demenciával élő családtagot gondozó hozzátartozók számára

**Pék Győző – Kosztáné Hadházi Tünde – Orbánné Gellén Marianna –
Tóthné Görög Edit – Nagy Lajosné**

PÉK GYŐZŐ: Debreceni Egyetem BTK Pszichológiai Intézet – viktorbaker55@gmail.com
KOSZTÁNÉ HADHÁZI TÜNDE: DMJV Város Szociális Szolgálat – tunde.hadhazi@gmail.com
ORBÁNNÉ GELLÉN MARIANNA: DMJV Város Szociális Szolgálat – orbanmarcsu@gmail.com
TÓTHNÉ GÖRÖG EDIT: DMJV Város Szociális Szolgálat Nagysándor Telepi Gondozó Szolgálat
Kandia Utcai Demens Idősek Klubja – kandia4@dmjvvszsz.hu
NAGY LAJOSNÉ: DMJV Város Szociális Szolgálat – nagy.lajosne@dmjvvszsz.hu

ABSZTRAKT A tanulmány célja, hogy összegezze egy demenciával élő családtagjukat gondozók számára kialakított támogató csoport tapasztalatait. A csoport 2009-ben történt megalakulása óta általában havonta ült össze, egészen 2020 elejéig, a Covid-19 járvány kezdetéig. A kicsoporként működő formáció strukturált gyakorlatok segítségével nyújtott érzelmi támogatást, információs és pszichológiai segítséget a családi gondozóknak. Az intézményes háttérrel a DMJV VSzSz Kandia utcai nappali ellátási központja képezte, amely speciális gondozást és szolgáltatást nyújt a családi segítők idős hozzátartozói számára. A demenciával élő idősök számára memóriatréningek, realitás orientációs és szociális interaktivitást támogató gyakorlatok vannak kialakítva. A családi gondozók, köztük sok elsődleges gondozó, általában a gondozás feladataitól túlterhelten, olyan támogatásban részesülnek a csoporttól, amely védelmet nyújthat a kiegészítő és segít az erőforrásokkal való jobb gazdálkodásban.

A tanulmány kontextusába illeszkedik a kiegészítő főbb jellemzőinek anyaga, Gail Sheehy nyolc szakaszos állomáselmélete a családi segítők által bejárando nehéz útról, és a Montgomery–Kosloski-féle Gondozói Identitás Elmélet.

Kulcsszavak: demencia szindróma; családi gondozók; kiegészítő prevenció; támogató csoport

Support group for relatives who are caring for their family members living with dementia

ABSTRACT The study aims to summarise the experiences with supportive groups designed for those, who care for family members living with dementia. The group founded in 2009 and it worked on a monthly basis until the beginning of 2020 when the Covid 19 pandemic started. The group worked as a small group with structured practices and provided emotional support, informational and psychological help for the family caregivers. The institutional basis is a day care centre of Urban Social Service of Debrecen which provides special care and service for elderly relatives of family caregivers. The practices used for elderly living with dementia include memory training, reality orientation and social interactions exercises. The family members, many of whom are primary caregivers, generally are overwhelmed by the burden of the caregiving and the support group protected them from the burning out and helped strengthen their resources. In the context of this study the main features of burned out, the model of Gail Sheehy which is connected to the serious eight-stage path taken by caregivers and the Caregiver Identity Theory by Montgomery-Kosloski are also discussed.

Keywords: dementia syndrome; family caregivers; burnout prevention; support group



BEVEZETÉS

A családi gondozók támogatásának szükségessége

Alapvetése az idősekkel kapcsolatos gondozói törekvéseknek annak elősegítése, hogy ameddig lehetséges, az idős ember fenntarthassa függetlenségét, és ehhez ő és a családja minél nagyobb informális és formális támogatást kapjon, utóbbit az ellátó hálózatoktól.

A demencia, különösen annak leginkább elterjedt változata – az Alzheimer-kór – enyhe fokozatában még ad esélyt a vele birkózónak arra, hogy viszonylag önállóan éljen, de már ekkor is fokozott odafigyelést és időszakos felügyeletet igényel. A fokozatosan romló állapotokat produkáló, menthetetlenül egyre súlyosabbá váló, jelenleg még gyógyíthatatlan *degeneratív* betegség középsúlyos állapotában már nem ad lehetőséget az önállóság fenntartására. Agondozó családra nagy nyomás nehezedik, ugyanakkor a családi gondozást nyújtók jólléte összetett módon kapcsolódik a gondozásra szoruló idősek jóllétéhez. Gyakran a gondozó családtag nyújtja az elsődleges ellátást (primer gondozó) az idős, demenciában szenvedő hozzátartozó számára. Ebben az esetben, különösen a súlyos fokú demenciában szenvedők gondozásánál, a primer gondozókra olyan sok teher nehezedik, hogy náluk joggal beszélhetünk a szakirodalomban gyakran emlegetett „36 órás nap”-ról (Szabó 2011).

A kiégés jelensége

A kiégés jelenségének főbb jellemzőit azért tartjuk szükségesnek bemutatni, mert nem csak a professzionális segítők, hanem a laikus gondozókat is veszélyezteti. A demenciában szenvedő hozzátartozókat gondozó családi segítők – különösen ha elsődleges segítők és kevés külső támogatást kapnak –, gyakran nagyobb kockázattal és eséllyel válnak kiégetté, mint a formális segítők.

A kiégés jelenségét először Herbert J. Freudenberger amerikai pszichoanalitikus figyelte meg és írta le 1974-ben. Tapasztalatai alapján önszolgáltató közösség tagjainál, krízisintervenciós központokban dolgozóknál, egészségügyben tevékenykedőknél jelentkeztek azok a tünetek, amelyek általában minden segítő foglalkozású szakembert veszélyeztethetnek. Értelmezése szerint a tünetek nyalábokba rendeződnek és tünetegyüttesként írhatók le (Fekete 1991).

Christina Maslach a humán szolgáltatásban dolgozók kiégésének mérésére kérdőívet alkotott (MBI), amivel egyben a kiégés jelenségének három fő dimenzióját is operacionalizálta (Byrne 1991). Munkatársaival végzett nagy formátumú, mentálhigiénés szakembereket érintő kutatásai alapján úgy tekinti a kiégést, mint a munkavégzést akadályozó pszichikus állapotot, amelyet a nem megfelelően kezelt, nem feloldott munkahelyi stressz okoz, s amelyet érzelmi kimerültség, az emberi kapcsolatokban jelentkező fokozott elszemélytelenedés, elégedetlenség és borúlátás, a betegségekkel szembeni csökkent ellenállás és a nem hatékony munkavégzés jellemez (Herr – Cramer 1992).

A kiégés mint az emberi természet és pszichikum egyik megnyilvánulási formája, természetesen nemcsak a humán szolgáltatás területére korlátozódik. Minden tevékenység áldozatul eshet a kétségbeesésnek, kiábrándulásnak és végül az energia elapadásának.



A probléma mégis a humán szolgáltatás területén jelentkezik rendszeresen. Ennek oka az, hogy a humán szolgáltatáshoz tartozó szakmák számos „beépített” frusztrációforrást rejtenek magukban. Ilyenek a teljesítménymérés kritériumainak a hiánya, az alacsony fizetések a képzettség, a jártasság és a felelősség minden szintjén, a hivatali ranglétrán való előrelépés és a klienssel való kapcsolat megszűnésének dilemmája, a nemi alapon történő megkülönböztetés, a nem megfelelő anyagi és intézményi támogatás, a források eredménytelen felhasználása, a nagyfokú nyilvánosság népszerű félreértések és gyanakvások kíséretében. A kiégés egy folyamat, amelynek szakaszai a nagy reményekkel, energiával és irreális elvárásokkal jellemzett kezdeti periódus, amit a stagnálás szakasza követ, ahol a hangsúly a saját személyes igények kielégítésére esik, fontossá válik a pénz, a munkaidő és az előrelépés. A harmadik a frusztráltság periódusa, amikor az egyén megkérdőjelezi saját hatékonyságát és munkájának értékét. A negyedik a frusztrációval szembeni természetes védekezés, az apátia szakasza, amit a kihívások kerülése jellemez, az egyén a tevékenységére csak a minimálisan szükséges időt fordítja. A folyamat nem lineáris, számtalanszor megismételheti önmagát. Az egyént nem csak elkülönültségében érinti. Minden egyes fázisában és minden irányban terjed: személyzetről személyzetre, személyzetről ügyfélre és ügyfélről személyzetre. Ugyanakkor a kiégés folyamata egy döntő beavatkozással megállítható, enyhíthető (Barbócz 2005; Pék – Barbócz – Molnár 2007).

A gondozó családtagok megküzdési stratégiái

Jelen tanulmányunkban röviden bemutatjuk Gail Sheehy tizenhét évnyi személyes gondozási tapasztalatára és sok száz interjúra épülő, a családi gondozók megküzdésének nyolc fordulópontját azonosító modelljét (Szabó 2011: 147–150). Ebben a gondozó családtagok megküzdési stratégiáinak nyolc állomását különíti el. A folyamatot a *labirintus* metafora segítségével teszi szemléletessé. A családtagok „bolyongására”, a tragikus helyzetekkel való szembesüléseik élményvilágára utalva állapítja meg, hogy a bejárt út számukra olyan, mintha egy labirintusban keresnék a helyes irányt, ahol egy stáció, megoldás megtalálása után a leküzdöttnek vélt nehézség váratlanul ismét megjelenhet, vagy előbukkanhat egy újabb probléma. A modell megalkotóját egy templomban átélt spirituális élmény vezette el a labirintus metaforához, amikor az épület padlójába rajzolt spirál bejárása mentén a középpontba jutva észlelt intimítást, majd reményt, megnyugvást és elfogadást. Nem nehéz felfedezni, hogy a metafora egyetemesebb vallásos szimbólumrendszerre is utal, a kálváriák stációinak analógiájával szakrális szenvedéstörténetre, kapaszkodót találva az egyéni szenvedések érzelmi, lélektani feldolgozásához. Sheehy szerint gondozóként a „labirintuson” való haladás során rendet találhatunk a káosszal szemben, és a veszteségélmények feldolgozásával felülemelkedhetünk a tragikus nehézségeken, újra megtalálhatjuk önmagunkat. Természetesen ez egy spirituális utazás.

A fordulópontok felismerése, azonosítása, megértése tehát fontossá válik a betegséggel való küzdelemben. A stációk fókuszában azok a gondozás folyamán bekövetkező változások állnak, amelyek új megküzdési stratégia megtalálását, alkalmazását teszik szükségessé, olyan szempontváltásokat, amelyek újabb tárgyi eszközöket és lelki feltételeket, attitűdöket hívnak elő. Ebbe folyamatba kapcsolódik az ellátó rendszerek hozzáférhető szolgáltatásainak igénybe vétele is.



Sheehy nyolc fordulópontot jelöl ki a gondozói erőfeszítések folyamatában:

1. Sokk és mobilizálódás.
2. Az új kerékvágás megtalálása
3. A bumeráng
4. Amikor a gondozó „Jóistent” játszik.
5. „Ezt nem tudom tovább csinálni.”
6. A visszatérés
7. A köztes fázis
8. A hosszú búcsú

Az állomások elnevezései önmagukban is jól érzékeltetik a küzdelmekkel teli út fordulópontjainál tapasztalt nehézségeket, az átélt élmények lényegi mozzanatait, így jelen dolgozatban ezeket nem bontjuk ki részletesebben.

BÁLINT-CSOPORT MINT MÓDSZERTANI KERET

A Bálint Mihály által a londoni Tavistock klinikán 1950-ben alapított, eredetileg orvosok számára kidolgozott csoportmódszer alapvetően házi orvosok pszichoterápiás továbbképzését szolgálta. Az alapvető elméleti keretet a pszichoszomatikus szemléletű gondolkodás nyújtotta. Az elmúlt évtizedekben a bálinti csoportmódszer alkalmazási területe lényegesen kibővült. A segítő foglalkozások, a gyógyító tevékenységek széles körét érintve világszerte terjedt a módszer. Minden olyan szakmai területen alkalmazhatóvá vált, ahol a kliensekkel való foglalkozás, segítő kapcsolat áll az előtérben. Jelenleg ilyen területek a pedagógiától kezdve a szociális munkán át az idősgondozáson keresztül a humán erőforrásokig körvonalazódnak. A módszert időközben megtermékenyítették, hatékonyabbá tették a csoportdinamikai, rendszerszemléleti elemek. A bálinti csoportmódszer nagyon jól hasznosítható a résztvevők professzionális, önismereti fejlődésének elősegítésére. A személyes szakmai erőforrások felmérésén, azonosításán, tudatosításán és fejlesztésén túl fontos megelőző, korrekatív szerepet is játszhat a segítő foglalkozásúakat gyakran megérintő kiegészítő folyamatok kezelésében. Az általunk kialakított hozzátartozó csoport módszertani kereteként már csak azért is érvényes a bálinti megközelítés, mert a beteg hozzátartozóját hosszabb időn át, folyamatosan gondozó, ápoló családtag saját maga is előbb-utóbb kénytelen „professzionális” gondozóvá válni. Ebben az identitásában hasonló jellegű támogatást igényel és érdemel, mint azok a segítő foglalkozásúak, akik Bálint-csoportokban juthatnak pszichoterápiás keretben támogatáshoz, szakmai önismeretük fejlődéséhez, érzelmi megerősítéshez (Harrach – Schnell 2008).

TAPASZTALATAINK DEMENCIÁVAL ÉLŐ CSALÁDTAGJUKAT GONDOZÓ HOZZÁTARTOZÓK SZÁMÁRA KIALAKÍTOTT TÁMOGATÓ CSOPORTTAL

A DMJV Városi Szociális Szolgálat Nagysándor Telepi Gondozó Szolgálatának Kandia utcai demenciával élők számára kialakított Idősek Klubja 2008 óta napközi otthon jellegű tehermentesítő szolgáltatást nyújt demenciában szenvedő hozzátartozójukat gondozó családtagok számára a hét hat napján. A 2009-ben indított támogató csoport ehhez a szolgáltatáshoz kapcsolódóan indult és általában havi egy alkalommal megvalósuló, kiscsoportos formában



történő összejövetelek keretében azóta is folyamatosan működik. Az összejöveteleket 2020 elejétől a Covid-19 betegséget okozó világméretű pandémia miatt kénytelenek voltunk szüneteltetni és valószínűsíthetően csak a 2021. év második felében kerülhet sor a csoport ismételt megszervezésére.

A csoportban általában azok a hozzátartozók vettek részt, akiknek demenciában szenvedő hozzátartozóik folyamatosan jártak az Idősek Klubjába. A klubban nyújtott nappali ellátás, gondozás, foglalkoztatás nagyfokú tehermentesítést jelent a gondozó családtagok részére, akiknek többsége elsődleges gondozóként állt beteg családtagja mellé.

A gondozottak többsége Alzheimer-típusú demenciában szenvedett. Saját tapasztalataink is megerősítették azt a szociális szférában ismert evidenciát, hogy a hozzátartozókat a technikai jellegű, gondozói ismereteket átadó, informáló, tanácsadó segítség mellett szükséges érzelmi, lelki támogatásban is részesíteni.

A támogató csoport félig strukturált gyakorlatokkal, tematikus beszélgetésekkel „Bálint-csoport” jelleggel működött. A 15 főnél nem nagyobb csoportlétszám lehetővé tette a kiscsoportos dinamika kibontakozását. A csoportfoglalkozások minimum másfél, maximum 2 órás időkeretben folytak. A kiscsoportban formálódó kommunikáció lehetőséget adott minden résztvevő számára a nyitókörben az adott ülésre hozott saját probléma, többnyire ápolási, gondozási teher felvetésére, az aznapi foglalkozással kapcsolatos elvárások megfogalmazására. Ugyanakkor a zárókör lehetőséget adott mindenki számára a csoportülés végén az aznapi élményekkel, tapasztalatokkal kapcsolatos reflexiók, önreflexiók megfogalmazására. Ezen kezezetések körbefonták a legégetőbb, legjobban aktualizálható témák megjelenítését, a legnagyobb szenvedésnyomásnak kitett csoporttagok gondjainak előhozatalát, megbeszélését. Amellett, hogy a nyitó- és zárókör lehetőséget adott minden résztvevőnek egyfajta elvárt, felkínált szóbeli megnyilvánulásra, az adott csoportülések dinamikája és történései természetesen egyediak, az „itt és most”-ban történők voltak, ezek gyakran felkavaró érzelmi megnyilvánulásaival. A konfliktusok elsősorban az elhatalmasodó degeneratív betegséggel, a családra kimért, a sors kíméletlenségével, a betegek állapotában tapasztalható tragikus fordulatokkal, a megtapasztalt testi és mentális romlással kapcsolatban és kevésbé a csoporttagok közötti ellentétekben, rivalizálásban jelentkeztek. Egyben állandó kihívást jelentett a gondozottakkal kapcsolatos „harc”, a küzdelem a mindennapi életvitel elviselhetővé tételéért, amely során maga a beteg egyre kevésbé „normális” viselkedése jelenti a legnagyobb frusztrációt. A család megszokott működése jóvátehetetlenül megváltozik, már sok minden nem mehet a „rég” kerékvágásban, a hétköznapi értelemben vett gyógyulás nem remélhető. A csoport „jó” működése akkor vált még egyértelműbbé, amikor éppen a gondozottakkal kapcsolatos ellenérzések, negatív érzelmek, agresszív fantáziákról vagy indulatos magatartásról szóló beszámolók is előkerülhettek. A sors és a betegség helyett magára a betegre is áttevődhetnek a negatív érzések, amelyek keverednek a szánalom, veszteség, a megváltoztathatatlan érzéseivel.

A csoporttagok megkönnyebbülten tapasztalhatták, hogy nincsenek a „jó viselkedés” kényszere alatt, a csoport megengedő légköre lehetőséget ad a negatívnak tartott érzelmek megnyilvánulására is. Mivel a gyógyulás nem elérhető, a csoporttagok betegséghez kapcsolódó attitűdjeinek átalakulásától várható jobbító változás, ami elvezethet az elfogadáshoz, nagyobb belátáshoz, megnyugváshoz. Ugyanakkor az az út nem minden hozzátartozó számára járható, nem mindenki tud eljutni az elfogadás és megnyugvás felszabadító érzéseire. A cso-



portvezetők igyekeztek a gondozókat életminőségük javításának szükségességére figyelmeztetni, az öngondoskodás és a rekreáció fontosságát tudatosítani.

A Bálint-csoport módszertani kerete lehetőséget ad a csoporttagok számára, hogy visszajelzéseket és támogatást kapjanak saját segítői, gondozói készségeik optimalizálásához. A csoportmunka révén felszínre kerülhet a gondozó által tudatosan nem észlelt kapcsolati, érzelmi zavar vagy gátló tényező is. A bálinti keret a gondozó hozzátartozók kiégésének csökkentéséhez és az erőforrások optimalizálásához is jó lehetőséget nyújt.

A CSOPORTVEZETÉS JELLEGE ÉS A TÖRTÉNÉSEK DIMENZIÓI

A tapasztalatok megerősítik, hogy a támogató csoportok vezetése kiemelt szakmai feladat, kiérlelt csoportvezetői tapasztalatokat, csoportdinamikai ismereteket és ezek hatékony alkalmazásának készségeit kívánja meg. Ezért nem javasolható, hogy laikus segítő vagy hasonló helyzetben lévő sorstárs – akár sokrétű gondozási tapasztalatokkal felvértezve – vállalja a hozzátartozó támogató csoportok irányítását. A kettős vezetéssel szerzett tapasztalataink arra mutatnak, hogy egy csoportdinamikai ismeretekkel és tapasztalattal rendelkező szakember – jelen esetben klinikai szakpszichológus – és egy szintén képzett vezető szakápoló, szociális gondozó, mentálhigiénésen képzett szakember együttműködése gyümölcsöző lehet.

A bemutatott csoport létrejöttét és folyamatosságának fenntartását alapvetően meghatározta, hogy az egy demenciával élők számára kialakított napközi otthon, klubszerű nappali ellátási forma működéséhez szorosan kapcsolódott. A párhuzamosság lehetővé tette, hogy intézményi térben, a gondozottak helyiségei melletti szobában történjenek a csoportülések. A társvezetői helyzetben lévő gyakorlati szakember, aki a gondozói, foglalkoztatói munkában is részt vett, folyamatosan adott át információkat a betegek napközbeni társas megnyilvánulásairól, viselkedéséről. Az otthoni helyzetet megjelenítő gondozó családtag az érzelmeket sokszor drámai módon közvetítő beszámolóit és a professzionális segítőik által hozott információk, közlések kereszt- és hosszmetsetben is leképezték a történeteket, érzékeltetve azok dinamikáját, visszatérő narrációit. Valójában három észlelhető, jól körülírható tapasztalati dimenzió találkozására jött létre a csoport nyitabb tranzakciói, kommunikációs mozzanatai, érzelmi megnyilvánulásai. Természetesen mindezeket a csoporttagok egyéni megnyilvánulásai, érzelmei, narrációi tovább szőtték, interaktivitásukkal egyedivé téve minden csoportülést.

STRUKTURÁLT GYAKORLATOK A HOZZÁTARTOZÓI CSOPORTBAN

Az alábbiakban bemutatunk pár módszert a repertoárunkból, amelyeket hatékonyan tartunk:

Érzelmileg fontos fotók bemutatása az egészséges élet emlékeiként, fontos érzelmek hordozóiként alkalmasak a „normális” élet kisebb-nagyobb eseményeinek felidézésére, a pozitív érzelmek ismételt átélésére, átmentésükre a gondozás nehéz életszakaszába.

Kisebbségi személyes tárgyi emlékek, a hozzájuk kapcsolható történetek, narrációk hordozói. Bemutatásuk, a történetek kibontása mentén rekonstruálhatóak a közös múlt szegmensei.



Egy-egy tárgy, például egy pipa, levélnehezék, vagy kedvenc kisplasztika a beteg szokásainak, kötődéseinek megelevenítését szolgálhatja, egyben magát a beteget „pars pro toto” jelleggel, szimbolikusan is megjelenítheti.

Egy olyan kéréssel is fordultunk a hozzátartozókhoz, hogy írják meg a gondozott családtag *önéletrajzát* magának a gondozottnak a nevében, mintha ezt ő fogalmazná, és betegsége súlyosabbra fordulásától hosszabbítsák ezt meg, írják le életének lehetséges egészséges folytatását. A múlt, jelen és egy lehetséges „mintha” jövő együttes konstruálása egyrészt lehetővé teszi a múlt történéseinek, a szeretett személy élete főbb állomásainak, eredményeinek számbavételét, elismerését, közös emlékek felidézését. Az életrajzokban megvalósuló rekonstrukciók egy ép, egészséges, „normális” élet narratíváit is megidézhetik, amelyeket a csoporttagok a megbeszélések folyamán egymással is megoszthatnak. A beteg lehetséges egészséges életének „mintha” jelleggel való felépítése, képzeletbeli meghosszabbítása természetesen megrázó szembesülést is eredményezhet. Egyben az ezekkel kapcsolatos érzések megfogalmazásai átvezethetők a gondozók saját életének, ennek jelentőségének átgondolásához, megbecsüléséhez, annak megóvása, továbbvitele szükségességéhez. Ezeknek az *önéletrajzoknak* észlelhetően nagy érzelmi megmozgató ereje, pozitív megerősítő hatása volt, és elvezettek a gondozói életminőség javításának, a rekreációk elengedhetetlen szükségességének, a saját mentálhigiéné fontosságának témáihoz is.

A „nehéz kő” gyakorlathoz egy ovális, koponyaformájú, 5 kg súlyú, vulkáni eredetű kő adta a materiális fogódzkodót. A gyakorlat során a követ kézről kézre adták a csoporttagok, amelyet ölben tartottak, megemeltek és egy ideig támaszték nélkül tartottak. A „ceremónia” szerint mind az átvétel, tartás, megemelés, átadás mozzanataira koncentráltak és az instrukció szerint szabadon asszociálhattak, engedtek gondolataik és érzelmeik áramlásának. Természetesen az asszociációk áramlása szorosan kapcsolódott az adott gondozói helyzethez, behozta a nyomasztó megterhelések, de azok elengedési, könnyítési lehetőségeinek a témaköreit is. Fontos gesztusnak bizonyult a kő/teher átadásának gesztusa, ami a tehermentesítési stratégiákkal került analógiás kapcsolatba. A gyakorlat több résztvevőnél is heves érzelmeket, kataritikus hatást váltott ki.

A CSALÁDI ÉS A GONDOZÓI IDENTITÁS FESZÜLTSGÉ

A tanulmányunkban is bemutatásra kerülő Montgomery–Kosloski-modell megbeszélése révén a csoporttagok számára is szemléletes, gyakorlatias formában tudatosul a családtag szerep és a gondozói szerep közötti identitásváltás felismerésének fontossága. A modellhez kapcsolódhattak a személyes, egyedi tapasztalatok és ezek átgondolása segített a gondozói identitás megerősítésében, a családtag identitás fenntartásában. A két identitás közötti egyensúly megtartása különösen akkor kerül veszélybe, amikor a degeneratív betegség olyan mértékű romlást visz végbe a beteg kognitív funkcióiban, hogy annak memóriarendszerei már nem képesek fenntartani a saját identitáshoz szükséges önmagára vonatkozó emlékeket. Ez a folyamat összekapcsolódik azzal, hogy a beteg már saját családtagjai felismerésére sem képes.

Ezek a mentális állapotban bekövetkező romlások különösen megterhelővé teszik a beteg családtag gondozását, a vele való kommunikációt és mindkét részről a családtag identitás fenntartását. A Montgomery–Kosloski-modell annak belátásához is támpontot nyújt, hogy



egy bentlakásos intézeti elhelyezés – amelynek igénybe vételétől éppen a hősiiesen kitartó gondozó hozzátartozók igyekeznek távol tartani magukat – segíthet a családtagi identitás bizonyos fokú helyreállításában. Ebben az esetben a családtagot nem „szippantja” teljesen be a gondozói erőfeszítésekből adódó szerep.

MONTGOMERY ÉS KOSLOSKI ÖTFÁZISÚ GONDOZÁSI MODELLJE: A GONDOZÓ CSALÁDTAG IDENTITÁSVÁLTOZÁSÁNAK FOLYAMATA

Az Alzheimer-kórban szenvedőkre jellemző pszichikus állapot főbb jellemzői a bűntudat, önmaga meghatározásának zavara, félelem, és egy idő után annak hiánya, hogy ki is ő valójában. Kapcsolataiban szeretetigénye és annak kielégítetlensége bizonytalanná teszi. Ennek a folyamatnak a tükröképével találkozhatunk az elsődleges gondozó családtag vonatkozásában is. A gondozó családtag is átéli a bűntudatot, a félelmet, önmaga meghatározásának zavarát abban, hogy egy idő után ki is ő a gondozott családtagja számára. Kapcsolataiban szeretetigénye és annak kielégítetlensége őt is bizonytalanná teszi.

Montgomery és Kosloski (2009 és 2013) nevéhez fűződik a gondozó családtag identitásváltozásának folyamatát leíró modell, amelyet egy előző publikációban már részben bemutatunk (Pék 2013). A modellben a szerzők öt jól körülírható és követhető fázist különítenek el, és dinamikus folyamatnak tekintik azt a változást, amely során a családtag identitást fokozatosan felváltja, kiszorítja a gondozói identitás. Ezt a folyamatot jelentősen meghatározza a gondozott funkcionális állapotának fokozatos romlása, ápolási szükségletének egyre nagyobb arányú növekedése. Az előbbieket olyan nagy hatást gyakorolnak a gondozó és gondozott közötti kapcsolatra, hogy előidéznek a családi rendszer gyökeres átalakulását és ezek nyomán kialakul a családi gondozó identitásváltozása.

Az *első fázisban* a családi gondozás közegében az ápolási szükségletek nyomására kialakuló gondozói identitás az adott, már kialakult és megszilárdult családi szerepekből adódó megszokott identitástól különválik. A család működésében jól azonosítható szerepekből – mint amilyen a lány, feleség, férj – emelkedik ki a gondozói szerep.

Az Alzheimer-betegség korai fázisában jelentkező feledékenységgel és tájékozódási zavarral szembesülő hozzátartozó – jelen példánkban a megbetegedő anya leánya – fokozott gondoskodással reagál, segítséget nyújt a napi feladatok és szociális aktivitások megszervezésében, lebonyolításában. Ebben az első fázisban még nem jelenik meg gondozói identitásváltás, a lány már fokozottan gondoskodóvá válik, de mindezt még „családtag” identitással végzi.

A *második fázisban* már jellemzően tudatosodik a lányban, hogy gondozási aktivitása már a „normális” határon túllépett mind mennyiségben, mind minőségben. Ugyanakkor még megmarad az alapvető családtagi („A lányam vagyok anyámnak”) identitás anyjával kapcsolatban a gondozó–gondozott viszonylatban, amihez viszont már a gondozói szerep egyre markánsabban kapcsolódik („Lányként sokat segítek anyámnak”).

A *harmadik fázisban* a gondozott állapota alapvetően romlik a degeneratív betegség előrehaladtával. Gondozási szükségletei már jóval túl vannak azon a határon, ami egy „normális” családi helyzetben elfogadható lenne. Ettől a ponttól kezdve, amikor a családtag szerep fölül emelkedik a gondozói szerep, egyre jobban elnyomja, háttérbe szorítja az előbbi, és a gondozói szerep kezd a gondozottal kapcsolatban meghatározóvá válni. Mindez az ápolói identitás



megszilárdulásához vezet („Sokkal inkább vagyok az ápolója demenciában szenvedő, egyre magatehetetlenebb anyámnak, mint a lánya”). Ebben a fázisban kezd el a hozzátartozó egyre jobban foglalkozni külső, professzionális segítség, ellátás elfogadásával, vagy idősothtoni elhelyezéssel.

A *negyedik fázisban* a gondozó még többet foglalkozik a gondozott idősothtoni elhelyezésének lehetőségével. Ebben a fázisban a gondozói identitás már egyértelműen a családtag identitás fölé kerekedik, elnyomva azt, nyomasztóan elsődlegessé válva.

Az *ötödik fázisban* már teljes a gondozói identitás dominanciája. Ekkorra a családtag szerep és identitás teljesen háttérbe szorul. A gondozott családtaggal való kapcsolatot már az ápolási aktivitás uralja („Már csak az ápolója vagyok annak, aki az anyám volt valaha”).

A súlyos fokú demenciában szenvedő beteg ilyenkor többnyire már képtelen a családtagok felismerésére, azonosítására. Elveszti orientációs képességét térben és időben, saját identitását is „elfelejti”. Énje, személyisége szétesik. Gyakran ebben a fázisban következik be vagy egy másik gondozó családtagnál, vagy idős otthonban, elme-szociális otthonban történő elhelyezés. Ez a tehermentesítés teszi lehetővé a gondozó családtag számára, hogy visszatérjen a családi identitásához és képes legyen arra, hogy a gondozott hozzátartozóval való viszonylatában elsődlegesen újra családtagként határozza meg magát. Gyakori, hogy ismételten kialakul a *második fázisra* jellemző identitásviszony.

A Montgomery–Kosloski-modell alkalmas arra, hogy segítők szakemberek – szociális munkások, pszichológusok, trénerek, tanácsadók – számára a gondozó családtag támogatásában, annak gyakorlata kidolgozásában támpontokat, segítséget nyújtson.

ESETPÉLDÁK A HOZZÁTARTOZÓI CSOPORTBÓL

(Az itt szereplő keresztnevek nem azonosak a bemutatott csoporttagok keresztnevével)

Géza története

Általában a gondozói tevékenységeket, az ellátás zömét biztosító hozzátartozó, az elsődleges (primer) gondozó nő, akit szükség esetén a családban általában szintén női családtag vált.

Géza feleségét gondozza, aki hosszú évek óta szenved Alzheimer-típusú demenciában.

Felesége a degeneratív betegség súlyos fázisában van, a nap 24 órájában gondozásra szorul.

Az éjszakák és a nappalok is megterhelőek, mert a beteg alapszükségleteit sem tudja egyedül végezni, evésben, ivásban, öltözködésben, tisztálkodásban, szükségletei elvégzésében segítségre szorul. Géza gyakorlatilag egyedül, csekély otthoni segítséggel végzi hősies munkáját. Amikor a csoporttalálkozásokon szóba jön a tartós intézeti elhelyezés, elveti ennek lehetőségét, annak ellenére, hogy erőforrásai – saját észlelése szerint is – kezdenek kimerülni.

Többször is megfogalmazza, hogy a Kandia utcai gondozó szolgálat napközi otthonos ellátása nélkül nem bírná a megterheléseket. A csoport szinte az egyetlen lehetősége az otthonán kívüli társas együttlétre, a napközbeni tehermentesítés ad számára alkalmakat ügyeinek intézésére, bevásárlásra. A csoportfolyamatban „törzstagként” saját tapasztalatait rendszeresen átadja a résztvevőknek, egy olyan hiteles gondozói narratívát megosztva, amely a megpróbáltatások szenvedésterhét egyrészt megjeleníti, a betegség progressziójának állomásait nem titkolva, másrészt helytállásból, példaadásból is viselkedési mintát nyújt a többieknek. Az érzelmi többlet átadásán túl, amely az odaadó, egyben szenvedéssel teli gondozói „karrier” be-



mutatásánál is megnyilvánul, Géza a realitás kontrollt is képviseli a csoporttagok számára. Többek között azzal a többször is visszatérő figyelmeztetéssel, hogy a beteg hozzátartozóknál észlelt – sajnos csak átmeneti – jobb állapotot ne értékeljék tartós javulásként, ne gondolják azt, hogy ezek a reményteljes állapotok elveszett készségek teljes rekonstruálását jelentik, ne lépjenek „tanítói” vagy „tréneri” szerepbe, fejlődési ívben reménykedve.

Réka esete

Ő is „törzstagunkká” vált, az első években vett részt a csoportban, egészen az általa gondozott férje haláláig. Értelmiségi férje betegségéhez kezdettől fogva nagy optimizmussal és elkötelezettséggel viszonyult. Aktivitása és kezdeményezőkézsége pozitív energiákat adott a csoportnak is. Nyitott volt a szerepjátékokra és a témák dramatikus eszközökkel való bemutatására, és alkalmanként konferencián is vállalta a gondozási, ápolási tapasztalatainak közvetlen megosztását. Érdeklődő, támogató, empátikus viszonyulásával egyrészt modellt nyújtott a csoporttagoknak, másrészt mobilizálta is őket. Segítette a többieket a realitás felé orientálódni az Alzheimer-betegség elkerülhetetlen progressziójával való megküzdésben. Számára férje betegsége mint *kihívás* jelent meg és ez a családjával való még szorosabb együttműködéshez vezetett. Jó példáját adta annak az összefogásnak, amikor egy család a betegséggel való megküzdésben az érintett családtag és egymás segítségével az optimumon működik. Erőfeszítéseik közepette sem hiányzott mindennapjaikból a jókedv és a sokszor gyötrelmeket okozó megterhelések fölél emelkedés igyekezete. „Mindenbe belevisszük a humort és a játékoságot” hangzott el többször is egyik mottójuk. Mindezekből adódóan a családi színterük nem egy „elfekvő” részlegként, hanem saját magát is regenerálni képes rendszerként funkcionált.

Mária bemutatkozása

Egy alkalommal jelent meg a csoportban, ahová szinte megállíthatatlan panaszáraddal, keserűséggel és értetlenséggel érkezett. A csoport tapasztaltabb, „bölcsebb” és a demencia szindrómából következő nehézségeket már jobban ismerő és ezeket már elfogadhatóbban kezelő tagjainak pozitív szuggesztíói, megértő támogatása ellenére nehezen csillapodott.

Valójában magatartásával, érzelmi reakcióival is megjelentette, átadta, érzékelhetően eljátszotta demenciában szenvedő édesanyja értetlenségét, helyzetük elviselhetetlenségét.

A csoport „gyógyító” tagjai megnyilvánulásaikkal próbálták ellensúlyozni, enyhíteni Mária negatív érzelmeinek áradását, de ő ebben a helyzetben képtelen volt a segítséget elfogadni és bár bízunk abban, hogy a ventilláció, a fájó érzéseknek, keserűségnek a megfogalmazása segíthet, könnyíthet, többé nem jelent meg a csoportfoglalkozáson.

Rózsika egy másik kultúrából

Idősebb asszonyként Erdélyből érkezett és az anyai elfogadás, gondoskodás, ápolási készség kulturálisan is más alapozottságú viszonyulását képviselte. Pár alkalommal tudott csak részt venni a csoportban, debreceni gondozottjának ápolásáról való beszámolója alapján hitetlen formázta meg a megértést, és alkalmasint a belenyugvó lemondás spirituális háttérrel is támogatott gondozói gyakorlatát. A csoportban megnyugtatóan hatott a jelenléte és pozitív érzelmeiket és reményt sugárzó magatartása.



A TÁRSADALMI SZINTŰ TUDATOSÍTÁS SZÜKSÉGESSÉGE: KITEKINTÉS

A bemutatott hozzátartozói csoport részben párhuzamosan zajlott az általunk 2007 januárjában megindított debreceni Alzheimer Cafével és a résztvevők alkalmanként mindkét formációban részt vettek. Dolgozatunk végén röviden utalunk azokra a társadalmi szinten zajló kezdeményezésekre, történésekre, amelyek a demencia tudatos közösségek megteremtésére irányulnak.

A demencia szindrómával kapcsolatban kialakult és elterjedt hazánkban is az Alzheimer Café mozgalom. Magyarországon dr. Menyhárt Lajos 2014-ben indította az első Alzheimer Café-t a strasbourgi, nemzetközi hírű Marc Berthel geriáter professzor ösztönzésére. Azóta ez a formáció országsszerte elterjedt. A rendszeresen megtartott klubfoglalkozások folyamán az Alzheimer-kórbán vagy a demencia szindróma más formáiban szenvedőket és családtagjaikat segítik. A kávézási alkalmak nyitottak minden érdeklődő számára, akik többet akarnak megtudni az időskori szellemi leépülés tüneteiről, azok enyhítéséről, vagy segíteni szeretnék az ismeretségi körükben lévő betegeket. 2018. április 26-án Budapesten, a Csokonai Művelődési Házban, az Alzheimer Cafék I. Országos Találkozásán a szakmai konferencia után a szervezők felhívással fordultak az ország különböző településeiről érkezett résztvevőkhöz egy országos séta megszervezése érdekében, amit szeptemberre, az Alzheimer Világhónapra időzítettek. Az Alzheimer Cafék szervezőinek köszönhetően az ország több pontján mintegy harminc település csatlakozott a kezdeményezéshez. A séta mellett számos, a demenciával foglalkozó szakmai rendezvényt is tartottak. A séta szlogenje a „Nem vagy egyedül!” elterjedt, és máig is hatékonyan szerepel különböző, hasonló célú rendezvényeken.

Radvánszki Edit és Jobbágy Mária nevét is érdemes megemlíteni, mert a senior örmotán mozgalom és az Alzheimer Café formáció összekapcsolásával létrehozták a „Táncoljunk együtt a demenciával élőkért!” elnevezésű országos aktivitást (Jobbágy és Radvánszki, 2020).

A pandémia alatt az Alzheimer Cafék működése vagy szünetelt, vagy online formában valósult meg, ami nehezen felülírható frusztrációt jelentett a szervezőknek, a hozzátartozóknak, az érdeklődőknek egyaránt.

Magyarországon számos film is fókuszál a demencia szindrómával kapcsolatos történésekre, részben dokumentarista, részben játékfilm műfajban. Színpadri feldolgozás is készült és számos fórum egyre többször jeleníti meg a betegséget, amely a média különböző szegmenseiben is gyakrabban, de még mindig nem optimális gyakorisággal szerepel.

Jelen tanulmányban ezeknek az örvendetes folyamatoknak a további részleteit nem tárgyaljuk, jelentőségük és szerepük kiterjedtebb bemutatást, értékelést igényel és érdemel.

IRODALOM

- Barbócz, I. (2005): A kiégéshez vezető okok, a kiégés és megelőzésének lehetőségei a Családvédelmi Szolgálatot ellátó védőnők körében. Diplomamunka. Debrecen: DE Orvos és Egészségtudományi Centrum, Népegészségügyi Iskola
- Byrne, B. M. (1991): The Maslach Burnout Inventory. Validating factorial structure and invariance across intermediate, secondary and university educators. *Multivariate Behavioral Research* Vol. (26)4: 483–505. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr2604_2



- Fekete, S. (1991): Segítő foglalkozások kockázatai – Helfer-szindróma és burnout jelenség. *Psychiatriai Hungarica*, (6)1: 17–29.
- Harrach, A. – Schnell, E. (2008): Bálint-csoport és a bálinti szemlélet az orvoslásban. *Medicus Universalis*, (43)3: 107–111.
- Herr E. L. – Cramer S. H. (1992): *Career Guidance and Counseling Through the Life Span: Systematic approaches* (4th ed.) New York: Harper Collins Publishers.
- Jobbágy, M. – Radvánszki, E. (2020): Táncoljunk együtt a demenciával élőkért! *Szociálpolitikai Tükör*, (82)3–4: 149–162.
- Montgomery, R. J. V. – Kosloski, K. (2009): Caregiving as a process of changing identity: Implications for caregiver support. *Generations*, (33)1: 47–52.
- Montgomery, R. J. V. – Kosloski, K. (2013): Pathways to caregiver identity and implications for support services. In: R. C. Talley – R. J. V. Montgomery (eds.): *Caregiving across the life span: Research practice and policy* New York: NY: Springer Publishing Company, 131–156. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5553-0_8
- Pék, Gy. – Barbócz, I. – Molnár, P. (2007): Study on burnout phenomenon among Hungarian health visitor nurses of Family Protective Services. *International Journal of Rehabilitation Research*, (30) Suppl. 1, 70–71.
- Pék, Gy. (2013): Speciális kommunikációs és gondozási szükségletek az időskori kétnyelvűség-gel és idős családtagok gondozásával kapcsolatban. In: Kállai, J. – Kaszás B. – Tiringner I. (szerk.): *Az időskorúak egészségpszichológiája. Egyetemi tankönyv.* Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt., 289–302.
- Szabó, L. (2011): *Időskori demenciák családi, társadalmi és pszichológiai vonatkozásai.* Pszi Könyvek. Budapest: Akadémiai Kiadó.



A ritka betegségek szociálpolitikai jelentősége, a RIROSZ törekvései*

Pogány Gábor – Dupcsik Csaba

POGÁNY GÁBOR: Ritka és Veleszületett Rendellenességgel Élők Országos Szövetsége –
pogany@rirosz.hu

DUPCSIK CSABA: ELKH Társadalomtudományi Kutatóközpont, Szociológiai Intézet,
KRE BTK – dupcsik.csaba@tk.hu

ABSZTRAKT A 6000-8000 féle ritka betegség összességében népegészségügyi és szociálpolitikai problémát jelent. Jelen tanulmányban bemutatjuk a ritka betegségek különleges helyzetét, ezen belül a magyarországi állapotot és a javításának lehetőségeit. Egy Nemzeti Erőforrás Központ szükséges ahhoz, hogy javítsunk a ritka betegeket ellátó, különböző ágazatokhoz tartozó szolgáltatások rendszerének jelenlegi szervezetségén és hatásosságán, hogy felkészítsük az egészségügyi, oktatási, szociális szakembereket és a betegeket a legjobb ellátási gyakorlatok biztosítására és használatára. A tervszerű ellátás célja, hogy minden ritka beteg a lehető legrövidebb idő alatt kapjon diagnózist annak érdekében, hogy időben hozzáférhessen a szükséges ellátáshoz és támogatáshoz, végeredményben csökkentve a beteg és családja megpróbáltatásait és a társadalom terheit. A szükséges szemléletmód-változáshoz fontos a betegszervezetek szerepe, amire szintén jó példát szolgáltathat a ritka betegségek területe és a RIROSZ vállalt szerepe.

Kulcsszavak: ritka betegségek, Nemzeti Erőforrás Központ, Uni-Versum Központ, Ritka Betegek Szövetsége – RIROSZ

The social policy significance of rare diseases, the aspirations of RIROSZ

ABSTRACT The 6000-8000 type of rare diseases means a public health and socio-political problem overall. In this paper we introduce the special situation of rare diseases, especially the situation in Hungary, together with the possibilities of improvement. A National Resource Centre is needed to improve the current fragmentation of services belonging to different sectors, and enable patients and health, social and educational professionals to provide and use best practice care. This will ensure that all patients with rare disease can not only be diagnosed quickly, but also have timely access to the care and support that they need, resulting a decreasing burden of families and society. The role of patient organizations is vital for the necessary changing of attitude, and the area of rare diseases including the role of HUFERDIS are also good example for this.

Keywords: rare diseases, National Resource Centre, Uni-Versum Centre, Federation of Rare Diseases Patients – HUFERDIS

* Köszönet illeti a RIROSZ és a tagszervezetei képviselőit és vezetőit, valamint az Európai Ritka Beteg Szövetség (EURORDIS) szociális politikával foglalkozó akciócsoportja (SPAG) tagjait.



BEVEZETÉS

„Előbb csináld azt, ami szükséges,
utána azt, ami lehetséges, és máris azt fogod csinálni,
ami lehetetlen.”

Assisi Szent Ferenc

Az európai definíció szerint egy ritka betegségként diagnosztizált állapot legfeljebb egy embert érint 2000 főből (Aymé – Rodwell 2012), azaz Magyarországon legfeljebb kb. 5000 főt – tipikusan lényegesen kevesebbet – éríthet betegségenként. Ugyanakkor az Orphanet adatbázisa alapján 6172 ritka betegség létezik (Wakap et al. 2020: 165). S bár a szakirodalomban évtizedeken át elfogadottnak tekintett becslés szerint az össznépesség 6-8%-a érintett, lásd pl. Schieppati et al. 2008, Berman 2014: 3, vagy az alapvető kézikönyvnek számító Springer-féle *Rare Disease Epidemiology* javított kiadását is, Groft – Posada de la Paz 2017: 5, több szakértő rámutatott arra, hogy e becslés nincs érdemi adatokkal alátámasztva.¹ Egy frissnek számító tanulmányban Stéphanie Wakap és nyolc szerzőtársa „vitatja” (*challenge*) a fenti becslést, óvatosan *legalább* 3,5-5,9%-ra téve a ritka betegségekben szenvedők globális prevalenciáját (Wakap et al. 2020: 169).²

Már pusztán a következő paradoxon szemszögéből érdemes belemerülni ebbe a „számháborúba”: egyrészt a ritkaság nem csökkenti, hanem rendkívüli mértékben fokozza az egyéni szinten megjelenő problémákat; másrészt a ritka betegségek nagy száma miatt az egészségügyi és szociális problémák az osztársadalmi szinten is hatványozottan jelentkeznek. Visszatérve az abszolút számokhoz: a legfrissebb becslések alapján a 27 tagú Európai Unióban 15,6-26,4 millió ritka beteg³ élhet, a földrajzi értelemben vett Európában pedig 26,2-44,1 millió. (Ez utolsó megkülönböztetésnek van jelentősége, mivel a ritka betegek ellátására szakosodott uniós ellátóhelyeken gyakran találkozhatunk az EU-n kívülről érkező páciensekkel is.) Magyarországon a szűkebb értelemben vett érintettek⁴ száma legalább 342-576,4 ezer. A ritka betegségek nagy többsége (pontosan: 69,9%-a) kizárólag gyermekkorban jelentkezik először (Wakap et al. 2020: 165), illetve a ritka betegek mintegy negyede (pontosan: 25,7%-a) nagy eséllyel meghal még öt éves kora előtt, s további, jóval több mint egyharmaduk (pontosan: 36,8%) pedig az átlagnál rövidebb élettartamra számíthat (EURORDIS 2005: 32) – következésképpen a ritka betegséggel élők között felülreprezentáltak a gyerekek és a fiatalabb korosztály. Minden esettanulmány azt mutatja, hogy egy családtag – főleg, de nem kizárólag, ha gyerekről van szó – ritka betegsége tipikusan erősen befolyásolja a közvetlen családtagok életét is. Egy kutatás szerint a ritka betegséggel élők csaknem kétharmada (pontosan: 62%-a) naponta átlagosan több mint 2 órányi időt kénytelen a betegségéből vagy az abból adódó maradandó

¹ A becslés feltételezhető eredetét jelentő múlt századi amerikai jelentés az Egyesült Államok akkori népességének 4-8%-át sorolta a ritka betegségben érintettek csoportjába (NCOD 1989: xiii). Két évtizeddel később a Committee on Accelerating Rare Diseases Research and Orphan Product Development kötete még mindig leszövegezi ugyan, hogy „nem állnak rendelkezésünkre jól alátámasztott adatok a ritka betegségekben érintett emberek számáról”, ezt követően azonban ismerteti és hivatkozza a „szokásos” adatokat. Igaz, végül megismétli: „a becsléseket nem kísérték a források elemzése vagy érdemi hivatkozása” (Field – Boat 2010: 51).

² A világ legtekintélyesebb orvosi szaklapja, a *The Lancet Child & Adolescent Health* már az említett cikk publikálásának évében ugyanezt a becslést említette, igaz, a műfaj – szerkesztőségi cikk – miatt hivatkozás nélkül (2020).

³ A „ritka betegségben szenvedők” lenne a pontos megnevezés, de a továbbiakban, stilisztikai okokból szinonimának tekintjük a „ritka beteg” kifejezést is.

⁴ A megszorítás jelentőségét lásd később.



problémákkal kapcsolatos tevékenységekkel tölteni, 30%-uknál pedig ez az idő több mint 6 óra – naponta, átlagosan (Rare Barometer 2017: 11). Nyilvánvaló, hogy a leterheltség az esetek jelentős részében a hozzátartozókat is érinti. Ha az egyszerűség kedvéért abból indulunk ki, hogy Magyarországon a nem egyfős háztartásokban átlagosan 3,4 ember él, túlnyomó többségében egymás családtagjai, akkor a fenti összefüggések azt implikálják, hogy a ritka betegségekben – a szó tágabb értelmében vett – érintettek köre potenciálisan 1,1-1,9 millió embert is jelenthet. Ezért létezik az a paradox helyzet, hogy a sokféle betegség miatt számuk olyannyira jelentős, hogy *ők jelentik az egyik legnagyobb súlyos betegcsoportot*, és ezért népegészségügyi prioritást, valamint *az egyik legnagyobb fogyatékos csoportot is*. Ugyanakkor *számottevő hátrányt szenvednek a gyakoribb megbetegedésekhez képest a ritkaságból eredő plusz terhek miatt*. Elég csak arra gondolni, hogy a ritkaságból következően egy-egy konkrét betegséggel az egészségügyi dolgozók döntő többsége pályafutása során soha nem találkozott, így nem csoda, ha az első tünetek észlelése és a helyes diagnózis megszületése előtt *általában évek, akár évtizedek telnek el* (The Voice 2009: 43). Nyilvánvalónak tűnik, hogy egy Magyarország méretű országban a 6172 ritka betegség jelentős részében a szakértőnek tekinthető orvosok száma a néhány és a nulla között mozog, ami gyakran logisztikai problémákat vagy például a szakértők életrajzi eseményeinek (szülés és gyes, nyugdíj, külföldi munkavállalás stb.) való fokozott kiszolgáltatottságot is implikálhat.

A ritka betegségben szenvedők és családjaik tehát az esetleges társadalmi diszkriminációtól függetlenül is *egy hátrányos helyzetű kisebbség tagjainak* tekinthetők. S mint általában minden hátrányos helyzetű kisebbség esetében, itt is azt látjuk, hogy velük kapcsolatban a teljes népességet kiszolgáló intézményrendszer minden gyengesége – gyakran kiélezett formában – jelentkezik, miközben annak esetleges erősségei itt érvényesülnek a legkevésbé. Ezért egy a ritka betegséggel élő kliensekért dolgozó civil szervezet számára elsődleges cél az esélyegyenlőségük javítása. Az általános gyakorlat szerint az esélyegyenlőség az emberek specifikus szükségleteinek kielégítését jelenti úgy, hogy megszüntetjük a gátakat, melyek megakadályozzák a társadalomban történő teljes részvételüket. A ritka betegséggel élő emberek esetén ez olyan szociális lehetőségeket jelent, amikor biztosítjuk számukra az egyenlő hozzáférést a diagnózishoz, az egészségügyi és szociális ellátáshoz, kezeléshez, gondoskodáshoz.

Egy ritka betegséggel élő klienssel szembekerülő szakember vagy szervezet sokszor érezheti úgy, hogy a lehetetlenre vállalkozik, amikor segíteni próbál. Nehéz a dolga a döntéshozóknak is az általános információhiány miatt, ha megalapozottan szeretne döntéseket hozni, ellátást szervezni. Hasonló módon maga a beteg és családja is szinte lehetetlen dolgokkal birkózik, míg megtanul „térkép nélkül közlekedni egy sivatagban”.

Mindennek ellenére az utóbbi évtizedekben a szívós hazai és nemzetközi együttműködés eredményeként jelentős haladás történt ezen az előzőekben elhanyagolt területen is. Így bár a „sivatagba kerülést” nem tudjuk elkerülni, de térképet, szótárt és túlélő felszerelést már sokszor tudunk adni. Ezért tevékenykedik a Ritka és Veszélyeztetett Rendellenességgel Élők Országos Szövetsége, a RIROSZ is.



A KIHÍVÁS: PROBLÉMÁK AZ EGÉSZSÉGÜGY ÉS A SZOCIÁLIS ÜGY TERÜLETÉN

A ritka betegségek (RB) olyan életet fenyegető vagy krónikus rokkantságot okozó betegségek, amelyekkel való foglalkozás speciális, összetett feladatot jelent. Hiába szenvedhet egy-egy betegségben nagyon kevés érintett, összességükben a rendkívül heterogén, súlyos, multiszisztémás ritka betegek tehát nem ritkák, ezért kezeli az Európai Unió is kiemelt prioritásként a jo-gaik és esélyegyenlőségük biztosítását (Aymé – Rodwell 2012).

Sajnos az Európában alkalmazott BNO-10 rendszerben (Betegségek Nemzetközi Osztályozása) csak kb. 500 különböző ritka betegségnek vagy csoportnak van egyedi kódja, ezért a többi sok ezer a *statisztikáink és finanszírozási rendszereink számára láthatatlan*, akadályozva az optimális ellátásszervezést (Pogány 2017). Így sem a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK, régen OEP) sem a Nemzeti Népegészségügyi Központ (NNK, régen ÁNTSZ), sem pedig a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) adatbázisaiban nem szerepelnek.

A tüneti kezelések gyors fejlődése ellenére sajnos napjainkban a *ritka betegségek csupán 6%-a gyógyítható véglegesen*, azaz az oki terápia az esetek többségében nem megoldott (Orphanet Report Series 2020). Ezért sok esetben az egészségügy csak egy bizonyos pontig tud segíteni, azután már *csak a többi ágazat* (szociális, családügyi, oktatási, fogyatékosügyi, munkaügyi) képes az érintett családok életminőségén javítani. Az EC3 nevű összeurópai felmérés alapján megállapíthattuk, hogy az egészségügyre vonatkozó hazai adatok – néhány kivételtől eltekintve – az európai átlag közelébe esnek (Pogány 2010). Nem ez a helyzet a szociális ügyek terén, ahol a ritka betegséggel élő kliensekre vonatkoztatva egyik legrosszabb a helyzetünk a tagállamok között, mind a szociális ellátások elérhetősége, mind a velük való megelégedettség vonatkozásában. Sajnos a beteg és családja gyakran érezheti úgy, hogy a különböző ágazati labirintusokban (egészségügy, szociális szolgáltatások, oktatás, foglalkoztatás stb.) és közöttük, pingponglabdaként pattogatják a különböző szolgáltatók. A ritka betegséggel élők még a hasonló gondokkal küzdő gyakori krónikus betegekkel szemben is hátrányban vannak, mivel az ellátó rendszerek végfelhasználóit (a betegek és családjaik) vizsgáló tanulmány szerint a gyakori krónikus betegek problémás ellátásával való megelégedettség is 70%-ban jobb volt, mint a ritka betegséggel élők esetén (Rare Barometer 2021).

A szociális ügy terén a fentiek ellenére még sokszor ismeretlen a ritka betegséggel élő kliens fogalom. A szociális ellátó rendszer a klasszikus fogyatékos kategóriákkal foglalkozik, így a ritka betegséggel élő kliensek okozta kihívásokra nem mindig ad választ. A szociális ellátások többsége is BNO-hoz kötött (az ügyvitel gyorsítására), ezért a sok ezernyi ritka betegséggel élő első körben automatikusan elesik a lehetséges juttatásoktól. *Mindezekért szükség van egy ágazatközi információs és koordinációs központra*, hogy betegek és családjaik eligazodhassanak az egészségügyi és szociális stb. szolgáltatások labirintusában, és megkaphassák a szükséges személyre szabott ellátást.

Az egyenként keveseket érintő betegségek ismereteinek hiánya miatt kevés a hozzáértő szakember, a betegek egyáltalán nem, vagy későn (akár 30 év eltelte után) kapnak diagnózist, ezért megfelelő kezelésre sincs mód (Földvári et al. 2012). *A sok felesleges kezelés hatalmas terhet jelent a társadalom számára, míg a ritka betegséggel küzdők életét különösen a sorstársak, a megfelelő gyógyszerek, és az ellátás hiánya is nehezíti*. A betegeknek rosszak az életkilátásaik, jelentősen alacsonyabb a várható élettartamuk. Sok esetben önellátásra képtelenek, fo-



lyamatos felügyeletet és ápolást igényelnek, a felnőttkort megérők számos esetben képtelenek munkát vállalni. A súlyosság és gyógyíthatatlanság reményvesztettséghez vezethet, ezért a családok sokszor felbomlanak, nehéz gazdasági helyzetbe sodródnak, elszigetelődnek, a társadalom perifériájára szorulnak (Götz, I. – Götz, M. 2000). Így *jelentős társadalmi terhek jelentkeznek minden ágazat ellátórendszerében*, valamint az ellátórendszereken kívül (Linertová et al. 2017).

Ezért a problémák ilyen sokaságára *esetükben csak az integrált ellátás*, azaz a teljes körű, holisztikus megközelítés és multidiszciplináris, koordinált (egészségügyi, szociális, oktatási, foglalkoztatási stb.) ellátási mód hozhat eredményt. Azért is szükséges a jobb ágazatközi koordináció, mert az egyik ágazatban végzett jó munka a másik ágazatban eredményezhet megtakarítást (Rashdan – Brodsky 2020). *Ezért került az integrált ellátás hazánk második Ritka Betegségekkel foglalkozó Nemzeti Tervének középpontjába* (melynek a kidolgozása most zajlik). A nemzetközi példák alapján *az integrált ellátás és koordináció fő letéteményese egy ún. Nemzeti Erőforrás Központ létrehozása*, mely a RIROSZ jelenlegi legfontosabb célkitűzése.

A ritka betegséggel élő kliensekre jellemző egyenlőtlenségnek és az emberi jogok sérülésének felismerése a nemzetközi jogalkotásban is nyomon követhető. Michelle Bachelet (2019), az ENSZ Emberi Jogi Főbiztosa jelentésében kiemeli: „...az egészségügyi ellátás és szolgáltatások elérhetősége továbbra is alacsony, és minőségük gyenge, különösen a kapcsolódó károsodások tekintetében. A ritka betegségek gyakran megbélyegzést és megkülönböztetést vonzanak, és sok ritka betegségben szenvedő személyt kizárnak a foglalkoztatásban való részvételből, valamint a társadalomba történő teljes és produktív beilleszkedésből.” Az alábbi felsorolás mutatja az utóbbi évek fontosabb dokumentumait ezen a területen a teljesség igénye nélkül:

- Az EU Bizottság közleménye a hatékony, hozzáférhető és alkalmazkodóképes egészségügyi rendszerekről, 2014;
- Európai fogyatékosügyei stratégia (2010–2020): egy megújított elkötelezettség az akadálymentes Európa megvalósítása iránt, 2010;
- ENSZ 17 fenntartható fejlesztési célja, 2015;
- Ritka betegségek: az egyik legjelentősebb kielégítetlen egészségügyi szükséglet, EU-publikáció, 2017;
- Szociális Jogok Európai Pillére, 2017;
- Tokiói ENSZ nyilatkozat az egyetemes egészségügyi ellátásról, 2017;
- Az EU Bizottság közleménye az egészségügy és az ellátás digitális átalakításának a digitális egységes piacon való lehetővé tételéről, 2018.

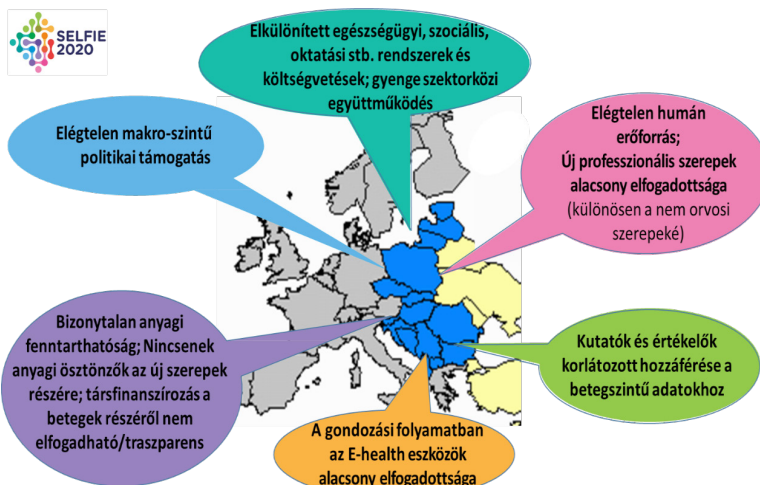
Az integrált ellátás sikeréhez szükséges tényezőket mérte fel az Európai Unió Egészségügyi Rendszerek Hatékonyságát Felmérő Szakértői Csoportja 2017-ben, melyeket az első ábra foglal össze.



1. ábra Az integrált ellátás sikeréhez szükséges tényezők

Forrás: BLOCKS. Tools and methodologies to assess integrated care in Europe. Report by the Expert Group on Health Systems Performance Assessment. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2017_blocks_en_0.pdf

Tekintettel a téma fontosságára, a krónikus multimorbid betegek több szolgáltató együttműködésével megvalósuló integrált ellátási modelljeit vizsgáló újabb európai uniós projekt, a SELFIE 2020 program született <https://www.selfie2020.eu/>. Ennek keretében több hazai workshop is lezajlott, megvitatta az értékelhető magyarországi programokat vagy modellkísérleteket, valamint a SELFIE konzorcium többi országában azonosított projekteket és azok relevanciáját a hazai egészségügyi rendszerben. Így a RIROSZ kezdeményezésére megvitatásra került a Ritka Betegségek Nemzeti Erőforrás (Uni-Versum) Központja létrehozásának lehetősége is. A program keretén belül azonosították az integrált ellátás fő gátjait az EU közép- és kelet-európai országai érintett érdekcsoportjainak közreműködésével, amit a következő ábra mutat.



2. ábra Az integrált ellátás fő gátjai az EU közép- és kelet-európai országaiban
 Forrás: Pitter, J. et al. 2019

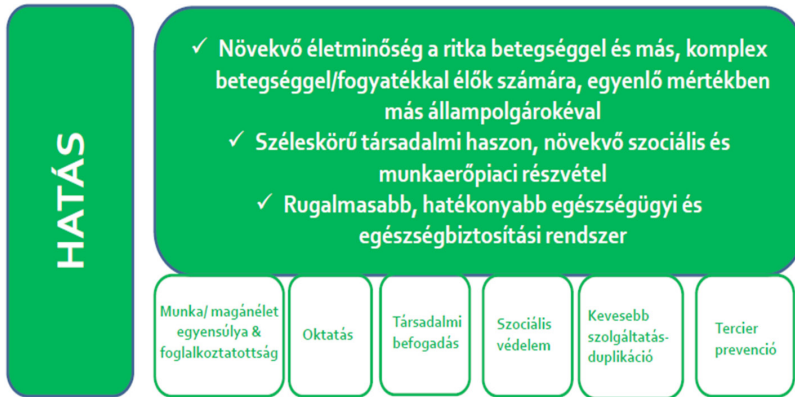
Az Európai Ritka Beteg Szövetség (EURORDIS) szociális politikával foglalkozó akciócsoportja megfogalmazott egy ajánlást a ritka betegek holisztikus, személyközpontú ellátásáról. Ebben a ritka betegséggel élők és gondozóik mindennapi teljesítetlen szükségletei ellátásához három fő pillért különítettek el:



3. ábra A ritka betegséggel élők ellátásának pillérei
 Forrás: Achieving Holistic Person-Centred Care to Leave No One Behind. A position paper by EURORDIS and its Members | May 2019. <https://www.eurordis.org/carepaper>



Ha a fenti tevékenységeket sikerül megvalósítani, akkor a holisztikus integrált ellátásnak a következő eredményei várhatók:



4. ábra A ritka betegséggel élők integrált ellátásának várható eredményei

Forrás: Achieving Holistic Person-Centred Care to Leave No One Behind. A position paper by EURORDIS and its Members | May 2019. <https://www.eurordis.org/carepaper>

Sajnos az integrált ellátás megvalósításához szükséges ágazatközi együttműködést számos gátló tényező nehezíti:

- Rengeteg a bürokratikus akadály;
- Nem kompatibilis és nem interoperábilis adatbázisok, regiszterek stb.;
- Nem felhasználóbarát programok (pl.: CPMS Clinical Patient Management System);
- Elkülönült információk, finanszírozási silók.

Ezért is fontos a tervezett Erőforrás Központ információs és koordinációs szerepe.

A RITKA BETEGSÉGEK NEMZETI ERŐFORRÁS (UNI-VERSUM) KÖZPONTJA A MEGOLDÁSI RENDSZER LEGFONTOSABB ELEME



UNI-VERSUM

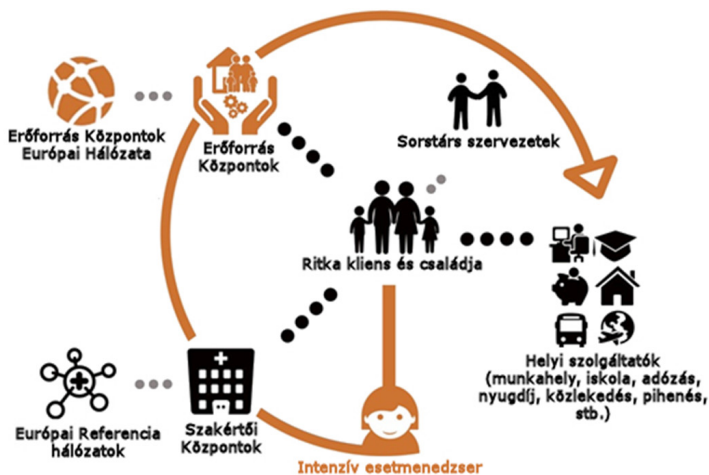
A fentiek alapján, a nemzetközi gyakorlatnak (Council Recommendation 2009) és a Ritka Betegségekre vonatkozó Nemzeti Tervünknek megfelelően, Románia és Horvátország után hazánkban is fontos cél ennek a Központnak a létrehozása. *A nemzet érdeke, hogy növeljük a Kárpát-medencében élő ritka betegségekben szenvedő magyarok esélyét a korábbi diagnózisra és megfelelő ellátásra, ezáltal jelentősen javítva mind ezen egyének és családjaik helyzetén, mind pedig a társadalom egészségügyi forrásainak felhasználásának hatékonyságán.* Fő cél, hogy megfelelő szakmai gárdával, a sérült vagy hiányzó funkciók minél korábbi felismerésre, gyógyításra, (re)habilitációra kerülhessenek. Az integrált megközelítési módot ún. koordinációs csoport esetmenedzselésével valósítja meg.



Az EU több éves InnovCare programjában (<https://innovcare.eu>) a gyakorlat során határozták meg az intenzív esetmenedzser szerepeit az Erőforrás Központban dolgozó koordinációs csoport tagjaként:

- Egyedi, stabil kapcsolat
- Meghallgat, informál, megerősíti a beteget és családját
 - Tudást, eszközöket ad, létező erőforrásokhoz vezet
 - Elősegíti az egészségügyi műveltséget és a kezeléseket betartását
 - Csökkenti a gondozási terheket
- Felméri, monitorozza, megfigyeli a szükségleteket
- Holisztikus, betegközpontú gondozás-tervezés és koordináció:
 - Egyszerűsíti a kliensutakat, folyamatos támogatást nyújt a betegnek, a családnak és a szakembereknek
- Az információ és a tudás középpontja – jellemző a magas szakmai követelményszint (képzettségi szint, felkészültség, az adott klienscsoportra vonatkozó speciális többlettudás, kompetencia)
- Tájékoztatja, támogatja és megerősíti a gondozásban résztvevő szakembereket
- A szolgáltatók közötti koordináció megkönnyítése, szolgáltatói hálózatok szervezése
- Az elkerülhető magas kockázatú helyzetek megelőzése és az egészségügyi szolgáltatások túlzott, szükségtelen igénybevételének korlátozása
- Olyan munkamódszerek kidolgozása, amelyek támogatják a betegek és családok megerősítését

A Központ tevékenységével jelentős terhet vesz le az ellátórendszerekről, biztosítva a betegeknek a megfelelő belépési pontok, kliensutak kiválasztását. Részt vesz az egészségügyi és a szociális, a helyi és a nemzeti, európai szolgáltatások közötti rések áthidalásában, javítva a ritka vagy komplex betegségekkel élők számára nyújtott szolgáltatásokat, ahogy az alábbi ábra mutatja:



5. ábra Az erőforrás központok helye a ritka betegséggel élők integrált ellátásában

Forrás: Presentation: Bridging the gaps between health, social and local services to improve care of people living with rare and complex conditions (2018).
<https://innovcare.eu/innovcare-project-presentation/>



Az Erőforrás Központ jellemzői:

- a Központ célja egy *egyablakos, személyközpontú, integrált szolgáltatás* nyújtása a *melevő emberi erőforrásokhoz tartozó (egészségügyi, szociális, családügyi, oktatási, foglalkoztatási stb.) szolgáltatások kiegészítésére és összehangolására.*
- *Ágazatközi információs és koordinációs csomópont* az egészségügyi és szociális ellátási, kutatási és oktatási területek között, a legújabb digitális eszközöket használva.
- Csökkenti a hatástalan vagy nem megfelelő kezelések számát, redukálja a diagnosztikai késedelmet, mérsékli a többszörös, ismételt, szükségtelen egészségügyi kezelések gyakoriságát s így *jelentősen növeli a költséghatékonyságot.*
- *Holisztikus és specifikus szolgáltatásokat és támogatásokat nyújt*, hidat képezve a betegek és családjaik, valamint a különböző érintett szakmák, szolgáltatások és szakemberek között, *javítva a kliensút szervezést.*
- Részt vesz az irányelvek, jó gyakorlatok, képzések, oktatási lehetőségek kidolgozásában.
- Tréningeket és oktató kurzusokat szervez, lebonyolít, mint *tudáskezelési csomópont.*
- A jó gyakorlatokat alkalmazza, megosztja, valamint részt vesz a harmadlagos megelőzésben iránymutatások révén.
- Mindehhez együttműködik az összes ágazat minden kapcsolódó érdekcsoportjával és szervezetével hazai és nemzetközi téren egyaránt. E kapcsolatrendszer részei lehetnek pl. a 6. ábrán látható intézmények, szervezetek.



6. ábra Az erőforrásközpont kapcsolatrendszere

Forrás: Saját szerkesztés



A Központ jelenleg legvalószínűbb helyszíne az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet, ahol zöldmezős beruházásként valósulna meg (1121 Budapest, Korányi Frigyes út 1.), melyet az Intézet és az EMMI vezetése is támogat.

A Központ létesítéséhez szükséges Megvalósíthatósági Tanulmány elkészítése most folyik. A Központ új módszereket, szemléletet vezet be a meglévő rendszerek kiegészítésére, ezért ún. diszruptív innovációnak tekinthető. Ez az egészségügyben olyan típusú innováció, amikor új hálózatokat és új szervezeteket hozunk létre, új értékkezleten alapulva, új szereplők bevonásával, ami lehetővé teszi az egészségügyi eredmények javítását, és egyéb értékes célok jobb elérését, mint pl. az esélyegyenlőség vagy a hatékonyság.

Az intézmény része egy akadálymentes, 20 ágyas szállóhely a megfelelő kiszolgáló egységekkel (speciális étkező diétázóknak stb.), ahol a családok a fejlesztések mellett iránymutatást kapnak az integrált ellátási lehetőségekről, helyekről. Egyhetes „tanfolyamon” a család minden tagja személyre szabottan azt is megtanulja, hogyan kell együtt élni az adott beteggel/betegséggel.

A Központ *azonnal belépne a RareResourceNet-be*, az Európai Ritka Betegségek Erőforrás Központjai Hálózatába, mely az egészségügyben tevékenykedő Európai Referencia Hálózatok széles értelemben vett szociális területen működő partnerhálózata.

KÖVETKEZTETÉS

Az áttekintett adatok bemutatták, hogy mind hazai, mind pedig európai téren súlyos nehézségekkel kell a ritka betegséggel élőknek megküzdeniük, rámutatva a beavatkozást igénylő területekre. A sokszor gyógyíthatatlan és sok szenvedéssel járó ritka betegségek érintettjei nemcsak a társadalom többségével, hanem a többi beteggel szemben is hátrányos helyzetben vannak, az általános információhiány és következményei miatt. Ugyanakkor nekik is joguk van a többiekével azonos esélyű gyógyuláshoz az igazságosság, egyenlőség és szolidaritás elve alapján.

A számukra szükséges holisztikus, integrált ellátás és koordináció fő eleme a nemzetközi tapasztalatok alapján is a Ritka Betegségek Nemzeti Erőforrás (Uni-Versum) Központjának létrehozása. Ez a személyközpontú, „egyablakos” új szolgáltatás kiegészíti a meglévő emberi erőforrásokhoz tartozó (egészségügyi, szociális, családjogi, oktatási, foglalkoztatási stb.) szolgáltatásokat. Az ágazatközi koordináció javításával csökkenti az egészségbiztosítás és szociális ellátás költségeit. A források sokkal hatékonyabb felhasználásával a kormányzat minimális ráfordítással, a rendszerben meglévő források racionalizálásával maximális hasznosulást érhet el. Ehhez a RIROSZ és tagszervezetei minden területen a lehető legnagyobb mértékben igyekszik hozzájárulni.



IRODALOM

- Aymé, S. – Rodwell, C. (eds.) (2012): 2012 report on the state of the art of rare disease activities in Europe of the European Union Committee of Experts on Rare Diseases. Part I.: Overview of rare disease activities in Europe. European Union, Luxemburg.
<https://doi.org/10.2772/50554>
- Berman, Jules J. (2014) Rare Diseases and Orphan Drugs: Keys to Understanding and Treating the Common Diseases. London – Waltham, MA – San Diego, CA: Academic Press.
- Council Recommendation of 8 June 2009 on an action in the field of rare diseases. Official Journal of the European Union, C151, 7–10.
- EURORDIS (2005): *European Conference on Rare Diseases. Luxembourg 21–22 June 2005*. Brussels: EURORDIS: Rare Diseases Europe. Available:
<https://www.eurordis.org/IMG/pdf/EN-ECRDtotal-2.pdf> (utolsó letöltés: 2021.04.21.)
- Field, Marilyn J. – Boat, Thomas F. (eds.) (2010): *Rare Diseases and Orphan Products: Accelerating Research and Development*. Washington DC: The National Academies Press.
<https://doi.org/10.17226/12953>
- Földvári, A. – Szy, I. – Sándor, J. – Pogány, G. – Kosztolányi Gy. (2012): Diagnostic delay of rare diseases in Europe and in Hungary. [A ritka betegségek diagnosztikájának késedelme Európában és Magyarországon.] *Orv. Hetil.*, 153(30): 1185–1190.
<https://doi.org/10.1556/OH.2012.29418>
- Götz, I., Götz, M. (2000): Cystic fibrosis psychological issues. *Paediatric Respiratory Reviews*, 1, 2, 121–127. <https://doi.org/10.1053/prrv.2000.0033>
- Groft, Stephen C. – Posada de la Paz, Manuel (2017): Rare Diseases: Joining Mainstream Research and Treatment Based on Reliable Epidemiological Data. In: Posada de la Paz, Manuel – Taruscio, Domenica – Groft, Stephen C. (eds.): *Rare Diseases Epidemiology: Update and Overview*. Second Edition. Cham: Springer, 3–21.
<https://doi.org/10.1007/978-3-319-67144-4>
- Linertová, R. – García-Pérez, L. – Gorostiza, I. (2017): Cost-of-Illness in Rare Diseases. In: Posada de la Paz, M. – Taruscio, D. – Groft S. (eds): *Rare Diseases Epidemiology: Update and Overview. Advances in Experimental Medicine and Biology*, vol 1031. Springer, Cham, 283–297. https://doi.org/10.1007/978-3-319-67144-4_17
- NCOD (National Commission on Orphan Diseases) (1989): *Report of the National Commission on Orphan Diseases*. Rockville, MD: Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services. https://rarediseases.info.nih.gov/files/report_of_the_national_commission_on_orphan_diseases_february_1989.pdf (utolsó letöltés: 2021. 04.21.)
- Orphanet Report Series – Lists of medicinal products for rare diseases in Europe. November 2020.
http://www.orpha.net/orphacom/cahiers/docs/GB/list_of_orphan_drugs_in_europe.pdf (utolsó letöltés: 2021.04.21.)
- Pitter, J., et al. (2019): Transferability of most promising ICC models, financial incentives, and performance monitoring to Central and Eastern Europe (CEE).



- <https://ec.europa.eu/research/participants/documents/downloadPublic?documentIds=080166e5c708935f&appId=PPGMS> (utolsó letöltés: 2021.04.21.)
- Pogány, G. (2010): The present situation of rare diseases in Central/Eastern Europe? The role of patient organisations. *Orphanet J. Rare Dis.*, 5(Suppl 1), O30.
<https://doi.org/10.1186/1750-1172-5-S1-O30>
- Pogány, G. (2017): A ritka betegségek ellátásának aktuális kérdései. *Orv Hetil.* 158(47): 1851–1856. <https://doi.org/10.1556/650.2017.30908>
- Rare Barometer (2017): *Juggling care and daily life: The balancing act of the rare disease community: A Rare Barometer survey*. Paris: EURORDIS (Paris Office). Available: http://download2.eurordis.org.s3.amazonaws.com/rbv/2017_05_09_Social%20survey%20leaflet%20final.pdf (utolsó letöltés: 2021.03.20.)
- Rare Barometer (2021): Improve our experience of health care! Available at: https://download2.eurordis.org/rbv/HCARE/HCARE_FS_long.pdf. (utolsó letöltés: 2021.04.21.)
- Rashdan, O., Brodszky, V. (2020): Productivity Loss in Patients With Chronic Diseases: A Pooled Economic Analysis of Hungarian Cost-of-Illness Studies. *Value in Health Regional Issues.* 22(C): 75–82. <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2020.07.572>
- Schieppati, A. – Henter, JI. – Diana, E. – Aperia A. (2008): Why rare diseases are an important medical and social issue. *Lancet*, 371: 2039–2041.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60872-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60872-7)
- The Lancet Child & Adolescent Health (2020): Rare diseases: clinical progress but societal stalemate. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(4): 251.
[https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(20\)30062-6](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(20)30062-6)
- The Voice (2009): *The Voice of 12,000 Patients. Experiences and Expectations of Rare Disease Patients on Diagnosis and Care in Europe. A report based on EurordisCare2 and EurordisCare3 Surveys*. Boulogne-Billancourt: EURORDIS: Rare Diseases Europe. http://www.eurordis.org/IMG/pdf/voice_12000_patients/EURORDISCARE_FULLBOOKr.pdf (utolsó letöltés: 2021.03.20.)
- Wakap, S. N. – Lambert D. M. – Olry, A. – Rodwell, C. – Gueydan, C. – Lanneau, V. – Murphy, D. – Cam, Y. L. - Rath, A. (2020): Estimating cumulative point prevalence of rare diseases: analysis of the Orphanet database. *Eur. J. Hum. Genet.*, 28: 165–173.
<https://doi.org/10.1038/s41431-019-0508-0>



Hajléktalan emberek pszichoaktív szerhasználata

Paksi Borbála – Magi Anna – Gurály Zoltán

PAKSI BORBÁLA: ELTE Neveléstudományi Intézet; Viselkedéskutató Társadalomtudományi és Szolgáltató Kft. – paksi.borbala@viselkedeskutato.hu

MAGI ANNA: ELTE Pszichológiai Intézet; ELTE Pszichológiai Doktori Iskola – magi.anna@ppk.elte.hu

GURÁLY ZOLTÁN: Menhely Alapítvány; Február Harmadika Munkacsoport – zoltan.guraly@gmail.com

ABSZTRAKT A tanulmány a lakossági vizsgálatokból kimaradó, ugyanakkor a rendelkezésre álló szakirodalmi adatok alapján a pszichoaktív szerek használata szempontjából különösen veszélyeztetett, speciális társadalmi csoportok egyikének, a hajléktalan embereknek a drogfogyasztásával és egyéb pszichoaktív szerhasználatával foglalkozik. Magyarországon 2007 februárjában, a fővárosban készült az első olyan kutatás, amely célzottan vizsgálta a hajléktalan populáció drogerintettségét, droghasználati szokásait. Ezt követően egy évtizeden keresztül nem készült hasonló vizsgálat. A tanulmányban bemutatásra kerülő kutatás – Európában egyedülálló módon – országos reprezentatív mintán készült, a hajléktalan populáció legjobb becslését adó, „Február Harmadika (F3)” kutatássorozat 2017-es adatfelvételéhez kapcsolódva, az általános populációs adatfelvételekben is alkalmazott nemzetközi ajánlásokat megjelenítő ún. modellkérdőív felhasználásával. Az alkalmazott módszertan biztosítja az eredmények kiterjeszhetőségét a magyarországi hajléktalan emberekre, továbbá lehetővé teszi az adatok általános populációs kontextusban való értelmezését, a hajléktalan emberek speciális szerhasználati jellemzőinek azonosítását, valamint az elmúlt 10 év fővárosi tendenciáinak felvázolását. 2007-ben még azt mondhattuk, hogy a drogokkal való kapcsolatba kerülés tekintetében a fővárosi hajléktalan emberek kitétsége átlagosnak tekinthető, csak szerhasználati szokásaik veszélyesebbek, mint általában a lakosságé. A tanulmányban bemutatott kutatási eredmények alapján azonban azt láthatjuk, hogy 10 évvel később a hajléktalan emberek droghasználati kitétsége már többszöröse az általános népességben tapasztalhatónak, s a fogyasztásuk továbbra is fokozottan kockázatos.

Kulcsszavak: droghasználat, egyéb pszichoaktív szerhasználat, hajléktalan populáció

Psychoactive substance use by homeless people

ABSTRACT The study addresses the drug and other psychoactive substance use of one of the special social groups, homeless people, who are excluded from population-based studies but are particularly vulnerable to the use of psychoactive substances based on the available literature. The first research in Hungary targeting the drug involvement and drug use habits of the homeless population was carried out in February 2007 in the capital, Budapest. After that no similar study was conducted for a decade. The research presented in the study is based on – in a unique way in Europe – a nationally representative sample of the “February Third (F3)” research series in 2017, which gives the best estimate of the homeless population. The questions applied to measure substance use were based on the recommendation of European Model Questionnaire for general population surveys. The applied methodology ensures the extensibility of the results to homeless people in Hungary, allows the interpretation of data in the context of the general population, the identification of special substance use characteristics of homeless people, as well as the outlining of the trends of the capital over the previous 10 years. In 2007, we could say that the exposure to drugs of homeless people in the capital could be considered average, only their substance use habits were more dangerous than those of the general population. However, 10 years later



based on the results presented in the study, even the exposure of homeless people to drug use is several times higher than in the general population, and their use is still at increased risk.

Keywords: drug use, other psychoactive substance use, homeless population

1. BEVEZETÉS – A TANULMÁNY CÉLJA

A társadalom szerhasználatának átfogó becslésére szolgáló általános populációs kutatások során kimaradhatnak vagy alulreprezentáltak válhatnak bizonyos rejtőzködő vagy egyéb ok miatt nehezen elérhető társadalmi csoportok. Ezek sok esetben pszichoaktív szerhasználat tekintetében is speciális helyzetű és/vagy nagy kitettségű csoportok. Az egyik ilyen, a lakossági vizsgálatokból kimaradó társadalmi csoport, a hajléktalan populáció.

A hajléktalanság és drogfogyasztás kapcsolatával foglalkozó elemzések egyik típusa a drogfogyasztók lakhatási problémái felől közelíti a droghasználat és a hajléktalanság összefüggését, a másik megközelítés pedig a hajléktalan populáció drogerintettségének feltárására fókuszál. Mindkét megközelítés kihívásokkal teli. A kihívások egy része a hajléktalansággal és/vagy a pszichoaktív szerhasználattal kapcsolatos fogalomhasználatához, illetve a fogalmak gyakorlati alkalmazásához köthető¹, de a hajléktalan és a droghasználó populáció rejtekező volta miatt nehézségekbe ütközik a droghasználó vagy a hajléktalan populáció azonosítása, az abból való mintavétel is. Ezek a nehézségek számos, az adatok érvényességével, illetve megbízhatóságával, az eredmények értelmezésével és általánosíthatóságával kapcsolatos problémával terhelik a hajléktalan emberek szerhasználatának megismerését.

A hajléktalan populációban 2000 és 2017 (Paksi – Gurály – Arnold – Schmidt – Breitner 2008, Paksi – Magi 2017) közötti időszakban az Európai Unió országaiban készült kutatások szisztematikus áttekintése alapján azt látjuk, hogy gyakorlatilag nincs olyan vizsgálat, mely országos reprezentatív mintán, célzottan a pszichoaktív szerhasználatra vonatkozó, drogepidemiológiai adatokkal szolgál a hajléktalan populáció szerhasználatáról. A lokális mintán – a hajléktalan populációs bizonyos szegmenseiben, egy-egy kisebb területen – vagy egy-egy szolgáltató klienskörében készült kutatások körében sem tudtunk célzottan drogepidemiológiai adatokkal szolgáló kutatást azonosítani. A kutatások fogalomhasználatát nem egységes a célpopuláció vonatkozásában, sok esetben nem az ETHOS tipológiarendszerrel kompatibilis definíciókat alkalmaznak a hajléktalan populáció meghatározása során. Definíciós problémák azonosíthatók a pszichoaktív szerhasználattal kapcsolatos kérdések vonatkozásában is. A kutatások nem alkalmazzák az addiktológiai kutatások tekintetében megfogalmazott nemzetközi ajánlások (EMCDDA 2002, 2015) módszertani standardjait és fogalomkészletét, így nem

¹ Az Európai Hajléktalanellátók Egyesülete (FEANTSA) 2005-ben kidolgozott ugyan egy egységes definíciós struktúrát, az ún. ETHOS (*European Typology on Homelessness and housing exclusion*) tipológiát (Bill – Henk 2006), amely a hajléktalanság különböző megjelenési formáit, illetve az egyes hajléktalan élethelyzetek szerint négy kategóriába sorolja a hajléktalanokat: fedélnélküliek (közterületen, éjjeli menedékhelyen élők), lakástalanok (hajléktalanszállón, átmeneti szállón élők), bizonytalan/veszélyeztetett (nincs bérleti jogviszony, kilakoltatási végzés, bántalmazás), illetve elégtelen (ideiglenes építmény, alkalmatlan lakás) lakhatási körülmények között élők. Azonban a hajléktalan populáció különböző szegmensei közötti mozgás, a populáció térbeli és időbeli változékonysága okán a különböző hajléktalan definíciók gyakorlati alkalmazása nem egyszerű feladat (Bényei – Gurály – Györi – Mezei 2000, Dávid – Snijders 2000).



csak a hajléktalan populáción végzett kutatások összehasonlítása, de azok normál populációs kontextusban való értelmezése is rendkívül problematikus.

Magyarországon is a jelen tanulmányunk alapját képező kutatás az első országos reprezentatív mintán készült, célzottan a hajléktalan populáció drogérintettségét, droghasználati szokásait vizsgáló kutatás, ami lehetőséget ad országosan érvényes állítások megfogalmazására a hajléktalan emberek droghasználatával kapcsolatosan. Ezt megelőzően 2007-ben, a fővárosi hajléktalanok körében készült Magyarországon először olyan drogepidemiológiai kutatás, amely a hajléktalanság és droghasználat viszonyát a hajléktalan populáció érintettsége oldaláról közelítette meg (Paksi et al. 2008, Paksi – Arnold – Schmidt – Gurály – Breitner 2010). A kutatás rámutatott, hogy a fővárosi hajléktalan emberek drogokkal való kapcsolatba kerülésének kockázata ugyan az általános populációéval megegyező, azonban a problémás/kockázatos droghasználatra utaló magatartások tekintetében különösen veszélyeztetettnek tekinthetők. A fővárosban élő, drogokkal már kapcsolatba került hajléktalan emberek körében a marihuána/hasis használat kevésbé jelentett önálló fogyasztási kategóriát, az egyéb drogok elterjedtsége relatíve magasabb, a folyamatos használat kockázata többszöröse az általános populációban tapasztaltnak, azaz a kilépés esélye jóval kisebb, s a hajléktalan droghasználók esetében gyakrabban jelentkeztek a drogfogyasztás okozta következményes károsodások, mint az általános népességhez tartozó drogfogyasztóknál.

A hajléktalan droghasználók relatíve kockázatosabb droghasználó magatartása nem magyarországi sajátosság. Ugyan – mint említettük – a hajléktalanok drogfogyasztásáról a más európai országokból rendelkezésre álló adatok az alkalmazott módszerek heterogenitása miatt igen nehezen összehasonlíthatók, mindazonáltal a különböző országokban az általános populációhoz képest a hajléktalanok droghasználatának sajátosságai tekintetében megmutató tendenciák meglehetősen egybehangzóak (Paksi et al. 2008).

Tanulmányunk az első, a hajléktalan emberek országos reprezentatív mintáján készült célzott drogepidemiológiai vizsgálat eredményeit mutatja be, a hajléktalanság és droghasználat viszonyát a hajléktalan populáció érintettsége oldaláról közelítve. A kutatás célja a magyarországi hajléktalan populáció drog- és egyéb pszichoaktív szerhasználatának vizsgálata, ezen belül a következő célokat fogalmaztuk meg:

- i. A hajléktalan populáció drogérintettségének becslése.
- ii. A populációban jellemző fogyasztási szokások (szerhasználati mintázatok, együttfogyasztások, veszélyeztető fogyasztási típusok) leírása.
- iii. A hajléktalan droghasználók társadalmi jellemzői (alapvető demográfiai jellemzők, a hajléktalan társadalom egyes alcsoportjaiba való tartozás stb.) mentén jelentkező mintázatok feltárása.
- iv. A hajléktalan populáció egyéb pszichoaktív szerhasználatára elterjedtségének (alkoholfogyasztás, dohányzás, visszaélészerű gyógyszerhasználat, inhaláns-használat) vizsgálata.
- v. A hajléktalan populáció drogérintettségében, fogyasztási szokásaiban és a kockázati tényezőkben mutatkozó tendenciák becslése.
- vi. A hajléktalan populáció szerhasználati szokásaiban – az általános népességre vonatkozó adatok kontextusában – megjelenő sajátosságok azonosítása.

Tanulmányunkban – a felhasznált adatok módszertani hátterének ismertetését követően – az eredmények bemutatása során a célok szerinti struktúrát követjük.



2. FELHASZNÁLT ADATOK, A KUTATÁS MÓDSZERE

A prevalenciabecslés, illetve az adatok időbeli és más populációk kontextusában való értelmezése miatt az adatfelvétel során alkalmazott metodika megválasztását egyrészt a reprezentativitást biztosító mintavétel megvalósítására való törekvés, valamint a drogepidemiológiai kutatások során általában alkalmazott nemzetközi standardok és hazai hagyományok érvényesítése határozta meg.

A kutatás adatfelvétele – az egy évtizeddel korábbi, 2007-es kutatásunk során kimunkált (Paksi et al. 2008, 2010) módszertanhoz hasonlóan – omnibusz jelleggel a hajléktalan populáció legjobb becslését adó, nagy hazai hagyományokkal rendelkező, ún. „Február Harmadika” (F3) kutatássorozat² 2017. évi adatfelvételéhez kapcsolódott (F3 Drog- és egyéb pszichoaktív szer-használat kutatás a továbbiakban: F3DE 2017 kutatás). A kutatás célpopulációját a magyarországi hajléktalan populáció, a mintavételi keret pedig a 2017-es F3 kutatás által az ország egész területén a hajléktalan-ellátás részeként működő szálláshelyeken vagy közterületeken elért 8014 fős hajléktalan populáció képezte. A kutatás a mintavételi keretbe tartozó, az F3 kutatással elért hajléktalan személyek elérési helyszín (konkrét szálláshelyek és utcai szolgálatok) szerint rétegzett, egyhatodos véletlen mintáján történt³. A 2017-es F3 kutatás által elért 8014 fős mintakeret alapján az egyhatodos mintával dolgozó drogepidemiológiai kutatás kalkulált bruttó mintája 1335 fő volt, melynek a kutatás során 97,5%-át, 1302 főt sikerült elérni. E mintanagyság mellett 95%-os megbízhatósági szinten az elméleti hibahatár mértéke $\pm 2,5\%$.

1. táblázat A mintakeretet jelentő F3 kutatással elért hajléktalanok és a drogepidemiológiai kutatás mintájának nem és korcsoport szerinti megoszlása (%)

Korcsoport	Mintakeret (N = 7910)			Drogepidemiológiai minta (N = 1267)		
	Férfi	Nő	Összesen	Férfi	Nő	Összesen
18–34	6,3	2,0	8,3	7,8	1,6	9,4
34 felett	70,1	21,6	91,7	69,8	20,8	90,6
Összesen	76,4	23,6	100,0	77,7	22,3	100,0

* Az F3 kutatás során elért 8014 főből 104 fő esetében hiányzott nemre és/vagy életkorra vonatkozó adat.
** Az 1302 fős drogepidemiológiai mintában 35 fő esetében nem ismertük a válaszoló nemére és/vagy életkorára vonatkozó adatot.

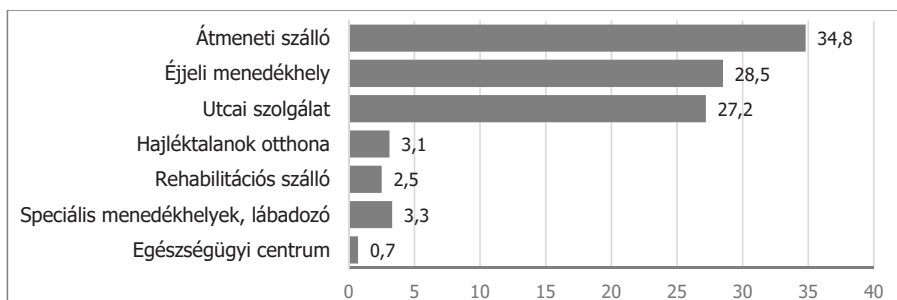
Forrás: F3 és F3DE 2017 kutatás

² A „Február Harmadika” kutatássorozat keretében Budapesten 1999 óta (Bényei et al. 2000), vidéken 2006-tól minden év február 3-án adatfelvétel zajlik a hajléktalan emberek körében. A kutatás és a kutatást végző „Február 3. munkacsoport” nagy nemzetközi elismertséggel bír.

³ A véletlen kiválasztás céljából az F3 kérdőíveket folyamatos sorszámozással láttuk el, majd az egyes adatfelvételi helyszínekhez (a kutatásban résztvevő szállókhoz, valamint utcai szolgálatokhoz) sorszámkat rendeltünk, a 2016-os F3 adatfelvétel során az adott helyszínen elért hajléktalanok száma, és/vagy az ott dolgozó munkatársak becslése alapján. Az egy-egy helyszínhez hozzárendelt sorszámközből SPSS program segítségével egyhatodos véletlen mintát vettünk és a véletlen mintába eső sorszámkörről minden helyszín számára listát készítettünk. Ez a lista képezte a drogepidemiológiai vizsgálatba kerülők mintáját. A „kiválasztottak” beazonosítását az egyes adatfelvételi helyszíneken az F3 kérdőív felvételében közreműködő, a hajléktalan-ellátásban dolgozó szociális munkások végezték.



A minta valamivel több mint egyharmadát átmeneti szállókon, 28,5%-át éjjeli menedékhelyeken kérdezték. Az adatfelvétel idején egyéb intézménytípusban (hajléktalanok otthonában, rehabilitációs szállón, speciális menedékhelyen, lábadozóban, illetve egészségcentrumban) a mintába került személyek kevesebb mint tíz százaléka tartózkodott. A minta több mint egy-egyedét pedig az utcai szolgálat érte el (1. ábra).



1. ábra A drogepidemiológiai kutatás mintájának intézménytípus szerinti eloszlása (%) (N = 1285)

Forrás: F3DE 2017 kutatás

A megkérdezettek válaszadási hajlandóságának, illetve a válaszok megbízhatóságának növelése érdekében – a kutatás előzményének tekinthető 2007-es vizsgálathoz (Paksi et al. 2008, 2010) és más általános és speciális populációkon készült hazai drogepidemiológiai kutatásokhoz (Elekes – Paksi 2003, Paksi – Rózsa – Kun – Arnold – Demetrovics 2009, Paksi – Demetrovics – Magi – Felvinczi 2017, Paksi – Arnold 2009) hasonlóan – a pszichoaktív szerhasználattal kapcsolatos kérdések felvétele a megkérdezettnek külön zárható borítékban átadott önköltős kérdőívek alkalmazásával történt. A drogepidemiológiai adatfelvétel folyamatát a hajléktalan ellátásban dolgozó szociális munkások, illetve a nagyobb szálláshelyeken a helyszíntre delegált drogszakmai civil szervezetek munkatársai segítették.

A pszichoaktív szerhasználattal kapcsolatos kérdések összeállítása során az EMCDDA-modell kérdőívét (EMQ) (EMCDDA 2002), az indikátor igényének változásait, és az új szerek (NPS) használatának nyomán követésére az általános populációs vizsgálatok vonatkozásában megfogalmazott ajánlásokat (EMCDDA 2015), valamint a kutatáshoz időben leginkább közelálló hazai általános populációs vizsgálat, az OLAAP 2015-ös kutatással (Paksi et al. 2017) és a tíz évvel korábban 2007-ben a hajléktalan populáción készült (Paksi et al. 2008, 2010) drogepidemiológiai vizsgálatral való összehasonlíthatóságot tartottuk szem előtt.



2. táblázat A kutatás főbb módszertani jellemzőinek összefoglalása

Célpopuláció	Magyarországi hajléktalan populáció
Mintakeret	F3 vizsgálatnál elért hajléktalan emberek (8014 fő)
Mintaválasztás módja	Elérési helyenként rétegzett 1/6-os véletlen minta
Mintanagyság	Bruttó: 1335 fő Nettó: 1302 fő; ⁴ F3 kutatással egyesített, súlyozott (kor/nem) minta: 1042 fő ⁵
Elméleti hibahatár	± 2,5% (egyesített minta: ± 2,8%)
Adatgyűjtési eljárás	Önkitöltős kérdőív
Az adatfelvétel ideje	Szállókon: 2017. február 3; Utcán: 2017. február 3–10.
Adatfelvétel eszköze	EMCDDA-minimumkérdések, OLAAP 2015 standard

Forrás: F3DE 2017 kutatás

3. EREDMÉNYEK

3.1. A HAJLÉKTALAN POPULÁCIÓ TILTOTT DROGHASZNÁLATA 2017-BEN⁶

3.1.1. A droghasználat elterjedtsége

A kutatás eredményei alapján Magyarországon a hajléktalan emberek egynegyede (a becslést terhelő standard hibát figyelembe véve 22,1–26,7%) használt már életében valamilyen tiltott drogot⁷. A kutatást megelőző évben megközelítőleg minden hetedik (11,8–15,6%), a kutatás előtti 30 napban pedig közel minden tizedik (7,6–10,8%) hajléktalan ember fogyasztott valamilyen tiltott szert.

⁴ Mivel a kutatás során minimális, a bruttó mintához képest mindössze 2,5%-os mintakiesés történt, így a keretsokaság és a minta eloszlása tekintetében csak minimális eltérések mutatkoznak, így a minta súlyozását nem tartottuk szükségesnek, a drogepidemiológiai kutatás mintája súlyozás nélkül megfelelően reprezentálja az F3 kutatással elért hajléktalan emberek sokaságát.

⁵ Tekintettel arra, hogy a drogepidemiológiai vizsgálat kérdőíve – az életkor és nem kivételével – csak különböző pszichoaktív szerhasználattal kapcsolatos kérdéseket tartalmazott, a droghasználat társadalmi-demográfiai mintázódásához szükséges szociodemográfiai, illetve a hajléktalansággal összefüggő háttérváltozókat az F3 kutatás adatbázisából kapcsoltuk hozzá az drogepidemiológiai adatbázishoz. Az adatbázisok egyesítése során (az illesztéshez szükséges adatok esetében előforduló hiányzó információk miatt) a nettó mintához képest 20%-os mintavesztés történt. Az egyesített adatbázis 1042 fő adatait tartalmazza. Az egyesített minta esetében 95%-os megbízhatósági szinten érvényes elméleti hibahatár – a teljes mintán érvényes hibahatárhoz képest – valamivel magasabb, ±2,8%. Az adatvesztés miatt az egyesített adatbázis a nettó mintához képest kismértékben torzult, így az egyesített adatbázist korcsoport és nem szerint a nettó mintával azonos összetételűvé tettük. A felhasznált súlyok minimumértéke 0,82, maximuma pedig 1,07.

⁶ A prevalencia értékek és a droghasználat egyéb mutatóinak számítása során az EMQ (EMCDDA 2002) ajánlásait követtük.

⁷ Tiltott drogok közé a kutatás során a következő szereket soroltuk: kannabisz, szintetikus kannabisz, ecstasy, amfetamin, kokain, crack, új stimulánsok, heroin, más opiát, LSD, mágikus gomba, GHB, mefedron, intravénás drogok, egyéb drogok.



A használat folyamatosságára utaló mutatók alapján azt mondhatjuk, hogy a valaha fogyasztók több mint egyharmada (32,8–44,8 %-a) folyamatosan használ (több mint egy éve használt először és a kérdezést megelőző 12 hónapban is fogyasztott) tiltott drogot. Ugyanilyen arányban vannak azok, akik már felhagytak a droghasználattal (kilépő), azaz a kérdezést megelőző 12 hónapban már nem fogyasztottak semmilyen tiltott szert. A valaha használók mintegy egyötöde pedig (17,3–27,5) új belépő, azaz a kérdezést megelőző évben használt először tiltott drogot (3. táblázat).

3. táblázat A hajléktalan populáció drogérzékenységeinek összefoglaló mutatói⁸

Mutatók	%	Standard hiba ⁹
Tiltott drogok életprevalencia (LTP) értéke (N = 1123)	24,4	± 2,3
Ebből (N = 245)	Folyamatos használók	38,8
	Új belépők	22,4
	Kilépők aránya	38,8
Tiltott drogok éves prevalencia (LYP) értéke (N = 1094)	13,7	± 1,9
Tiltott drogok havi prevalencia (LMP) értéke (N = 1098)	9,2	± 1,6

Forrás: F3DE 2017 kutatás

A hajléktalan populációban az életprevalencia értékek alapján a legelterjedtebb tiltott drog a marihuána/hasis: minden ötödik-hatodik válaszoló fogyasztott már életében marihuánát, vagy hasist (LTP: 17,5; hiba: ± 2,0). Ezzel hibahatáron belül azonos nagyságú az a populáció, aki a kannabisz származékokon kívül használt már egyéb tiltott drogot is (LTP: 18,2; hiba: ± 2,1). A népszerűségi sorrendben a marihuána/hasis a szintetikus kannabisz (LTP: 13%; hiba: ± 1,8), majd – a becslés hibáját figyelembe véve – azonos aránnyal az új stimulánsok, az ecstasy és az amfetamin származékok követik (LTP új stimulánsok: 9,7 ecstasy; 9,5 amfetamin: 8,3 hiba: ± 1,4 és 1,6 között). Legnépszerűbb szerek után jelentősen lemaradva következik az LSD és a kokain, melyeket – a hibahatárt figyelembe véve – a hajléktalan emberek 4-6%-a próbálta már életében. Az összes többi vizsgált szer (heroin, egyéb opiátok, crack, GHB) mért életprevalencia értéke 2-4% között mozog, azaz a megkérdezettek közül minden huszonötödik-ötvenedik próbálkozott ezekkel (2. ábra).

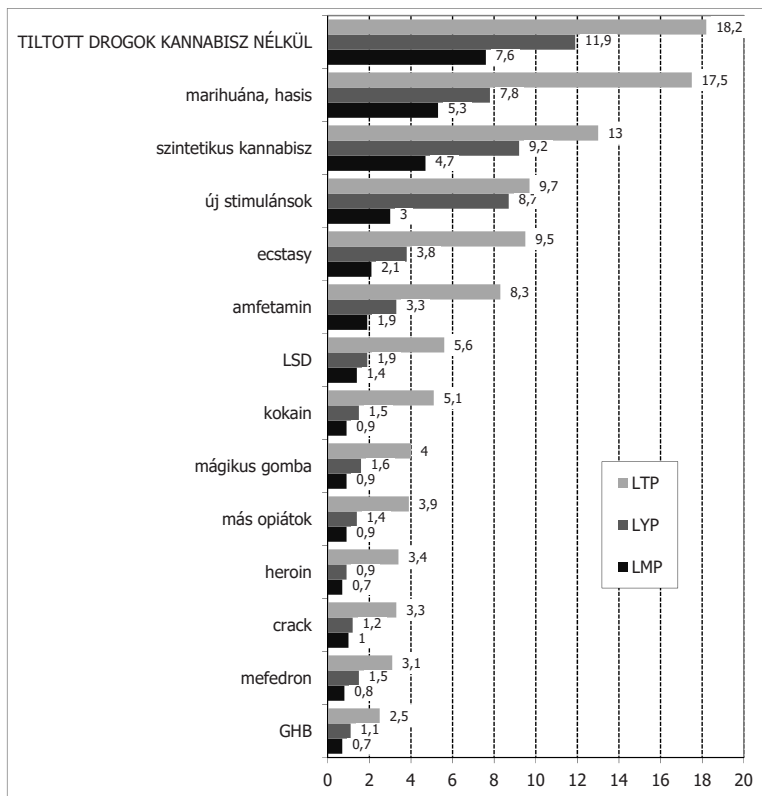
A közelmúltbeli (előző évi) használatban az egyéb tiltott drogot kapnak meghatározó szerepet: a hajléktalan emberek 11,9%-a (hiba: ± 1,5) fogyasztott marihuánán/hason kívül valamilyen egyéb tiltott drogot is az elmúlt évben, míg a kannabisz származékok éves prevalencia értéke ennél szignifikánsan alacsonyabb, mindössze 7,8% (hiba: ± 1,9). A közelmúltbeli droghasználati struktúrában az új pszichoaktív szerek még dominánsabbá válnak: a szintetikus kannabisz kétharmados biztonsággal megelőzi a marihuána/hasis népszerűségét, és az új stimulánsok éves prevalencia értéke (LTP: 8,7; hiba: ± 1,6) pedig szignifikánsan meghaladja – az

⁸ A prevalencia értékek számítása során az EMQ (EMCDDA 2002) ajánlásainak megfelelően felmenő rendszerű inkonzisztencia korrekciót végeztünk.

⁹ 95%-os megbízhatósági szinten számított elméleti hibahatár (2SE).



életprevalencia adatok alapján vele azonos népszerűségű – ecstasy és amfetamin használók arányát (LTP ecstasy 3,8; amfetamin: 3,3; hiba: $\pm 0,9$) (2. ábra).



2. ábra A különböző tiltott drogok élet-, éves és havi prevalencia értéke a hajléktalan populációban (%)

Forrás: F3DE 2017 kutatás

3.1.2. Droghasználati piramis

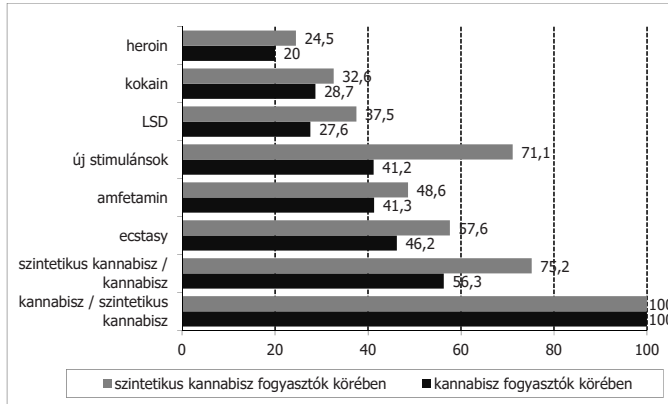
A legelterjedtebb tiltott szerek, a kannabisz, illetve a szintetikus kannabisz más droghasználó magatartásokhoz való kapcsolódásának vizsgálatára mindkét szerre építettünk egy-egy droghasználati piramist¹⁰. A két piramist együtt mutatjuk be a 3. ábrán.

¹⁰ A hagyományosan a szakirodalomban az ún. tiltottdrog-fogyasztási piramist (EMCDDA 1999) a kannabisz származékok és más droghasználó magatartások kapcsolódásának kifejezésére konstruálják, ami az egyéb drogok életprevalencia értékét mutatja a marihuánát/hasist valaha fogyasztók körében. Tekintettel a szintetikus kannabiszhasználat nagyfokú elterjedtségére a hajléktalan populációban, a hagyományosan a kannabiszhasználókra épített droghasználati piramis speciális, a szintetikus kannabiszhasználókra épített változatát is megkonstruáltuk, ami az egyéb drogok életprevalencia értékét mutatja a szintetikus kannabiszt valaha fogyasztók körében



A piramis fekete sávjaiból épül fel a hagyományos droghasználati piramis, amely azt mutatja, hogy azok, akik valaha életükben fogyasztottak kannabiszt, milyen arányban használtak egyéb drogokat (szintetikus kannabiszt, ecstasyt, új stimulánsokat, amfetamint, LSD-t, kokaint és/vagy heroint) is az életük során. A piramis alapján láthatjuk, hogy a hajléktalan népességben a valaha kannabiszt használók több mint fele használt már életében szintetikus kannabiszt, közel fele ecstasyt, mintegy kétötödük fogyasztott már valamilyen új stimulánst, illetve amfetamint, minden negyedik próbálkozott már élete során LSD-, illetve kokain- és közel minden ötödik heroinfogyasztással. Ezeket az értékeket összevetve a 2. ábrán szereplő életprevalencia értékekkel, láthatjuk, hogy a kannabiszt használók körében minden vizsgált drog életprevalencia értéke négy-hatszorosa a hajléktalan populációban mért életprevalencia értékeknek. A kannabiszt használók körében mintegy hatszor nagyobb az esélye a heroin, és kokain kipróbálásának, megközelítően ötszörös az LSD-, az amfetamin- vagy az ecstasyhasználat előfordulásának, és négyszeres a valószínűsége annak, hogy fogyasztottak már szintetikus kannabiszt vagy új stimulánst, mint általában a hajléktalan népességben.

A szintetikus kannabiszhasználatra épített, a szürke sávokból felépülő droghasználati piramis – az új stimulánsok kivételével – leköveti a kannabiszhasználatra konstruált piramist, azzal a különbséggel, hogy a szintetikus kannabisz használók körében nem 4-6-szor, hanem 5-7-szer nagyobb az egyéb tiltott drogok használatának az esélye, és az új stimulánsok fogyasztása a kannabiszt használókhöz képest sokkal inkább elterjedt a szintetikus kannabisz használók körében.



3. ábra Droghasználati piramis a hajléktalan populációban (a kannabiszt, illetve szintetikus kannabiszt valaha fogyasztók %-ában)¹¹

Forrás: F3DE 2017 kutatás

Összességében tehát a kannabiszhasználatra és a szintetikus kannabisz használatra épített droghasználati piramis egyrészt azt jelzi, hogy a hajléktalan populációban mind a kannabiszhasználat, mind a szintetikus kannabisz használata erősen kapcsolódik az egyéb tiltott drogok

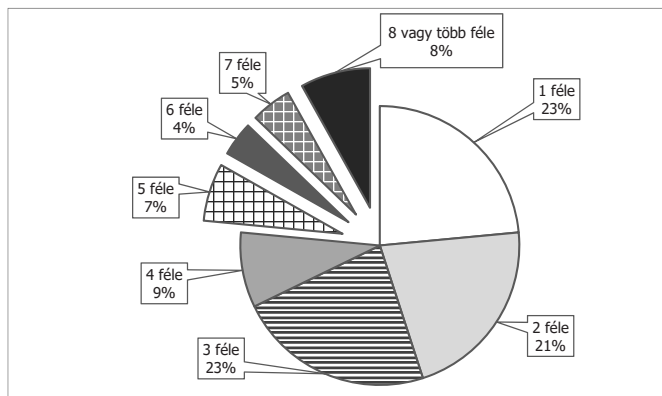
¹¹ A legelterjedtebb egyéb drogok életprevalencia értéke a kannabiszt, illetve szintetikus kannabiszt valaha fogyasztók körében.



fogyasztásához. Emellett rámutat a kannabisz és a szintetikus kannabisz használat kapcsolódására: a kannabiszhasználó hajléktalan emberek körében a szintetikus kannabisz használat a leginkább elterjedt, a szintetikus kannabiszt használók körében pedig a kannabisz és az új stimulánsok népszerűsége a legnagyobb¹². Az utóbbi az új pszichoaktív szerek használatának nagyfokú összekapcsolódását jelzi.

3.1.3. Polydrog-használat¹³

Mint ahogy a kannabiszfogyasztókra, illetve a szintetikus kannabisz használókra épített droghasználati piramis alapján is láttuk, a különböző tiltott drogok használata erős kapcsolódást mutat a hajléktalan populációban. Amennyiben azt vizsgáljuk, hogy az elmúlt évben valamilyen tiltott drogot használó hajléktalan emberek hányféle szert fogyasztottak, akkor azt láthatjuk, hogy kevesebb mint egynegyedre tehető azok aránya, akik a közelmúltban mindössze egyféle drogot használtak. A droghasználó hajléktalanok több mint háromnegyede tehát polydrog-használónak tekinthető, s egyharmaduk legalább négy-, minden tizenkettedik használó pedig nyolc- vagy többféle tiltott drogot próbált már ki (4. ábra).



4. ábra A hajléktalan droghasználók polydrog-használat (az elmúlt évben valamilyen tiltott drogot használók %-ában)
Forrás: F3DE 2017 kutatás

¹² A szintetikus kannabisz használók körében a kannabisz és az új stimulánsok életprevalencia értékei hibahatáron belül megegyezik (a standard hiba nagysága az új stimulánsok esetében $\pm 5,9$, a kannabisz esetében $\pm 6,2$).

¹³ A szakirodalom a polydrog-használat kifejezést több értelemben alkalmazza: „Több mint egy típusú pszichoaktív szer egyidejű vagy sorozatos fogyasztása egy személy által, általában egy másik szer hatását erősítendő vagy ellensúlyozandó céllal. Gyakran használják azon fogyasztók megkülönböztetésére, akiknek változatosabb a fogyasztási mintázatuk azoktól, akik kizárólag egyfajta kábítószerrel fogyasztanak. Általában többfajta illegális szer fogyasztásának leírására használják, de a kutatási irodalomban van, hogy egyszerűen legális drogok együttes használatára alkalmazzák, mint az alkohol és a dohány. A kategóriát azon alkalmakkor is alkalmazzák, amikor az elfogyasztott kábítószer pontos meghatározása nem lehetséges, vagy a fogyasztó maga sincs tisztában azzal, mit vett be...” http://drogfokuszpont.hu/fogalomtar/fogalomtar-ii/#Politoxikom_nia
Tanulmányunkban a „polydrog-használat” kifejezést a változatosabb fogyasztási mintázat értelemben alkalmazzuk.



3.1.4. Drogfogyasztás miatti problémák előfordulása

Azoknak a hajléktalan embereknek, akik használtak már az életük során valamilyen drogot, 33,9%-a számolt be arról, hogy az életében volt olyan időszak, amikor a drogfogyasztás miatti fizikai és/vagy lelki problémái jelentkeztek, illetve személyes és/vagy intézményes kapcsolataiban megmutatkoztak a drogfogyasztás következményes károsodásai (ez a hajléktalan populáció egészére vetítve 8,6%-os arányt jelent) (4. táblázat). A vizsgált hatféle probléma közül a valamilyen problémát jelzők több mint fele (58%-a) egyféle problémáról számolt be. A leggyakrabban említett problémák rendőrségi (15,3%), családi (14,5%), testi (13,7%), illetve lelki (13,3%) jellegűek.

A droghasználó hajléktalanok droghasználattal kapcsolatos kezelési igényét jelzi, hogy tizből hárman (29,7%, ami a hajléktalan populációra vetítve 7,7%-os arányt jelent) megjelentek a droghasználattal összefüggésben az életük során járó- és/vagy fekvőbeteg egészségügyi ellátásban. Az elmúlt évi kezelési igény elsősorban a járóbeteg-ellátásban jelentkezett. Életük során a droghasználó hajléktalanok valamivel több mint egynegyedének volt droghasználattal összefüggésben rendőrségi ügye, az elmúlt évben pedig egytizedüknek (az arányok a hajléktalan populációra értelmezve 6,4%, illetve 2,2%) (4. táblázat).

4. táblázat A drogfogyasztás miatti problémák előfordulása a hajléktalan droghasználók körében (%)

	valaha	elmúlt évben
Drogfogyasztása miatt valamilyen (testi/lelki/családi/ kapcsolati/ munkahelyi/iskolai/rendőrségi) problémája volt	33,9	–
Drogproblémái miatt járóbeteg-ellátásban részesült	25,0	12,9
Drogproblémái miatt fekvőbeteg-ellátásban részesült	22,3	7,8
Droggal kapcsolatos rendőrségi ügye volt	26,7	9,8

Forrás: F3DE 2017 kutatás

3.1.5. A droghasználó hajléktalanok társadalmi jellemzői

A droghasználat társadalmi mintázódását néhány olyan általános szociodemográfiai változó mentén vizsgáltuk, mint a nem, az életkor, az iskolai végzettség, régió, roma kisebbséghez való tartozás. Emellett bevontunk az elemzésbe néhány speciálisan a hajléktalan létehez kötődő, a helyhasználattal, illetve jövedelemszerzéssel kapcsolatos változót is.

A társadalmi elhelyezkedés vizsgált alapvető változói közül az iskolai végzettség kivételével minden dimenzió mentén szignifikáns mintázódás bontakozott ki. A férfiak, a fiatal felnőttek, a Dél-Dunántúli régióban, illetve Pest megyében élő hajléktalan emberek, továbbá azok körében, akikre „mondták már, hogy cigány”, szignifikánsan az átlagosnál magasabb életprevalencia értéket mértünk. A leginkább robusztus különbség a fiatal felnőtt és az annál idősebbek között mutatkozik meg: a fiatal felnőttek életprevalencia értéke több mint háromszorosa az idősebbeknek. Kétszer, illetve közel kétszer nagyobb a valaha használók aránya a férfiaknak körében, illetve azok esetében, akiket a környezete romaként jellemez. A drogfogyasztásnak a hajléktalan élethelyzet speciális jellemzőivel való kapcsolatát vizsgálva a kutatás adatai



azt mutatják, hogy – az adatfelvétel időpontjában – az utcán élő hajléktalanok körében szignifikánsan, mintegy másfélszer nagyobb a droghasználattal rendelkezők aránya: az ellátásban lévő és az utcán élő hajléktalanok között vidéken és a fővárosban is szignifikáns ($p < 0,001$) különbség tapasztalható, s a leginkább érintett a fővárosban utcán elért populáció, ahol a válaszolók mintegy kétötöde (LTP: 39,1) fogyasztott már életében, és közel egyharmada az elmúlt hónapban (LYP: 30,4) is használt valamilyen tiltott drogot (5. táblázat).

5. táblázat A tiltott drogek életprevalencia értékének mintázódása a különböző társadalmi-demográfiai háttérváltozók mentén a hajléktalan populációban (a válaszolók %-ában)

Vátozók	Változóértékek	N	LTP	sig
Nem	ffi	864	27,4	< 0,001
	nő	242	13,2	
Életkor	18–34	111	65,8	< 0,001
	35–64	989	19,5	
Iskolai végzettség	< 8 ált	77	28,6	n. sz.
	8 ált	334	26,9	
	szakmunkás/szakiskola	345	20,9	
	érettségi	106	21,7	
	főiskola/egyetem	23	8,7	
Régió	Bp (KMO)	350	22,9	0,019
	Nyugat-Dunántúl	62	29	
	Közép-Dunántúl	122	23	
	Dél-Dunántúl	87	32,2	
	Dél-Alföld	59	20,3	
	Észak-Alföld	79	22,8	
	Észak-Magyarország	115	15,7	
	Pest-megye (KMO)	20	50,0	
Roma*	igen	287	32,4	< 0,001
	nem	581	18,9	
Helyszín	szálló	804	20,4	< 0,001
	utca	303	35,0	
* Mondták-e Önre, hogy cigány?				
A szignifikánsan nagyobb kockázatú csoportok prevalencia értékeit vastagítással kiemeltük.				

Forrás: F3DE 2017 kutatás

Azok a hajléktalan emberek, akik használtak már valamilyen tiltott szert az életük során, az átlag hajléktalanokhoz képes szignifikánsan nagyobb arányban élnek kéregetésből, illetve



gyűjtögetésből, kukázásból, és ezek egyben a droghasználó hajléktalanok leginkább jellemző megélhetési formái is (6. táblázat).

6. táblázat A különböző jövedelemforrások említése a drogot valaha használók, és nem használók között, % (N = 895)

Miből élt? – kérdésre az adott lehetőséget jelölők aránya	fogyasztott-e már valamilyen tiltott drogot		sig
	nem fogyasztott	fogyasztott	
rendszeres munkából	14,8	14,2	nsz
közmunkából	8,5	6,1	nsz
munkanélküli ellátásból	4,2	3,3	nsz
öregség/özvegyi nyugdíjból	12,6	1,9	p < 0,001
rokkantsági nyugdíjból	15,0	5,7	p < 0,001
önkormányzati segélyből, RSZS, FHT	14,8	17,0	nsz,
gyesből, gyedből, táppénzből	0,9	0,5	nsz
kéregetésből, koldulásból	7,5	19,8	p < 0,001
gyűjtögetésből, kukázásból	11,3	22,1	p < 0,001
nem volt pénze (mások segítették)	10,0	10,4	nsz

A szignifikánsan nagyobb kockázatú csoportok prevalencia értékeit vastagítással kiemeltük.

Forrás: F3DE 2017 kutatás

Amennyiben a fenti társadalmi-demográfiai jellemzőket a folyamatos droghasználattal összefüggésben vizsgáljuk, akkor a fiatal felnőtt életkor, a roma kisebbséghez tartozás, illetve az utcán való lét azok a jellemzők, melyek mentén a drogfogyasztók között szignifikánsan nagyobb a folyamatos droghasználat előfordulása. Azok a droghasználó hajléktalanok pedig, akik idősebbek és/vagy szállón élnek, valamint akiket a környezete nem romának tart, nagyobb eséllyel lépnek ki a droghasználatból (7. táblázat). A jövedelemforrások tekintetében a tiltott szereket a közelmúltban is használók (folyamatos használó és új belépők) körében szignifikánsan gyakoribb a „kéregetés, koldulás” előfordulása, illetve az, hogy mások támogatásával élnek.



7. táblázat A folyamatos droghasználat társadalmi mintázódása
(a valaha valamilyen tiltott drogot használók %-ában)

Vátozók	Változóértékek	N	Új belépő	Kilépő	Folyamatos használó	sig
Nem	ffi	209	22,0	38,8	39,2	n. sz.
	nő	31	22,6	38,7	38,7	
Életkor	18–34	66	24,2	18,2	57,6	<0,001
	35–64	172	20,3	46,5	33,1	
Iskolai végzettség	< 8 ált	17	17,6	29,4	52,9	n. sz.
	8 ált	80	23,8	35,0	41,3	
	szakmunkás/szakiskola	66	18,2	47,0	34,8	
	érettségi	20	20,0	30,0	50,0	
	főiskola/egyetem	2	50,0	50,0	0,0	
Helyszín	szálló	143	23,1	44,8	32,2	=0,043
	utca	98	22,4	30,6	46,7	
Régió	Bp. (KMO)	69	23,2	27,5	49,3	=0,066
	Nyugat-Dunántúl	17	5,9	58,8	35,3	
	Közép-Dunántúl	24	16,7	54,2	29,2	
	Dél-Dunántúl	22	22,7	27,3	50,0	
	Dél-Alföld	12	25,0	66,7	8,3	
	Észak-Alföld	16	25,0	50,0	25,0	
	Észak-Magyarország	17	23,5	47,1	29,4	
	Pest megye (KMO)	10	30,0	10,0	60,0	
Roma*	igen	81	23,5	24,7	51,9	=0,006
	nem	98	17,3	51,0	31,6	
* Mondták-e Önre, hogy cigány?						
A szignifikánsan nagyobb kockázatú csoportok prevalencia értékeit vastagítással kiemeltük.						

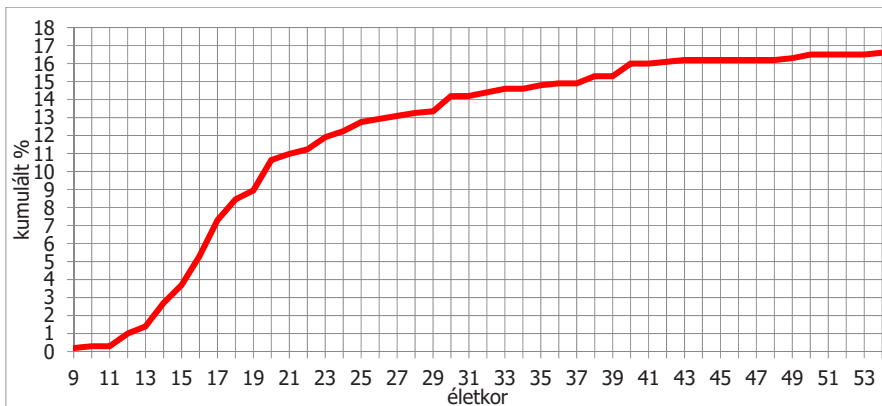
Forrás: F3DE 2017 kutatás

3.1.6. Mi volt előbb? – az első droghasználat életkora

A droghasználó hajléktalanok átlagosan 21,8 éves korban próbáltak ki először valamilyen tiltott drogot. A valaha használók fele (50,8%) azonban 18 éves korára túl volt az első droghasználaton, s egyharmaduk pedig 16 évesen, vagy annál fiatalabb korban használt először valamilyen tiltott drogot. Legkorábban 9 évesen történt az első használat.



Az első tiltott drogfogyasztás életkora alapján felrajzolt kumuláltprevalencia-görbe¹⁴ (5. ábra) azt mutatja, hogy a hajléktalan populáció körében a drogkipróbálók aránya 13 és 20 éves kor között egyenletesen, évente 1-2%-kal emelkedett, majd a kapcsolatba kerülés kockázata csökkent, 20–25 éves kor között évente átlagosan fél százalék körül mozgott. Az ezt követő harminc évben minimalizálódott a szerek kipróbálása (egy-egy korévben, pl. 30, illetve 40 éves korban még előfordult 1-1%-os kockázat, azonban 25–54 éves kor között a kipróbálás évi átlagos kockázata mindössze 0,1% volt), 54 éves kort követően pedig megszűnt.



5. ábra A tiltott drogfogyasztás kumuláltprevalencia-görbéje a hajléktalanok körében (a kérdésre válaszolók százalékában, N = 987)
Forrás: F3DE 2017 kutatás

Az első droghasználat fentiekben bemutatott életkori jellemzői, valamint a megkérdezettek arra vonatkozó emlékei alapján, hogy – amennyiben hajléktalannak tartja magát – hány éve vált hajléktalanná, megpróbáltuk megválaszolni, a klasszikus „tyúk vagy tojás” problémát, azt, hogy a droghasználó hajléktalanok esetében a hajléktalanná válás előzte-e meg a droghasználatot, vagy a droghasználat a hajléktalanná válást¹⁵. Természetesen az összefüggés vizsgálata csak a két helyzet időbelisége, s nem az ok-okozati reláció vonatkozásában szolgál információval.

A 9. táblázatban szereplő eloszlások alapján láthatjuk, hogy azokban az esetekben, akiknél az első droghasználat idejét és a hajléktalanná válás évét is ismerjük¹⁶, a válaszolók 82%-a hajléktalanná válását megelőzően használt már valamilyen tiltott drogot, és elenyésző (5,1%) azok aránya, akik esetében az első droghasználat a hajléktalanná válást követően történt.

¹⁴ Amennyiben valamely populációban az első droghasználat évére vonatkozó gyakorisági adatok kumulált értékeit ábrázoljuk, a görbe meredeksége a populáció drogokkal való kapcsolatba kerülésének, azaz az életprevalencia érték növekedésének kockázatát mutatja a különböző életkorokban.

¹⁵ A hajléktalanná válás pontos évét csak az elmúlt 9 év vonatkozásában ismertettük. Ennél régebben hajléktalanként élők esetében csak összevont adatokkal rendelkezünk (10-15 éve; több mint 15 éve). Ez azok esetében, akik legalább 10 éve használtak először drogot, az „azonos évben/időszakban” kategóriába tartozók arányát növeli.

¹⁶ A droghasználók 44,7-a esetében az első droghasználat, és/vagy a hajléktalanná válás időpontját nem ismerjük.



8. táblázat Az első droghasználat és a hajléktalanná válás időbeli sorrendje (a droghasználók (N = 213), illetve a mindkét kérdésre válaszolók (N = 118) százalékában)

MI VOLT ELŐBB?	Válaszó* droghasználók %-ában
Már hajléktalan volt, mikor kipróbált valamilyen tiltott drogot	5,1
Hajléktalanná válása előtt használt valamilyen tiltott drogot	81,2
A hajléktalanná válással azonos évben használt először tiltott drogot	13,7
Válaszó droghasználók	100,0
Az összes droghasználó	–
* Az első droghasználat és a hajléktalanná válás kérdésére is válaszoló droghasználók.	

Forrás: F3DE 2017 kutatás

3.2. A hajléktalan populáció egyéb pszichoaktív szerhasználata

3.2.1. Az egyéb pszichoaktív szerhasználat elterjedtsége

Az egyéb pszichoaktív szerek közül a hajléktalan populációban a dohányzás a leginkább elterjedt. A hajléktalan emberek több mint négyötöde (83,1% hiba: $\pm 1,9$) aktuálisan dohányzik, 75,2%-uk rendszeresen (naponta), és a legtöbben napi egy doboz, átlagosan 16,6 szál cigarettát szívnak el.

A hajléktalan emberek túlnyomó többsége a közelmúltban vagy aktuálisan fogyasztott alkoholt: több mint háromnegyede (79,2% hiba: $\pm 2,1$) az elmúlt évben, kétharmaduk (65,6% hiba: $\pm 2,4$) az elmúlt hónapban is ivott. Az alkoholfogyasztás excesszív formáira utaló részegségig való ivás, illetve rohamivás mintegy háromötödükkel fordult elő a kutatást megelőző évben. A kutatás eredményei alapján a dohányzáshoz képest alkoholfogyasztás napi szinten kevésbé érinti a hajléktalan populációt, körülbelül egynegyedük iszik naponta, vagy majdnem naponta (26,5% hiba: $\pm 2,2$).

Nyugtatót/altatót a közelmúltban a hajléktalan populáció valamivel több mint egyharmada (LYP: 34,5; hiba: $\pm 2,4$) fogyasztott, aktuálisan pedig mintegy egynegyede használt (LMP: 28,8; hiba: $\pm 2,1$). Az utolsó használat adatai alapján a hajléktalan emberek többnyire orvosi rendelvényre fogyasztanak altatót vagy nyugtatót, az orvosi rendelvény nélküli használat a fogyasztók mintegy egynegyedére jellemző (ez a populáció 9,9%-a).

Az inhalánsok és az anabolikus szteroidok használata kevésbé jellemző a hajléktalan populációban. Ugyan 7,9%-uk szippozott már életében, de a közelmúltbeli, illetve az aktuális használat más pszichoaktív szerek elterjedtségéhez képest alacsonynak mondható.



9. táblázat A hajléktalan populáció egyéb pszichoaktív szerhasználat elterjedtségére vonatkozó összefoglaló mutatók

	%	Standard hiba
ALKOHOLFOGYASZTÁS		
Alkoholfogyasztás éves prevalencia (N = 1260)	79,2	± 2,1
Alkoholfogyasztás havi prevalencia (N = 1252)	65,6	± 2,4
Az elmúlt hónapban minden nap, vagy majdnem minden nap ivott (N = 1249)	26,5	± 2,2
Berűgás éves prevalencia (N = 1200)	58,3	± 2,6
Berűgás havi prevalencia (N = 1217)	35,5	± 2,5
Elmúlt hónapban legalább 3 alkalommal volt részeg	24,3	± 2,2
Rohamivás* éves prevalencia (N = 1248)	58,8	± 2,5
DOHÁNYZÁS		
Dohányzik (N = 1257)	83,1	± 1,9
Napi cigarettamennyiség (szál; átlag/módusz)	16,6/20	
INHALÁNS HASZNÁLAT		
Inhaláns használat életprevalencia (N = 1159)	7,9	± 1,4
Inhaláns használat éves prevalencia (N = 1158)	2,6	± 0,8
Inhaláns használat havi prevalencia (N = 1165)	2,2	± 0,8
ANABOLIKUS SZTEROIDOK HASZNÁLATA		
Anabolikus szteroidok életprevalencia (N = 1129)	2,5	± 0,8
Anabolikus szteroidok éves prevalencia (N = 1129)	1,3	± 0,6
Anabolikus szteroidok havi prevalencia (N = 1142)	0,9	± 0,5
NYUGTATÓ/ALTATÓHASZNÁLAT		
Nyugtató/altatóhasználat életprevalencia (N = 1241)	39,6	± 2,5
Nyugtató/altatóhasználat éves prevalencia (N = 1241)	34,5	± 2,4
Nyugtató/altatóhasználat havi prevalencia (N = 1254)	28,8	± 2,1
Az utolsó nyugtató/altatóhasználat alkalmával orvosi rendelvény nélkül használók aránya (N = 484)	26,3	± 3,8
* 6 vagy több ital elfogyasztása egy alkalommal		

Forrás: F3DE 2017 kutatás



3.2.2. Az egyéb pszichoaktív szerhasználattal kapcsolatos problémák

Annak ellenére, hogy a hajléktalan populációban a különböző pszichoaktív szerhasználó magatartások közül a dohányzás a leginkább elterjedt, a legtöbb problémát az alkoholfogyasztással kapcsolatban jelezték a megkérdezettek (10. táblázat). A hajléktalan emberek közel felének (45,9%) volt olyan időszak az életében, amikor az alkoholfogyasztás miatt fizikai és/vagy lelki problémái jelentkeztek, illetve személyes és/vagy intézményes kapcsolataiban megmutatkoztak az alkoholfogyasztás következményes károsodásai. A vizsgált hatféle probléma közül a valamilyen problémát jelzők közel kétharmada (63,6%-a) egyféle problémáról számolt be. A leggyakrabban említett problémák sorrendben a családi (20,7%), testi (17,5%), rendőrségi (15%), illetve lelki (14,9%) jellegű problémák.

A hajléktalan populáció alkoholfogyasztással kapcsolatos kezelési igényét jelzi, hogy több mint egyharmaduk (34,9%) megjelent élete során járó- vagy fekvőbeteg egészségügyi ellátásban – többségük mind a kettőben – alkoholproblémákkal.

Az alkoholfogyasztással összefüggő problémák és ellátási igények gyakorisága a hajléktalan populációban jelentősen meghaladja populációs szinten a drogfogyasztás miatti problémák előfordulását.

A dohányzással, illetve altató/nyugtatófogyasztással összefüggésben – az alkoholfogyasztáshoz képest – jóval ritkábban jeleztek problémát a megkérdezettek, bár a droghasználattal összefüggésben jelzett problémák populációs arányához (8,6%) képest ezek is jóval nagyobb gyakoriságúak.

10. táblázat Az egyéb pszichoaktív szerhasználat miatti problémák előfordulása a hajléktalan populációban (a válaszolók százalékában)

	Valaha	Elmúlt évben
Dohányzása miatt valamilyen (testi/lelki/családi/kapcsolati/munkahelyi(iskolai)/rendőrségi) problémája volt	19,1	–
Altató/nyugtató fogyasztása miatt valamilyen (testi/lelki/családi/kapcsolati/munkahelyi(iskolai)/rendőrségi) problémája volt	13,4	–
Alkoholfogyasztása miatt valamilyen (testi/lelki/családi/kapcsolati/munkahelyi(iskolai)/rendőrségi) problémája volt	45,9	–
Alkoholfogyasztása miatt járóbeteg-ellátásban részesült	28,3	11,0
Alkoholfogyasztása miatt fekvőbeteg-ellátásban részesült	27,2	7,0
Alkoholfogyasztással kapcsolatos rendőrségi ügye volt	35,6	7,9

Forrás: F3DE 2017 kutatás



4. A HAJLÉKTALAN POPULÁCIÓ PSZICHOAKTÍV SZERHASZNÁLATI SZOKÁSAIBAN MEGJELENŐ TENDENCIÁK

A tendenciák felvázolása során a 2017-es kutatás adatait a hajléktalanok körében 2007-ben készült drogepidemiológiai kutatás (Paksi et al. 2008, 2010) eredményeivel hasonlítjuk össze. Tekintettel arra, hogy a 2007-es kutatás a fővárosi ellátásban részesülő hajléktalan populáció reprezentatív mintáján készült, ezért az összehasonlítás során a 2017-es kutatás mintájából is csak a fővárosi ellátóhelyeken elért hajléktalanok leszelektált 417 fős mintáját használjuk¹⁷.

4.1.1. A droghasználat elterjedtségének változása a hajléktalan populációban

A fővárosi, ellátásban részesülő hajléktalanok körében a tiltott drogok életprevalencia értéke a 2017-es vizsgálatban 21,7%, az éves prevalencia 12,8%, a havi prevalencia pedig 7,9%. Ezeket az értékeket összehasonlítva a 2007-es eredményekkel, mérés hibahatárát figyelembe véve (11. táblázat) azt mondhatjuk, hogy a fővárosi ellátásban részesülő hajléktalanok körében kétharmados biztonsággal növekedett azok aránya, akik az életük során kipróbáltak valamilyen tiltott drogot. Ugyanakkor a 10 évvel korábban mért rövidebb idejű prevalencia értékek hibahatáron belül azonosak a jelenlegi vizsgálatban kapott eredményekkel.

11. táblázat A tiltott drogfogyasztás elterjedtsége¹⁸ a budapesti ellátásban részesülő hajléktalan populációban 2007-ben és 2017-ben (a válaszolók %-ában)

Mutatók	N	2007-ben (%)	Standard hiba	N	2017-ben (%)	Standard hiba
Tiltott drogok LTP	411	16,3	± 3,3	341	21,7	± 4,1
Tiltott drogok LYP	400	10,3	± 2,8	329	12,8	± 3,4
Tiltott drogok LMP	418	8,6	± 2,4	331	7,9	± 2,7

Forrás: Paksi et al. (2010); F3DE 2017 kutatás

A szerenkénti életprevalencia értékek alapján kétharmados biztonsággal minden vizsgált tiltott drog esetében elmondhatjuk, hogy növekedett a kipróbálók tábora a fővárosi, ellátás-

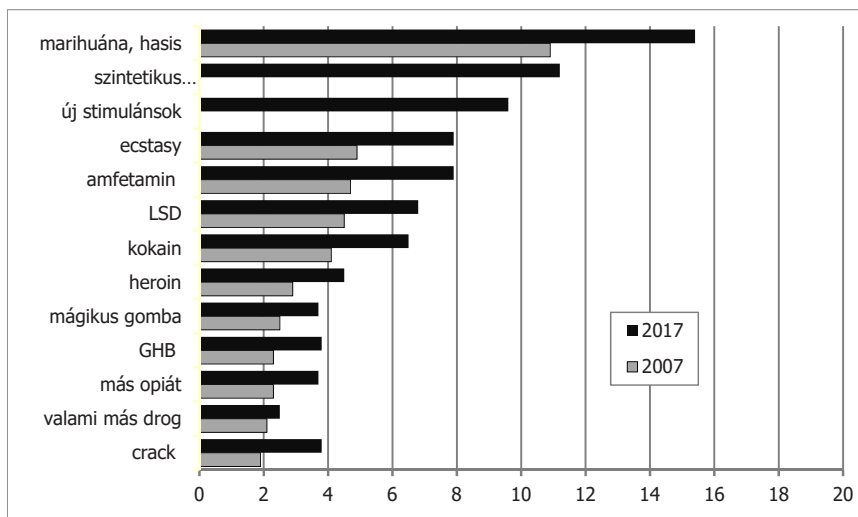
¹⁷ A 2017-es F3 kutatás a fővárosi ellátóhelyeken összesen 2553 főt ért el. Ez a 2017-es drogepidemiológiai kutatás fővárosi, ellátásban részesülő almintájának a célpopulációja, ami azt jelenti, hogy a drogepidemiológiai vizsgálat ezen szegmensében a bruttó minta nagysága 425,4 fő volt, így a 417 fős nettó mintanagyság 98%-os mintaelérést jelent.

¹⁸ A 2007-es kutatás során a tiltott szerek közé az alábbiakat soroltuk: marihuána/hasis, LSD, mágikus gomba, amfetamin, ecstasy, kokain, heroin, más opiátok (pl. máktea, kodein), herbál drogok, crack, rush, angyalpor, GHB, bármilyen drog intravénásan, valami más (általunk fel nem sorolt) drog. A megkérdezett szerek csak részben fednek át a 2017-es kutatásban vizsgált szerekkel: a 2007-ben vizsgált szerek közül a 2017-es kutatásban nem szerepeltek herbál drogok, a rush, az angyalpor és az l-por, ugyanakkor szerepelt a szintetikus kannabisz, az új stimulánsok, és a mefedron. A vizsgálat szerek körének különbözősége ellenére az összesített prevalencia értékek összehasonlíthatósága az teszi lehetővé, hogy a kérdőívben konkrétan megnevezett szerek mellett mindkét vizsgálatban szerepelt a „valami más drog”-ra vonatkozó kérdés, ahol a kérdezett megjelölhetett minden olyan drog fogyasztását, ami nem került név szerint megkérdezésre, és az arra adott választ az összesített prevalencia érték tartalmazza.



ban részesülő hajléktalanok körében. A mindkét kutatásban vizsgált tiltott drogok preferencia sorrendje ugyanakkor a szerenkénti prevalencia értékek növekedése mellett is gyakorlatilag megegyezik¹⁹, a hagyományos tiltott drogok között stabilan a legnépszerűbb a marihuána/hasis, ezt követi ecstasy és az amfetamin (6. ábra).

Ha azonban a korábbi kutatásban nem szereplő új pszichoaktív szereket is figyelembe vesszük a szerpreferenciák vizsgálatakor, akkor csak a marihuána/hasis marad bent a három legnépszerűbb szer között, az ecstasyt és az amfetamint 95%-os biztonsággal kiszorítja a szintetikus kannabisz (LTP: 11,2; hiba: $\pm 3,2$) és kétharmados biztonsággal az új stimulánsok (LTP: 9,6; hiba: $\pm 3,0$)²⁰ is megelőzik²¹.



6. ábra Szerenkénti életprevalencia értékek a budapesti ellátásban részesülő hajléktalan populációban 2007-ben és 2017-ben (a válaszolók %-ában)

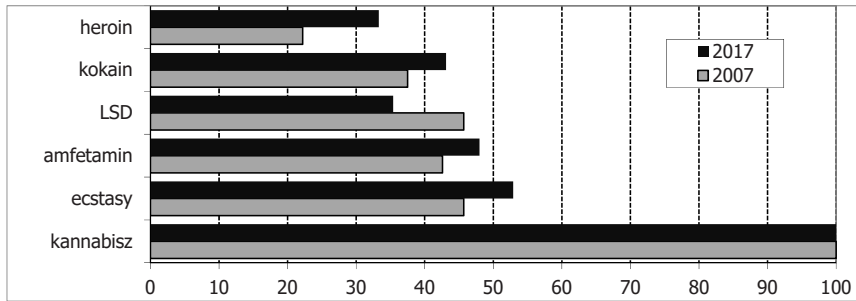
Forrás: Paksi et al. (2010); F3DE 2017 kutatás

A fővárosi ellátásban részesülő hajléktalan populációban a hagyományos szerek struktúrájának stabilitása a hagyományos szerekre épített droghasználati piramis meredekségében, azaz a kannabiszhasználók egyéb szerpreferenciájának állandóságában is megjelenik (7. ábra). A valaha marihuánát/hasist használó ellátásban lévő fővárosi hajléktalanok körében korábban is, és 2017-ben is a legnépszerűbb szerek az ecstasy és az amfetamin, majd ezeket követi a kokain, az LSD, valamint a heroin. Mindössze a heroin esetében becsülhetjük azt, hogy kétharmados biztonsággal növekedett a népszerűsége a kannabiszt használók körében (2007 LTP: 22,2 hiba: $\pm 10,2$; 2017 LTP: 33,3 hiba: $\pm 11,6$);

¹⁹ A 2007-es szersorrend utolsó helyén lévő crack kivételével, ami a 2017-es vizsgálatban kétharmados biztonsággal egy hellyel előrébb került.

²⁰ Az ecstasy és az amfetamin LTP hibája 2007-ben $\pm 1,9$.

²¹ A „más drogok” 2007-ben alacsony életprevalencia értéke megerősíti, hogy az új pszichoaktív szerek valóban a két vizsgálat között eltelt 10 évben kaptak meghatározó szerepet a szerstruktúrában.



7. ábra Droghasználati piramis a budapesti ellátásban részesülő hajléktalan populációban 2007-ben és 2017-ben (a kannabiszt valaha használók %-ában)

Forrás: Paksi et al. (2010); F3DE 2017 kutatás

A tendenciákat vizsgálva összességében tehát kétharmados biztonsággal azt mondhatjuk, hogy a fővárosi ellátásban részesülő hajléktalanok körében 2007 és 2017 között növekedett azok aránya, akik az életük során kipróbáltak valamilyen tiltott drogot. Szintén kétharmados biztonsággal növekedtek a mindkét időpontban vizsgált szerek életprevalencia értékei is. A fővárosi ellátásban lévő hajléktalan populáció szerhasználatának kockázatos jellegére utaló mintázódások nem változtak: a mindkét kutatásban vizsgált (hagyományos) drogok struktúrája, illetve droghasználati piramis meredeksége nem változott számottevően.

4.1.2. Egyéb pszichoaktív szerek fogyasztásának változása a hajléktalan populációban

A 2007-es és a 2017-es kutatás egyéb szerhasználatával kapcsolatos eredményei alapján 95%-os megbízhatósági szinten azt mondhatjuk, hogy a fővárosi ellátásban részesülő hajléktalan populációban a vizsgált periódusban az alkoholfogyasztás szinte minden vizsgált mutatója javult: csökkent a fogyasztás elterjedtsége (TYP, LMP) és a nagy intenzitású, excesszív ivási magatartások (napi ivás, berúgás, binging) előfordulási gyakorisága is (12. táblázat). A dohányzás elterjedtsége és intenzitása tekintetében pedig a kutatás eredményei szerint nem tapasztalható elmozdulás.

12. táblázat Az alkoholfogyasztás és dohányzás összefoglaló mutatói a budapesti ellátásban részesülő hajléktalan populációban 2007-ben és 2017-ben (a kérdésre válaszolók százalékában)

Mutatók	2007			2017		
	N	%	hiba	N	%	hiba
Az elmúlt évben ivott	566	86,4	±2,6	391	70,8	±4,1
Az elmúlt hónapban ivott	562	70,1	±3,4	385	53,2	±4,6
Az elmúlt hónapban minden nap, vagy majdnem minden nap ivott	562	23,8	±3,2	383	15,7	±3,4
Az elmúlt évben volt részeg	510	56,1	±3,9	376	43,6	±4,6



Mutatók	2007			2017		
	N	%	hiba	N	%	hiba
Elmúlt hónapban volt részeg	429	32,6	±4,1	348	23,0	±4,1
Elmúlt hónapban legalább 3 alkalommal volt részeg	429	14,0	±3,0	335	14,3	±3,5
Rohamivás* előfordulása az elmúlt évben	560	65,5	±3,6	388	47,2	±4,6
Dohányzik	561	81,3	±2,9	391	80,1	±3,6
Napi cigarettamennyiség (szál; átlag/módusz)	413	22/20		270	17/20	
* 6 vagy több ital elfogyasztása egy alkalommal; N: Elemszám						
A hibahatáron túli változásokat a táblázatban kiemeltük						

Forrás: Paksi et al. (2010); F3DE 2017 kutatás

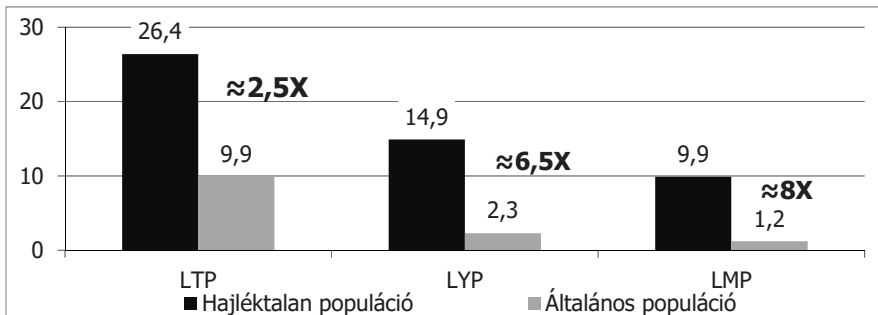
5. A HAJLÉKTALAN POPULÁCIÓ PSZICHOAKTÍV SZERHASZNÁLATI SZOKÁSAIBAN MEGJELENŐ SAJÁTOSÁGOK – AZ ÁLTALÁNOS POPULÁCIÓS ADATOK KONTEXTUSÁBAN

A hajléktalan populáció drogérintettségét, fogyasztási szokásait a 2015-ben készült Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról (OLAAP 2015) kutatás (Paksi et al. 2017) eredményeinek (Paksi – Demetrovics – Magi – Felvinczi 2018) kontextusában értelmezzük. Az általános populációs összehasonlítás során felhasznált adatok a magyarországi 18–64 éves lakosságot reprezentálják. Tekintettel arra, hogy a hajléktalan kutatás mintája a teljes (F3 kutatással elért) hajléktalan populációt reprezentálja életkori megköntés nélkül (a legfiatalabb megkérdezett 18 éves, a legidősebb 82 éves), ezért az összehasonlítás során a hajléktalan kutatás mintájából csak a 18–64 éves kor közöttiek szelektált, 1122 fős mintáját használjuk²².

5.1.1. A droghasználat elterjedtsége a hajléktalan és az általános népesség körében

A 18–64 éves hajléktalanok országos mintáján mért prevalencia értékek rendre többszörösen meghaladják az általános népesség országos reprezentatív mintáján mért prevalencia értékeit. A rövidebb idejű prevalencia értékek felé haladva egyre intenzívebbé válik a különbség: míg az életprevalencia érték az általános népességhez viszonyítva „csak” két és félszer nagyobb a hajléktalanok körében, az éves prevalencia érték esetében már hat és félszeres, a havi prevalencia értékeknél pedig már nyolcszoros különbség tapasztalható (8. ábra).

²² A hajléktalan mintában érvényesített életkori szelekció miatt az ebben a részben feltüntetett értékek esetenként kismértékben eltérhetnek a teljes mintára vonatkozó adatokat tartalmazó, előző részekben bemutatott adatoktól.



8. ábra A tiltott drogfogyasztás elterjedtsége a hajléktalan populációban és az általános népesség körében (a kérdésre válaszolók 18–64 évesek százalékában)

Forrás: Paksi et al. (2018); F3DE 2017 kutatás

A hajléktalan populáció tiltott drogfogyasztásának különböző időszakokra vonatkozó prevalencia értékeiben – az általános népességhez képest – megjelenő különbségeknek a rövidebb időszakra vonatkozó prevalencia értékek felé növekvő tendenciája azt is előrevetíti, hogy a valaha valamilyen tiltott drogot fogyasztó hajléktalanok körében inkább jellemző a drogok folyamatos használata. A valamilyen drogot valaha kipróbáló 18–64 éves hajléktalanok kétötöde az elmúlt évben is használt tiltott szert, míg az általános népességben a folyamatos használók aránya „csak” 17,6%, a kilépési arány pedig a hajléktalan populációban fele a droghasználók körében általában jellemző aránynak (13. táblázat). A folyamatos használat mutatói tehát azt jelzik, hogy a hajléktalan populáció drogfogyasztása egy olyan, fokozottan kockázatos szerhasználat, amiből nagyon nehéz a kilépés, a felépülés. További fontos sajátossága a hajléktalan népesség droghasználatának a droghasználatot a közelmúltban (a kutatást megelőző 12 hónapban) elkezdők (ún. új belépők) magas aránya: az új belépők aránya a hajléktalan populációban több mint háromszorosa az általános populációban mért értéknek, ami a magas közelmúltbeli használat egy további fontos összetevője.

13. táblázat A folyamatos droghasználat a hajléktalan populációban és az általános népesség körében (a valaha valamilyen tiltott drogot fogyasztó 18–64 évesek százalékában)

	Hajléktalan populáció	Általános populáció
Folyamatos fogyasztási ráta	40,2	17,6
Kilépők aránya	38,4	76
Új belépők	21,4	6,4

Forrás: Paksi et al. (2018); F3DE 2017 kutatás

A hajléktalan populáció szerhasználati prioritásai (9. ábra) bizonyos szempontból leképezik a lakosság szerhasználati preferenciáit. A legelterjedtebb drogok mindkét populációban a marihuána, a partidrogok, valamint az új pszichoaktív szerek. A hagyományos tiltott drogok tekintetében a szerek sorrendje is megegyezik az általános népességben jellemző szerpreferen-

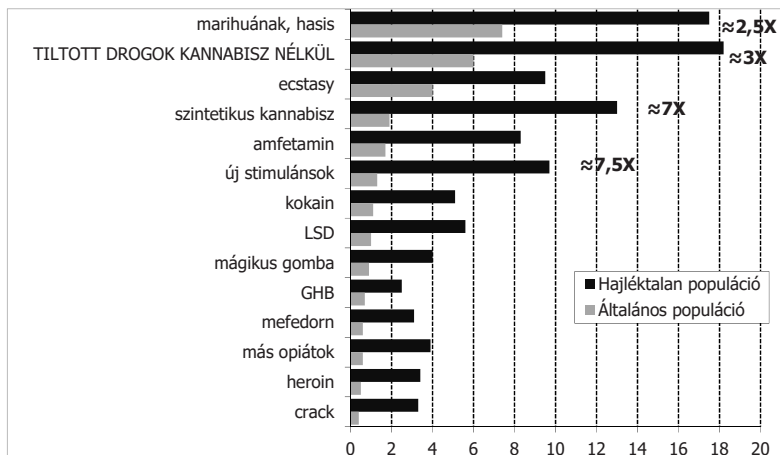


ciákkal: a legnépszerűbb hagyományos tiltott szer mindkét populációban a marihuána, ezt követi az ecstasy és az amfetamin.

Ugyanakkor fontos különbségekre is fel kell hívnunk a figyelmet. Az egyik ilyen eltérés az új pszichoaktív szerek szerepe. Ugyan a 2015-ös lakossági vizsgálat adatai – a droghasználat közvetett indikátoraival összhangban – azt mutatták, hogy az új pszichoaktív szerek használata meghatározóvá vált a hazai tiltottdrog-használatban (Paksi 2017), az új szerek a hajléktalan populáció szerkezetében sokkal inkább szerepet kapnak: míg a lakosság szerkezetében a szintetikus kannabisz a harmadik legerjedtebb szer volt 2015-ben, az új stimulánsok pedig az ötödik helyen voltak, a hajléktalan populációban a kannabisz után a legnépszerűbb drog a szintetikus kannabisz, és az új stimulánsok, az ecstasy, valamint az amfetamin hibahatáron belül megegyező életprevalencia értékekkel holtversenyben a harmadik helyen szerepelnek. Míg a kannabisz életprevalencia értéke a hajléktalan populációban két és félszerese a normálpopulációs értéknek, és általában az egyéb drogoké pedig háromszorosa, addig az új pszichoaktív szerek elterjedtsége 7-7,5-ször nagyobb.

A hajléktalan populációban és az általános népességben mért szerenkénti prevalencia értékek összehasonlításának másik fontos tapasztalata, hogy míg a tiltott drogok összesített életprevalencia értéke mintegy 2,5-szöröse az általános népességben mért értékeknek (lásd a 8. ábrán), addig a szerenkénti értékek – a kannabisz és az ecstasy kivételével – legalább háromszor, a vizsgált szerek több mint fele esetében pedig több mint ötször nagyobbak.

Itt jegyezzük meg továbbá, hogy az intravénás szerhasználat is jelentősen nagyobb szerephez jut a hajléktalanok szerhasználatában. A hajléktalanok 5,5%-a használt már valamilyen drogot intravénásan (LYP: 2,9%, LMP: 1,9%), míg az általános populációban az intravénás droghasználat életprevalencia értéke mindössze 0,4%.



9. ábra Szerenkénti életprevalencia értékek a hajléktalan populációban és az általános népesség körében (a kérdésre válaszolók 18–64 évesek százalékában)

Forrás: Paksi et al. (2018); F3DE 2017 kutatás

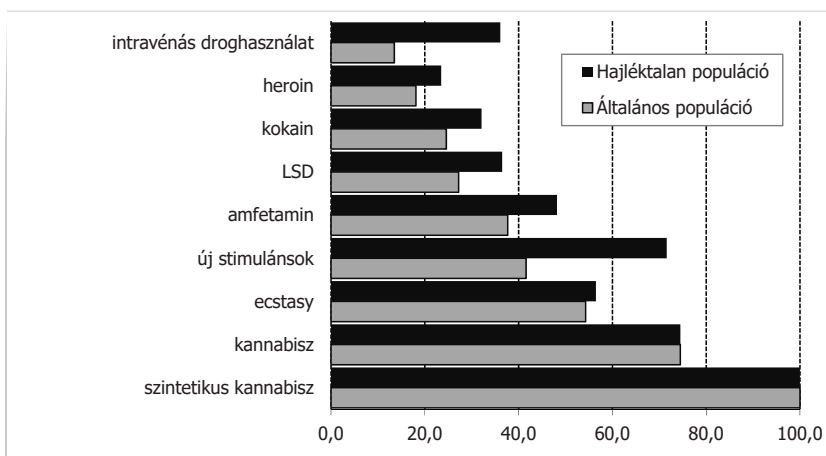


5.1.2. A szintetikus kannabiszra épített droghasználati piramis a hajléktalan és az általános népesség körében

Mint ahogy a tanulmány előző, a szerenkénti prevalencia értékkel foglalkozó részében láttuk, az új pszichoaktív szerek a hajléktalan populáció szerkezetében a lakossághoz képest sokkal inkább meghatározó szerepet kapnak.

A lakossági vizsgálat adatai alapján végzett korábbi elemzések ugyanakkor azt jelezték, hogy az ÚPSZ-használat nem egy speciális, más szerhasználó magatartásoktól elkülönülő fogyasztói magatartás, az általános népességben az ÚPSZ-használók nem képeznek egy új szerhasználói csoportot. Ennek egyik indikátoraként az általános népességben a szintetikus kannabisz fogyasztásra épített piramis azt jelezte, hogy „...a szintetikus kannabiszt használók körében több mint harmincszor nagyobb az esélye a heroin, illetve az új stimulánsok kipróbálásának, 22–27-szeres az LSD-, illetve az amfetaminhasználat előfordulásának, tízszeres a valószínűsége annak, hogy fogyasztottak már kannabiszt, vagy ecstast, mint általában a felnőtt népességben” (Paksi 2017: 56).

Amennyiben az általános népesség szintetikus kannabisz fogyasztásra épített droghasználati piramisát összevetjük a hajléktalan populációban épített piramissal (10. ábra), a két piramis nagyfokú hasonlósága mellett azt is láthatjuk, hogy a hajléktalan populációban még inkább összekapcsolódik a szintetikus kannabisz fogyasztása más tiltott drogok fogyasztásával, azonban míg az általános népesség esetén nem kapott kitüntetett szerepet a két új pszichoaktív szer kapcsolódása, a hajléktalan populációban ez nagyon erősen megjelenik. A szerhasználati piramisban szokásosan szereplő szereket kiegészítve az intravénás szerhasználatra vonatkozó adatokkal, egy további markáns eltérés mutatkozik meg: a szintetikus kannabiszt fogyasztó hajléktalan emberek esetében az intravénás beviteli mód több mint két és félszer gyakoribb, mint az általános népességben szintetikus kannabiszt használók körében.



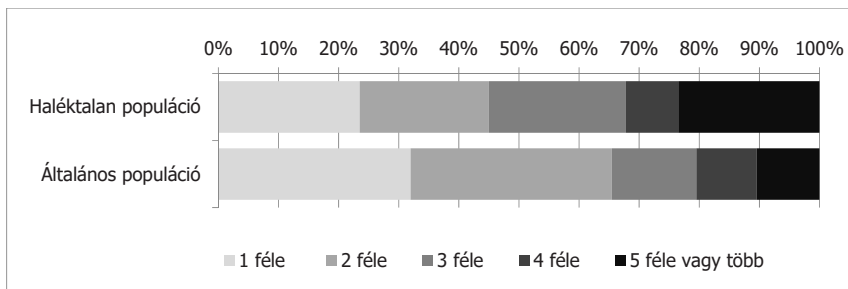
10. ábra A szintetikus kannabisz használatra épített droghasználati piramis a hajléktalan populációban és az általános népességben (18–64 éves szintetikus kannabisz használók százalékában)

Forrás: Paksi et al. (2018); F3DE 2017 kutatás



5.1.3. Polydrog-használat a hajléktalanok és az általános népesség körében

A hajléktalan populációban és az általános népességben mért szerenkénti prevalencia értékek összehasonlítása során azt is láthattuk, hogy míg a tiltott drogok összesített életprevalencia értéke mintegy 2,5-szöröse az általános népességben mért értékeknek, addig a szerenkénti értékek – a kannabisz és az ecstasy kivételével – legalább háromszor, a vizsgált szerek több mint fele esetében pedig több mint ötször nagyobbak. Az, hogy a két populáció között az összesített életprevalencia értékhez képest a szerenkénti életprevalencia értékek esetében nagyobb különbségek mutatkoztak, előrevetíti a hajléktalan droghasználóknak a polydrog-használatban való fokozott érintettségét. Ez a fokozott érintettség különösen a három- vagy többféle szert fogyasztók arányának markáns különbségében mutatkozik meg: míg az általános népességben a droghasználók mintegy egyharmada, addig a hajléktalan populáció több mint fele használta a közelmúltban három vagy több, egyharmaduk legalább négyféle drogot (11. ábra).



11. ábra Polydrog-használat a hajléktalan populációban és az általános népességben (18–64 éves közelmúltbeli droghasználók [LYP] százalékában)

Forrás: Paksi et al. (2018); F3DE 2017 kutatás

5.1.4. Egyéb pszichoaktív szerhasználat a hajléktalanok és az általános népesség körében

A hajléktalan populáció fokozott pszichoaktív szerhasználat nem csak a tiltott drogok vonatkozásában figyelhető meg. Kutatásunk alkoholfogyasztási és dohányzási adatait általános populációs kontextusba helyezve a hajléktalan populáció e tekintetben is fokozott kitérttségét jelezte (14. táblázat). A hajléktalan populációban több mint kétszer nagyobb a dohányosok aránya, mint a lakosságban, bár a dohányzás intenzitása az átlagpopulációéhoz hasonló. Alkoholfogyasztás tekintetében pedig minden mutató, különösen is a nagy intenzitású, excesszív ivási magatartások (napi ivás, berúgás, binging) tekintetében mutatkozik az általános népeséghez képest fokozott kockázat a hajléktalan populációban.



14. táblázat Az egyéb pszichoaktív szerhasználat elterjedtségére vonatkozó összefoglaló mutatók a hajléktalan populációban és az általános népesség körében (a kérdésre válaszoló 18–64 évesek százalékában)

	N	Hajléktalan populáció	Standard hiba	N	Általános népesség	Standard hiba
Az elmúlt évben ivott	1090	80,5	±2,2	1427	74,2	±2,3
Az elmúlt hónapban ivott	1083	66,5	±2,6	1427	51,3	±2,6
Az elmúlt hónapban minden nap, vagy majdnem minden nap ivott	1080	27,4	±2,4	1427	5,4	±1,2
Az elmúlt évben volt részeg	1058	60,4	±2,7	1373	21,0	±2,1
Rohamivás* előfordulása az elmúlt évben	1079	60,7	±2,7	1409	21,4	±2,1
Dohányzik	1086	84	±2,0	1486	35,9	±2,4
Napi cigarettamennyiség (szál; átlag/módusz)	775	16,7/20		530	15/20	

A hibahatárnál nagyobb eltérések esetén a magasabb értékeket a táblázatban kiemeltük.
* 6 vagy több ital elfogyasztása egy alkalommal

Forrás: Paksi et al. (2018); F3DE 2017 kutatás

6. ÖSSZEGZÉS

A tanulmányban bemutatott, a hajléktalan populáció országos reprezentatív mintáján 2017-ben készült kutatás eredményei alapján Magyarországon a hajléktalan emberek egynegyede használt már életében valamilyen tiltott drogot. Az elmúlt évben megközelítőleg minden hetedik, az elmúlt hónapban pedig közel minden tizedik fogyasztott valamilyen tiltott szert.

A hajléktalan populációban az életprevalencia értékek alapján a legelterjedtebb tiltott drog a marihuána/hasis: minden ötödik-hatodik válaszoló fogyasztott már életében marihuánát vagy hasist. Ezzel azonos nagyságú azonban az a populáció, aki a kannabisz származékon kívül használt már egyéb tiltott drogot is. A népszerűségi sorrendben a kannabiszt a szintetikus kannabisz, majd azonos aránnyal az új stimulánsok, az ecstasy és az amfetamin származékok követik. A hajléktalan populáció közelmúltbeli droghasználatban pedig már az egyéb tiltott drogot a meghatározóbbak, és az új pszichoaktív szerek különösen dominánssá válnak.

A különböző tiltott drogot használata erős kapcsolódást mutat a hajléktalan populációban: kevesebb mint egynegyedre tehető azok aránya, akik mindössze egyféle droggal próbálkoztak. A droghasználó hajléktalanok több mint háromnegyede polydrog-használónak tekinthető, s tizből öt-hatan legalább háromféle, közel egynegyedük pedig öt- vagy többféle tiltott drogot próbált már ki.

Azoknak a hajléktalanoknak, akik használtak már az életük során valamilyen drogot, egyharmadának az éltében volt olyan időszak, amikor a drogfogyasztás miatt fizikai és/vagy lelki



problémái jelentkeztek, illetve személyes és/vagy intézményes kapcsolataiban megmutatkoztak a drogfogyasztás következményes károsodásai. A droghasználó hajléktalanok droghasználattal kapcsolatos kezelési igényét jelzi, hogy tízből közel három (a populációra vetítve 7,7%-os arányt jelent) megjelent az élete során járó- vagy fekvőbeteg egészségügyi ellátásban a droghasználatával összefüggésben.

A hajléktalan populációban a droghasználat előfordulásának társadalmi mintázódását vizsgálva a férfiak, a fiatal felnőttek, a hajléktalan-ellátásban nem részesülők (utcán élők), továbbá a környezetük által romának tekintett hajléktalanok fokozott kockázatát kell kiemelnünk. Az ellátásban lévő és az utcán élő hajléktalanok között vidéken és a fővárosban is szignifikáns különbség tapasztalható, s a leginkább érintett a fővárosban utcán elért populáció, ahol a válaszolók mintegy kétötöde fogyasztott már életében, és közel egyharmada az elmúlt hónapban is valamilyen tiltott drogot.

Kutatásunk választ keresett a klasszikus „tyúk vagy tojás” kérdésre is, azaz arra, hogy a droghasználó hajléktalanok esetében a hajléktalanná válás előzte-e meg a droghasználatot, vagy a droghasználat a hajléktalanná válást. A kutatás eredményei azt mutatják, hogy a droghasználó hajléktalanok többsége a hajléktalanná válását megelőzően használt már valamilyen tiltott drogot, és elenyésző azok aránya, akik esetében az első droghasználat a hajléktalanná válást követően történt. Természetesen az összefüggés vizsgálata csak a két helyzet időbelisége, s nem az ok-okozati relációja vonatkozásában szolgál információval.

Összességében – az adatokat időbeni és általános populációs kontextusba helyezve – kétharmados biztonsággal azt mondhatjuk, hogy a fővárosi ellátásban részesülő hajléktalanok körében 2007 és 2017 között növekedett azok aránya, akik az életük során kipróbáltak valamilyen tiltott drogot. A fővárosi ellátásban lévő hajléktalan populáció szerhasználatának kockázatos jellegére utaló mintázódások azonban nem változtak. Míg 2007-ben azt mondhattuk, hogy a drogokkal való kapcsolatba kerülés tekintetében a fővárosi hajléktalan emberek kitettsége átlagosnak mondható, a problémás/kockázatos droghasználat tekintetében azonban különösen veszélyeztetettek, 2017-ben Magyarországon a hajléktalan emberek droghasználati kitettsége többszöröse az általános népességben tapasztalhatónak, s a fogyasztásuk fokozottan kockázatos jellege sem csökkent.

A hajléktalan emberek fokozott pszichoaktív szerhasználata nem csak a tiltott drogok vonatkozásában figyelhető meg. Ugyan az egyéb pszichoaktív szerhasználata tekintetében nem tapasztalhatók kedvezőtlen tendenciák, azonban a hajléktalan populációban mind a dohányzás, mind az alkoholfogyasztás mutatói jóval kedvezőtlenebbek, mint általában a lakosságban.



IRODALOM

- Bényei Z. – Gurály Z. – Györi P. – Mezei Gy. (2000): Tíz év után. Gyorsjelentés a fővárosi hajléktalanokról – 1999. *Esély*, 1: 62–95.
- Bill E. – Henk M. (2006): *Fifth review of statistics on Homelessness in Europe*, FEANTSA. <https://www.feantsaresearch.org/download/5-2006449618011929240409.pdf> (Utolsó letöltés: 2020.01.10.)
- Dávid B. – Snijders T. (2000): A Budapesti hajléktalanok számának becslése. *Szociológiai Szemle*, 10(3): 60–75.
- Elekes Zs. – Paksi B. (2003): *A 18–54 éves felnőttek alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai*. Kutatási Beszámoló. Budapest: NKFP. http://viselkedeskutato.hu/index.php?option=com_attachments&task=download&id=57&lang=hu (Utolsó letöltés: 2020.01.10.)
- EMCDDA (1999): *Co-ordination of an expert working group to develop instruments and guidelines to improve quality and comparability of general population surveys on drugs in the EU*. Follow up of EMCDDA project CT.96.EP.08 (CT.97.EP.09), Lisbon: EMCDDA, September 1999. http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/244/downloads/emcdda_gps_expert_group_comp_report.pdf (Utolsó letöltés: 2020.01.10.)
- EMCDDA (2002): *Handbook for surveys on drug use among the general population*. EMCDDA project CT.99.EP.08 B, Lisbon: EMCDDA, August 2002. http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/244/Handbook_for_surveys_on_drug_use_among_the_general_population_-_2002_106510.pdf (Utolsó letöltés: 2020.01.10.)
- EMCDDA (2015): *Voluntary EMQ Module for monitoring use of New (and not so new) Psychoactive Substances (NPS) in General Adult Population Surveys and School Surveys*. Lisbon: EMCDDA. [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_249891_EN_EMQ%20Voluntary%20Module%20on%20New%20Psychoactive%20Substances%20\(NPS\).pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_249891_EN_EMQ%20Voluntary%20Module%20on%20New%20Psychoactive%20Substances%20(NPS).pdf) (Utolsó letöltés: 2020.01.10.)
- Paksi B. (2003): *Drogok és felnőttek. A tizennyolc év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón, Magyarországon*. Szakmai forrás sorozat. 4. Budapest: L'Harmattan.
- Paksi B. (2017): ÚPSZ-használattal kapcsolatos epidemiológiai tapasztalatok az Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról (OLAAP 2015) című kutatás alapján. In: Felvinczi K. (szerk.): *Változó Képletek – Új(abb) szerek: kihívások, mintázatok, megoldások*. Budapest: L'Harmattan, 45–68.
- Paksi B. – Arnold P. (2009): Speciális populációk drogérzékenysége. In: Demetrovics Zs. (szerk.): *Az addiktológia alapjai II*. Budapest: Eötvös Kiadó, 327–387.
- Paksi B. – Rózsa S. – Kun B. – Arnold P. – Demetrovics Zs. (2009): A magyar népesség addiktológiai problémái: az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról (OLAAP) reprezentatív felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 10. 4, 273–300. <http://real.mtak.hu/58254/1/mental.10.2009.4.1.pdf> (Utolsó letöltés: 2020.01.10.)



- Paksi B. – Arnold P. – Schmidt A. – Gurály Z. – Breitner P. (2010): Drogfogyasztás és hajléktalanság. In: Győri P. – Vida J.: *Otthonatlanul... Tégy az emberért!* Budapest: Menhely Alapítvány és BMSZKI, 49–76.
- Paksi B. – Demetrovics Zs. – Magi A. – Felvinczi K. (2017): Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról 2015 (OLAAP 2015) reprezentatív lakossági felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 19(2): 55–85. http://epa.oszk.hu/02400/02454/00066/pdf/EPA02454_neuropsychopharmacologia_hungarica_2017_02_055-085.pdf (Utolsó letöltés: 2020.01.10.)
- Paksi B. – Demetrovics Zs. – Magi A. – Felvinczi K. (2018): A magyarországi felnőtt népesség droghasználata – az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról 2015 (OLAAP 2015) reprezentatív lakossági felmérés alapján. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 73(4/2): 541–565. <https://doi.org/10.1556/0016.2018.73.4.2>
- Paksi B. – Gurály Z. – Arnold P. – Schmidt A. – Breitner P. (2008): A drogfogyasztás és hajléktalanság. *Addiktológia*. 2: 101–130.
- Paksi B. – Magi A. (2017): *Hajléktalanság és droghasználat. A hajléktalan populáció drog- és egyéb pszichoaktív szerhasználatának vizsgálata.* Kutatási beszámoló, Budapest: EMMI.



„Így kallódunk el szépen egymás után”*

Állami gondozottak voltak, ma hajléktalanok

Győri Péter

GYŐRI PÉTER: Menhely Alapítvány – gyori_peter@yahoo.com

ABSZTRAKT A 2020. évi „Február Harmadika” országos adatfelvétel szerint a válaszadó hétezer hajléktalan ember közül minden ötödik ember a gyerekkorát részben vagy egészen állami gondozásban töltötte. Általában nem közvetlenül, hanem változatos nem-hajléktalan periódusokat követően válnak hajléktalanná a volt állami gondozottak. Az állami gondozotti háttér – a hajléktalan élethelyzetben belül is – további súlyos hátrányokkal kapcsolódik össze: a többiekhez képest alacsonyabban iskoláztak, igen magas a pszichiátriai betegek és a romák aránya a körükben, munkaerőpiaci pozíciójuk lényegesen rosszabb (igen sokan kukázásból, koldulásból élnek), így jövedelmük is alacsonyabb a többiekénél. Gyakrabban kerülnek összeütközésbe a rendfenntartó szervezetekkel. A korábról hozott hátrányok egyértelműen tovább élnek a hajléktalanság körülményei között is.

Kulcsszavak: gyermekvédelem, állami gondozás, hajléktalan, hajléktalan utak, kirekesztettség

„This is how we are lost one after the other”

They once were in foster care and are today homeless

ABSTRACT Every fifth respondent of the seven thousand respondents of the national “February 3rd” survey in 2020 spent a part or the whole of their childhood in foster care. They usually do not become homeless right away but through a series of non-homeless periods. Having been in state care is connected to several severe disadvantages even among homeless people: their level of schooling is lower, the rate of those with psychiatric illness and the Roma is higher, their labour market position is worse (many of them live from begging or garbage bins), thus their income is smaller. They get into conflicts with the police more often. The disadvantages arising from their childhood obviously accompany them throughout their homelessness as well.

Keywords: child protection, foster care, homeless, homeless pathways, exclusion

Előjáróban talán az a legszerencsésebb, ha egy-két mondatot írok ennek a tanulmánynak a megszületéséről. A Február Harmadika Munkacsoport éves országos hajléktalan adatfelvételei¹ során rendre megkérdezzük a hajléktalanná válás okát, s minden évben nagyon kevesen válaszolják azt, hogy az állami gondozásból kikerülve lettek hajléktalanok. Ez valahogy a napi tapasztalatainknak is, sok-sok hajléktalan emberrel folytatott beszélgetéseinknek is ellentmonda-

* Részlet a „Szeretnék lenni!” Egy állami gondozott fiatal nyílt levele a gyermekvédelmi rendszer munkatársai felé. 2018. december 29. (<https://wmn.hu/vim/49911-szeretnek-lenni---egy-allami-gondozott-fiatal-nyilt-levele-a-gyermekvedelmi-rendszer-munkatarsai-fele>) „Sajnos sokunknak nincs ahogyan nekem sem egy állandó hely az életünkben, amit otthonnak nevezhetünk. Amint rosszat teszünk, akár csak rosszat szólunk, félnünk kell, hogy újra költözhetünk. Mit tehetnénk azért, hogy ne az legyen a legfőbb fegyverkezési módszer, hogy totálisan kihúzzák a talajt a lábunk alól? Én személyesen már nem tudnám még egyszer újrakezdeni. Emiatt napról napra van bennem egyfajta rettegés, ami állandó stresszt jelent.”

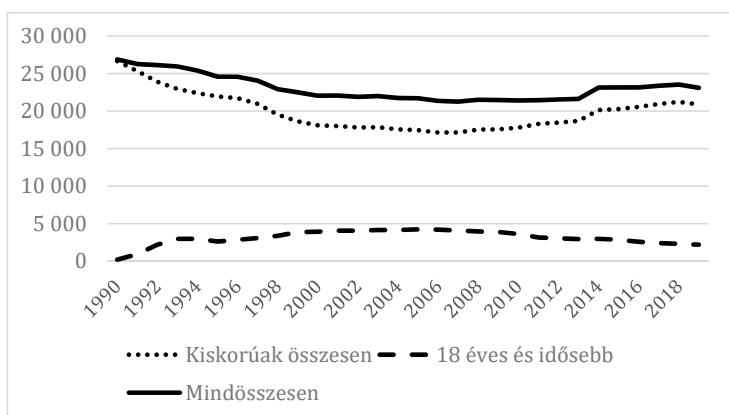
¹ Az adatfelvétel-sorozatról részletesebben (Február Harmadika blog, 2021; Győri, 2021; Darvas, 2018).



ni látszott. Néhány éve azt is megkérdézzük a sok ezer fős adatfelvétel alatt, hogy vajon volt-e korábban, valamikor állami gondozásban? Bennünket is meglepett, amikor szembesültünk a válaszokkal. Innen indultak el kérdéseink, melyekre ebben az írásban keressük a válaszokat.

Mielőtt azonban az említett adatfelvételek elemzésének az eredményeire rátérnénk, elősorolnánk néhány (és valóban csak néhány) olyan, hozzáférhető statisztikai információt, melyek az általunk vizsgált kérdésekhez szorosabban hozzátartoznak.²

Hosszú időtávot tekintve, az elmúlt harminc év alatt az aktuálisan állami gondozásban³ lévő fiatalok száma, ha lassan is, s csak kis mértékben is, de csökkent (1. ábra). Ugyanakkor a gondozásban lévő kiskorúak száma az elmúlt tíz év során újra növekedésnek indult, ráadásul a korcsoport aktuális létszámára vetítve a kiskorúak körében növekszik az állami gondozásba vett gyerekek aránya (Darvas – Farkas – Kende – Vígh 2016). Az a tény, hogy évente 26 ezer, majd 23 ezer fiatal tölti napjait állami gondozásban, egyben azt is jelenti, hogy sok százezer olyan felnőtt él közöttünk, akik valaha – rövidebb-hosszabb ideig – állami gondozottak voltak.⁴



1. ábra Gyermekvédelmi szakellátásban részesülő fiatalok számának alakulása (1990–2019)

Forrás: KSH https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fsg013.html

Az elmúlt másfél évtized során némileg változott a „rövidebb vagy hosszabb idő óta” állami gondozottak aránya. A 2000-es évek elején minden harmadik gondozott életében ez egy néhány éves (1–5 éves) időszakot jelentett (2004: 36%, 2019: 45%), miközben akkor még minden ötödik állami gondozásban lévő fiatal gyerekkora nagyobb részét töltötte (10 vagy annál is több évet) állami gondozásban (2004: 21%, 2019: 12%) (2. ábra). Elemzésünk szempontjából

² A hazai helyzetképhez természetesen a rendelkezésre álló – igencsak szerénynek mondható – hazai statisztikai adatközléseket használjuk fel, miközben a témának (állami gondozás és hajléktalanság összefüggései) igen jelentős nemzetközi szakirodalmát, s bőséges kutatási eredményei találhatóak meg az interneten. Külön köszönöm Darvas Ágnes értő segítségét e szakirodalom böngészéséért. Valamint köszönöm Tanczos Éva kéziratához fűzött észrevételeit.

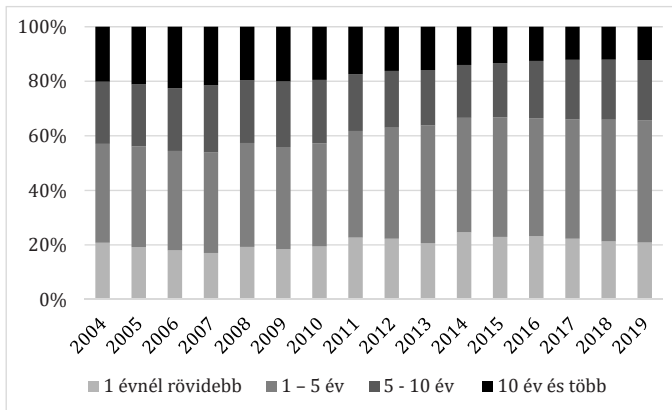
³ Írásunk során végig a köznyelvi „állami gondozás” kifejezést használjuk a jelenleg hivatalos „gyermekvédelmi szakellátás” helyett, részben, mert őszintébbnek gondoljuk, de részben, mert adatfelvételünk során is így tettük fel kérdéseinket, hogy válaszadóink értsék, miről is van szó.

⁴ Ennél pontosabb becslés az egyre hiányosabb és inkonzisztens adatközlések miatt jelenleg nem adható.



ez azért érdekes, mert kérdezetteink többsége nem mostanában volt fiatal-, illetve gyerekkorú, vagyis az „ő idejükben” még nagyobb valószínűséggel tartott hosszabb ideig az állami gondozotti élethelyzet.

Mint látni fogjuk, elemzésünk során megkülönböztetjük majd azokat, akik nagykorúvá váláskor, az állami gondozás megszűntét közvetlenül követően váltak hajléktalanná és a „valaha volt” állami gondozottakat. Ennek során talán ahhoz is kapunk majd adalékokat, hogy maga az állami gondozásba vétel, az ezt megelőző, illetve ezzel együtt járó traumák és hátrányok sorozata – az állami gondozásban eltöltött idő hosszától függetlenül is – mennyiben befolyásolhatja a további élethelyzetek alakulását.



2. ábra Gyermekotthonban és nevelőszülőknél ellátott gyermekek és fiatal felnőttek a gondozás időtartama szerint (2004–2019)

Forrás: KSH https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fsg009.html

Az állami gondozásba vett kiskorúak körében – az intézményi nyilvántartások szerint – jelentős arányban vannak ún. sajátos nevelési igényű (SNI) gyerekek. Minden ötödik állami gondozott gyerek sajátos nevelési igényű (2018: 4407 fő, 19,4%), közülük minden második gyerek értelmi fogyatékos, 42%-uk egyéb pszichés fejlődési zavarral küzd, 10%-uk halmozott vagy egyéb fogyatékos (KSH, 2018). Sokszor éppen ez a körülmény az állami gondozásba vétel egyik fő indítéka (Gyarmati – Czibere – Rácz 2018). Ezeknek a gyerekeknek aztán az állami gondozás során történő szakszerű ellátása rendkívül sok kívánnivalót hagy maga után, ahogy ezt az Alapvető Jogok Biztos (Ombudsman) jelentései is részletesen és rendszeresen megállapítják (AJB, 2016).

A fogyatékkal élő gyerekek magas arányához hasonlóan igen magas a roma gyerekek aránya is az állami gondozásban lévő fiatalok körében (ERRC, 2007; ERRC, 2011; Darvas – Farkas – Kende – Víg, 2016; Rákó, 2019). Minden szakértői és mindennapi tapasztalat ezt támasztja alá, bár statisztikai adatok erről – az adatvédelmi szabályok következtében – nem állnak rendelkezésre. A két jelenség egyes feltételezések szerint össze is függhet egymással, de ezt több tudományos kutatás cáfolja (Dupcsik, 2018; Bogdán, 2015). Számunkra ennek azért van jelentősége, mert nyilvánvalóan fölmerül a kérdés, hogy vajon az általunk vizsgált, állami gondozást megjáró, hajléktalan emberek körében is kimutathatóak-e jelenségek hatásai?



Az állami gondozásba vétel – hivatalos statisztikákban megjelenített – indikációján és a gondozásban lévők számának alakulásán túl még röviden szólnunk kell arról is, hogy mit mutatnak a statisztikai nyilvántartások, merre mennek, hova kerülnek a rövidebb-hosszabb ideig állami gondozottak. Az intézmények éves forgalmi nyilvántartásának az összesítése azt mutatja, hogy minden második gondozott egyik ellátási formából egy másikba lett áthelyezve egy év leforgása alatt (pl. gyermekotthonból nevelőszülőhöz), miközben minden második gondozott kikerül az állami gondozási rendszerből. Utóbbiak nagyobbik részét „hazaadják” (2018-ban 1483 gyerek) (1. táblázat). Azonban azt is tudjuk, hogy a „hazaadott” (18 év alatti) gyerekek egy része ismét állami gondozásba kerül.

2018-ban, egy év alatt mintegy ötezer állami gondozott gyerek került egyik helyről a másikra, egy nem kis részük hányódott, ide-odakerült – akár jó szándéktól vezérelve is. Ugyanabban az egy évben nem kevesebb, mint 18 861(!) szökési eseményt regisztráltak, melyben 3298 gyerek volt érintett. Közülük 218 gyerek bűncselekményt is elkövetett a szökés alatt. Arról nem szól a statisztika, hogy hány gyereket szedtek össze a szökés alatt „az utcáról”, de tudjuk, hogy e fiatalok egy része már ekkor megtapasztalta a csövezés, a rejtőzködés, s minden bizonnyal a teljesen bizonytalan egzisztenciális lét mélységeit.

Ugyanebben az évben 1345 fiatalnak szűnt meg az állami gondozása nagykorúvá válása miatt, illetve 978 korábban nagykorúvá vált, de még utógondozásban maradt hagyta el az állami gondozás rendszerét. Vagyis egy év alatt 2323 felnőtt korú volt állami gondozott kezdhetett neki az önálló, „nagybetűs életnek”. Az erről készült utánkövetéses vizsgálatok számos nehézségre hívják fel a figyelmet (Rácz – Riegler 2015; Szikula 2003; Rubeus 2012).

1. táblázat Gyermekotthonban és nevelőszülőknél gondozásból kikerült kiskorúak és fiatal felnőttek száma, 2018

A tárgyévi létszámcsökkenés oka	fő	%
Gyermekvédelmi szakellátása megszűnt	4185	49%
<i>Ebből:</i>		
<i>Szülőkhöz, hozzátartozókhoz hazaadott</i>	1483	17%
<i>Jogerősen örökbeadott</i>	631	7%
<i>Nagykorúvá vált</i>	1345	16%
<i>Családba fogadott</i>	345	4%
<i>Meghalt</i>	17	0%
<i>Egyéb</i>	364	4%
Gondozási helye megváltozott	3355	39%
Átmeneti gondozása megszűnt	46	1%
Utógondozói ellátása megszűnt	978	11%
Összesen	8564	100%

Forrás: KSH 2018



Témánk szempontjából különös jelentőséggel bír, hogy ezek a nagykorúvá vált fiatalok hozzájuthatnak-e valamilyen, s milyen támogatáshoz az életkezdéskor, hogy – többek között – önálló lakhatásukat megoldhassák. Az ún. otthoneremtési támogatás éppen ezt a célt szolgálja: „Az otthoneremtési támogatás célja, hogy a nevelésbe vételből kikerült fiatal felnőtt lakáshoz jutását, tartós lakhatása megoldását elősegítse. Kérelemre nyújtható támogatás, melyet a fiatal felnőtt igényelhet jogszabályban meghatározott feltételek fennállása esetén, a nevelésben eltöltött idő és a nagykorúságkor meglévő vagyonától függő mértékben.” (Kormányablak 2021)

Az otthoneremtési támogatás maximális összege, ha az állami gondozásban eltöltött idő 4 évnél rövidebb, akkor 1 339 500 Ft, 4-5 év esetében 1 624 500 Ft, ha 5 évnél hosszabb, akkor 1 909 500 Ft. A támogatás – elszámolási kötelezettség és számos egyéb feltétel mellett – kizárólag lakhatási célra használható fel, de azon belül igen sokféle lehetőség megengedett, többek között a magánlakás bérleti díja megfizetésének a támogatása is. Nem mondunk újat azaz, ha megállapítjuk, hogy ezek a támogatási összegek teljesen elégtelenek valamiféle stabil lakhatás megalapozásához. Ezt még a KSH összegzése sem tudja szépíteni, amikor megállapítja, hogy az utógondozásból kikerült fiatalok kétharmada csupán valamilyen teljesen bizonytalan lakhatás irányában tud kilépni a gondozás megszűntét követően, s a fennmaradó egyharmad is többnyire hamarosan elveszíti (rész)tulajdonát, bérleményét (KSH 2012). A támogatás mértékén túl a támogatás felhasználásának a lehetőségei – az eszköztelen, sokszor felkészületlen, túlterhelt, nem egyszer hanyag közreműködő szakemberek tevékenységével párosulva – csak tovább növelik a lakhatás bizonytalanságának az esélyeit.

Az életkezdési, illetve az otthoneremtési támogatás szabályozása az évek során igen sokszor változott, miközben folyamatosan jelentős és jogos kritikák érték és érik. Az általunk vizsgált korosztályok szempontjából érdemes beleolvasnunk az Állampolgári Jogok Biztosának (Ombudsman) egyik, 2003-ban készült jelentésébe:

„...Tekintettel arra, hogy a támogatás csupán adható volt, és a kérelmek teljesítése a rangsorolás elve alapján működött, a szűkös, éves önkormányzati költségvetési keret miatt csak kisszámú igény kielégítésére volt lehetőség. Ezért a gyermekvédelmi rendszerben jelenleg is „görgetve” nagyszámú, évekre visszamenőleg nyilvántartott életkezdési támogatás iránti kérelem található (az ágazati minisztérium által ismert igények száma országosan 5000-re tehető). Azzal, hogy ennél a támogatási formánál a korábban hatályos jogszabályok alapján a kérelmező személyekre alkalmazható felső korhatár nem volt megállapítva, 30 éves fiatal felnőttek is vártak arra 2003-ban, hogy önkormányzati pályázatokból támogatáshoz jussanak. Az esélyeket tovább csökkentette az a körülmény, hogy az 1998. és a 2002. közötti években központi pályázat kiírására nem került sor. Ez a helyzet oda vezet, hogy a Gyvt. alapján az otthoneremtési támogatási jogosultságnak az életkor miatti megszűnéskor még mindig szerepelnek azok az életkezdési támogatás iránti igények, amelyeket hasonló céllal nyújtottak be, és amelyeknek jogalapját a jogalkotó elismerte.

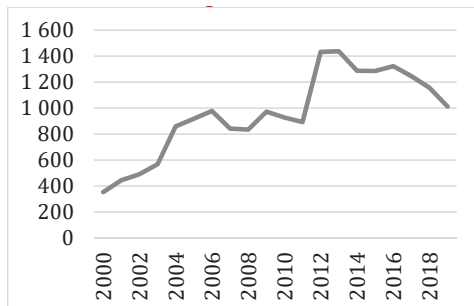
A két támogatási formára vonatkozó – a vizsgálat látókörébe került – tények megismerését követően arra a megállapításra jutottam, hogy az életkezdési támogatások biztosításának jelenlegi gyakorlata alkotmányos jogokkal összefüggő visszásságot idéz elő az Alkotmány 2. § (1) bekezdésében deklarált jogbiztonsághoz, továbbá a 67.§ (1) bekezdésében garantált gyermeki jogokkal összefüggésben, ezért az Obt 20. § (1) bekezdése alapján a következő ajánlást teszem:

Felkérem az egészségügyi, szociális és családügyi minisztert, hogy mérje fel az eddig előterjesztett kielégítetlen életkezdési támogatás iránti igényeket, a megoldási lehetőségekkel kapcsolatban alakít-



sa ki álláspontját és tájékoztasson a tervezett intézkedésekről. ...” (Állampolgári Jogok Országgyűlési Biztosa 2003)

Továbbra is a KSH intézményi adatgyűjtésére támaszkodva, azt mondhatjuk, hogy 2000 és 2010 között igencsak kevesen jutottak egyáltalán ilyen támogatáshoz, amikor nagykorúvá válva kiléptek az állami gondozás keretei közül. Ezt követően megváltoztak a hozzájutás szabályai is, a statisztikai számbavétel is, mely szerint 2010 után először többen, majd évről évre egyre kevesebben jutnak hozzá ehhez a szerény segítséghez (3. ábra)



3. ábra Évente otthonteremtési támogatásban részesült fiatal felnőtt (2000–2019)

Forrás: KSH https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fsg004.html⁵

Ennyi rövid bevezetést követően nézzük, mit kerestünk, s mit találtunk az immár volt állami gondozott, majd hajléktalanná vált emberek válaszainak elemzése során.

MENNYIRE SZOROS A KAPCSOLAT AZ ÁLLAMI GONDOZÁS ÉS A HAJLÉKTALANNÁ VÁLÁS KÖZÖTT?

Vizsgálódásunk alapkérdése a látható hajléktalanság rendszerváltás utáni tömeges megjelenését követő „hőskorszak” szakembereit is méltán foglalkoztatta. Azonban ez irányú kutatások hiányában csupán benyomásaikra hagyatkozhattak, melynek során olykor „összecsúsztott” az állami gondoskodást követően közvetlenül hajléktalanná válás és a valamikor korábban állami gondozottak hajléktalanok körében való későbbi megjelenésének a jelensége (Pik 1995, Oross 2001).

Előljáróban azt is megemlítenénk, hogy a Február Harmadika kutatássorozat célcsoportja a különböző hajléktalanszállásokon lakó és a közterületeken élő emberek (ez megfelel az ETHOS 1.,2. és 3. kategóriájának), őket említjük „hajléktalan”-ként, miközben az ETHOS tipológia a lakástalanok körében (6. kategória) tartalmazza azokat is, akiknek biztonságos lakhatás nélkül szűnik meg az intézményi elhelyezése nagykorúságuk elérését követően.⁶

⁵ A 2012 előtti és utáni adatok nem összehasonlíthatóak a számbavétel eltérései miatt.

⁶ Az ETHOS (European Typology of Homelessness and Housing Exclusion) a hajléktalanságnak a FEANTSA (European Federation of National Organisations Working with the Homeless), a hajléktalan-ellátó szervezetek európai szövetsége által elfogadott, konvencionálisnak tekinthető tipológiája (Bakos – Győri 2006; Edgard – Meert – Győri 2006).



Vizsgálatunk kérdését másképpen megfogalmazva: a hajléktalanságban élők között milyen eséllyel jelennek meg volt állami gondozottak?⁷ Első megközelítésben a kapcsolat nem szoros, a hajléktalan emberek körében igen alacsony azok aránya, akik közvetlenül az állami gondozást követően kerültek volna ebbe az élethelyzetbe. 2020-ban az értékelhető választ adók (6920 fő) mindössze 4,3%-a (299 fő) jelölte meg hajléktalanná válása okaként azt, hogy állami gondozásból került ki. Ezen belül is az egy éven belül hajléktalanná vált emberek körében (997 fő) csupán 30 olyan válaszadó található, aki az állami gondozásból való kikerülést jelölte meg hajléktalanná válása okaként. Közülük 17 fő harmincévesnél fiatalabb, akiről feltételezni lehet, hogy valóban közvetlenül az állami gondozás folytatásaként váltak hajléktalanná. Ebből annyi bizonyosan megállapítható, hogy *nem jellemző, hogy az állami gondozásból közvetlen és egyenes út vezetne a hajléktalanszállások, vagy a közterületeken éjszakázás irányába.*

Ugyanakkor az is igaz, hogy a húszévesnél fiatalabbak körében közel minden harmadik, a húsz-harminc évesek körében minden ötödik hajléktalan ember az állami gondozásból való kikerülést jelöli meg hajléktalanná válása okaként, ami viszont igen-igen magas arány (2. táblázat). Azt is mondhatnánk, az előző megállapítást kiegészítendő, hogy *viszont a fiatal hajléktalanok körében jelentős arányt képviselnek az állami gondozásból kikerültek.*

Modellszámítást végeztünk arra vonatkozóan, hogy azok, akik ugyan nem közvetlenül az állami gondozásból kikerülve váltak hajléktalanná, de a korábbi állami gondozást követően már igen fiatalon (20–29 évesen) hajléktalanok lettek, milyen eséllyel maradnak hajléktalanok később is, illetve kerülnek ki a hajléktalanságból. Becslésünk szerint e rövid kitérő után hajléktalanná vált volt állami gondozottak 2/3-a még 50 éves korában is hajléktalan, közülük minden második még 60 éves korában is ebben a helyzetben él (közben persze többen ki-be mozognak a hajléktalan és nem-hajléktalan lét között).

2. táblázat Valaha állami gondozott és közvetlenül állami gondozásból lett hajléktalan emberek aránya korcsoportonként

Korcsoport	Volt valaha ÁG	Nem volt ÁG	Együtt	Közvetlenül ÁG-ból lett hajléktalan	N (fő)
–19 éves	48%	52%	100%	29%	29
20–29 éves	52%	48%	100%	20%	322
30–39 éves	34%	66%	100%	7%	545
40–49 éves	28%	72%	100%	7%	1453
50–59 éves	19%	81%	100%	3%	2366
60–69 éves	11%	89%	100%	1%	2176
70– éves	11%	89%	100%	0%	479
Együtt	21%	79%	100%	4%	7370

Forrás: Saját számítás, Február Harmadika adatfelvétel 2020

Talán ennél is izgalmasabb kérdés második megközelítésben, ha azt is megnézzük, hogy akik ma hajléktalan helyzetben vannak, vajon voltak-e korábban valamikor állami gondozottak? 2020-ban azt is megkérdeztük, hogy „*Volt-e valaha állami gondozott?*” – erre a kérdésre, mondhatni, megdöbbenően sokan, 1521 hajléktalan ember válaszolt igennel. Az életkor

⁷ Kutatásunk nem pótolhatja az ilyen irányú hazai utánkövetéses vizsgálatok hiányát, mi „csak” a már hajléktalanná lett emberek oldaláról tudjuk vizsgálni e kapcsolat szorosságát.



előrehaladtával ugyan egyre kevesebben válaszolták, hogy valaha állami gondozottak voltak, de így is a 30–49 évesek közül minden harmadik ember, az 50-es éveikben járó legnagyobb korcsoport tagjai közül minden ötödik ember megjárta az állami gondozást. Az erre a kérdésre válaszadó összes hajléktalan ember 20,5%-a rövidebb-hosszabb ideig állami gondozott volt korábban, valamikor fiatal korában – ami rendkívül magas arány!⁸ Másképpen fogalmazva: ha beszélgetünk hajléktalan emberekkel, akkor ki fog derülni, hogy minden ötödik beszélgető társunk a gyerekkora, vagy a serdülőkora egy részét vagy egészét állami gondozásban volt kénytelen eltölteni. Nem gondolom, hogy ezen a helyen kellene részletezni, hogy ennek milyen jelentős, meghatározó hatása lehet életük későbbi alakulására.

A HAJLÉKTALANNÁ VÁLTAK KÖRÉBEN AZ ÁLLAMI GONDOZOTTI MÚLT VAJON MILYEN MÁS, A KÉSŐBBI ÉLETÚT ALAKULÁSÁRA HATÁST GYAKORLÓ TÉNYEZŐKKEL KAPCSOLÓDIK ÖSSZE?

Kérdésünkre nyilvánvalóan csak igen korlátozott válaszokat tudunk adni, annak függvényében, hogy éves adatfelvételeink során egyáltalán miket kérdeztünk, mikre kaphattunk választ.

Az első és talán az egyik legfontosabb ilyen tényező a megszerzett, a fiatal korban elért iskolai végzettség. A kép, amit adatfelvételünk mutat, elkésirítő. Az állami gondozásból valaha is kikerültek iskolai végzettség szerinti megoszlása jelentősen elmarad azokétól, akik nem voltak állami gondozottak – pedig az ő iskolai végzettségük is bőven hagy kívánnivalót maga után. *A valaha is állami gondozottak 62%-a legfeljebb a nyolc általánost végezte el (közülük minden 6. még azt sem).* A közvetlenül az állami gondozásból hajléktalanná váltak 70%-a nem jutott tovább a nyolc általánosnál, közülük minden 5. még az elemi iskolát sem végezte el (3. táblázat). Mind a munkaerőpiacon, mind a nagybetűs életben ezzel a plusz hátránnyal indultak el.

3. táblázat Közvetlenül állami gondozásból lett és valaha állami gondozott hajléktalan emberek iskolai végzettség szerinti megoszlása

Legmagasabb iskolai végzettsége	Közvetlenül ÁG-ból lett hajléktalan	Volt valaha ÁG	Nem volt ÁG	Együtt
kevesebb mint 8 általános	22%	16%	8%	10%
nyolc általános	48%	46%	34%	37%
szakmunkásképző szakiskola	25%	33%	41%	40%
érettségi	5%	5%	12%	11%
főiskola, egyetem	0%	1%	4%	3%
Együtt	100%	100%	100%	100%
N (fő)	297	1510	5877	7387

Forrás: Saját számítás, Február Harmadika adatfelvétel 2020

⁸ E jelenség súlyosságát nem csökkenti, inkább megerősíti, hogy több külföldi kutatás is hasonló, legalább ilyen erős vagy még erősebb összefüggést mutat ki a hajléktalanság és a korábbi állami gondozotti lét között. Például a miénkhöz nagyon hasonló eredményre jutott az Egyesült Államokban (Roman – Wolfe 1995), vagy Kanadában (Homeless Hub 2021).



Ráadásul – nem, mintha ez nem lenne elég – minél fiatalabb hajléktalan emberről van szó, annál inkább igaz rá az, hogy ha állami gondozott volt korábban, akkor nagy valószínűséggel igencsak alacsonyan iskolázott (4. táblázat). Adatainkból valahogy nem az olvasható ki, hogy az elmúlt évtizedek során folyamatosan javult volna az állami gondozásból kikerültek felkészítése az életre, éppen ellenkezőleg. (Persze lehet, hogy a mi nézőpontunkban van a hiba...)⁹

4. táblázat A valaha állami gondozott és a nem volt állami gondozott hajléktalan emberek iskolai végzettség szerinti megoszlása korcsoportonként

Korcsoport		Kevesebb, mint 8 általános	Nyolc általános	Szakkun-kásképző, szakiskola	Érettségi	Főiskola, egyetem	Együtt	N (fő)
–19 éves	Valaha ÁG	7%	71%	14%	7%	0%	100%	14
	Nem volt ÁG	0%	80%	13%	7%	0%	100%	15
20–29 éves	Valaha ÁG	19%	50%	25%	7%	0%	100%	167
	Nem volt ÁG	12%	47%	34%	6%	1%	100%	155
30–39 éves	Valaha ÁG	19%	46%	32%	3%	1%	100%	184
	Nem volt ÁG	10%	40%	34%	13%	3%	100%	360
40–49 éves	Valaha ÁG	15%	46%	34%	5%	1%	100%	398
	Nem volt ÁG	8%	39%	41%	10%	2%	100%	1047
50–59 éves	Valaha ÁG	14%	48%	32%	5%	1%	100%	445
	Nem volt ÁG	9%	33%	43%	12%	3%	100%	1908
60–69 éves	Valaha ÁG	15%	39%	38%	7%	2%	100%	240
	Nem volt ÁG	7%	31%	43%	13%	5%	100%	1927
70– éves	Valaha ÁG	13%	31%	50%	6%	0%	100%	52
	Nem volt ÁG	11%	29%	36%	17%	6%	100%	422
Együtt	Valaha ÁG	16%	46%	33%	5%	1%	100%	1500
	Nem volt ÁG	8%	34%	41%	12%	4%	100%	5834

Forrás: Saját számítás, Február Harmadika adatfelvétel 2020

Megvizsgáltuk, hogy ezekben a tendenciákban mekkora szerepet játszott a települési lejtő, illetve a nem hovatartozás, de úgy találtuk, hogy itt ezek a tényezők említésre méltó befolyást nem gyakoroltak. A háttérhez – s mint látni fogjuk nem csak ahhoz – azonban szép hazánk-

⁹ Azt sem zárhatjuk ki, hogy a tankötelezettség 16 éves korra történt leszállításának destruktív hatása jelenik meg adatainkban, illetve egyesek felnőtt korukban tanulhattak ki valamilyen szakmát. Mindez nem változtat azon a tényen, hogy az állami gondozásból jelenleg is nagyon alacsony iskolázottsággal kerülnek ki a fiatalok. Ismét csak utalunk más vizsgálatok hasonló eredményeire (NCHE 2019).



ban nagyon is hozzátartozik az etnikai hovatartozás vagy pontosabban az, hogy valakit a környezete cigánynak tart-e.

2020-ban már eljutottunk oda, hogy minden harmadik megkérdezett hajléktalan emberre mondta már környezete, hogy ő cigány (hosszú évek óta folyamatosan növekszik ez az arány a hajléktalanok körében). Adatfelvételünk azt mutatja, hogy ezen etnikai dimenzió mentén alapvető különbség van az állami gondozásban megfordult és az ilyen fiatalkori háttérrel nem rendelkező hajléktalan emberek között. Akik nem voltak valaha állami gondozottak, azok háromnegyede ilyen megítéléssel nem kellett, hogy találkozzon, viszont a valaha állami gondozottak 57%-a jelezte, hogy mondták már rá – megbélyegzésként, akár mert valóban cigány származású, akár nem azért –, hogy ő cigány¹⁰ (5. táblázat).

Annyi mindenesetre megállapítható, hogy az állami gondozásból kikerült, majd később hajléktalanná vált emberek hátrányait az alacsony iskolázottság és az etnikai hovatartozás tovább halmozta.

5. táblázat Közvetlenül állami gondozásból lett és valaha állami gondozott hajléktalan emberek etnikai megjelölés szerinti megoszlása

Mondták-e már Önre, hogy cigány?	Közvetlenül ÁG-ból lett hajléktalan	Volt valaha ÁG	Nem volt ÁG	Együtt
Igen	59%	57%	26%	33%
Nem	41%	43%	74%	67%
Együtt	100%	100%	100%	100%

Forrás: Saját számítás, Február Harmadika adatfelvétel, 2020

Végül lenne itt még egy háttérbeli tényező, de erről csupán áttételesen, s nagyon keveset tudunk, a pszichés betegségek és képességek világa. Amikor 2020-ban megkérdeztük, hogy „Volt-e pszichiátriai kezelésen?“, akkor a valaha állami gondozottak közül többen (35%) válaszolták, hogy igen, mint azok, akik nem fordultak meg az állami gondozásban (28%). (Itt most nem térünk ki annak tárgyalására, hogy önmagában is mit jelent, hogy közel minden harmadik hajléktalan ember nem csak rászorult, de igénybe is vette a pszichiátriai ellátást eddigi élete során.) Arra végképp nem tudunk magyarázatot, hogy miért éppen az 50–59 évesek korcsoportjában a legnagyobb a különbség (38%–28%).

Azt is megkérdeztük, hogy „Kezelték-e idegosztályon, neurológián?“, s az erre a kérdésre adott válaszok hasonló eredményt mutattak: az állami gondozási háttérrel nem rendelkező hajléktalanok 29%-át kezelték már idegosztályon, ez önmagában is igen magas arány, de a volt állami gondozott hajléktalanok körében az idegosztályon kezelték részaránya (37%) egészen kiemelkedően magas. Itt is az 50–59 éves korcsoportban a legmagasabb ez az arány (40%).

Mivel a szélesebb szakirodalom is visszatérően foglalkozik a valamikori fejsérülés és a hajléktalan élethelyzet közötti – eddig még meg nem fejtett – lehetséges kapcsolattal (Worthington – Edwards – Joiner 2020), ezért 2020-ban azt is megkérdeztük, hogy „Volt-e már komo-

¹⁰ Más felmérésekből is tudjuk, hogy a hazai állami gondozási rendszerben jelentősen felülreprezentált a cigány származású fiatalok aránya. Ahogy aztán a felnőttek börtöneiben is (Gönczöl 1982).



lyabb (pl. eszméletvesztéssel járó) fejsérülése?” – melyre a válaszadók 33%-a válaszolt igennel. Ez ugyan egy igen-igen magas arány, azonban pillanatnyilag nem tudjuk, hogy a hazai felnőtt korú népességben belül milyen gyakran fordul elő ugyanez. Azt azonban ebben az esetben is megállapíthatjuk, hogy a volt állami gondozott hajléktalanok körében mérhetően magasabb arányban fordult már elő ilyen fejsérülés (39%), mint a másik csoportban (31%).

Végül, 2018-ban megkérdeztük azt is, hogy „Tud-e arról, hogy van valamilyen lelki/pszichiátriai problémája, vagy hallotta-e már másoktól, hogy Önnek ilyen problémája lehet?“, melyre a válaszadók (8599 fő) 26%-a válaszolt igennel (itt sem térünk ki ennek az igen magas aránynak a jelentőségére), s ezen belül is a volt állami gondozott hajléktalanok körében magasabb arányt találtunk (31%). Ugyanebben az évben azt is kérdeztük, hogy „Tud-e arról, hogy van valamilyen értelmi fogyatékosága vagy tanulási nehézsége?“, melyre a volt állami gondozottak kétszer akkora arányban válaszoltak igennel (12%), mint azok, akik nem járták meg az állami gondozást.

E tényezőcsoportról összességében azt bizonyosan megállapíthatjuk, hogy a volt állami gondozottak csoportjának pszichés státusza kétségtelenül rosszabb az ilyen háttérrel nem rendelkező hajléktalancsoport pszichés státuszánál, bár azt nem tudjuk, hogy ez már a hajléktalanná válás előtt is így volt-e, vagy ennek az élethelyzetnek a során alakult-e így.

MOST AKKOR SOK VAGY KEVÉS VOLT ÁLLAMI GONDOZOTT ÚTJA VEZET A HAJLÉKTALANSÁGBA?

Onnan indultunk adataink elemzése során, hogy az évenként válaszadó sok-sok ezer hajléktalan ember alig 4,5-5%-a szokta az állami gondozásból kikerülést hajléktalanná válása okaként megemlíteni, miközben minden ötödik hajléktalan ember életében valaha volt állami gondozott. Ez az első pillanatban ellentmondásnak tűnő tény viszonylag egyszerűen feloldható, ha igaz az, hogy az érintettek közvetlenül az állami gondozásból kikerülve nem rögvest kerülnek utcára, vagy költöznek valamilyen hajléktalanellátó intézménybe, hanem „csak” bizonyos kerülő utakat megjárva, egy idő után. De egy idő után viszont meglehetősen nagy valószínűséggel ide vezet útjuk. Nézzük meg, az a néhány kérdés, melyre válaszokat vártunk, vajon alátámaszthatja-e ezt a feltételezést?

2020-ban megkérdeztük a hajléktalan helyzetben lévő embereket, hogy mi volt a hajléktalanná válásuk előtti utolsó lakhatási jogcímük. („Milyen jogcímen lakott Ön hajléktalanná válása előtt utoljára?”) Akik nem fordultak meg az állami gondozásban, azok többnyire tulajdonosként, tulajdonos családtagjaként, egész lakás bérlőjeként, vagy a bérlő családtagjaként laktak egy lakásban, s ezt elveszítve váltak hajléktalanná (79%). Az ő esetükben csak elvétve fordul elő, hogy soha nem laktak lakásban, vagy éppen egyenesen munkásszállóról költöztek volna hajléktalanszállóra, kerültek volna utcára (5%).

Ezzel szemben a valaha állami gondozottak 6%-a (1482 emberből 95 fő), az állami gondozást követően hajléktalanná váltaknak viszont 19%-a (291 emberből 56 fő) nyilatkozott úgy, hogy soha nem lakott lakásban. Ők, illetve azoknak egy része, akiknek a hajléktalanná válás előtti utolsó jogviszonya „munkásszálló, intézményi jogviszony” volt, lehetnek a „kerülő út nélkül”, állami gondozást követően közvetlenül hajléktalanná váltak.



Ezzel együtt egyértelműen megállapítható, hogy a valaha állami gondozottak döntő többsége tulajdonosként, bérlőként, ezek családtagjaként, illetve szívességi lakóként lakásban, vagy éppen munkásszállón lakott, mielőtt aztán hajléktalanná vált volna (6. táblázat). (Ez kisebb mértékben, de még azokra is igaz, akik azt mondták, hogy az állami gondozásból kikerülve lettek hajléktalanok.) *Vagyis jellemző a „kerülő út”: az állami gondozottak útja ugyan nem vezet egyenesen a hajléktalanságba, azonban nagyon gyakran csak a legbizonytalanabb lakhatási lehetőségekig jutnak, ahonnan viszont sokan előbb-utóbb hajléktalanná válnak.*

6. táblázat Közvetlenül állami gondozásból lett és valaha állami gondozott hajléktalan emberek megoszlása a hajléktalanná válás előtti utolsó lakhatás jogcíme szerint

Milyen jogcímen lakott Ön hajléktalanná válása előtt utoljára?	Közvetlenül ÁG-ból lett hajléktalan	Volt valaha ÁG	Nem volt ÁG	Együtt
Tulajdonosként	2%	15%	27%	25%
Egész lakás bérlőjeként	9%	14%	17%	16%
Tulajdonos rokona, családtagjaként	9%	23%	28%	27%
Egész lakás bérlőjének a rokona, családtagjaként	4%	6%	7%	7%
A lakás egy részének bérlője vagy a bérlő családtagjaként	10%	9%	7%	8%
Szívességi lakóként	12%	12%	8%	9%
Munkásszálló, intézményi lakóként	28%	12%	4%	5%
Nem laktam soha lakásban	19%	6%	1%	2%
Egyéb	6%	2%	1%	1%
Együtt	100%	100%	100%	100%

Forrás: Saját számítás, Február Harmadika adatfelvétel 2020

JELENT-E TOVÁBBGYŰRÜZŐ HÁTRÁNYT AZ ÁLLAMI GONDOZOTTI MŰLT A HAJLÉKTALAN ÉLETHELYZET SORÁN?

Jogosan feltételezhetjük, hogy az állami gondozotti múlttal együttjáró alacsonyabb iskolázottság, gyakoribb etnikai kisebbséghez tartozás és rosszabb pszichés állapot mind-mind hátrányt jelenthet még a hajléktalan helyzetben lévő emberek körében is, a hajléktalanság idején. (Elvileg a különböző tényezők hatását statisztikai módszerekkel külön is választhatnánk, azonban nem gondolom, hogy lenne értelme „önmagában” az állami gondozotti múlt hatását vizsgálni, ha egyszer az az említett tényezőkkel szorosan együttjár, együtt értelmezhető.)

Minden harmadik 2020-ban megkérdezett hajléktalan ember először közterületen aludt akkor, amikor hajléktalanná vált („Hol lakott/aludt először hajléktalanná válását követően?”). Másik egyharmaduk rögtön keresett és talált valamilyen intézményes lakhatási lehetőséget (éjjeli menedékhely, átmeneti szálló, más hajléktalanszállás). A többiek még munkásszállón, valamilyen egyéb építményben, vagy szívességből húzták meg magukat egy ideig. A volt álla-



mi gondozottak nagyobb arányban kezdték „hajléktalan karrierjüket” közterületen alvással, vagy egyéb építményben (48–57%), mint a többiek (lásd 7. táblázat). Ez a „csövezés” visszanyúlhat akár arra az időszakra is, amikor még állami gondozásban voltak, de már talajt vesztek, szöktek, majd megint visszakerültek gondozási helyükre.

A hajléktalanná válást követően a volt állami gondozottak lakhatási útja jellemzően változékonyabb a többiekénél. Gyakrabban fordulnak meg egyfelől munkásszállókon, szívésségi lakásban, de másfelől közterületeken, egyéb építményekben is.¹¹ Hányódásuk csak folytatódik... (7. táblázat).

7. táblázat A különböző lakhatási formák előfordulása a hajléktalanná válás óta – a közvetlenül állami gondozásból lett és a valaha állami gondozott hajléktalan emberek körében

Hajléktalanná válása óta lakott-e/aludt-e az alábbi helyek valamelyikén?	Közvetlenül ÁG-ból lett hajléktalan	Volt valaha ÁG	Nem volt ÁG	Együtt
Közterületen (utca, park, lépcsőház, romos épület)	69%	61%	51%	53%
Egyéb építményben (kalyiba, lakókocsi, bódé)	41%	29%	25%	26%
Éjjeli menedékhelyen (ingyenes)	63%	55%	52%	52%
Átmeneti szállón (fizetős)	35%	38%	37%	38%
Más szállón (pl. egészségügyi centrum, rehabilitációs szálló)	7%	8%	8%	8%
Munkásszállón	20%	13%	9%	10%
Szívésségből lakásban	28%	24%	24%	24%

Forrás: Saját számítás, Február Harmadika adatfelvétel 2020

A kérdés idején a hajléktalanná válásuk okaként állami gondozást megjelölőknek a 42%-a közterületen élt (a többiek 28%-a válaszolt közterületen), a valaha állami gondozottak esetében viszont ilyen különbség már nincs (30%-uk válaszolt közterületen). Az azonban mindkét csoport (mind az állami gondozás miatt, mind a valaha állami gondozottak) esetében elmondható, hogy kevésbé kerültek fizetős átmeneti szállóra, s gyakrabban jutnak el csupán az ingyenes és általában jóval rosszabb körülményeket nyújtó éjjeli menedékhelyekig.

A Február Harmadika éves adatfelvételek során a kérdés idejében közterületen alvókat és különböző hajléktalan szállókon lakókat kérdezzük. A hajléktalanná válás és a kérdés ideje között azonban akár több hajléktalan, illetve nem-hajléktalan „momentum”, életszakasz is követhette egymást. Ezért 2020-ban azt is megkérdeztük, hogy „Előfordult-e életében, hogy sikerült kikerülnie a hajléktalanságból?”. Azt találtuk, hogy a valaha állami gondozottak körében jellemzően gyakrabban fordul elő, hogy sikerül kikerülniük a hajléktalan helyzetből, majd ismét hajléktalanná válnak („visszaesnek”) (8. táblázat). Az előzőek alapján azt is okkal feltéte-

¹¹ Az állami gondozást követő bizonytalan lakhatási formák előfordulásának a gyakoriságára hívja föl a figyelmet több külföldön végzett kutatás is (Fowler – Marcal – Zhang – Day – Landsverk 2017).



lezheljük, hogy ezek a – két hajléktalan életszakasz közötti – nem-hajléktalan életszakaszok elsősorban egy-egy munkásszállón lakást vagy szívességi lakhatási lehetőséget, legfeljebb valamilyen nagyon bizonytalan, csak éppen nem intézményes lakhatási formát jelenthetnek. Legfeljebb csak ilyen, nagyon bizonytalan lakhatási formákat jelentenek, de mégis csak mintha inkább beépülne az életükbe, a készségeik közé, hogy az intézményi létet, vagy éppen a közterületen alvást egy időre felváltsák munkásszállón lakással, vagy szívességi lakhatással, majd ennek megszűntét követően ismét igénybe vegyék az intézményes segítségnyújtási formákat.¹²

8. táblázat Közvetlenül állami gondozásból lett és valaha állami gondozott hajléktalan emberek megoszlása a hajléktalanságból való korábbi kikerülés szerint

<i>Előfordult-e életében, hogy sikerült kikerülnie a hajléktalanságból?</i>	Volt valaha ÁG	Nem volt ÁG	Együtt
Nem vagyok hajléktalan	6%	8%	8%
Igen, egyszer	22%	19%	19%
Igen, többször is	22%	15%	17%
Nem, ilyen nem volt	50%	58%	56%
Együtt	100%	100%	100%

Forrás: Saját számítás, Február Harmadika adatfelvétel 2020

Mindennek részben oka, részben következménye is lehet a volt állami gondozottak – a többiekénél is hátrányosabb – munkaerőpiaci és megélhetési, jövedelmi helyzete.

A valaha volt állami gondozottak átlagéletkora nyolc évvel alacsonyabb a többiekénél (48 év, a többieké 56 év). Ennek következménye, hogy a volt állami gondozottak megélhetésében nagyobb arányban játszik szerepet valamilyen rendszeres vagy alkalmi munka, míg a többiek körében nagyobb arányban találunk rendszeres öregségi nyugdíjból élőket. Ha a korösszetétel különbségéből adódó hatásokat kiszűrjük, akkor viszont azt találjuk, hogy a 60 évesnél idősebb valaha volt állami gondozottak körében jóval gyakoribb, hogy valaki nem rendelkezik öregségi vagy özvegyi nyugdíjjal, 70 év felett már 25%-ot is eléri azoknak az aránya, akiknek ilyen rendszeres öregségi juttatásuk nincsen (a többi 70 év feletti esetében sem alacsony ez az arány, 19%) (9. táblázat).

¹² Szemléletesen mutatja be ezt a jelenséget (Wirehag – Jones 2014).



9. táblázat A különböző megélhetési források előfordulása a közvetlenül állami gondozásból lett és a valaha állami gondozott hajléktalan emberek körében

Megélhetési forrása	Közvetlenül ÁG-ból lett hajléktalan	Volt valaha ÁG	Nem volt ÁG	Együtt
Rendszeres munkából	15%	16%	13%	14%
Alkalmi munkából	28%	25%	19%	20%
Öregségi vagy özvegyi nyugdíjból	2%	8%	19%	17%
Rokkantsági nyugdíjból, járadékból	12%	14%	16%	15%
Önkormányzati segélyből RSZS, FHT	12%	14%	12%	12%
Kéregetésből, koldulásból	29%	16%	11%	12%
Gyűjtögetésből, kukázásból	30%	19%	13%	14%
Nem volt pénzem, mások segítettek	22%	15%	14%	14%
N (fő)	295	1411	5404	6815

Forrás: Saját számítás, Február Harmadika adatfelvétel 2020

De az igazán jelentős különbség a fiatal, fiatal-középkorú 40 év alatti korcsoport(ok)ban van, a megélhetés forrását tekintve. Ezekben a korosztályokban a volt állami gondozottak a megélhetésük forrásaként gyakrabban említik a kéregetést, koldulást, kukázást, mint ahányan rendszeres, vagy akár csak alkalmi munkákhoz hozzájutnának. A többiekénél másképpen gyakoribb, hogy koldulásból, kukázásból kell megélniük (30-32%-uk). Ráadásul kirívóan magas ebben a korosztályban azoknak a volt állami gondozottaknak az aránya, akik semmilyen jövedelemmel nem rendelkeztek a kérdezést megelőző hónapban (27%), a néhány húszévesnél fiatalabb volt állami gondozott hajléktalan ember közül minden másodiknak nem volt semmilyen jövedelme (54%).

Ezek alapján egyértelműen megállapítható, hogy *a valaha volt állami gondozott hajléktalan emberek munkaerőpiaci pozíciója – különösen a fiatal, fiatal-középkorú korosztályban – jelentősen rosszabb még a többi hajléktalan ember munkaerőpiaci helyzeténél is. Ennek következtében többségük jövedelme is alacsonyabb a többiekénél (10. táblázat).*

10. táblázat A valaha állami gondozott hajléktalan emberek jövedelem szerinti megoszlása

Jövedelme	Volt valaha ÁG	Nem volt ÁG	Együtt
Nincs jövedelme	10%	9%	9%
–29 999 Ft	34%	27%	29%
30 000–59 999 Ft	29%	33%	32%
60 000–99 999 Ft	15%	20%	19%
100 000– Ft	12%	10%	11%
Együtt	100%	100%	100%

Forrás: Saját számítás, Február Harmadika adatfelvétel 2020



Nyilván ebből a szélsőséges egzisztenciális helyzetből is adódik, hogy a valaha volt állami gondozottak körében gyakrabban fordul elő, hogy csak rendszertelenül étkezik (42%-uk), sőt olykor éheznek (38%, a többiek körében 28%) – a fiatal-középkorú volt állami gondozottak esetében minden második válaszadó arról számolt be, hogy olykor élelem hiányában éheznek.

Ez a táplálkozási nyomorúság annak ellenére megfigyelhető körökben, hogy általában nem „magányos farkasként”, nem egyedül élnek mindennapjaikat, hanem inkább haverokkal, bandában, vagy éppen élettársukkal. Adatfelvételünk azt mutatja, hogy a valaha volt állami gondozottak és a többiek együttélési módja jelentősen eltér a hajléktalanság idején. A fiatal-középkorúak jellemzően bandákban élnek, az idősebbek pedig élettársukkal. Lényegesen ritkábban fordul elő, hogy valaha is házasságot kötöttek volna – életkoruktól függetlenül, sőt az életkor előrehaladtával a két csoport közötti családi állapotbeli különbség látványosan megnő.

Mindezek alapján azt kell mondanunk, hogy miközben a hajléktalan élethelyzetben lévő emberek lakhatási, megélhetési körülményei a legtávolabb állnak a normálisan elfogadhatótól, aközben azok, akik fiatal korukban rövidebb-hosszabb ideig állami gondozásban voltak, még ezen körülmények között is hátrányt szenvednek, a többiekénél is rosszabb helyzetben vannak.

A MARGÓ SZÉLÉN BILLEGŐ ÉLETEK...¹³ – ÉRIK-E TOVÁBBI HÁTRÁNYOK A VOLT ÁLLAMI GONDOZOTTAKAT A HAJLÉKTALAN ÉLETHELYZET SORÁN?

Az állami gondozásba vételt megelőző időszak és aztán az állami gondozásban eltöltött évek lelki-pszichikai terhei jelen vannak mindvégig az ember életében, tudjuk, hogy nem múlnak el nyomtalanul. A terhek, melyeket ezek az emberek magukkal cipelnek hajléktalan élethelyzetük során is, az eddig említettekén túl boldogulási, beilleszkedési problémákat is okoznak.

Az még az egzisztenciális nyomorúsággal részben magyarázható, hogy a volt állami gondozott hajléktalan emberek a többiekénél gyakrabban keverednek adósságokba (a „*Jelenleg van-e tartozása?*” kérdésre 18%-uk válaszolt igennel 2017-ben), gyakrabban van valamilyen letiltásuk is (szintén 18%), illetve gyakrabban fordul elő velük, hogy „*rávette mostanában valaki családdal vagy kényszerrel olyan dologra, amit nem szeretett volna megtenni*” (2018: 11%). Az azonban már nem csupán a szélsőséges peremhelyzet következménye, hogy kétszer gyakrabban fordult elő velük, hogy a kérdés előtti évben „*kárt tett valakiben, vagy magában, vagy ilyesmivel fenyegetőzött (fenyegetőzés, verekedés, öngyilkossági kísérlet, falcolás stb.)*” (2018: 15%).

Az állami gondozotti múltat magukkal hozó hajléktalan emberek lényegesen gyakrabban keverednek összeütközésbe a hatóságokkal, és vice versa.

¹³ 2015-ben megjelent tanulmányunkban részletesen elemeztük e peremhelyzet sajátosságait, azonban akkor még nem figyeltünk fel a fiatal korban állami gondozásban töltött évek hosszútávú hatásaira (Györi 2015).



11. táblázat A hatósági összeütközések előfordulása a valaha állami gondozott hajléktalan emberek körében

Hatósági intézkedés típusa	Volt valaha ÁG	Nem volt ÁG	Együtt
Előfordult az elmúlt évben, hogy igazoltatták	74%	59%	63%
Előfordult az elmúlt évben, hogy rendőrökkel volt dolga	44%	29%	32%
Az elmúlt évben volt valamilyen büntető-, vagy szabálysértési ügye	35%	21%	24%
Volt börtönben az elmúlt évben	15%	8%	10%
N (fő)	1805	5912	7717

Forrás: Saját számítás, Február Harmadika adatfelvétel 2017

A valaha is állami gondozottakat rendre, minden korcsoportban gyakrabban érték rendőrségi, hatósági intézkedések, mint az ilyen múlttal nem rendelkezőket (11. táblázat). A 40 évesnél fiatalabb valaha volt állami gondozott hajléktalan emberek esetében tíz közül nyolcat igazoltattak és minden másodiknak volt is valamilyen szabálysértési vagy büntető ügye egy év leforgása alatt. A 30–50 év közötti valaha volt állami gondozottak közül közel minden ötödik ember (18%) börtönben is volt a kérdezést megelőző év során.

Mindezek alapján aztán az sem meglepő, hogy arra a kérdésre, hogy „Az elmúlt évben hány alkalommal kényszerült elköltözni lakó-, vagy alvóhelyéről?“, rendre azt mutatják a válaszok, hogy a volt állami gondozott hajléktalan emberek gyakrabban, többször voltak kénytelenek lakó-, vagy alvóhelyüket megváltoztatni, mint a többiek. Mintha mozgékonyabbak is lennének, de mintha még mindig folyamatosan menekülnének is, a stabilitás és a biztonság teljes hiányában.

ÖSSZEZÉS

Azt találtuk, hogy az állami gondozásból nem vezet egyenes út a hajléktalanságba, azonban az igen alacsony iskolázottság, a biztonságos érzelmi és anyagi háttér teljes hiánya, a sokszor sérült lelki és pszichés állapot, valamint az etnikai hovatartozás hátrányai végül is, ha kerülő úton is, de igen gyakran mégiscsak a hajléktalanságba vezetnek.¹⁴ Azok a hátrányok, melyek gyerekkorban az állami gondozásba vételt megalapozhatták, a család dezintegrációja, a traumák és abúzusok, a nyomor és az etnikai diszkrimináció, az ezekkel együtt járó lelki sérülések és biztonsághiányok, igen sok azonosságot mutatnak azokkal a hátrányokkal, melyek a hajléktalansághoz is vezetnek (akár állami gondozotti előélet nélkül is). A kérdés valójában úgy is föltehető lenne, hogy vajon az állami gondozásba vétel eléri-e azt a célját, hogy mindezen hátrányokat akár csak részben korigálja, jobb sorsot biztosítva ezzel az érintetteknek.

Elemzésünk alapján meg kellett állapítanunk, hogy a hajléktalan élethelyzetben belül is tovább gyűrűznek az említett hátrányok, a valaha volt állami gondozottak – minden általunk

¹⁴ Hasonló eredményre jutottak a chicagói egyetem kutatói, igen tanulságos tanulmányukban (Dworsky – Gitlow – Horwitz – Samuels 2019).



vizsgált dimenzióban – a hajléktalan emberek sokezres tömegén belül is hátrányokat szenvednek.

Végül annyi reflexiót még hozzáfűznénk, hogy elemzésünket semmilyen prekonceptió nem vezérelte. Azt magunk is tudtuk, hogy az állami gondozotti lét a legkülönbélebb hátrányokkal párosul. Ezzel együtt meglepő volt számunkra, hogy a – nem ilyen kutatási céllal megvalósuló – országos hajléktalan adatfelvételek minden dimenziója is ebbe az irányba mutat, a korábbi hozott hátrányok jelenlétét és hatását még e lakhatási és egzisztenciális peremhelyezeten belül is egyértelműen alátámasztja.

Elemzésünk talán hozzájárulhat ahhoz is, hogy egyszer végre egy komolyabb utánkötéses vizsgálatra is sor kerüljön, vajon hogyan alakul az állami gondozásba vett gyerekek sorsa hazánkban.

IRODALOM

- Alapvető Jogok Biztosza (2016): Az alapvető jogok biztosának Jelentése az AJB-1201/2016. számú ügyben (Kapcsolódó ügy: AJB-4943/2016), valamint <https://www.ajbh.hu/documents/10180/3224326/AJBH+besz%C3%A1mol%C3%B3+2019/ea4f590a-b1fe-ea34-56de-ba0f8a5cb604?version=1.0>
- Állampolgári Jogok Országgyűlési Biztosza (2003): OBH 1670/2003. Az állampolgári jogok országgyűlési biztosának összefoglaló jelentése Csillag Ádám „A Megye árvái” című dokumentumfilmje nyomán hivatalból indított vizsgálat megállapításairól, ÁJB, 2003.
- Bakos Péter – Győri Péter (2006): A hajléktalanság és a lakhatásból való kirekesztettség európai tipológiája, FEANTSA – ETHOS (https://www.bmszki.hu/sites/default/files/fajlok/node-320/ethos_def_hu-gyori.doc)
- Bogdán Péter (2015): Cigány gyerekek a Köznevelés című folyóirat 1983 és 1987 között megjelent cikkeinek tükrében, REGIO 23(4): 80–114. (<http://dx.doi.org/10.17355/rkkpt.v23i4.87>) <https://doi.org/10.17355/rkkpt.v23i4.87>
- Darvas Ágnes – Farkas Zsombor – Kende Ágnes – Vígh Katalin (2016): Roma gyerekek a szakellátásban. Esély, 4: 52–82. (http://www.esely.org/kiadvanyok/2016_4/2016-4_3-1_Darvas-Farkas-Kende-Vigh_Roma_gyerekek.pdf)
- Darvas Ágnes (2018): Huszadik alkalommal készült országos adatfelvétel a hajléktalan emberekről. Esély, 3: 72–85. (http://www.esely.org/kiadvanyok/2018_3/Esely_2018-3_2-1_Interju_Gyori_Guraly.pdf)
- Dupcsik Csaba (2018): Magyarországi romák/cigányok a hétköznapi és a tudományos diskurzusok tükrében, MTA Szociológiai Intézet, 2018. (https://szociologia.tk.hu/uploads/files/2018/dupcsik_roma.pdf) (utolsó letöltés: 2021.02.01.)
- Dworsky, A. – Gitlow, E. – Horwitz, B. – Samuels, G. M. (2019): Interrupting the Pathway from Foster Care to Homelessness, 2019. <https://www.chapinhall.org/research/interrupting-the-pathway-from-foster-care-to-homelessness/> https://www.chapinhall.org/wp-content/uploads/Chapin-Hall_VoYC_Child-Welfare-Brief_2019-FINAL.pdf (utolsó letöltés: 2021.02.01.)



- Edgard, B. – Meert, H. – Gyori, P. (2006): The ETHOS Typology Summarized. In: Fifth Review of Statistics on Homelessness in Europe, FEANTSA
- Európai Roma Jogok Központja (ERRC) (2007): Roma gyermekek a magyar gyermekvédelmi rendszerben, ERRC, 2007. (http://www.errc.org/uploads/upload_en/file/02/90/m00000290.pdf) (utolsó letöltés: 2021.02.01.)
- Európai Roma Jogok Központja (ERRC) (2011): Roma gyermekek a magyar gyermekvédelmi rendszerben, ERRC, 2011. (<http://www.errc.org/reports-and-submissions/elefogytiglan-roma-gyermekek-a-magyar-gyermekevedelmi-rendszerben>) (utolsó letöltés: 2021.02.01.)
- Február Harmadika blog (2021): (https://februarharmadika.blog.hu/tags/TANULM%C3%81_NYOK) (utolsó letöltés: 2021.02.01.)
- Fowler, P. J. – Marcal, K. E. – Zhang, J. – Day, O. – Landsverk, J. (2017): Homelessness and aging out of foster care: A national comparison of child welfare-involved adolescents. In: Children and Youth Services Review, 77: 27–33. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29056803/>) <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.03.017>
- Gönczöl Katalin (1982): A hátrányos helyzet és a bűnözés. Valóság, 8: 61–72. (https://www.fszek.hu/szociologia/szszda/gonczol_hatranynos.pdf)
- Gyarmati Andrea – Czibere Ibolya – Rácz Andrea (2018): A gyermekvédelmi és szociális szakellátásban elhelyezett fogyatékkal élő vagy más okból speciális támogatást igénylő 0–6 éves gyermekek ellátási sajátosságai. Esély, 5: 76–95. (http://www.esely.org/kiadvanyok/2018_5/esely_2018-5_2-2_gyarmati-czibere-racz_gyermekevedelmi_es_szocialis.pdf)
- Győri Péter (2015): Margó szélén billegő életek. Kérdések és feleletek a számok nyelvén. In: Otthontalanul... Tégy az emberért! 11., Menhely–BMSZKI.
- Győri Péter (2021): Február Harmadika Kutatások (<http://www.gyoripeter.hu/home/docs/homelessness/F3-survey-reports>) (utolsó letöltés: 2021.02.01.)
- Homeless Hub (2021): What is Homelessness? (<https://www.homelesshub.ca/about-homelessness/legal-justice-issues/foster-care>) (utolsó letöltés: 2021.02.01.)
- Kormányablak (2021): Otthonteremtési támogatás iránti kérelem, <http://kormanyablak.hu/hu/feladatkorok/52/SZGYH00073> (utolsó letöltés: 2021.02.01.)
- KSH (2012): Állami gondoskodástól a mai gyermekvédelemig, KSH, 2012. (<https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/allamigondoskodas.pdf>) (utolsó letöltés: 2021.02.01.)
- KSH (2018): Szociális statisztikai évkönyv, KSH, 2018. (https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/evkonyv/szocialis_evkonyv_2018.pdf) (utolsó letöltés: 2021.02.01.)
- Nan P. Roman – Phyllis Wolfe (1995): Web of Failure: The Relationship Between Foster Care and Homelessness. National Alliance to End Homelessness. (<https://abfe.issuelab.org/resources/3897/3897.pdf>) (utolsó letöltés: 2021.02.01.)
- National Center for Homeless Education (NCHE), (2019): A Look at Child Welfare from an Education Perspective, U.S. Department of Education, National Center for Homeless Education (NCHE). (<https://nche.ed.gov/wp-content/uploads/2019/03/Child-Welfare-03-19-19.pdf>) (utolsó letöltés: 2021.02.01.)



- Oross Jolán (2001): A hajléktalanság kezelése Magyarországon. In: Somorjai Ildikó (szerk.): Kézikönyv a szociális munka gyakorlatához. Budapest: Szociális Szakmai Szövetség, 104–139. (http://www.refomix.hu/cikkek/orsoss_jolan.doc)
- Pik Katalin (1995): Kik a hajléktalanok, és mit tehetünk értük? Esély 5: 60–80. (http://www.esely.org/kiadvanyok/1995_5/kikahajlektalanok.pdf)
- Rákó Erzsébet (2019): A gyermekotthonok feladata a roma gyerekek nevelésében. Iskolakultúra, 29(6): 128–140.
- Rácz Andrea – Riegler Mária (2015): A gyermekvédelmi szakellátásból kikerülő speciális támogatása, utánkövetése. In: Rácz Andrea (szerk.): A gyermekvédelem megújulási alternatívái. Budapest: Rubeus Egyesület, 187–206.
- Rubeus Egyesület (2012): A gyermekvédelem megújulási alternatívái. (http://rubeus.hu/wp-content/uploads/2015/08/gyermek_es_ifjusagvedelmi_tanulmanyok_otodik_kotet.pdf) (utolsó letöltés: 2021.02.01.)
- Rubeus Egyesület (2013): Gyermekvédelemben nevelkedettek társadalmi integrációs esélyei. (http://rubeus.hu/wp-content/uploads/2013/09/24428_gyermek_es_ifjusagvedelmi_tanulmanyok_elso_kotet.pdf) (utolsó letöltés: 2021.02.01.)
- Szikulai István (2003): Beszámoló a gyermekvédelmi rendszerből nagykorúságuk után kikerült fiatal felnőttek utánkövetéses vizsgálatáról. Kapocs, 2: 1–18. (<http://ncsszi.hu/kiadvanyok/kapocs-letoltheto--lapszamai/kapocs-2003/115/news>)
- Wirehag, C. – Jones, S. (2014): Report of the study session held by the Youth Homelessness Network of FEANTSA in cooperation with the European Youth Centre of the Council of Europe, FEANTSA. (<https://rm.coe.int/16806fd5c1>) (utolsó letöltés: 2021.02.01.)
- Worthington, A. – Edwards, L. – Joiner, L. (2020): Homelessness and Head Injury: Health, well-being and social integration in referrals to a neurocase management service. (https://www.researchgate.net/publication/341323948_Homeless_and_Head_Injured_Health_Well_being_and_Social_Integration) (utolsó letöltés: 2021.02.01.)



Különleges oktatási időszakok: felvételizők és szüleik tapasztalatai a digitális tanrendről^{1,2}

Berényi Eszter

BERÉNYI ESZTER: ELTE, TáTK – berenyi.eszter@tatk.elte.hu

ABSZTRAKT A tanulmány azt mutatja be, hogy hogyan érintette a digitális tanrend a hat-, illetve nyolcosztályos gimnáziumba felvételizőket. A Covid-19 alatti iskolabezárásokkal kapcsolatos releváns szakirodalmak és a kisgimnáziumi iskolaforma bemutatása után egy vegyes módszertannal készült kutatás eredményeinek segítségével kerül sor a két egymást követő időszak: a felvételizési felkészülés, majd az azt váratlanul követő iskolabezárás alatti időszak tapasztalatainak elemzésére. A két időszakban közös, hogy az iskola intézménye kevés szerepet vállal a tanulásban az érintettek számára, ezért a tanulók családjaira jóval több teher hárul, mint az egyéb időszakokban. A tanulmány bemutatja az érintett családok tanulástámogatási gyakorlatainak közös és eltérő elemeit a két időszakra vonatkozóan, és az ezekkel kapcsolatban felmerült főbb problémákat.

Kulcsszavak: középiskolai felvételi, Covid-19, iskolabezárás, család

Special times in education – what grammar school applicants and their parents have to say about the school closures during the Covid-19 pandemic

ABSTRACT The aim of this article is to scrutinize the experiences of applicants to the selective six- and eight-year long grammar schools during the Covid-lockdown of the schools. First the relevant literature on school closures during Covid-19 and the specialties of the early selective grammar schools will be presented. Then the application process, and the school lockdown period will be analyzed using the results of a mixed method research. The two periods have in common that the school as an institution plays a passive role in both periods for those involved. As a consequence the families must play a more active role in the educational activities of their children than in other, less special periods. The study presents the common and different features of the learning support practices of the affected families during the two periods and the main problems encountered by them.

Keywords: secondary school application, Covid-19, school closure, family

BEVEZETÉS ÉS KONTEXTUS

Magyarországon, hasonlóan számos más társadalomhoz, a 2020-as tavaszi időszakban a digitális oktatás hirtelen bevezetése és a jelenléti oktatás teljes szünetelése voltak a Covid-19 járványra adott legfőbb oktatáspolitikai reakciók.

Ennek a tanulmánynak az a célja, hogy bemutassa, hogy hogyan érintette a digitális tanrend a hat-, illetve nyolcosztályos gimnáziumba felvételizőket. Két okból tűnik érdekesnek

¹ A tanulmány alapjául szolgáló kutatást az NKFIH- PD 123954 számú kiválósági projektje és az MTA bo_352_19 számú Bolyai-ösztöndíja támogatta.

² Köszönöm az anonim lektorok konstruktív kritikáit, amelyek nagyban segítettek a kézirat véglegesítését.



ennek a csoportnak a vizsgálata a digitális oktatás alatt. Az egyik, hogy miközben egyre többet tudunk arról, hogy milyen hatással volt a digitális tanrend a hátrányos helyzetű tanulókra, aközben eddig kevés szó esett Magyarországon arról, hogy megjelentek-e, és ha igen, milyen típusú problémák az előnyösebb társadalmi háttérű tanulók körében. Márpedig a hat- és a nyolcosztályos gimnáziumba felvételizők mindenképpen ilyen előnyös háttérű csoportnak tekintendők. Másrészt, hasonlóképpen a digitális tanrendhez, a felvételizők számára a felvételire való készülés bő féléves időszaka, amely éppen csak megelőzte a digitális tanrendet, szintén sok szempontból eltér az átlagos oktatási időszakoktól.

A tanulmány arra keresi a választ, hogy miben hasonlít, miben tér el a felvételizők tapasztalata a két időszakban: a felvételizési folyamat és a Covid-járvány alatti digitális oktatás idejében; melyik milyen típusú problémákat vetett fel a számukra, s arra is, hogy milyen nyomokat hagyott bennük a digitális tanrend. Cél továbbá a családok tanulástámogatási szerepének, illetve a szülők és a tanulók eltérő tapasztalatainak bemutatása is ezekről a „különleges oktatási időszakokról”. Mindezek bemutatása arra a kérdésre is választ adhat, hogy melyek az iskola azon társadalmi funkciói, amelyeknek a betöltését leginkább hiányolták a távolléti oktatás alatt a családok.

A COVID-19 ÉS A „NYÁRI SZÜNET HATÁS”

A Covid-időszak alatti iskolabezárások hatását több szerző (pl. Kuhfeld – Tarasawa 2020) az oktatáskutatásban már ismert „nyári szünet hatáshoz” méri, amely szerint is a nyári szünet során általában csökken a tanulók tudása. Ennek oka a kontaktórák és a tanulásra fordított idő csökkenése, a nyári szünet alatt ezek ideiglenes megszűnése. Ráadásul úgy tűnik, hogy ez a tudásvesztés nem egyenlő arányban megy végbe mindenkinél, hanem a társadalmilag hátrányosabb helyzetűek tudása jobban csökken. A Covid-19 oktatási hatásaival foglalkozó első kutatások meg is erősítették ezt a párhuzamot a „nyári szünet hatással” (pl. Van Lancker – Parolin 2020).

A Covid-19 járvány oktatási hatásai és a „nyári szünet hatás” között párhuzamot vonók elsősorban a tantermi oktatás hiányából fakadó problémákra mutatnak rá. Az egyenlőtlenségek pedig voltaképpen azért növekednek, mert minél kevésbé elérhető az iskola, annál nagyobb szerepet kell játszania a családnak abban, hogy ezt a hiányt kompenzálja, tehát a diákok teljesítménye nagyobb mértékben lesz családi háttérük függvénye, mintha tantermi oktatásban vennének részt.

Az iskola hiánya minden korábbi, tantermi oktatást nélkülöző, „különleges időszakra” (a nyári szüneteken kívül az időjárás okok, vagy tanársztrájkok, illetve korábbi járványok alatti iskolazárások) vonatkozó tudásunk szerint is jelentősen megnöveli a szülők mint tanárhelyettesítők szerepét a tudásátadásban (Bonal – González 2020: 640). Spanyolországban a 2020-as tavaszi iskolabezárások hatását vizsgálva a szerzők arra jutottak, hogy míg a kisgyerekes családokban az otthonlévő gyerekek a családi háttértől függetlenül kaptak sok szülői segítséget, addig az alsóközépfokon tanuló diákok esetében már szélesre nyílt az olló a sokat segítő felsőfokú és a jóval kevesebbet segítő alacsonyabb végzettségű szülők között (Bonal – González 2020: 648). Ugyanakkor az is látszik, hogy az oktatási intézményrendszer tervezett és rendszeres szolgáltatásaival (gyakori ellenőrzés, támogatás, kapcsolattartás) még a Covid-időszak



alatt is képes javítani ezen az egyenlőtlen helyzeten (pl. Bayrakdar – Sait – Guveli – Ayse 2020). Minél kevésbé hagyják magukra tehát a családokat az iskolák, annál kevésbé „jóslható meg” a családi háttér alapján a tanuló teljesítményromlása egy ilyen tantermi oktatás nélküli időszakban.

A Covid-19 járvány miatti iskolabezárások alatt, egyéb iskolabezárásokkal ellentétben, nemcsak a gyerekek, hanem egész családjuk is „beszorult otthonaikba”: a szülők jelentős része azt az időt, amit korábban munkahelyükön töltött (akár azért, mert munkanélkülivé váltak, akár mert home office-ban dolgoztak), az otthonukban töltötte. A legtöbb iskoláskorú gyermeket nevelő társadalmi csoporttal kapcsolatban elmondható, hogy az otthonaik „multi-funkcionális terekké váltak” s megszűntek a „biztonság és nyugalom” szigeteként működni (Kenway – Epstein 2021: 12). A Covid nyomán átalakuló otthoni társadalmi tér által okozott változások visszaköszönnek Chen és munkatársai (2021) tanulmányában, akik egy USA-beli vizsgálat nyomán arról írnak, hogy miközben az alsóbb státuszú családokban az egzisztenciális szorongás erősebb, mint a felsőbb státuszú családokban, addig a közép- és felsőbb osztálybeliekre jóval jellemzőbb probléma, hogy bizonytalanok az otthoni napi rutinban és abban, hogy a lakásban strukturált körülményeket teremtsenek gyermekük tanulásának támogatására. A középső és a felsőbb rétegek jóval jelentősebb, a gyermekük otthoni tanulásával kapcsolatos stresszről számoltak be, mint az alsóbb státuszú családok (Chen et al. 2021: 17).

A Covid-19 miatti iskolabezárások tehát egyenlőtlenségnövelő szerepük mellett a különböző társadalmi státuszban lévő családok számára *eltérő* jellegű problémákat generálhatnak.

A 2020. tavaszi „digitális tanrend” időszaka Magyarországon sem egyformán hatott a diákokra: körülbelül 20%-ukat nem tudták elérni a pedagógusok tapasztalatai szerint (Czifrus et al. 2020), de közöttük felülreprezentáltak azok a gyerekek, akik – vélhetően családi körülményeik, illetve eszközzel való ellátatlanságuk miatt – „tűntek el” a pedagógusok látóteréből 2020 tavaszán (Kende – Messing, 2020). Mindez összefügg azzal, hogy a digitális tanrendet egy olyan oktatási rendszer volt kénytelen alkalmazni, amelyre különösen jellemző a tanári digitális kompetenciák hiánya (Buda 2017). Ezek között a körülmények között „a sikeres tanítás és tanulás kulcsszereplője a szülő lett” (Prochádzik 2020: 213).

A tanulmány a továbbiakban a szülői szerepekre, percepciókra és tapasztalatokra koncentrál, a Covid-időszakot egy másik, a hat- és nyolcosztályos gimnáziumi felvételi időszakkal összevetve.

MIT ÉRDEMES TUDNI A HAT- ÉS NYOLCOSZTÁLYOS GIMNÁZIUMOKRÓL ÉS KIK FELVÉTELIZNEK ODA?

A középiskolázás európai modellje eredendően jobbra elitista koncepciókból fakadt és a felsőbb státuszú családok gyermekeinek a felsőfokra való felkészítését célozta. Ennek fontos eszköze volt az iskolai szelekció, amely az előnytelenebb társadalmi háttérűek zömét sokáig kizárta a folyamatból. Ugyanakkor a 20. század második felére a középfokú oktatás a legtöbb oktatási rendszeren belül már az általános oktatás (general education) része, s expanziója azért is válhatott majdhogynem teljessé a fejlett társadalmakban, mert a társadalmi és gazdasági fejlődés sikerességének egyik kulcsaként tekintenek rá (Triventi – Kulic – Skopek – Blossfeld 2016).



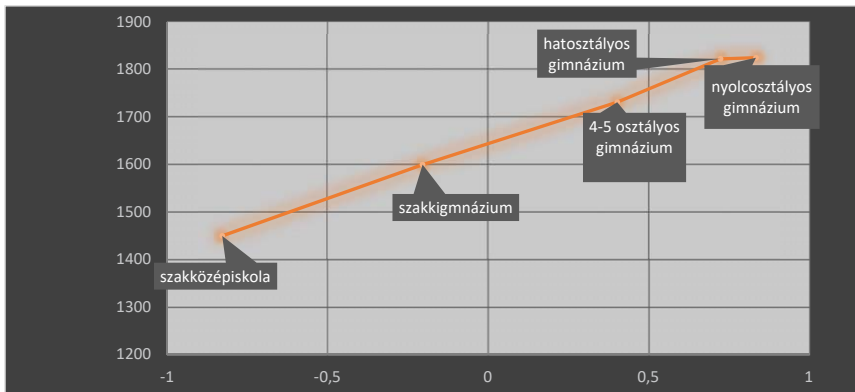
A 21. század elejére a középfokú oktatással kapcsolatos oktatáskutatói diskurzus heves vitákkal jellemezhető a korai szelekció és az éles tagozatosodás (tracking), illetve a komprehzív iskolarendszer hívei között. A korai szelekció ellenzői hangsúlyozzák, hogy az iskola társadalmi meghatározottsága miatt a képességeket soha nem lehet teljesen függetlenül értelmezni a családi háttértől. Mindez egybecseng a tőkekonverzióknak az iskolai egyenlőtlenségek újratermelődéiben játszott szerepére vonatkozó elméletekkel (Bourdieu 1997).

A hat- és nyolcosztályos gimnáziumi felvételi a nemzetközi sztenderdek szerinti „alsóközépfokú” oktatást megelőzően vagy – a hatosztályos felvételi esetében – annak első szakaszában történik meg. Ilyen értelemben tehát a magyar oktatási rendszerre egyértelműen jellemző a korai szelekció. Éppen a hat- és nyolcosztályos gimnazisták eredményeit vizsgálva mutatta ki Horn (2009), hogy minél korábbi az iskolai szelekció, annál erősebbek a fenti, újratermelődést elősegítő mechanizmusok. A tanulók zöme viszont 8 évig mégiscsak általános iskolába jár, ez a korai szelekció tehát nem vonatkozik mindenkire. Ezért tekinthetjük a magyar középiskolába rendeződést lépcsőzetes folyamatnak.

Nem sajátos magyar jelenség, hogy ahogy növekszik egy-egy oktatási szint expanziója, úgy veszt korábbi „elit” jellegéből, s ezzel párhuzamosan úgy jelennek meg olyan erőfeszítések, amelyek arra irányulnak, hogy jöjjön létre az adott oktatási szinten belül egy szelektív oktatási forma, amely fenntartja privilegizált jellegét. Ennek jellemző módja sok társadalomban a tandíjas iskolák felé való törekvés, az oktatásban végbemenő privatizáció (Verger et al. 2016: 16). Ez az elmúlt időszakban egyre erőteljesebben jelen van ugyan Magyarországon is, de a középosztály számára még mindig meghatározóbb jelenség a sokszor (bár nem mindig!) szintén állami fenntartású, zömében nem tandíjköteles, de nagyon szelektív hat- és nyolcosztályos gimnáziumok felé való orientálódás.

Az első két ilyen gimnázium 1989-ban indított képzést, majd a sikeren felbuzdulva, a következő tanévben 12, később egyre több iskola követte a „szerkezetváltó” trendet (Liskó – Fehérvári 1996: 6). Már néhány évvel az első ilyen gimnáziumok megjelenése után is egyértelműen magasabb volt a szerkezetváltó gimnáziumokban tanulók szüleinek iskolai végzettsége még a hagyományos gimnáziumba járókénál is (Liskó – Fehérvári 1996: 98).

Ma Magyarországon az az Országos Kompetenciamérés 2018-as, 10-esekre vonatkozó adatai szerint miközben klasszikus, 4 osztályos gimnáziumba a tanulók 29%-a járt, addig nyolcosztályosba 5, hatosztályosba pedig 9%-nyian jártak. Az Országos Kompetenciamérés adatai azt is mutatják, hogy továbbra is igen előnyös társadalmi háttérű az ezekben az iskolákba járó diákok összetétele.



1. ábra Tizedikesek szövegértés eredményei (pontszámok; függőleges tengely) és családi háttér (standardizált skála; vízszintes tengely) összefüggései iskolatípusonként (OKM 2018)

Forrás: OKM 2018 adatbázis, saját számítás

A fenti ábrából az is látszik, hogy a kimagasló tesztpontszámok az iskolatípusonkénti családi átlagokkal együtt emelkednek, azaz a jó eredmények erőteljesen korrelálnak a bemeneti szelekcióval.

Mindenknek persze a már az általános iskolás fokon is rendkívül szelektív magyar iskola-rendszer „ágyaz meg”: míg a legelőnyösebb összetételű általános iskolákból az adott évfolyam akár 15-20%-a (Berényi 2019) nyújtja be jelentkezését ilyen gimnáziumba, addig az általános iskolák zöméből szinte alig jelentkezik valaki – számukra a szerkezetváltó gimnáziumok világa mintha nem is létezne. A középfokba rendeződésnek ez a lépcsőzetessége, rendkívül erőteljes módon ágyaz meg tehát az *önszelekciónak*, azaz annak, hogy alsóbb státuszúak már eleve ne akarjanak olyan iskolákba jelentkezni, amelyek „köztudottan” a magasabb státuszúak iskolái.

A tanulmány a továbbiakban ennek a különleges csoportnak és szüleinek a gyakorlatait és tapasztalatait elemzi.

MÓDSZEREK

A cikk alapja egy olyan vegyes módszertanú kutatás, amely a hat- és nyolcosztályos gimnáziumokba felvételizést tervezőkkel foglalkozik. A kutatás magát a felvételizési folyamatot vizsgálja, s a folyamat teljes megértése érdekében követéses módszertannal dolgozik.

A kutatás kvantitatív részére a 2019/20-as tanévben került sor. 2019 őszén 606 hat- vagy nyolcosztályos gimnáziumba felvételizni tervező gyerek szülője töltötte ki a kérdőívet, s közülük 2020 tavaszán, immár a felvételi eredmények birtokában, 292-en töltötték ki a másodikat is. A kérdőívet kiküldtük az átlagnál több kisgimnáziumi felvételizőt „produkáló” általános iskoláknak, illetve a hat- és nyolcosztályos gimnáziumoknak is, kérve őket, hogy terjesszék a velük kapcsolatban lévő szülők körében. Ezenkívül Facebook-hirdetésen, valamint médiamegjelenéseken keresztül (index.hu; noklapja.hu) is terjesztettük a kérdőív linkjét. A mintavétel nem volt, és nem is lehetett reprezentatív, hiszen nincs semmiféle adatunk arra nézve, hogy



kik alkotják a vizsgált – kisgimnáziumi felvételit tervezők – populációját. Az Oktatási Hivatal adatai szerint a túljelentkezés 30-40%-os ezekbe az iskolákba, amit ha összevetünk az 1. ábrán is látható, a végül is ezekbe az iskolákba be is jutók családi hátterével, arról tanúskodik, hogy már a jelentkezők csoportjában is felülreprezentálnak kell lennie az előnyös társadalmi háttérűeknek. Bár a kutatás a jelentkezőknél nagyobb csoportot vizsgált – a jelentkezést fontolgatókét – a várakozásoknak megfelelően a kérdőívet kitöltők között magas arányban képviselték magukat az előnyös társadalmi háttérűek.

1. táblázat A kérdőívet kitöltők néhány fontos alapadata és mintán belüli eloszlása

	Eredeti válaszadók, % (N = 606)	Mindkét kérdőívet kitöltők, % (N = 292)
6-osok aránya	57,8%	62,3%
4-esek aránya	42,2%	37,7%
Szülők iskolai végzettsége: alacsony (egyik szülőnek sincs felsőfokú végzettsége)	9,5%	7,9%
Szülők iskolai végzettsége: közepes (egyik szülőnek van felsőfokú végzettsége)	23,0%	22,1%
Szülők iskolai végzettsége: magas (mindkét szülőjének van felsőfokú végzettsége)	67,5%	70,0%
Anyagi helyzet: legjobb (nem okozna problémát sem egy hirtelen, egyszeri nagyobb, sem egy új, rendszeres havi több tízezer forintnyi kiadás)	51,0%	55,1%
Anyagi helyzet: közepes (közepes, de megoldható problémát okozna egy egyszeri vagy egy új, rendszeres, hirtelen pénzkidadás)	31,1%	30,1%
Anyagi helyzet: legkedvezőtlenebb (komoly problémát okozna akár egy egyszeri, akár egy új, rendszeres, hirtelen pénzkidadás)	17,9%	14,7%
Budapest	48,5%	49,7%
Megyeszékhely	19,6%	18,8%
Egyéb város	21,0%	20,2%
Falu	10,6%	11,0%

Forrás: Saját adatfelvétel

A kitöltők 48%-a budapesti. Ez ugyan jóval több, mint a végül ténylegesen ilyen gimnáziumba bejutók esetében látható 30%-nyi arány³, ugyanakkor a kérdőívet a felvételizni összesen szándékozók töltötték ki, s azt is tudjuk, hogy a budapesti helyekre jóval nagyobb a túljelent-

³ A 2018-as Országos Kompetenciamérés 8-os évfolyami adatbázisa alapján.



kezés, mint az egyéb települések férőhelyeire. Ebből arra lehet következtetni, hogy a kérdőív mintájában felülreprezentáltak a budapestiek, de nem elsöprő mértékben.

EREDMÉNYEK

A felvételre készülés mint különleges tanulási időszak

Még soha senki nem vizsgálta az önszelektció konkrét állomásait a kisgimnáziumi felvételi folyamatban. A kutatás longitudinális jellegéből fakadóan most lehetőség nyílt erre.

A kérdőívet kitöltőkre kifejezetten előnyös és biztos családi háttér a jellemző (lásd 1. táblázat). A második kérdőív adataiból világossá válik, hogy még ezen az eleve előnyös összetételű csoporton belül is igaz, hogy az előnyösebb iskolai végzettségű szülők gyermekei jóval nagyobb arányban nyerneek végül is felvételt, mint előnytelenebb háttérű társaik. Még érdekesebb az az adat, amely a menet közbeni önszelektcióról tanúskodik: nemcsak azt érdemes észrevenni, hogy a mindkét diplomás szülő családok esetében jóval nagyobb a folyamat végére a felvettek aránya, de árulkodó az az adat is, amely azokra vonatkozik, akik ugyan az első kérdőív felvételének időpontjában (2019. ősz) még tervezték a felvételizést, de aztán végül is mégsem adták be jelentkezésüket gimnáziumba: a nem diplomás szülők gyerekeinek több mint egynegyede ilyen, miközben a kétdiplomás szülők gyerekei közül csak kevesebb mint minden tizedik. Azaz, bár a minta sajátosságai miatt itt már csak nagyon alacsony esetszámok vannak, de az a következtetés mindenképpen levonható, hogy a felvételizés fontolgatásáig eljutó, nem diplomás szülők gyermekeinek az esetében kifejezetten jellemző a menetközbeni lemorzsolódás a felvételi folyamatban.

2. táblázat A szülők iskolai végzettsége és a sikeres felvételi (N = 292)

	Felvették	Nem vették fel	Nem is jelentkezett
Egyik szülőnek sincs diplomája	45,5%	27,3%	27,3%
Egyik szülőnek van diplomája	50,9%	27,3%	21,8%
Mindkét szülőnek van diplomája	71,6%	18,6%	9,8%

Forrás: Saját adatfelvétel

A digitális oktatással kapcsolatos egyik alapvető tapasztalat, mint már a fentiekben láttuk, hogy igen jelentős terhetek ró a családokra. A kisgimnáziumi jelentkezők csoportja azért különösen érdekes ebből a szempontból, mert az ő esetükben a Covid-időszakot közvetlenül megelőző körülbelül félévnyi időszakra is éppen ugyanez jellemző. A felvételizési folyamat kifejezetten sok készülést követel meg a jelentkezők szándékozótól, ugyanakkor az általános iskoláktól nem remélhetnek segítséget, mivel ezek rendszerint „kivonulnak” a folyamatból, sokszor igyekeznek szinte nem is tudomást venni a jelenségről, egyfajta nyílt titokként kezelik, s passzív maradnak (Berényi 2019).

A kérdőívre adott válaszokból az derül ki, hogy a felvételizni szándékozóknak pusztán 11%-a találkozott az iskolájában felvételi előkészítő szakkörrel, és pusztán 15% (jelentős átfé-



désben az előző csoporttal) számolt be arról, hogy iskolai tanóra keretében gyakoroltak a felvételizésre. De nemcsak a konkrét felkészítés hiányzik az általános iskolákból, hanem az informálódás lehetősége is: pusztán minden ötödik kérdőívkitöltő általános iskolájában kezdeményezett az iskola (legalább egyszer) olyan szülői fórumot, amelynek a kisgimnáziumi felvételi volt a témája.

A felvételizésre való felkészülés támogatása ezért igen nagy mértékű családi bevonódást kíván meg. A két időszak ugyanakkor teljesen eltérő abból a szempontból, hogy az egyik – a felvételizés – önként vállalt, a másik kényszerből és váratlanul következett be.

A „kisgimnáziumi” felvételizésre való felkészülés a többség számára hosszú hónapokon át tartó folyamatot jelent. A legtöbb felvételiző számára a felkészülés kezdőpontja általában szeptember (bár korábbi, tavaszi kezdés is gyakori).

A kérdőívet kitöltők gyermekeinek 94%-a készül rendszeresen a felvételizésre. A készülék legjellemzőbb módjai az árnyékkoktatáshoz kötődnek, mivel mint láttuk, alig van olyan, aki azt tapasztalta, hogy az általános iskolában, ahova gyermeke jár, létezne felvételizésre felkészítő foglalkozás.

A felkészülés során jellemzően vagy csoportos tanfolyamra, vagy magántanárhoz járnak a gyerekek, de sokan vannak, akik szüleikkel készülnek rendszeresen. A mintába bekerülők 65%-a rendszeresen fizetett pénzt is a felkészülésért, ők hetente 5-6 ezer forintot áldoztak erre a célra.

A gyerekeknek mindez nem kevés idejükbe került: a hatodikos felvételizők például hetente több mint 200 percet töltöttek a felvételizésre készüléssel – ez négy és fél iskolai tanórának felel meg hetente. De a szülők is sok időt töltöttek felkészüléssel, átlagosan hetente egy óra negyven percben segítették a gyerekek felkészülését aktívan. A legtöbb családban rendszeresen előfordul, hogy a szülő ellenőrzi a gyakorlásként kitöltött tesztek, és javítja is azokat.

A szülőkre nemcsak az aktív tanulástámogatással töltött idő hárul, de az őszi félév során fejenként 2-3 nyílt napon is részt vesznek, aktív magjuk különböző szülői fórumokon kutat a fellelhető információk után.

A tavaszi második adatfelvétel idején visszatekintve, a szülők kétharmada arról nyilatkozott, hogy mind ők, mind a gyerekek több időt is szántak az írásbelire való készülésre a készülék utolsó, december-januári időszakában, mint korábban, az intenzitás tehát az írásbeli időpontjához közeledve fokozódott.

A kutatás tanulságai szerint a felkészülést tervezők 95%-a meg is írja a központi írásbelit, és 87%-uk be is nyújtja a jelentkezést legalább egy gimnáziumba.

Mindez azt jelenti, hogy a többség számára az aktív készülék egészen a szóbelikig tart, azaz február végéig-március elejéig.

Ez az időszak a felvételizők és családjaik számára egy rendkívül intenzív, a megszokottól eltérő időszak. A 2019/2020-as tanév különlegességét az adta, hogy éppen márciusban kezdődött a Covid-19 járvány miatti kényszerű digitális oktatási időszak, ami hasonlóan nagy terhet rótt az iskolás gyereket nevelő családokra, mint a hat- és nyolcosztályos felvételizés időszaka azokra, akik nekivágtak a felvételizésnek.

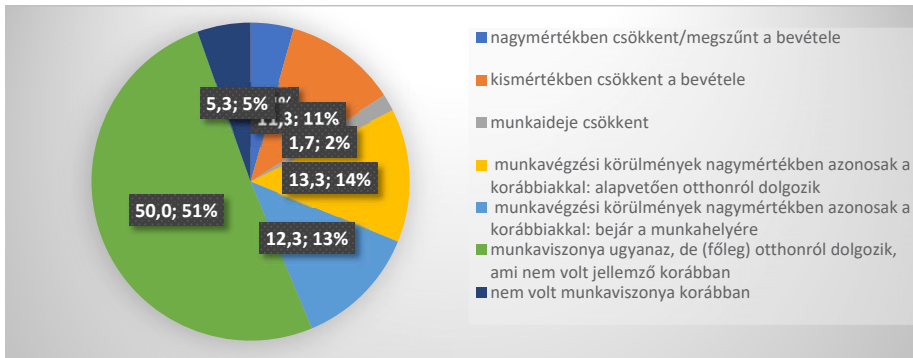


FELVÉTELIZÉS UTÁN. A DIGITÁLIS TANREND

Mivel a 2. kérdőív kiküldése a 2020-as karanténidőszakra esett, ezért bár a kutatás eredeti célja nem a Covid-dal foglalkozott, ebbe a kérdőívbe bekerült egy Covid-blokk, amely a felvételizők digitális tanrenddel kapcsolatos tapasztalatait tudakolta.

A felvételizőket a tavaszi Covid-helyzet nem rázta meg kifejezetten munkaerőpiaci helyzetükben. A második kérdőívet kitöltők közül 15%-nyian voltak azok, akik bevételcsökkenésről számoltak be, de a túlnyomó többségre – a kitöltők háromnegyedére – ebben az időszakban az volt a jellemző, hogy teljes munkaidőben, de otthonról dolgozott.

2. ábra A Covid hatása tavasszal a munkavégzésre



Forrás: Saját adatfelvétel

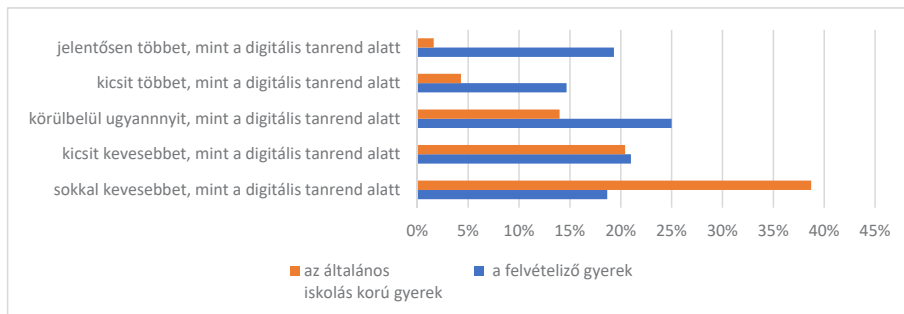
TANULÁSTÁMOGATÁS

A családok egy részében (a második kérdőívet kitöltők közül összesen 188 családnál) a felvételiző gyereken kívül van kisebb általános iskolás korú gyerek. Mivel feltételezhetően az ő digitális oktatási segítségük veszi el a legtöbb energiát a szülőktől, ezért még az alacsony elemszámok ellenére is, érdekes megfigyelni, hogy mennyi ideje ment el a szülőknél az ő támogatásukra, s mindez összevethető a felvételiző gyerekre szánt idővel és energiával.

Az, hogy a 2019/20-as tanév a felvételiző gyerekek családjában mennyire összetetten „különleges” időszak volt, kiugróan szembetűnő, ha a két időszakot (felvételizés időszakát és a digitális oktatás időszakát) összehasonlítjuk a felvételiző és a nem felvételiző gyerekek szempontjából.



3. ábra Mennyi időt töltött a szülő a felvételi idejében tanulástámogatással két gyereke esetében? (N = 188)



Forrás: Saját adatgyűjtés

Az látszik, hogy a nem-digitális, őszi időszakban a *nem felvételiző* gyerekek tanulásának támogatására a többség látványosan kevesebb időt szánt, mint később, a digitális oktatás alatt. Külön kiemelendő, hogy a kitöltők 38%-a sokkal kevesebb időt töltött ilyesmivel. Adja magát az interpretáció, hogy ez – a nem digitális időszakban a nem felvételiző gyerekekre fordított idő – tekinthető „normális”-nak, általában ez az jellemző szint, amit a szülők tanulástámogatásra fordítanak. A legtöbb időszak ilyen: az iskola intézménye az irányított tudásátadás legtöbb terhére átveszi ezekben a „normál időszakokban” a szülőktől. Vannak azonban „különleges” időszakok, s mind a hat- és nyolcosztályos gimnáziumba való felvételizés, mind a digitális tanrend időszaka ilyen „különleges” időszakként fogható fel.

A felvételizés különleges időszak olyan értelemben, hogy eltér a megszokott általános iskolai rutintól, s olyan értelemben is az, hogy itt nem nyolcadik osztály utáni felvételizésről van szó, s az adott korcsoportnak csak töredékét (kb. 15%) érinti. Fontos azonban, hogy az érintettek maguk választották ezt a „különleges” időszakot, míg a digitális oktatás úgy érintett mindenkit, hogy közben azt senki nem választotta, s nem volt rá felkészülési lehetőség sem.

A választottan különleges felvételizési időszakban a kérdőívet kitöltő szülők tanulástámogatásának eloszlása jóval kevésbé széles, mint az általános iskolás korú gyerekek tanulásának támogatása: a felvételizők esetében magas az aránya azoknak is, akik a felvételi időszakban, de azoknak is, akik a digitális tanrend időszakában szántak több időt a gyerek tanulásának támogatására.

Azaz sokan vannak, akiknek – ellentétben azzal, amire feltételezhetően számíthattak egy sikeres felvételizést követő, tét nélküli tavaszi oktatás során – a digitális oktatás során is kellett tanulástámogatásra időt fordítaniuk.

A szülői feladatok összetettségére rávilágít, ha megvizsgáljuk külön-külön a nyolc- és a hatosztályos felvételre készülöket. A felkészülés során a hatosztályos felvételi tétjét jellemzően nagyobbban érzik a családok; ugyanakkor a negyedikes felvételizők még, életkoruknál fogva, egyértelműen abba a kategóriába esnek, akiket erősen kell segíteni a digitális oktatás során is (feltételezhetően ez nem pusztán életkori sajátosság, hanem arról is szó van, hogy az alsó tagozatosoknak rendszeresen jóval kevesebb valódi digitális kontaktóra „jutott”, mint a felsősöknek a 2020. tavaszi időszak során). S látszik is az adatokból, hogy a negyedikesek esetében

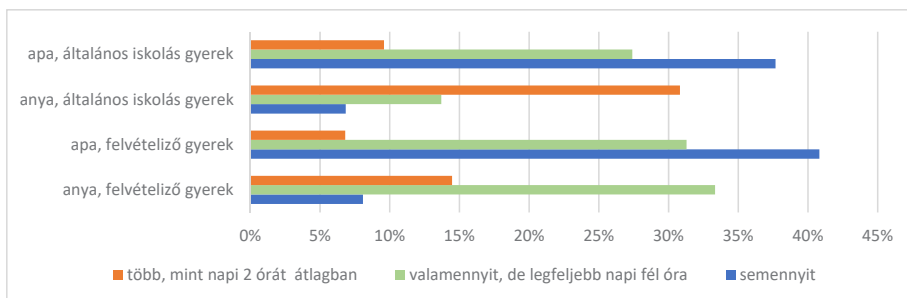


mindössze 25%-os az az arány, akik a felvételi időszakban többet segítettek gyereket, mint később, a digitális tanrend idején. A hatodikosoknál ez az arány már 39%, azaz ennyien vannak azok, akik kicsit – de csak kicsit – „hátradőlhetnek” a felvételit követően.

Ha azt nézzük meg, hogy konkrétan mennyi időt követelt a családtól a digitális tanrend alatti időszak, akkor azt látjuk, hogy mind a kérdőívet kitöltő anyák és apák, mind párjaik döntő többsége napi szinten foglalkozott kisebb, általános iskolás korú gyermekével a kitöltők (feltételezhetően legtöbbször: az anyák) átlagosan 60%-a legalább napi 1-2 órát, de inkább többet. Az is kiderült a kérdőívre adott válaszokból, hogy más (nagyszülő, egyéb rokon) nem nagyon vett részt ebben a tanulássegítési folyamatban.

A következő ábrán az anyák és apák időráfordításának három értékét ábrázoltam a felvételiző és a kisebb gyerek esetében.

4. ábra Melyik szülő mennyi időt töltött tanulássegítéssel a 2020-as digitális oktatás időszakban?



Forrás: Saját adatfelvétel

A felvételiző gyerekekkel jóval kevesebbet foglalkoztak a szülők a digitális tanrendi időszakban, mint az általános iskolás gyerekekkel. A különbség az anyák és az apák időbeosztása között ugyanakkor nagyon jelentős. Az apák relatív többségére nemcsak a felvételin túlesett, de kisebb általános iskolás gyermekük esetében is az a jellemző, hogy semennyi időt sem töltenek az ő tanulásuk támogatásával. Ez messze nem így van az anyákkal, egyik esetben sem. Az anyák esetében elenyésző azoknak az aránya, akik semennyi időt sem töltöttek tanulásal, és nincs számottevő különbség a felvételit maga mögött tudó, és a kisebb általános iskolás gyerek között e tekintetben. Az anyák relatív többsége kifejezetten sok időt tölt az általános iskolás gyerek tanulásával – háromszor akkora arányban, mint az apák! De az is látszik, hogy ők a felvételin túlesett gyerekekkel is foglalkoznak.

Ez nemcsak a háztartáson belüli egyenlőtlenségeket, de azt is jelzi, hogy a felvételiző gyermekek szülei, bár kevesebb időt szánnak felvételiző gyermekeikre a digitális tanrend alatt, mint kisebb gyermekeikre, de feltételezhetően azért többet, mint amennyit egyéb években a felvételi időszakot követő tét nélküli időszakban töltenének ezzel.

Érdemes kiemelni azoknak a felvételizőknek az esetét, akikről eddigre már tudni lehetett, hogy végigcsinálták ugyan a felvételi procedúrát, de végül nem vették fel őket gimnáziumba. Az ő tanulásuk támogatására a kérdőívet kitöltő szülők 46%-a szánt a digitális tanrend alatt (is) napi egy-két óránál is több időt, feltételezhetően azért, mert a megszerzendő iskolai ered-



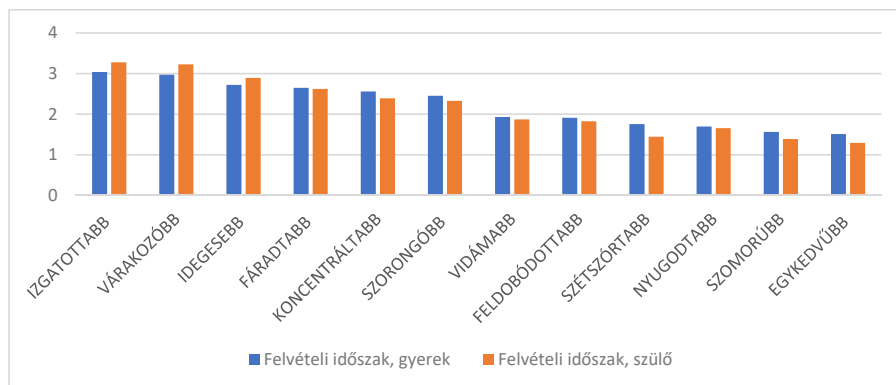
ményeknek továbbra is nagy jelentősége volt, míg a már felvettek esetében a szülők kisebb tétjét érezték ekkor a tanulásnak.

Hangulat

A felvételizők szülei számára készített második (tavaszi) kérdőívben szerepeltek a hangulatukra és lelkiállapotukra vonatkozó kérdések, ezek segítségével a szülők és a gyerekek, illetve a két időszak hangulatait lehetséges összehasonlítani.

Úgy tűnik, hogy a felvételire való készülés egyaránt megterhelő volt mind a gyerekeknek, mind a szülőknek – ez persze ismerve a rengeteg ráfordított időt és energiát, már nem meglepő. Kiemelendő, hogy – legalábbis a szülők beszámolóai alapján – hasonlóan élték meg a szülők és a gyerekek a különböző lelkiállapotokat: a kérdőívet kitöltők leginkább *izgatottabbnak*, *várakozóbbnak*, *idegesebbnek* és *fáradtabbnak* értékelték mind magukat, mind a felvételiző gyerekeiket ez alatt az időszak alatt. Ezekből visszaköszön a felvételi időszak intenzív feszültsége.

5. ábra A felvételizők és szülei lelkiállapota és hangulata a felvételi időszak hajrájában (N = 292) (átlagok, 1: nagyon nem jellemző; 5: nagyon jellemző)



Forrás: Saját adatfelvétel

Az izgatottság, az idegesség, a feszültség és a fáradtság a gyerekek esetében függenek az életkortól: a hatodikosok esetében tapintható, hogy számukra nagyobb a tétje a felvételinek, és rájuk jellemzőbbnek tűnnek ezek az állapotok. Sem a gyerekek, sem a szülők érzelmei nem függenek össze jelentős mértékben más – anyagi, iskolázottsági – háttér tényezővel.

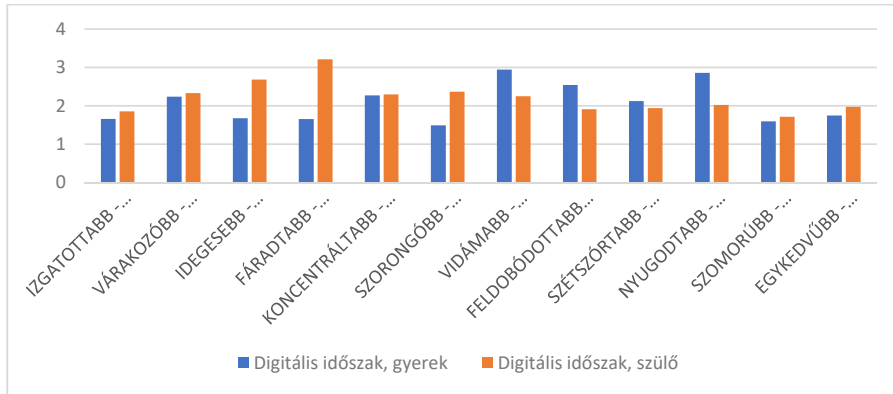
Mindezek alapvetően megváltoztak a digitális időszakra – de nagyon nem egyformán a két generáció számára. A felvételiző gyerekekről szemmel láthatóan lekerült a felvételi terhe, *vidámak*, *nyugodtak* és *feldobódottabbak* lettek, és a szorongás vált rájuk a legkevésbé jellemzővé.

Ellentétben azonban a felvételi időszakkal, ahol hasonló érzelmei és lelkiállapotok voltak jellemzőek a gyerekekre és a szülőkre, most úgy tűnik, egészen más történt. A szülők mintha valamiféle fáradt apátiába zuhantak volna a felvételi időszak felfokozott izgalmaiból a digitális



tanrend idejére. A legnagyobb változás esetükben az, hogy a felkészülés során *leginkább jellemző izgatottság a legkevésbé jellemző érzetté válik*; ugyanakkor a felkészülési izgalmak két másik jellemzője, az inkább negatív konnotációjú idegesség és fáradtság azonban, ami a gyerekeknél teljesen eltűnik, a szülőknél nemhogy nem csökken, de egyértelműen a legerősebb érzésekké válnak a digitális időszakra.

6. ábra A felvételizők és szülei lelkiállapota és hangulata a digitális tanrend idején (N = 292)



Forrás: Saját adatfelvétel

A szülők érzeit egyértelműen befolyásolja, hogy van vagy nincs kisebb általános iskolás korú gyerek a családban. Jelentősen fáradtabbak, idegesebbek és szorongóbbak, viszont kevésbé vidámak és nyugodtak azok, akiknek van kisebb általános iskolás gyermeke, mint azok, akiknek nincs. Fontos azonban hangsúlyozni, hogy azoknak a szülőknél is kevésbé javult a hangulata tavaszra a felvételiző gyerekekhez képest, akiknek nincs kisebb gyereke.

Kiemelendő, hogy a szülők digitális időszak alatti érzelmeire másnak nem nagyon van hatása: sem annak, hogy a felvételiző gyereket felvették-e vagy sem, sem a munkaerőpiaci helyzetnek, s az iskolai végzettségnek és a lakóhelynek sem.

A felvételiző gyerekek digitális oktatás alatti érzelmei közül kiemelendő, hogy a kérdőív alapján a budapesti felvételizők a legnyugodtabbak és a falusiak a legkevésbé azok. Nem meglepő módon, akiket felvettek, azok kevésbé szorongóbbak és jóval várakozóbbak, mint azok, akiket nem vettek fel. A hatodikosok és a negyedikesek között nem látszik érdemi és szignifikáns különbség, kivéve azt, hogy a hatodikosok nyugodtabbnak tűnnek, ami ismét csak a digitális oktatás eltérő tapasztalataira utal a két évfolyam között.

A tavaszi kutatás során a kérdőívben arra is kértük a kitöltőket, hogy válaszoljanak arra, hogy milyen problémákat érzékelnek a digitális oktatással kapcsolatban.

Potenciális problémákkal kapcsolatos állításokat sorolt fel a kérdőív, ezeket osztályozhatták a kitöltők, s egy skálán fejezhették ki azt, hogy mennyire értenek egyet az adott állítással.

Az alábbi táblázaton látszik, hogy általában melyik, zárt kérdés formájában megfogalmazott jelenség mennyire jelentett problémát a kitöltők számára:



3. táblázat Milyen mértékben jelentenek problémát az alábbiak?
(1: egyáltalán nem; 5: nagymértékben)

	Átlag
Kevés online óra	3,0
Rosszul kitalált távoktatás	2,7
Mozgáshiány	2,7
Szülőknek megterhelő a segítség	2,6
Egészségügy miatti aggodalom	2,2
Gyerekeknek megterhelő	2,0
Anyagi aggodalom	1,9
Összezártság	1,8
Még nem iskolás gyerekek	1,5
Digitális eszközbosztás	1,4
Nincs megfelelő digitális eszköz	1,2

Forrás: Saját adatfelvétel

A vizsgált csoport nem élte meg nagyon problematikusán magát a digitális oktatást. Válaszaik leginkább középre húznak, ritkák az erősen problémát jelző válaszok. Relatív értelemben egyértelműen a legproblémásabb a kevés valódi online/kontaktóra jelensége, amelyet erősen közepes problémának éltek meg a válaszolók.

A többi problémát inkább közepesnek, vagy kifejezetten nem jellemzőnek élték meg, azonban ha ezek relatív sorrendjét nézzük, akkor rögtön a második „helyezett” a valódi online órák mögött szintén egy oktatásszervezési kérdés: maga a rosszul kitalálnak megélt távoktatás egésze. Ezekhez képest a skála másik végpontján két olyan állítás található, amelyek egyértelműen a családi anyagi helyzetének függvényei lehetnek, illetve lehetnének: ezek az eszközzel való ellátottság kérdései. Ezek nemcsak relatíve a legkevésbé problémás dolgok, de abszolút értelemben is jól látszik, hogy ebben a közegben a családok rendelkeznek elég eszközzel. 85%-uk számára egész egyszerűen nem létezik a felvetett probléma. Ez a jelenség élesen kontrasztba helyezhető azzal, amit arról tudunk, hogy mi volt a helyzet a digitális oktatás ideje alatt a társadalom periferiáján élők iskoláiban.

Érdemes kiemelni, hogy a mintába bekerült alacsonyabb iskolázottságúak körében szignifikánsan magasabb azoknak az aránya, akik a digitális tanrend ideje alatt anyagi kérdésekben aggódni kezdtek. Ezt ők majdnem olyan nagymértékben értékelik problémának, mint azt, hogy gyermeküknek kevés az online órája.

A kérdezettek anyagi státusza kizárólag az anyagi jellegű problémák érzékelésével van – nem meglepő irányú – összefüggésben.

Még egy dimenzió van, aminek érdemi hatása van a digitális oktatás alatti problémaészleletek valamelyikére. Márpedig az, hogy azokban a családokban, ahol van kisebb általános iskolás korú gyermek, a szülők számára a digitális oktatás megterhelőbbnek bizonyult. Kifejezetten többen vannak (32%), akik számára mindez problémát jelent, míg ott, ahol nincs kisebb



iskolás gyerek, csak 20% az ilyen vélemények aránya. Nemcsak az abszolút értékben mért problémaérzet erősebb körökben, hanem a relatív is, hiszen a többiek által közepesen jelentős problémaként észlelt jelenség náluk felkúszott a dobogó második helyére a kevés online óra mögé.

Összességében elmondható a problémák észleléséről, hogy legkevésbé az eszközhány okoz problémákat, leginkább az oktatás jellegével elégedetlenek, s a felvételizők eleve privilegizált csoportján belül kevés változást okoznak a különböző háttérváltozók, ilyen értelemben viszonylag homogén csoportként írhatók le.

A szülőknek a kérdőív kitöltésekor lehetőségük volt szabadon kifejteni, ha volt valamilyen egyéb meglátásuk a digitális oktatás problémáival kapcsolatban. A kérdezettek több mint egyharmada írt ide szöveges választ, ami jól mutatja, hogy fontos és aktuális kérdésnek tartották mindezt. A továbbiakban ezen válaszok főbb dimenzióit mutatom be, amit a kutatás során szintén szülőkkel készített, tavasszal elkészült interjúk részleteivel is kiegészítetek.

Káosz kontakt nélkül

A legerőteljesebben megjelenő észrevétel a digitális tanrenddel kapcsolatban a *káoszra* vonatkozik. Véleményeikben a szülők többször reflektálnak arra, hogy érzékelésük szerint az iskolák magukra hagyták a tanárokat, ugyanakkor úgy érzik, hogy a tanárok pedig magukra hagyták a családokat a digitális oktatással kapcsolatban. Mindez nagyon sokak szerint kaotikus viszonyokat okozott, főleg eleinte.

„Az egyik iskola összeszedetten, profin bonyolítja, a másiknál totális a fejtelenség...”

„A bevezetés káoszos volt az egyik gyerek sulijában, de mostanra kialakult a rend.”

„Hetekig nehéz volt kideríteni, mi a feladat. Az iskola 6-7 különböző felületen vagy platformon kommunikált.”

„Maga az intézmény egyáltalán nem támogatja (és kéri számon) a tanárokat.”

A zárt kérdésekből kirajzolódó legfőbb probléma, amely szerint is nem volt elegendő (vagy szinte egyáltalán nem volt) valódi *kontaktóra*, megjelenik a nyitott kérdésre adott válaszokban is – ez meg is erősíti, hogy ez a leginkább elsöprő erejű probléma, hiszen sok szülő annak ellenére fejtette ki ezzel kapcsolatban véleményét, hogy erre vonatkozó állítás szerepelt a kérdőívben, s volt alkalma ott jelölni ezt a problémát. A sommás véleményeket az alábbi néhány példa illusztrálja:

„Egyáltalán nincs kontaktóra, igazából minden tantárgyból csak feladatokat kapnak írásban, amiket el kell végezniük.”

„Bizonyos tantárgyakból egyáltalán nincs órája a gyerekeknek, konkrétan semmit sem tanulnak adott tárgyakból, s nem világos, hogyan lehet így lezárni őket év végén.”

„Az nem digitális oktatás, hogy naponta pdf-ben megkapjuk a tanulnivalót.”



„A helyi általános iskolában egyáltalán nincs digitális iskola. Csak egy-egy üzenet, hogy a tankönyvben mit tanuljon meg egyedül, illetve a munkafüzetben mit csináljon meg. Ez sem nem tanítás, sem nem érdekes, sem nem motiváló.”

A vélemények jelentős része a tanárok informatikai/technológiai értelemben vett felkészületlenségét emeli ki. A felkészületlen és motiválatlan tanárokkal kapcsolatos élmények sok véleményben visszaköszönek.

„Sok tanár nem is próbál jó feladatokat kitalálni, anyagokat megosztani, csak elküldi, mit olvassanak el, mit oldjanak meg a munkafüzetben. Sokan ráadásul az arányokat sem érzik, nem veszik figyelembe a tananyag mennyiségét, illetve hogy a szülőknek is dolgozniuk kell.”

„A tanárok módszertanilag nem elég felkészültek az online oktatáshoz.”

„A mi iskolánkban többet követelnek a tanárok, mint normál időszakban. Az év közben összehozott lemaradást a szülőkkel pótolatják be.”

„A tanmenet előrébb való mindennél, nem adtak a tanároknak időt felkészülni, nem segítették őket sok helyen, nem tanították meg a gyerekeket az eszközök, appok, szoftverek használatára. Ahol a szülő se tudja, ott mi történt?”

„...utáná én oktattam a Zoomra a tanárokat. Az iskola a felsősöknek előírt vmi edmodot [?], nem ismerjük, de elég nehezen használható. Én elmondtam a szülőknek, hogy mi lesz a probléma, akkor mondták, hogy nem, aztán eltelt két hónap, és akkor mondták, hogy jaj, mégis... és akkor én erre rácuppantam, végigvezettem őket a Zoomon, hogy mit hogyan, én segítettem, voltak nehézségek, de egy hónap után végül mindenki megugrotta és lettek órák. Azóta beállt ez a rendszer, végre meghatározott menetrendje van.” (interjúidézet)

Munka és magánélet

A kérdőív zárt kérdései között helyett kapott ugyan, de a nyitott kérdésre adott válaszok alapján a munka-magánélet összeegyeztetésének számos dimenziója merült fel, amelyeket szintén érdemes megemlíteni. Úgy tűnik, mintha a családi otthon ez alatt az időszak alatt már-már totális intézménnyé válna a családtagok számára, amit nem könnyű elviselni.

„Az iskoláskorú gyermekekkel való tanulás miatt a munka éjszakára marad, emiatt néha kimerültek vagyunk.”

„Pokoli volt az első 3 hét, miközben nekem is iszonyat mennyiségű munkám keletkezett, amit itthonról nekem is nehezebb volt megcsinálni. Mára már jobb.”

„Összességében rengeteg, eleinte nettó 6-8 óra tanulás és segítése a gyerekeknek, kb. az első 5 hétben.”

„Mivel mi szülők mindketten ugyanúgy dolgozunk, mint rendszeren (sőt, többet), ezért megoldhatatlan számunkra, hogy a gyermekeink tanulásának szervezését és kísérését teljesen ránk hárítja az iskola. Azokból a családokból indulnak ki, ahol az egyik szülő otthon maradt és ahol egyébként is



szokás foglalkozni a gyerek tanulásával. Mi egyébként nem tanulunk otthon a gyerekekkel, most pedig teljesen ránk van hártva ennek a felelőssége.”

„Így, hogy mindenki itthon van, és boltba sem nagyon járunk, minden nap ki kell találni, hogy mit együnk, változatosan, abból ami itthon van/terem, és még meg is kell főzni.”

„Most nagyon kevés a munkám, azt délelőtt lerendezem, és tudok foglalkozni a gyerekekkel, és nem megoldhatatlan. Párhuzamos figyelmet igényel, hogy figyeljen... Folyamatos multitasking megy egész nap, de nem mindig igényel figyelmet... csak »figyeld, Petikém, mit csinálsz?«. Így, hogy itthon vagyok, sokkal nehezebb, és sokkal könnyebb...” (interjú)

A kérdőív zárt kérdései közül csak egy vonatkozik a gyerek lelkiállapotára, a nyitott kérdés-re adott válaszok közül viszont nagyon sok vonatkozott a gyerekek *szociális izolálódásának* problémájára.

„a legmegterhelőbb a társaság, barátok hiánya a lányom számára, a bezártságot ilyen hosszú időre mi is nehezebben viseljük”

„A legnagyobb probléma, hogy a gyerek el van zárva az osztálytársaitól, barátaitól.”

„Nagyon hiányoznak az osztálytársak, amelyet nem vált ki a mindennapos csetelés, online tér.”

Végezetül álljon itt egy speciálisan a felvételizőkre jellemző, a gyerekeket szintén megterhelő probléma, ez pedig a *váratlan búcsú*, vagy inkább a *búcsú lehetetlenségének* érzete, hiszen a digitális tanrend kezdete egybeesett azzal az időszakkal, amikor a sikeres felvételizők kézhez kapták az örömhírt, hogy a következő tanévtől már másik iskolába fognak járni. Az elmaradt búcsú a digitális tanrend alatt hasonlóképpen érintette az érettségizőket, és a nyolcadik osztály után felvételizőket is, de a hat- és nyolcosztályos felvételik esete eleve terhelt azzal, hogy nem mindenkit érint, sokszor az általános iskolákban nem igazán nyíltan beszélnek a témáról, és sokáig bizonytalan, hogy végső soron elmegy vagy marad a tanuló az általános iskolában.

„Mivel felvették 8 osztályos gimnáziumba a lányom, ami március 16-án derült ki, és az iskolákat március 19-én zárták be a vírus miatt, egyik napról a másikra azzal szembesült, hogy nem találkozik többé a jelenlegi osztálytársaival, nem tud elbúcsúzni... ezt most nehéz feldolgozni, hogy egyik napról a másikra mindennek vége. És ez örök.”

*„Március 16-án jött ki a lista a *Tompából*⁴, benne volt az osztálylétszámban. És ez ugye az a nap volt, amikor már nem volt sulis, kezdődött az egész bizonytalan helyzet... és akkor ő meglátta ezt, és elsírta magát, hogy ő nem is akar elmenni innen, mert hiszen így nem is látja már többet az osztálytársait... Aznap tudatosult benne, hogy ő nem járhat többet iskolába...”*

„Az iskolában lett volna már mód erre, de persze ennek most nem tudjuk a fórumát... Nem azért fél, hogy fél a retortziótól, hanem hogy nem tud rendesen elbúcsúzni, ezért vár ezzel a búcsúval...” (interjúrészlet)

⁴ A gimnázium nevét az anonimizálás érdekében megváltoztattam.



KÖVETKEZTETÉSEK

Mind a felvételi, mind a digitális tanrend időszakára jellemző az érintettek körében a szülők erőteljes bevonódása a tanulás támogatásába. A „nyári szünet” hatáshoz hasonló „különleges időszakokra” vonatkozó tapasztalatok azt mutatják, hogy minél kevésbé számíthatnak a családok az iskola intézményesített segítségére, annál inkább a családon „múlnak” a gyermekük tanulással kapcsolatos döntései és eredményessége. Ennek eltérő következményei vannak a különböző „különleges időszakokban”, hiszen azok sok fontos jellegzetességükben eltérnek egymástól: a digitális tanrend során 2020 tavaszán Magyarországon szinte egyáltalán nem működtek az általános iskolák; a megelőző őszi felvételizési időszakban természetesen működtek, ugyanakkor az érintettek számára az aktuálisan legfontosabb tanulási tevékenységben, a felvételire való felkészülésben nem nyújtottak segítséget. További jelentős különbség, hogy a digitális tanrend minden iskolást érintett, míg a felvételizésben való részvétel opcionális. Ezért aztán a hatások is másként csapódnak le a két esetben. A felvétellel kapcsolatos legfontosabb ilyen hatás, hogy az iskola passzivitásának következményeként eleve már csak a kedvezőbb státuszú tanulók és családjaik vágnak neki a nem kötelező hat- és nyolcosztályos felvételizésnek.

A digitális időszak alatt, amelyben mindenki érintett volt, az általam vizsgált csoportban egyáltalán nem volt probléma a digitális eszközökhöz való hozzáférés, miközben tudjuk, hogy hátrányosabb helyzetű rétegekben pedig ez okozhatta a legnagyobb problémát (pl. Hermann 2020). Általános tapasztalat volt ugyanakkor a tényleges kontaktórák hiánya, amelyet a vizsgált körben a nagymértékű szülői bevonódás kompenzált, ez azonban számos rossz érzést, nyomott hangulatot, kifáradást okozott a vizsgált családok körében.

A felvételizőknek még ebben az előnyös összetételű csoportjában is megjelennek olyan problémák, amelyekkel az oktatáspolitikának számot kellene vetnie, s amelyekre egy, a jövőben előálló hasonló helyzettel kapcsolatban érdemes lenne felkészülni: a digitális oktatás módszertanának, a tanárok digitális hiányosságainak észlelése olyan problémák, amelyek valószínűleg általánosíthatók, még akkor is, ha a mintán belüli, relatíve előnytelenebb státuszúak problémaérzékelései arra is rávilágítanak, hogy az előnyösebb státuszúak valószínűleg egyszerűen jobban is megengedhetik maguknak, hogy ilyesmivel foglalkozzanak.

Az is kiemelendő, hogy milyen erősen megjelennek a munka és a magánélet összeegyeztethetlenségének problémái ebben a helyzetben. Mindez a felvételizők családjainál nem egzisztenciális válságokat okoz, hanem erőteljes fáradtságot és feszültséget, mivel úgy érzik, erőn felül teljesítenek, amikor az iskola magukra hagyja őket és nekik kell tanárrá válniuk a digitális tanrend során. Mindez illeszkedik a rendelkezésünkre álló nemzetközi tudásba és arra hívja fel a figyelmet, hogy az idézett nemzetközi tapasztalatokhoz hasonlóan az előnyösebb társadalmi státuszúak számára is komoly problémák jelentkeztek a 2020-as digitális oktatás során.

A digitális tanrend időszaka a szülők problémaérzékeléseire és lelkiállapotuk megismerésén keresztül azt is megmutatta, hogy mennyire téves az iskolát egyfunkciójú társadalmi intézményként felfogni, ahol elsősorban tudásátadás zajlik. A digitális tanrend „különleges” időszakában feltételezhetően éppen annak köszönhetően is növekednek az iskolai egyenlőtlenségek, hogy ezek a középosztálybeli családok, ellentétben a társadalom jóval hátrányosabb helyzetű családjaival, pont az iskola (átmenetileg) hiányzó tudásátadó funkcióját jól-rosszul, de kompenzálni képesek. A megelőző felvételizési időszakra vonatkozó egyik legfontosabb tapasza-



lat is éppen az, hogy nem is nagyon vágnak bele a folyamatba azok a családok, ahol a szülők ne vállalkoznának arra, hogy ebben az időszakban ők maguk is sok energiát és időt áldozzanak a felvételizéssel kapcsolatos tevékenységekre, s rendelkeznek azokkal a tudásokkal, amelyek képessé is teszik őket arra, hogy tanár-pótlékként segítsék gyerekeiket.

Ugyanakkor, mint ahogy a szülők válaszaiból kiderül, számukra is probléma, hogy a digitális tanrend alatt az iskola egy sor egyéb társadalmi funkcióját sem tudja betölteni, s ezeket már nehezebb megoldani: a munka és a magánélet, a magánéleten belül is a gyerekek tanulástámogatásának időbeli összeegyeztetése az iskola gyermekfelügyeleti funkciójának hiányát mutatja; s bár a középosztálybeli családokban nyilvánvalóan nem okoz gondot a gyerekek élelmezése (míg tudjuk, hogy hátrányosabb helyzetű közegben igen), az étkezésre és háztartásra szánt idő problémája is megjelenik az iskola kiesésével; s ugyanígy érzékelik az iskola hiányát abban is, hogy nem tud terepet biztosítani a gyerekek kortárs szocializációjának.

IRODALOM

- Ball, S. – Vincent, C. (1998): 'I Heard It on the Grapevine': 'hot' knowledge and school choice. *British Journal of Sociology of Education*, 19(3): 377–400. <https://doi.org/10.1080/0142569980190307>
- Bayrakdar, S. –Guveli, A. (2020): Inequalities in home learning and schools' provision of distance teaching during school closure of COVID-19 lockdown in the UK. Working Paper. ISER Working Paper series) <http://repository.essex.ac.uk/27995/> (utolsó letöltés: 2021. 03.10.)
- Berényi, E. (2019): A szegregációs jéghegy csúcsa, In: Fehérvári A. – Széll K. (szerk.): Új kutatások a neveléstudományokban. Budapest: L'Harmattan, 303–323.
- Bonal, X. – González, S. (2020): 'The impact of lockdown on the learning gap: family and school divisions in times of crisis'. *International Review of Education*, 66(5–6): 635–655. <https://doi.org/10.1007/s11159-020-09860-z>
- Bourdieu, P. (1997): Gazdasági tőke, társadalmi tőke, kulturális tőke. In: Angelusz R. (szerk.): A társadalmi rétegződés komponensei. Válogatott tanulmányok. Budapest: Új Mandátum, 156–177.
- Buda A. (2017): Hatottak-e az IKT-eszközök a pedagógusok munkájára? *Educatio* 26(2): 216–229. <https://doi.org/10.1556/2063.26.2017.2.5>
- Czifrusz D. – Misley H. – Horváth L. (2020): A digitális munkarend tapasztalatai a magyar közoktatásban. *Opus et Educatio*, 7(3): 220–229. <https://doi.org/10.3311/ope.394>
- Hermann Z. (2020): Hány diákhoz nem jut el az online távoktatás? Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont, Közgazdaság-tudományi Intézet, <https://kti.krtk.hu/koronavirus/hany-diakhoz-nem-jut-el-az-online-tavoktatás/12769/> (utolsó letöltés: 2021. 04.20.)
- Horn D. (2009): Age of selection counts: a cross-country analysis of educational institutions. *Educational Research and Evaluation*, 15(4): 343–366 <https://doi.org/10.1080/13803610903087011>



- Kende Á. – Messing V. (2020): Így tűnnek el a magyar közoktatásból a hátrányos helyzetű és roma gyerekek a járvány idején. <https://qubit.hu/2020/05/12/igy-tunnek-el-a-magyar-kozoktatasi-bol-a-hatranynos-helyzetu-es-roma-gyerekek-a-jarvany-idejen> (utolsó letöltés: 2021.04.20)
- Kenway, J. – Epstein, D. (2021): The Covid-19 conjuncture: rearticulating the school/home/work nexus. *International Studies in Sociology of Education* <https://doi.org/10.1080/09620214.2021.1888145>
- Kuhfeld, M. – Tarasawa, B. (2020): The COVID-19 slide: What summer learning loss can tell us about the potential impact of school closures on student academic achievement. NWEA. Research Brief. Collaborative-Brief_Covid19-Slide-APR20.pdf (nwea.org) (utolsó letöltés: 2021.04.20)
- Lannert J. (2018): Nem gyermeknek való vidék – A magyar oktatás és a 21. századi kihívások. In: *Társadalmi Riport 2018*, Budapest: Társki, 265–285.
- Prohászki Á. (2020): A tantermi és az on-line oktatás (tanítás és tanulás) összehasonlító elemzése. *Opus et Educatio*, 207–218. <https://doi.org/10.3311/ope.390>
- Reay, D. – Ball, S. (1998): Making their minds up: family dynamics and school choice. *British Educational Research Journal*, 24(4): 431–448. <https://doi.org/10.1080/0141192980240405>
- Triventi, M. – Kulic, N. – Skopek, J. – Blossfeld, H. P. (2016): Secondary school systems and inequality of educational opportunity in contemporary societies. In: Blossfeld, H. P. – Buchholz, S. – Skopek, J. – Triventi, M. (eds.): *Models of Secondary Education and Social Inequality: An International Comparison* (EduLife Lifelong Learning series), Edward Elgar Pub, 3–24. <https://doi.org/10.4337/9781785367267.00008>
- Van Lancker, W. – Parolin, Z. (2020): COVID-19, school closures, and child poverty: a social crisis in the making. *The Lancet*, 5: 243–244. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30084-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30084-0)
- Verger, A. – Fontdevila, C. – Zancajo, A. (2016): *The privatization of education. A political economy of global education reform*. New York: Teachers College Press, 244.



FILOZÓFIA – TUDOMÁNYOK – GONDOLKODÁS

Eszmecsere írásos hozzászólásokkal

KISS LÁSZLÓ

Kiss László: „kazánfűtő-filozófus” – kiss194701@freemail.hu

Részvevők:

Balogh András történész

Boros János filozófus

Kiss Endre filozófus

Kiss Lajos András filozófus

Sayfo Omar iszlámszakértő, politológus

Trautmann László közgazdász

Vass Csaba szociológus

Az eszmecsere szervezője: **Kiss László** „kazánfűtő – filozófus”

Az eszmecsere időpontja: 2020. december – 2021. február

Mottó

Frank Tibor: A humán tudományok értéke az iránytű szerepe a világban.¹

VITAINDÍTÓ TÉMAVÁZLAT² AZ ESZMECSERÉHEZ

DR. EMMER KORNÉL elnöki megnyitó beszédéből (A Magyar Filozófiai Társaság megalakulásán)

Kérdés: Budapest, 1901. november 24.: „A tudomány hatalom – mondotta már Bacon –, de nem adja meg neki azt a hatalmat az ismeretek enciklopedikus felhalmozása, hanem csak az a képesség, hogy azokat az ismereteket rendszeresen összefoglalni, összefüggésükben átérteni, egymásra vonatkoztatni és az életre alkalmazni tudjuk. S mert erre a filozófia tanít bennünket, elhatároztuk, hogy ezt az eddignél nagyobb mérvben, társulásunk útján, művelni, terjeszteni, kedvelté és népszerűvé tenni fogjuk.”³

Így nézett ki tehát a filozófia (magyar szemmel), amikor még a tudományok tudománya, a szellemi élet főfelügyelője volt. És vajon mi a helyzet ma a filozófiával? Kedvelt és népszerű lett?

MÁTRAI LÁSZLÓ (filozófus, 1947): az emberi természetről szóló könyv a pszichológia nyelvén van megírva.⁴

Friedrich Nietzsche: „a pszichológia immár ismét az út az alapproblémákhoz”⁵

Kérdés: Mit jelenthet mindez a filozófia és szellemi társai számára?

¹ Érték és értékteremtés a humán tudományokban – előadás az Akadémián. Magyar Tudomány 2015. február.

² Kiss Endrével összeállítva.

³ Sz. n. (1901): A Magyar Filozófiai Társaság közleményei. Budapest: Magyar Filozófiai Társaság, 11.

⁴ Mátrai László (1977): A kultúra történetisége. Budapest: Gondolat Kiadó, 39.

⁵ Friedrich Nietzsche (é. n.): Jón, rosszon túl. Budapest: Világirodalmi Könyvkiadó Vállalat, 41.



STEIGER KORNÉL: „Azt a tényt, hogy a filozófia elveszítette a tudományok tudományának előkelő pozícióját, úgy értékelem, hogy a szaktudományok nem kérnek a filozófiából. Ezt tudomásul kell vennünk.”⁶

HELLER ÁGNES: „A modern filozófia bajban van. Abban a világban kellene gondolkodásunk számára az alaptáplálékot beszerezni, amiben élünk.”⁷

BOROS JÁNOS: Korunkban „a filozófia izgalmasabb, mint valaha, hiszen soha nem látott kihívások és felelősségvállalások előtt áll”⁸

KISS ENDRE: „...a globalizáció és a jövőkutatás viszonyának igényes elemzéséhez elengedhetetlen a modernség és a globalizáció viszonyának állandó újragondolása.”⁹

Kérdés: Mármost ezek alapján a filozófia ma vajon válságban van – vagy csak keresi magának a jelenkori feladatokat? – És ha valóban feladatkeresésről van szó, akkor bevonhatóak-e ebbe a szellemi társak? Vagy lehet ezt végezni nélkülük is?

ROSTOVÁNYI ZSOLT: „Az emberiség különböző civilizációkból és kultúrákból áll, amelyek értékrendjében egyáltalán nem ugyanazt jelenti a fejlődés, haladás fogalma. Az egyes civilizációk a saját értékrendjük szemüvegén át ugyanazokat a dolgokat is más és más megvilágításban láthatják.”¹⁰

Kérdés (Rostoványi Zsolt): „... a fejlődés, haladás értelmezéséhez szükségszerű a filozófia eredményeinek felhasználása. De ad-e egyértelmű támpontot a mai filozófia?”

KISS ENDRE: „A globalizáció jelenségvilága... egyáltalán nem illeszthető bele maradéktalanul a hagyományos demokrácia-elmélet, a tradicionális bürokrácia-elmélet vagy éppen a hagyományos szociális kérdésfeltevések heurisztikus terébe.”¹²

Kérdés: Nos, úgy tűnik, hogy igény van a filozófia szellemi vezető szerepére. Ám a filozófiának hogyan lehet elérnie, hogy újra a tudományok tudománya, a szellemi rend főfelügyelője legyen a mai civilizációs különbségek mellett?

NYÍRI KRISTÓF szerint a kultúra különböző területei időről időre diszharmóniába kerülnek egymással. A filozófia pedig a kultúra fogalmi ellentmondásaira érzékenyen reagál, ily módon azok között közvetíteni képes.¹³

Kérdés: Mi a véleményük erről?

Kérdés: Hogyan látják a filozófiával való mai kapcsolatukat a szellemi társak a pszichológiától a közgazdaságtanig? – És mit várnának el a filozófiától?

Következzen néhány gondolat a társadalmi kérdések kapcsán:

FEHÉR MÁRTA: „Úgy gondolom, korunk egyik nagyon fontos problémája az, hogy politikai eszközökkel és intézményekkel akarunk védekezni gazdasági kényszerek ellen. ... A kérdésnek nem szakembereként úgy látom: most az emberiségnek fel kellene találnia a gazdasági kényszerekkel szembeni védekezés megfelelő társadalmi intézményeit és mechanizmusait.”¹⁴

⁶ Steiger Kornél egy Kiss Lászlóhoz írt leveléből (1997).

⁷ Ezredvégi beszélgetés Heller Ágnessel. Magyar Lettre Internationale, 1995. tél.

⁸ Sz. n. (1997): Szükség van-e a filozófiára? Jelenkor, október: 998.

⁹ Sz. n. (2007): Globalizáció és jövőkutatás. Magyar Tudomány, 1137.

¹⁰ Rostoványi Zsolt (1996): Posztmodern világrend? Külpolitika, 3–4: 29.

¹¹ Rostoványi Zsolt (1996): Posztmodern világrend? Külpolitika, 3–4: 17.

¹² Kiss Endre – Hundra Árpád (2006): A globális falutól a tudás társadalmáig. Budapest: Aranykönyv, 126.

¹³ Sz. n. (1996): Beszélgetés Nyíri Kristóffal a magyar filozófia helyzetéről. Társadalmi Szemle, 5: 17.

¹⁴ Kiss László (2003): Modernizáció, globalizáció és Magyarország. Kerekasztal-beszélgetés. Esély, 2: 105.



KOSÁRY DOMOKOS: „...nekünk (magyaroknak) fokozottabban kellene foglalkoznunk a társadalom problémáival. Egy konkrét példa: ha úgy látjuk, hogy a technika és a gazdaság olyan jó ígéretekkel hordoz magában, mint amilyenekre itt utaltak többen, akkor nekünk többet kellene tudnunk az emberi társadalomról, az emberről magáról, belső berendezkedéséről és kezelhetőségéről, nevelési módszereiről.”¹⁵

KISS ENDRE: „A globalizáció árnyoldalai keresztülvágtatnak kétezer év civilizatorikus tabuin és értékein. ... A megrendítő erejű árnyoldalakra az emberi szabadság és az emancipáció új formáinak kidolgozásával kellene válaszolni.”¹⁶

Kérdés: Hogyan látják mindezt Önök?

Kérdés: Mi a véleményük a szegénység, így a magyarországi szegénység problémájáról?

A KÉRDÉSEKRE ADOTT VÁLASZOK

BALOGH ANDRÁS:

Gyorsjelentés a nemzetközi viszonyokról 2021 januárjában

Általános kép

A legtöbb nemzetközi elemző két eseménysort tekint meghatározónak a világban 2021 januárjában: az egyik az amerikai elnökválasztás egyelőre felmérhetetlen következményei, a másik a még le nem küzdött globális koronavírus-járvány hatásai.

Most ismét különleges korszakban élünk, legalábbis a résztvevők többsége szerint, és többen drámai következményekkel járó korszakváltást vélnek felfedezni. A ma szembevetendő jelenségek egy része korábban nem létezett, mint az általános válságra utaló megjegyzések mutatják: „kifulladt a globalizáció folyamata”, „a gazdasági és társadalmi különbségek tovább nőttek”, Európa az USA és több más térség „soha nem látott demográfiai változásokon megy keresztül”, „kiszámíthatatlan fejlemények várhatóak az Egyesült Államokban a Trump-korszak után”. Mindezek a nagy horderejű jelenségek bizonytalanná teszik a klímaválság és a Covid kezelését. Az általános bizonytalanságot növeli a nagyhatalmak labilitása. Ma még nem tudni, hogy az új amerikai adminisztráció mekkora időintervallumban képes konszolidálódni és modernizálni a választások után az Egyesült Államok politikai rendszerét. Szintén bizonytalan az orosz és kínai rendszerek jövője a jelenlegi elnökök majdani távozását követően.

A fent említett jelenségek körülményei között racionálisnak tűnne a nukleáris fegyverkezés növekedésének és a nukleáris fegyvereket célba juttató eszközök létszámnövekedésének megállítását, ez azonban nem következett be sem a hagyományos nukleáris hatalmak esetében, mint az USA, Oroszország, Kína, az Egyesült Királyság és Franciaország, sem pedig az új versenytársak ambíciói nem csökkentek, ahogyan ezt az észak-koreai és iráni fegyverkezés mutatja.

A nemzetközi békét és biztonságot fenyegető veszélyek roppant mértékben megnöttek. Az elmúlt hetek fejleményei arra utalnak, hogy sem az Egyesült Államok, sem Kína, sem Oroszország vezető köreiből nem tudatosodott a nemzetközi viszonyok kiegyensúlyozatlansága, de a közvélemény sem fordít túl nagy figyelmet a nemzetközi békét fenyegető új fejleményekre. Az egykor reményteljesnek tűnő békeközművek meggyengültek, és sokat veszítettek

¹⁵ Kiss László (2003): Modernizáció, globalizáció és Magyarország. Kerekasztal-beszélgetés. Esély, 2: 110.

¹⁶ Kiss László (2003): Modernizáció, globalizáció és Magyarország. Kerekasztal-beszélgetés. Esély, 2: 109.



politikai súlyukból. A fegyverkezési verseny újabb fordulatai, az új tömegpusztító fegyverek és fegyverrendszerek megjelenése egyes katonai és némely politikai körök kivételével nem váltanak ki átütő érdeklődést.

A nemzeti és nemzeti kisebbségi kérdések egyáltalán nem jutottak nyugvópontra, és új, intenzívebb formái jelentek meg a rasszizmusnak az Egyesült Államokban, a Közel-Keleten és másutt. Még Európa nyugati fele sem talált civilizáltabb megoldásokat, bár a katalóniai, skóciai, a belga fejlemények messze nem érik el brutalitásban a Közel-Keleten megismert folyamatokat. Részben nemzeti-nemzetiségi feszültségek és ellentétek ösztönzik az etiópiai, a szomáli, a nigeri, a közép-afrikai és egyéb konfliktusokat az afrikai földrészen. Az Iszlám Állam ugyan vereséget szenvedett, de az iszlám fundamentalizmusra hivatkozó szélsőséges mozgalmak és terrorcselekedetek nem szűntek meg, sőt Nyugat-Európa mai valóságának részévé váltak. A hivatalosan el nem ismert térségek közül többen saját államalakulatokat hoztak létre a Kaukázus-vidéken, Moldáviában és sok más területen.

A földkereség minden részében erőteljes harcok indultak meg a demokratikus értékek elfogadása és meggyökereztetése érdekében – mindaddig korlátozott sikerrel.

Az elmúlt néhány évben a helyi háborúk ismételten előtérbe kerültek. Tavaly a legsúlyosabb helyi háború a kaukázusi Nagorno-Karabakhban bontakozott ki, anélkül hogy a nagyhatalmak közvetlenül lépéseket tettek volna a béke megőrzése érdekében.

A megújuló Egyesült Államok

A választásokat követően az Egyesült Államok történelmének egyik legsúlyosabb válságát éli. A válságnak több összetevője van. Az amerikai társadalom és a politikai elit jobban megosztott, mint a polgárháború óta bármikor. Egyelőre kibékíthetetlennek tűnnek az ellentétek és az egyébként jelentékeny és tiszteletreméltó erőfeszítések mindaddig nem mutatnak eredményeket. A polgárháború óta nem voltak ennyire tudatosak és súlyosak az úgynevezett faji kérdések, a koronavírus-járvány a világ egyetlen jelentős országát sem sújtotta ilyen drámaian, mint az Egyesült Államokat. Az Egyesült Államok már évek óta szembetalálja magát egy ropant erős és ellenségesnek tűnő hatalommal, a Kínai Népköztársasággal.

Az azonnal elvégzett és korrektnek tűnő közvélemény-kutatások (CBS News Poll, 2021. január 24.) egy mélységesen megosztott, bizonytalan és pesszimista Amerika képét mutatják. A közvélemény szerint az amerikai demokrácia veszélyben van, ez a válaszadók 71%-ának véleménye. A következő négy évet a lakosság több mint 40%-a pesszimiztán látja, a válaszadók 51%-a növekvő politikai erőszakra számít, és ez csak 18% szerint csökken. Az amerikai életformát a válaszadók 54%-a szerint nem a gazdasági nehézségek (20%), vagy a koronavírus (17%), hanem más amerikai veszélyeztetik (54%). A republikánus válaszadók több mint fele nem hisz a megbékélésben.

A most kormányra jutott régi-új csapat a Trump-korszakot olyan „kaotikus kormányzással” azonosítja, amely „megbízhatatlan partnerré” tette az országot, fontos nemzetközi megállapodásokat rúgott fel, mint a párizsi klímaegyezmény, az iráni nukleáris megállapodás, vagy a Transpacific Partnership. A viták tovább folynak arról, vajon ellopták-e a választásokat, és el kell-e indítani az új impeachmentet. A légkört minden amerikai számára érzékeltette az, hogy a 46. elnök beiktatása olyan körülmények között zajlott, amely inkább egy régi harmadik világbeli ország képét mutatta, mint a világ leggazdagabb és mindenki számára modellnek számító társadalmát.



Az ország új elnöke, Joe Biden 17 olyan rendelkezést írt alá, amelyek a Trump érával való teljes szakítást hivatottak demonstrálni. Nagy feszültségekhez fog vezetni az, hogy a tervek szerint 11 millió illegális bevándorló kaphat állampolgárságot, és radikális lépéseket tesznek a faji egyenlőtlenségek felszámolása irányába.

Sokatmondó a Washington Postnak a választások utáni kommentárja: „Abraham Lincoln 1861-es beiktatása után, egy hónappal a polgárháború kezdete előtt, az erőszaktól való félelem óriásivá növekedett... 25 ezer fős amerikai egységek – uniformisban, maszkban és jól fel-fegyverezve – Washingtonba mentek, nem azért, hogy az amerikai elnököt idegen betolakodóktól, hanem más amerikaiaktól védelmezzék”. 150 év óta először a leköszönő elnök nem volt jelen a beiktatási ceremónián.

Az amerikai bizonytalanságoknak valószínűleg belátható időn belül semmi sem vet véget: különös súllyal fognak jelentkezni a nagy technikai cégek gyöngítésére vagy kifejezetten a feldarabolásukra irányuló és az internet világának szabályozását célzó törekvések. Különösen figyelemre méltók az internet-tartalmak ellenőrzését célzó akciók, mindenekelőtt a híres 230-as cikkely visszavonásának komoly lehetősége. Az elnök elődjéhez hasonlóan, nem is titkolja a Facebook iránti ellenszenvét, kijelentve: „úgy gondolom Zuckerberg egy valós probléma” és ez a véleménye kapcsolatban áll a Big Tech vállalatok működésének szabályozására irányuló elképzeléseivel.

Az amerikai–kínai kapcsolatok

A BBC 2021. január 25-i számában összefoglalta az amerikai–kínai kapcsolatok alakulásának gazdasági vonatkozásait: „Ebben az évben Kína túlszárnyalta az Egyesült Államokat és első számú célpont lett az új külföldi közvetlen beruházások számára”. Az UNCTAD szerint Kína 2028-ban 163 milliárd dollár értékű beruházást valósít meg külföldi országokban, szemben az amerikai 134 milliárd dollárral. (Szükséges utalni arra, hogy az összes, vagyis nemcsak a legújabb beruházások tekintetében, az Egyesült Államok megőrzi vezető pozícióját).

Kína nemcsak a gazdaság növekedése terén előzi meg jelentősen az Egyesült Államokat, katonai képességei is gyorsabban növekszenek, és lényegesen hatékonyabban kezeli a koronavírus-járványt. Ma sokan utalnak arra, hogy Trumpnak a Kínával szemben táplált nyilvánvaló ellenérzései ellenére a kínai gazdasági és katonai befolyás globálisan jelentősen nőtt.

Pekingben látványos örömmel fogadták a Trump-adminisztráció vereségét. A Biden beiktatását követő percekben a kínai vezetés hivatalosan szankciókkal sújtotta Pompeoót, Banont, Boltont, összesen 28 prominens személyt, köztük több volt minisztert, valamint családtagjait, és nem hajlandó velük semmilyen kapcsolat fenntartására. A kínai külügyminisztérium indoklása szerint az említett 28 személy „olyan cselekedeteket tervezett, támogatott és kivitelezett”, amelyek fölöttébb barátságtalanok és károsak voltak a kétoldalú kapcsolatokra. A kínaiak kifejezték reményüket, hogy Kína az új amerikai vezetéssel normalizálni kívánja államközi kapcsolatait, bár a Biden-team mindaddig nem mutatott semmiféle baráti gesztust a kínai vezetés irányába.

A ma egyértelműen érzékelhető előjelek szerint az Egyesült Államok Kínát nemcsak első számú ellenfelének, hanem ellenségének is tekinti minden területen: a gazdasági versenyben, a katonai rivalizálásban, a politikai és ideológiai konfrontációban. Nem kétséges, hogy a klaszszikus hidegháború legvéstheresebb időszakát idéző, kiszámíthatatlan elemeket tartalmazó szembenállásra utaló jelek fogalmazódtak meg a két szuperhatalom részéről.



Az amerikai vezető szerep azonban az elkövetkező években számos területen megkérdőjelezhetetlen marad: az amerikaiak nemzetközi pozíciói behozhatatlanul erősek, megingathatatlan az amerikai pozíciók sokasága az európai kontinensen, Ausztráliában, Indiában, a Közel-Kelet nagy részén, és Kína közvetlen közelében, Délkelet-Ázsiában is. A kétségeket kifejező és kritikus hangok ellenére semmi nem veszélyezteti az USA különleges helyzetét Japánban, Dél-Koreában, Izraelben, Szaúd-Arábiában és az Öböl menti országokban.

Oroszország

Az oroszok ma már lényegesen gyengébb partnerei az Egyesült Államoknak, mint az egykori Szovjetunió volt, de az amerikaiak nem kívánnak elfeledkezni a hatalmas területű, óriási természeti és emberi erőforrásokkal rendelkező országról. Bár Oroszország növekedése lelassult, súlyos demográfiai problémákkal küzd, és többféle regionális feszültséggel találja magát szemben, de katonai és tudományos eredményei továbbra is számottevőek. Továbbra is sok tekintetben még mindig az oroszok az egyedüli kihívói az amerikai katonai establishmentnek.

Új és sok tekintetben a jövőt kiszámíthatatlanná tevő jelenség Navalnij ismét megnövekedett befolyása és aktivitása. Ma még nem tudni, hogy a nyugati hatalmakkal jó viszonyt ápoló orosz ellenzék jelentős tényező lesz-e, mint ahogyan azt sem, hogy a kifejezetten nacionalista gyökerű Navalnij-csoport milyen erőkre támaszkodhat és milyen politikát folytat majd a világ és a szovjet utódállamok, főleg Ukrajna irányában.

Egyesült Királyság

Különleges erőforrásai, hatalmas emberi és katonai potenciálja ellenére jelenleg Európa leggyöngébb pontja az Egyesült Királyság. A Brexit az uniót rosszul érinti, de nem tragikusan, az Egyesült Királyságnak jelenlegi formájában a léte került veszélybe. A skót és az észak-ír függetlenség gondolata erősebb, mit valaha. A brit vezetők ma már nyíltan beszélnek az Egyesült Királyság lehetséges felbomlásáról. Gordon Brown felveti annak esélyét, hogy az Egyesült Királyság egy „failed state” lehet, hasonlóan egy sor nem európai országhoz és az egykori Szovjetunióhoz.

A Skót Nemzeti Párt 2014-es kudarca után újra népszavazást kezdeményez, hivatkozva arra, hogy az Angliától való elszakadás általános támogatást élvez. A skót szeparatista törekvések összekapcsolódnak azzal, hogy az újra függetlenné váló ország újra az EU tagja lenne. Észak-Írországban a szavazó polgárok több mint fele szintén el akar szakadni, 47%-uk független államot, 42%-uk az egységes, ugyancsak EU-tag Írország tagjaként képzelel el a jövőt.

Japán erőteljesebben megfogalmazott nemzeti érdekei

2021. január végén az Asahi Shimbun egykori főszerkesztője a The Japan Timesnak adott interjújában Kelet-Ázsia önálló szerepvállalásáról beszél, és felsorolja azokat a tényeket, amelyek miatt Kelet-Ázsia sokkal sikeresebb, mint az Egyesült Államok vagy Nyugat-Európa. Ez új, és egyelőre szokatlan hang.

Japán üdvözlí az USA várható visszatérését a Trans-Pacific együttműködéshez. Japán nem kívánja a kínai vezető szerepet elismerni, hanem önállóságát az eddigieknél jobban hangsúlyozza, és fenn akarja tartani különleges és szoros együttműködését az Egyesült Államokkal.

Közel-Kelet és Észak-Afrika

Pontosan egy évtizede zajlottak az arab tavaszt jelző demokratikus és iszlám fundamentalista jelszavakkal fellépő közel-keleti és észak-afrikai tömegmozgalmak. Ezek a Közép- és Közel-Kelet, valamint Észak-Afrika még súlyosabb dezorganizálódásához és polarizálódásához ve-



zettek, és kevés hosszútávú pozitív eredményük mutatkozik. Több ország romokban hever, a gazdasági és politikai konszolidáció jelei marginálisak. A Közel-Kelet és Észak-Afrika több állama megszűnt létezni, jelentős kibontakozás sehol sem mutatkozik.

Figyelemre méltó jelenség azonban Izrael további stabilizálódása, katonai és tudományos potenciáljának növekedése, minden eddiginél nagyobb diplomáciai elismertsége.

Az Egyesült Államok hosszú idő óta megoldatlan és sok tekintetben kezelhetetlen problémahalmaznak tekinti a térséget. Washingtonnak döntenie kell arról, hogy milyen szerepet szán a megnövekedett súlyú és befolyású Törökországnak, folytatja-e a csapatkivonásokat Afganisztánból és Irakból, mennyire veszi tudomásul Szaúd-Arábia különleges helyzetét és lehetőségeit a világgazdaságban és a világpolitikában.

Washingtonnak, csakúgy mint az elmúlt évtizedekben, nagyon ellentmondásosak és labilisak a térség egyes országaival és a térség egészével kialakított kapcsolatai, és hosszútávú koncepció kialakítására kevés esélyt látunk.

Következtetések

Nem vitatható, hogy a világ első számú nagyhatalma, ha úgy tetszik, szuperhatalma az Egyesült Államok. Ugyanakkor az USA nem képes egyedül uralni az egész világot. Két fő riválisát, Kínát és Oroszországot nem tudja térdre kényszeríteni. Nőtt egy nukleáris konfliktus veszélye. A hagyományos konzervatív, liberális és szocialista-szociáldemokrata mozgalmak, pártok, ideológiák nem az erősödés, hanem a visszaszorulás jeleit mutatják. A társadalmi és politikai polarizáció minden fontos térségben, gazdag és szegény országban előrehaladt anélkül, hogy bárhol is akut forradalmi helyzet alakult volna ki. Csökkent a szélsőséges erők dinamizmusa, veszélyességüket növelheti viszont az egyik vagy másik nagyhatalommal való esetlegesen szoros kapcsolatuk.

BOROS JÁNOS:

Mindig filozófiát kell művelnünk – Ha nem kell, akkor is kell

Minden esetben filozófiát kell művelned – vélekedett Arisztotelész. Garai Zsolt szerint „Aphrodisiaszi Alexandros, Arisztotelész Topikájához írt kommentárjában idéz Arisztotelész töredékesen fennmaradt *Protreptikosz* című fiatalkori, a filozofálásra buzdító művéből – és a filológusok hiteles szó szerinti idézetként kezelik.”¹⁷ Az idézet így hangzik:

„Arisztotelész a *Protreptikosz*ban írta, amelyben a fiatalokat biztatja filozófia művelésére – ezt mondja: *ha filozófiát kell művelned, műveld, és ha nem kell filozófiát művelned, akkor is filozófiát kell művelned. Ennél fogva minden esetben filozófiát kell művelned. Mert ha létezik filozófia, akkor kötelességünk filozófiát művelni, mivel igazán létezik. De ha nem igazán létezik, akkor kutatnunk kell, hogyan van az, hogy a filozófia nem igazán létezik. De ezt vizsgálva filozófiát művelnénk, hiszen a vizsgálat a filozófia ügye*”.¹⁸

¹⁷ Garai Zsolt személyes közlése kérdésemre.

¹⁸ Aphrodisiaszi Alexandrosz kommentárja Arisztotelész Topikájához. (Garay Zsolt információja) “Indeed, as Aristotle says in the *Protrepticus* he wrote down, in which he exhorts the youth to do philosophy – he says this: *if you should do philosophy, you should do philosophy, and if you should not do philosophy, then you should do philosophy. Therefore in every case you should do philosophy. For if philosophy exists, then positively we are obliged to do philosophy, since it truly exists. But if it does not truly exist, even so we are obliged to investigate how it is that philosophy does not truly exist. But by investigating we would be doing philosophy, since to investigate is the cause of philosophy.*”



És hogy a gondolkodástörténeti idősor innenső végéről is idézzünk, a létráját eldobó Wittgensteint átugorva¹⁹; Jacques Derrida szerint sem lehet kilépni a filozófiából, maga a kilépési kísérlet is filozófiai cselekedet. Orbán Jolán szerint Derrida a filozófiai szöveg és más szövegek viszonyának vizsgálata során újra meg újra felteszi a filozófia meghaladhatóságának kérdését: „Derrida Lévi-Strauss szövegeinek vizsgálatával mutat rá, miként hordozza, írja a nyelv magában saját kritikájának szükségességét. Ez a kritika szerinte két úton működhet.”²⁰

A nyelv, melyben a gondolkodás manifesztálódik, folyamatosan vizsgálja, megkérdőjelezi önmagát, kulturális adottságként a természethez és a világhoz való viszonyát, érvényességének lehetőségét és határait.

Orbán Jolán idézi Derridát: „Amikor érezhetővé válik a természet/kultúra oppozíció határa, fölmerülhet az igény, hogy szisztematikusan és következetesen megkérdőjelezzük ezen fogalmak történetét. Ez az első gesztus.”²¹

Majd Orbán Jolán folytatja: „Ez a gesztus maga is különböző módon artikulálódhat. Hordozhatja a korábbi hagyománnyal való egyértelmű és végérvényes szakítás igényét, amely az empirizmushoz vagy egy új nyelv megteremtésének utópikus vágyához vezet. Mindkét eset azonban az elutasítás leegyszerűsítő gesztusába torkollik.”²²

Orbán Jolán szerint a filozófia elutasítása a gondolkodás egyszerűsítésére történő próbálkozás, ami azonban önellentmondásba torkollik. A gondolkodás, az emberi elme nem építhető vissza. A *keljfeljancsit* erővel, erőszakkal le lehet fektetni, el lehet nyomni, de mindig feláll. A „kizárólag a természettudományok állításai igazak” empirizmusa vagy a gondolkodástörténet szemantikai világát figyelmen kívül hagyó mesterséges nyelv megteremtésének kísérlete akár a Bécsi Kör és követői, akár az informatikusok és programozók esetében, mindig újra és újra a gondolkodásnak az értelmetlenségbe való alásüllyedésével fenyeget. A mentőövet mindig a filozófia dobja, mint például az utóbbi időben a géntechnológia vagy az önjáró autók tervezésének esetében. A filozófiából kilépni vélő ugyanazon a lépésével már vissza is lép(ett) a filozófiába – ki sem lépett, a kilépés értelmezhetetlensége, ennél fogva lehetetlensége miatt.

Derrida folytatja: „Ez a szisztematikus és történelmi megkérdőjelezés nem lehet sem filozofikus, sem filozófikus gesztus a szó klasszikus értelmében. A teljes filozófiatörténet megalapozó fogalmi fölött nyugtalanodni, azokat dekonstituálni nem a filológia vagy a klasszikus filozófiatörténet feladata. Ez kétségtelenül minden látszat ellenére a filozófiából való kilépés vázolásának legmerészebb módja. A »filozófiából való kilépés« (*la sortie « hors de la philosophie »*) sokkal nehezebb elgondolni, mint általában azok képzelik, akik azt hiszik, régóta lo-

¹⁹ Wittgenstein, Ludwig: „Ügymond el kell dobnia a létrát, miután felmászott rajta.” *Tractatus*, 6.54. „Er muß sozusagen die Leiter wegwerfen, nachdem er auf ihr hinaufgestiegen ist.”

²⁰ Orbán Jolán (1994): *Derrida írás-fordulata*. Pécs: Jelenkor Kiadó.

²¹ Derrida, Jacques: „La structure, le signe et le jeu dans le discours des sciences humaines”, *L'écriture et la différence*, Paris, Seuil, 1967. „Au moment où se fait sentir la limite de l'opposition nature/culture, on peut vouloir questionner systématiquement et rigoureusement l'histoire de ces concepts. C'est un premier geste.” Orbán Jolán fordítása, Orbán Jolán, uo.

²² Orbán Jolán (1994): *Derrida írás-fordulata*. Pécs: Jelenkor Kiadó.



vasias könnyedséggel megtették ezt, és akik éppen azon diskurzusukkal merülnek el a metafizikában, amelyről azt állítják, hogy kiragadták onnan.²³

A filozófia öntudatos gondolkodás. Az ember mindig gondolkodott, hiszen ez az ember megkülönböztető jegye az élővilágban. Ugyanakkor a homo sapiens, amely hozzávetőleg kétszázezer éve van a földön, ezen időnek csak alig több mint utolsó egy százalékában vette észre, hogy gondolkodik. A filozófia 2500 évvel ezelőtti megszületése valójában magának a gondolkodásnak, a gondolkodás erejének a felfedezését jelentette.

Azt mondhatnánk, mi sem egyszerűbb azon állításnál, hogy gondolkodunk – ehhez képest az ember teljes eddigi földi létére szüksége volt, hogy felismerje ezt. Hogy a gondolkodásról is gondolkodhat. A filozófia tagolt és öntudatos gondolkodás, a filozófia története a gondolkodás története. Ha elvetjük a filozófiát, elvetjük a tudományt, elvetjük a gondolkodást, elvetjük azt, ami az embert emberré teszi – benne a leginkább istenit. A Teremtés története szerint Isten így szólt: „Teremtsünk embert képmásunkra, magunkhoz hasonlóvá”²⁴. Miben hasonlítunk Istenhez? Abban, hogy gondolkodunk. Ha filozófiát művelünk, azaz gondolkodunk a gondolkodáson és a filozófiatörténet nagyjaiban a gondolkodástörténet óriásait csodáljuk, és tanulunk tőlük, akkor leszünk igazán emberek.

A híres latin mondás, *Navigare necesse est, vivere non est necesse* (hajózni szükséges, élni nem szükséges). Teljes poetikai tündöklése ellenére a kifejezés mégis logikai ellentmondást tartalmaz, hiszen hajózni csak élők tudnak. Parafrázálva ellentmondásmentesen állíthatjuk, *philosophare necesse est* (filozofálni szükséges).

KISS ENDRE:

A nagyigényű témához (*Filozófia – tudományok – gondolkodás*) aktuális válaszmot három nagyobb összefüggésben fogalmaznám meg. Ez a hármasság egyben egy értelmes összefüggést, alapvetően bennefogalási viszonyt is hivatott megvilágítani. Amikor gondolatmenetünket erre a tartalmi-logikai sorra építjük, tisztában vagyunk azzal, hogy a három nagy mozzanat releváns viszonyait más változatokban is lehetséges lenne megfogalmazni.

Filozófia – tudományok – gondolkodás viszonyát a *globalizáció* kereteinek érzékeltető felvázolásával kell kezdenünk. Ez elengedhetetlen, mert a globalizáció határozza meg *Filozófia – tudományok – gondolkodás* alapviszonyait, miközben már azon is régen túl vagyunk, hogy azon folyjon a vita, hogy van-e vagy nincs globalizáció. Ma már azon a még ennél is nehezebb problémán kell gondolkodnunk, hogy *milyen*, illetve *melyik* globalizációban élünk. Nyilvánvaló, hogy ez a helyzet egyrészt általában is, de még inkább *különösen* olyan kivételesen új nehézségeket jelent, amelyek megoldásaira szinte alig vannak még megfelelő kompetencia-csoportok és szakértők. *Filozófia – tudományok – gondolkodás* legnyilvánvalóbb problémái

²³ Derrida, Jacques, uo. „Un tel questionnement systématique et historique ne serait ni un geste philologique ni un geste philosophique au sens classique de ces mots. S’inquiéter des concepts fondateurs de toute l’histoire de la philosophie, les dé-constituer, ce n’est pas faire œuvre de philologue ou d’historien classique de la philosophie. C’est sans doute, malgré l’apparence, la manière la plus audacieuse d’esquisser un pas hors de la philosophie. La sortie « hors de la philosophie » est beaucoup plus difficile à penser que ne l’imaginent généralement ceux qui croient l’avoir opérée depuis longtemps avec aisance cavalière, et qui en général sont enfoncés dans la métaphysique par tout le corps du discours qu’ils prétendent en avoir dégagé.” Orbán Jolán fordítása, Orbán Jolán, uo.

²⁴ Ter. 1.26.



ezért már egyáltalán nem is lennének önmagukban felvethetőek, a globalizáció *konkrét, mai valóságának* felvázolási kísérletei nélkül.

A *filozófia* és a *tudomány* legfontosabb problémái fognak elvezetni a *gondolkodás* új feladataihoz is. Az új globalizáció új realitásai között ezért a beszélgetés címe (*Filozófia – tudományok – gondolkodás*) egyben máris értelmes logikai sorrendet is jelentenek, immár természetesen az új globalizáció keretei között.

A *filozófia* élete a jelen viszonyai között igen kedvezőnek tűnik, hiszen messzemenő gondolkodási és kutatási szabadság uralkodik. Ezt igen differenciáltan egészíti ki az új médiumok rendelkezésre bocsátotta „puha” publikálási szabadság. Ha ezeket az alapfeltételeket tekintjük, még azt is mondhatnánk, hogy a jelen a filozófia szempontjából a *lehetséges világok legjobbika*. Néhány más összefüggés azonban viszonylagossá és egyben nehezebbé is teszi a filozófia e jó helyzetét. Az egyik a filozófiai kutatások minden eddigi dimenziót (többek között éppen a globalizáció viszonyai miatt bekövetkező) meghaladó mennyiségi növekedése. Hasonlóan az információrobbanás jelenségéhez, „filozófia”-robbanás is van, ami kritikusan nehezíti meg a pusztá áttekintést. A mennyiségi probléma mellett fellépnek minőségi korlátok is. Részben az 1989 után kialakuló szervezeti rendszerek, a PhD-képzés vagy annak lehetetlensége, hogy akár a legkiválóbb filozófusoknak is alkalmuk legyen iskolaalapításra. További akadály a filozófia számára a posztmodern gondolkodás egyik mutációja, az, amit lassan már a politikai kommentárok és a mediátorok is „*post-truth*”-korszaknak neveznek, s mai az érvényben lévő igaz kijelentések (az „igazság”) hitelének a megingása, a politikától a jogig. Nyilvánvaló, hogy a *post-truth* akkor is a filozófia számára jelenti a legvégzetesebb kihívást, ha ez a filozófia belső világában nem járatosak számára fel sem merül.

A *tudományok* helyzete nagy vonalakban emlékeztet a filozófiáéra. Hatalmas mennyiségi robbanás, az utópikus dimenziókra emlékeztető technikai-informatikai forradalmak, nemcsak látványos, de sokszor követhetetlen sebességű fejlődés, a hétköznapiok viharebességű tudományos átalakítása – ez áll az egyik oldalon. A másik oldalon az intézmények és a felsőoktatás a mindenütt meghatározó (és mindenütt szemérmesen eltitkolt) államadósság okozta elszegényedése miatt a tudományok és a tudományos könyvkiadás növekvő mértékben szorulnak rá külső anyagi forrásokra. A külső források azután gyökeresen újra is szelektálják a tudományokat, s ennek a szelekciónak számos nagy és életfontosságú tudomány esik áldozatául. Ez hasonló és hasonló irányba is kiható *anomália* a tudományok esetében, mint a *post-truth* állapot a filozófia esetében.

S ezzel érkeztünk el a *gondolkodáshoz*. A gondolkodásnak fel kell tárnia a jelent. Meg kell értenie pontosan a mai (azaz nem a tegnapi) globalizációt. Fel kell vennie a harcot a *post-truth* ellen, és immár nem csak retorikusan, de valóságosan is fel kell értékelnie a hátrányos helyzetbe került tudományokat (egészen mellékesen például a kritikus helyzetbe került *társadalomtudományokat*).

KISS LAJOS ANDRÁS:

Filozófusok és filozófiák. Megfigyeltem, hogy a bölcsészkarokon történelmet oktató kollégák milyen magától értetődő természetességgel nevezik egymást (és önmagukat) történészeknek. Ezzel ellentétben a filozófiát oktatók rendszerint nem veszik szívesen, ha filozófusnak szólítják őket. Ők ugyanis többségében úgy vélekednek, hogy ez a megszólítás csak azon keveseknek jár ki, akiket – általában az utókor „filozófusai” – az adott korszak meghatározó gondolkodóiként ismernek el. De az olyan „kisebb” filozófusok, mint amilyen magam is vagyok,



még attól is ódzkodnak, hogy valamilyen nagyon eredetinek látszó meghatározással álljanak elő akkor, amikor a filozófia mibenlétéről, hasznáról vagy éppen káráról faggatják. A filozófia-oktatók általában csak odáig merészkednek, hogy a nagyok álláspontjait idézzék, és legfeljebb néhány személyes kommentárral egészítik ki a „valódi filozófusok” mondandóit.

Itt és most magam is hasonló módon járok el, és két (illetve három), a gondolkodásomat erősen befolyásoló filozófus álláspontját igyekszem tömören összefoglalni.

Az egyikük Nyikolaj Bergyajev, aki az *Én és a dolgok világa* című könyvecskéjében nagyon elgondolkodtató megjegyzéseket fogalmaz meg a filozófiáról és a filozófusokról. Többek között azt mondja, hogy a történelem során a filozófusok mindig csak egy töredéknyi részét tették ki az emberi nemnek. Ráadásul meglehetősen eszköztelenek voltak, mivel legtöbb esetben az embertársaikkal megosztott gondolataik jelentették egyedüli vagyoniukat. Az igazi filozófusokat nem vonzotta és ma sem vonzza a gazdagság vagy a politikai hatalom mulandó dicsősége. Éppen ezért feltűnő (de nem teljesen érthetetlen) az a jelenség, hogy a történelem során milyen sok ellensége akadt a filozófiának és a filozófusoknak. Olykor az egyházi hierarchia képviselői vagy a teológusok, máskor a politikusok, illetve a modern kortól kezdődően a pozitivista természettudomány képviselői tettek meg mindent azért, hogy elnémítsák őket. De gyakorta ellenségesen viszonyultak (és viszonyulnak) a filozófiához a művészek, a mérnökök, a gazdasági szakemberek vagy éppen a nyárspolgárok. „Mert mi a filozófia?” – kérdezik gyakorta ezek az emberek. „Haszontalan, üres gondolatok kreálása, amiből nem származik semmilyen kézzel fogható haszon”, hangzik rendszerint az elutasító válasz. „A metafizika szinte szitokszónak számít a mindennapi életben”, mondja Bergyajev. Csakhogy, éppenséggel ez a generális ellenszenv bizonyítja, hogy itt valóban fontos dologról van szó, mert akinek ennyi ellensége van, az nyilván tudhat valamit... Mindazonáltal a filozófusok mégsem teljesen magányos hősök, mert legtöbbször valamilyen érték- és nézetközösséghez tartozó lényekként tekintenek önmagukra. Voltak és vannak platonisták, arisztotelianusok, idealisták, materialisták, fenomenológusok, analitikusok stb. Ezek az emberek, ha máshol nem is, legalább egymás között jól érzik magukat. Ez természetesen nem jelenti azt, hogy a különféle állásponton állók ne vitatkoznának egymással, olykor egymás fizikai megsemmisítésére törekedve. Igen, az európai eszmetörténet arról tanúskodik, hogy a filozófusok rendszerint vitatják elődeik nézeteit, a kortársaikkal pedig egyenesen vére menő küzdelmet folytatnak. Voltaképpen olyan perlekedő lényeket kell a filozófusokban látnunk, akik kizárólag az „örökös konfrontáció narkózisában” érzik jól magukat.

Vannak persze olyan filozófusok is, akik tagadják az effajta értelmezést, és kifejezetten ragaszkodnak ahhoz a meggyőződésükhöz, hogy a filozófiai vitáknak nincs sok értelme. Például Gilles Deleuze és Félix Guattari, akik a *Mi a filozófia?* című munkájukban azt mondják, hogy minden ésszerű diszkusszióknak minimális előfeltétele lenne, hogy a vitapartnerek legalább a szóban forgó vita tárgyában egyetértésre jussanak. Viszont maga a filozófia nélkülözi a valódi kezdetet. Mégpedig azért, mert minden előfeltételezett pillanat mögött ott van egy másik, egy harmadik... „Abban a pillanatban, amikor a filozófia azt hiszi, hogy elkezdte önmagát, a feltételezett kezdet átbillen a pre-filozófiába, így aztán a filozófia sohasem képes önmagát uralni, automatizálni, megalapozni.” Ebből az eredendő őskáoszból a filozófusok általában úgy próbálnak kikecmeregni, hogy kiválasztanak egy értelmezési síkot vagy keretet, amelyet konzisztensnek tűnő fogalmi hálójával borítanak be. Ezt aztán kinevezik az Egyetemesek-Egy végtelen nézőpontjának (olykor egyenesen „Isten tekintetének”), s a továbbiakban ez az őskáoszból kimetszett szelet már felfogható lesz az emberi értelem számára. A filozófus tehát fogalmakat



teremtő, konstruáló lény, és az általa megteremtett fogalmakat az értelmezési síkok és a fogalom-személyek kötik kétébe. Csakhogy ezek az interpretációs világok és fogalom-személyek olyan zárt értelem-egészet alkotnak, amelyet kívülről szinte lehetetlen feltörni. Éppen ezért tartja Deleuze és Guattari értelmetlennek a filozófiai vitákat. „Minden filozófust rettegéssel tölt el, ha ezt hallja: vitatkozunk egy kicsit. A diskussziók nagyon jól illenek a kerekasztalokhoz, de a filozófus egészen más asztalra veti ki a kártyáját.”

Ami Deleuze és Guattari pozícióját illeti, nagyon könnyen magára vonhatja a performatív belső ellentmondás vádját. Tudniillik a két francia filozófus, miközben azt állítják, hogy nem áll szándékukban vitatkozni, éppen azért, hogy egy sor meglehetősen provokatív hangnemű könyvvel gazdagították a huszadik század filozófiai gondolkodását, máig tartó és meglehetősen éles vitákat provokáltak a szellemi életben.

A filozófia tehát mégiscsak a szisztematikus kételkedés és vitatkozás tudománya (vagy művészete), vagyis olyan tevékenység, amelynek mindig van társadalom- és rendszerkritikai aspektusa, még ha ez csak áttételesen jelenik is meg (pl. a logikában, az ismeretelméletben). És ezzel pontosan tisztában vannak az ellenségei is.

SAYFO OMAR:

Islám: vallás, kultúra és társadalom

Mikor 617-ben Mohamed Ibn Abdullah elkezdte hirdetni tanait, egyben társadalmi és politikai forradalmat hirdetett. A próféta első híveit zömében periférikus nemzetségek fiai, rab-szolgák és olyanok adták, akik elégedetlenek voltak a Mekka városában uralkodó gazdasági és társadalmi állapotokkal, így vonzó volt a számukra az Isten előtti egyenlőség gondolata.

Mivel a korabeli Arábiában nem volt államhatalom, a rendet a törzsek közötti erőviszonyok és íratlan szokásjog adták, az egyén biztonságát és megélhetését pedig törzsi kötődései biztosították. Ilyen környezetben Mohamed nem tehetett mást, mint maga is „törzset” alapított. Ez lett az iszlám nemzet, az *umma*, mely immár nem vérség, hanem hit alapján fogta össze az embereket. Később persze az érdekellentétek és feloldhatatlannak bizonyuló társadalmi hierarchiák miatt a törzsiség felszámolása olyannyira kudarcot vallott, hogy a vérségi kötődés az arab és iszlám világ több országában egészen máig az egyik legfontosabb identitásképző elem maradt.

Mohamed társadalmi forradalmának ugyanakkor voltak sikerei is: Számos egyéb mellett centralizálta Arábiát, és szabályozta azt, amit ma családjognak nevezünk. Míg korábban a vagyonos férfiaknak korlátlan számú feleségük lehetett, ő ezt négyben maximalizálta és betiltotta az újszülött leánygyermek meggyilkolását, mely korábban a szegénységben élő törzsek körében bevett szokás volt. Mivel azonban az iszlám követői a pogánykori arabiai kultúrában szocializálódtak, az új vallás szükségszerűen „kanonizált” számos korábbi társadalmi és politikai hagyományt, hiszen egy teljesen idegen „eszmeként” aligha szerezhetett volna tömegével híveket.

Az iszlám részben karddal, részben politikai alkukkal, részben pedig kereskedelmi hálózatokon keresztül kezdte meg hódító útját a Közel-Keleten és Észak-Afrikában, majd Közép-Ázsiában, Fekete-Afrikában és a Távol-Keleten. Terjedése során azonban soha nem légüres térbe érkezett, hiszen az áttérő népeknek már megvoltak a maguk kultúrái, illetve hol jobban, hol rosszabbul funkcionáló társadalmi és hatalmi struktúrái. A helyi kultúrák és a vallás interakciójában jellemzően előbbi maradt domináns. Úgy is mondhatnánk: az iszlamizáció során a helyi kultúra lett a sátor vázszerkezete, az iszlám pedig az arra terített ponyva. Noha létrejöt-



tek a különféle, etnikai és kulturális határokon átívelő vallási iskolák, szúfi rendek és egyéb vallási hálózatok, de ezeknek adott ágai a béke és saját társadalmi legitimitásuk érdekében jellemzően erősen adaptálódtak a helyi viszonyokhoz.

A vallásnak politikai és társadalomszervező szerepe is volt. A muszlim birodalmak a bagdadi székhelyű abbaszidáktól, a perzsa szászánidákon át az indiai mogulokig általában nagy kiterjedésűek és multikulturálisak voltak. Az iszlám (pontosabban annak aktuális irányzatai) így a politikai hatalom megszilárdulásának az eszköze és az uralkodó legitimitásának a forrása lett, ami mellett valamiféle egységes arculatot is adott a birodalmaknak. Érdemes megjegyezni, ez a logika a 20. században is visszaköszönt. A frissen kikiáltott Pakisztánban, Indonéziában, Malajziában és több más országban a népesség földrajzilag széttagoltan élő, különböző etnikumú, nyelvű és vérségű népcsoportokból tevődött össze, akiknek identitásában az iszlám sokszor a legnagyobb közös osztó volt, mely így a nemzeti identitás alapköve lett. A mindenkori kormányok által folytatott „iszlamizáció” pontosabban az államilag preferált vallási irányzatnak a helyi, rivális iszlámok rovására történő terjesztése valójában a modern nemzetépítés eszköze lett.

Az iszlám arcait azóta is többnyire a helyi kultúrák adják. Az információs technológiák 20. századi elterjedéséig a muszlimok zöme nem is volt tisztában azzal, hogy amit ő „az iszlámnak” hisz, az valójában a helyi, vallástól független kulturális hagyományok és a határokon átívelő vallási szabályok szétválaszthatatlanul összefonódó egyvelege. A nigériai muszlimok sokszor nem is sejtették, hogy értékrendjükben és társadalmi normáikban több köti őket össze keresztény szomszédaikkal, mint távoli arab hittestvéreikkel, mint ahogy az egyiptomi muszlimok sem nagyon gondolták, hogy kopt felebarátaikkal több közös van bennük, mint mondjuk az indonéz muszlimokkal.

A meghatározó muszlim (de leginkább a szunnita) vallási intézmények a gyarmatbirodalmak felbomlása óta jellemzően nemzetállami keretek közt, az államhatalom alá rendelve működnek. A vallási rendeletek nem öncélúan, hanem a helyi társadalmi, gazdasági, politikai realitásokat figyelembe véve születnek.

Ezzel együtt az iszlámon belüli uniformizációs folyamatok régóta zajlanak. Ezek kezdete a 19. század végi „arab reneszánszra” nyúlik vissza, amikor a gyarmati sorban élő közel-keleti országok (elsősorban Egyiptom és a Nagy-Szíria) elitje, amelynek kezében a nyomdatechnika a gondolatok terjesztésének fontos eszközévé vált, feltette a kérdést, hogy miért van lemaradva az arab világ a Nyugathoz képest és mit kellene tenni ennek a lemaradásnak a leküzdése érdekében?

A kisebbségi (keresztény, drúz stb.) és egyes nyugati műveltségű muszlim gondolkodók a megoldást a nyugati és török nacionalizmusok adaptációjában vélték felfedezni. Ezzel szemben az olyan muszlim gondolkodók, mint Dzsamál al-Dín al-Afgáni (1839–1897) vagy Mohamed Abduh (1849–1905) arra jutottak, hogy a lemaradás fő oka az, hogy a muszlimok letérve a Mohamed próféta által kijelölt útról, idegen mintákat kezdtek utánozni. Amiből pedig egyenesen következett a számukra, hogy a megoldást a vallási gyökerekhez való visszatérés jelentette. Ezeknek a „gyökereknek” a meghatározása az iszlám forrásszövegein (Koránon, prófétai hadiszokon) keresztül történt és sokszor a vallás önkényes esszencializálásával és leegyszerűsítésével járt együtt.

A 20. század során a fenti gondolatokból kiindulva politikai mozgalmak sora alakult, melyek a társadalmak „visszaizlamizálását” hirdették meg. Ilyen volt az 1928-ban Haszan al-Banná által létrehozott egyiptomi Muszlim Testvériség, az 1926-ban Indiában megalapított



Tablighi Jamaat, az 1979-ben Ruholláh Homeini által kikiáltott iráni Iszlám Forradalom és számos egyéb. Ahogy az iszlám kezdetekor, jellemzően ezek az irányzatok is a társadalmak gazdaságilag leszakadó, vagy valamilyen okból periférián élő rétegei körében váltak népszerűekké. Noha gondolkodóik muszlim univerzalizmust hirdettek, valójában döntően etnikai, illetve kulturális határokon belül tudtak csak terjeszkedni, hiszen a tanok akarva-akaratlanul, jellemzően ezekben a környezetekben voltak értelmezhetőek. Az éfféle iszlamista irányzatok történetük során jellemzően akkor tudtak bázist építeni, amikor a muszlim társadalmak tartópilléreit különféle válságok rengették meg, amelyek miatt a hagyományos társadalmi, vallási és politikai struktúrák és autoritások elvesztették befolyásukat.

A különféle iszlamista irányzatok a migráción keresztül, az 1960-as évektől kezdve Európában is megjelentek. Noha ezeknek a muszlim és muszlimokról szóló közbeszéd tematizálásában máig jelentős szerepük van, a muszlim közösségek mindennapjaikra és integrációjára gyakorolt hatásuk kevésbé jelentős. Az integráció szempontjából sokkal meghatározóbbak azok az ország- és régióspecifikus „népi” iszlám kultúrák, melyeket a bevándorlók az anyaországaikból hoztak és amelyek messze túlmutatnak a sokszor esszencialista vallásértelmezéseken és leegyszerűsített doktrínákon.

TRAUTMANN LÁSZLÓ:

1. A globalizáció fogalma. A globalizációt a 20. és 21. század teljesen önálló formájának tekintem, ami az új, világháború nélküli világrend politikai, gazdasági és kulturális rendje. Emiatt a globalizáció nem azonosítható sem a 19. századi, sem más korábbi formával. A globalizáció korábbi korszakaiban, a kétpólusú világrendben, majd az egypólusú világrendben úgy tudták megoldani a világrendváltást, hogy közben nem történt világháború, bár kétségtelen, hogy kisebb katonai konfliktusok mindig is voltak és vannak. Napjainkban egy újabb elmozdulást látunk, ezt nevezhetjük globális partnerségnek, aminek a lényege, hogy a világ irányításában erőteljesebben érvényesül a munkamegosztás az egységes értékrenden – biztonság, szabadság, demokrácia és jólét – belül. A munkamegosztás feltétele az értékrendi stabilitás, ami óhatatlanul feszültségekkel, politikai és gazdasági konfliktusokkal jár. Ezek a feszültségek azonban nem lépik túl azt a határt, ami fenyegetné a világ stabilitását. Ez nem azt jelenti, hogy ne kellene fellépni a felesleges és indokolatlan bizonytalansággal szemben, aminek az oka a globalizáció előző korszakának, korszakainak pontatlan leírása. A globalizáció előző időszakában az az illúzió uralkodott, mintha a kapitalizmus győzött volna a szocializmus felett, mintha a magántulajdon és a parlamentáris demokrácia elegendő lenne a fejlődéshez. Ezt a nézetrendszert nevezük neoliberalizmusnak. A 90-es években azonban nem a neoliberalizmus győzött, hanem a globalizáció, azaz a globális tulajdoni forma láthatóbb módon érvényesült a kétpólusú világrendhez képest. A keleti blokk új fejlődési pályára állítása történt meg, aminek az egyik, kétségtelenül fájdalmas és bizonyos esetekben tragikus kísérőjelensége volt a neoliberalizmus. A neoliberalizmus még a régi, háborús világrend logikája alapján magyarázta az új világrend jelenségeit, ami nyilvánvalóan hibás magyarázat, és nagyobb feszültséget okozott a szükségesnél. Ez az elméleti hiba történelmileg szükségszerű volt, mint ahogy megszüntetése is történelmi szükségszerűség.

2. A globalizáció az egységes értékrenden, az ebből fakadó globális közjón és globális köztulajdonon alapszik. A globális köztulajdon nem globális minisztériumot jelent, nem értek egyet Slavoj Žižekkel abban, hogy a bürokratikus szocializmus lenne a megoldás a jelenlegi problémákra, hanem a tudás és a kultúra egyetemessége. A globalizáció középtávú gazdaság-



politikai korszakát lehet a tudásalapú gazdaság fogalmával összefoglalni, és a tudás tulajdoni formaként tud működni. Ennek működésére sokféle példát lehet mondani, talán az egyik az ókori bölcsé, Hérakleitosz, aki így fogalmazott: „Bár a logosz ez, örökre képtelenek értelmetlenségükben felfogni az emberek előbb is, mint hallották volna, s azután is, hogy már meghalották. Mert bár minden eszerint a logosz szerint lesz, mégis olyanok, mintha nem vennének tudomást róla, mikor megismerkedni kezdenek oly szavakkal és tényekkel, amelyeneken én végigvezetem őket, fölfejtve mindent természete szerint és megmagyarázva, hogyan van. A többi ember azonban észre sem veszi, amit ébren tesz, ugyanúgy, ahogy elfelejti, amit alva.” Hérakleitosz a logosz, a világot igazgató törvény, mai kifejezéssel a globalizáció működését és az egyéni gazdálkodást vezető önzés közötti ellentmondást mutatja be. Ez az állapot az, ami a jelenlegi átmenet nehézsége, hiszen a tudásalapú gazdaság azt jelenti, hogy világossá teszik a logosz, a világrend működését. A neoliberalizmus tagadta ezt a logosz fogalmat, és ezért a tudásalapú gazdaság kialakítása azzal kezdődik, hogy tagadja a neoliberalizmust és közvetíti a tudomány és a művészet érvényességét.

3. A közgazdaságtudomány, mint ahogy minden más tudomány is, az értékrendhez igazodó életet és civilizációt ösztönzi, ezért nem lehet azt redukálni a Nyugatra. Az kétségtelen, hogy történelmi okok miatt a gazdaságra vonatkozó tudás először Nyugaton vált le a többi tudományról, ami szorosan kapcsolódik a kapitalizmus problémájához. Azt azonban meg kell jegyezni, hogy a gazdasági ismeretek minden magaskultúra szerves részét alkották, csak beépültek a filozófiai ismeretkörbe. Nyugaton – a tudományok differenciálódása miatt – ezt önálló formában kezdték kialakítani, de eredeti elnevezése, politikai gazdaságtan, utalt arra, hogy a diszciplína célja az általános politikai-értékrendi elvek alkalmazása a gazdaságra, a tág értelemben vett állam működéséhez szükséges gazdasági feltételek meghatározása. Ez a célkitűzés a 20. században sem változott, csak az elnevezés alakult át, aminek oka az állam értékrendi alapjairól folytatott vita, az osztályharc problémájának megoldatlansága. A 20. század történelmi öröksége, hogy az állam lényegéről egymást kizáró értelmezések születtek. A munkásmozgalom és az úgynevezett polgári közgazdaságtan ugyanazt a gazdasági jelenséget egymást kizáró módon értelmezte, és annak érdekében, hogy a tudomány egysége fennmaradjon, választottak egy olyan elnevezést, ami lehetővé tette ennek az értékrendi vitának az elmosását. Ez azonban csak a 20. századra, annak is különösen az első felére érvényes, és az elméleti tisztázatlanság a mai napig rányomja a bélyegét a közgazdasági gondolkodásra. Napjainkban már elkerülhetetlen az értékrendi megalapozottság tisztázása a közgazdaságtanban, ebből fakadóan az lesz a kifejezett követelmény a közgazdaságtan számára, hogy segítse az emberi méltóság érvényesülését a gazdaság minden területén.

4. Kétségtelen, hogy a 20. század utolsó harmadában uralkodó neoliberalizmus a piac elsődlegességét hirdette, tagadta az állam, az értékrend és a bölcsesség szerepét a gazdaság működésében. Ez a neoliberális szemlélet a gyakorlatban azonban nem érvényesült, és az általa hirdetett felfogás, a magára hagyott piac modellje soha nem is működött a történelemben. A piac mindig politikai-gazdaságpolitikai eszközöket szolgált, és ezt a klasszikus közgazdászok soha nem is tagadták. Ezeket a politikai-gazdaságpolitikai célokat azonban az igazságossághoz kell mérni, és ez a klasszikus politikai gazdaságtan hagyományának felelevenítése. A politikai gazdaságtan tehát nem azt jelenti, hogy az önkényes, voluntarista politikai akarat hogyan érvényesíthető, hanem azt, hogy az alapvető értékek, a biztonság, szabadság, demokrácia és jólét együttesen hogyan tudnak érvényesülni. Ebből a szempontból a piac intézményi fejlődése



alárendelt az értékrendnek, és az különbözteti meg a 20. századi piacot a korábbi korszakoktól. A 20. századtól az értékrend következetesebben tud érvényesülni, megszűnik az a régi modell, amelyben csak egymás kárára léteztek az értékek, azaz ha szabadság volt, akkor nem lehetett biztonság, és fordítva. Ma a szabadság és a biztonság egymással összhangban lehet a modern technológiának köszönhetően. Az viszont igaz, hogy emiatt a piac fogalma átalakul, és talán nem is helyes piacnak nevezni a szabad döntések rendszerét. A hangsúly egyre inkább azokra a gazdasági intézményekre kerül, amelyek segítik a helyes döntést, és ezeket az intézményeket éppúgy nevezhetjük államnak, mint piacnak, nincs jelentősége ennek a megkülönböztetésnek.

5. Én nem használnám a kapitalizmus kifejezést. A kapitalizmus arra a történelmi időszakra vonatkozik, amikor a szabadság része volt a kizsákmányolás szabadsága, amikor a bűn elkövetése is belefért a szabadságba. Ez mára nem igaz, a 21. századi technológia megszüntette ezt a szabadságot, és helyébe az értékek szabad követését állítja. A jövőkép ezért az értékrend követése általában, és konkrétan azoknak az ágazatoknak a középpontba állítása, húzóágazat jellegük megerősítése, amelyek segítik az állampolgárokat a helyes döntések meghozatalában. Két példát szeretnék ezzel kapcsolatban kiemelni, az egészségügyet és az egyenlőtlenség csökkentését. Az egészségügy, az egészségipar már a neoliberalizmuson túlmutató fogyasztási struktúrát javasol, erre ösztönzi az állampolgárokat. A korábbi rövid távú szemponttal szemben a hosszú távra helyezi a hangsúlyt, kétségtelenül jelen pillanatban erőteljesebb formában. Ez azonban nem az egészségügy diktatúrája, ahogy azt időnként megfogalmazzák, legfeljebb amennyiben ez a szabadság zsarnokságaként értelmezhető. Az persze igaz, hogy ez az állapot csak időlegesen, nagyon rövid távon tartható fenn, és támaszkodni kell az állampolgárok belátására a szabad és helyes döntés tekintetében. Ehhez műveltség, felvilágosultság, kultúra kell, és a jóléti szint ennek alárendelt. Ez a jólét az egyenlőség mércéje. Itt is érdemes a történelmi távlatot megteremtteni. Az úgynevezett jóléti állam korában az egyenlőség állt a gazdaságpolitika középpontjában, anélkül azonban, hogy az egyenlőség célja teljes mértékben tisztázva lett volna. Ez különösen érvényes a mi térségünkre, ahol az egyenlőség egyenlősít jelentett, a kispolgári irigység konzerválását. Ezzel szemben a neokonzervatív-neoliberalis korszak megengedte az egyenlőtlenséget, ami egészen szélsőséges méreteket öltött. Most újra az egyenlőségre kerül a hangsúly, de ennek megteremtése során, hiszen ez gazdaságpolitikai akarat függvénye, mindig szem előtt kell tartani a jól működő állam, az értékrend érvényesülésének eszméjét, és ehhez kell igazítani a jóléti politikákat.

6. A változási képesség a stabilitás, a kultúra és a civilizáció megőrzését szolgálja, és ez különbözteti meg a globalizációt a kapitalizmustól. A kapitalizmus a technológiai fejlődést csak áldozatok árán, jelentős és szükségtelen instabilitással tudta elérni. Ezzel szemben a 20. században már elkezdődik a technológiai ugrások tervezése és összhangba hozása a stabilitás követelményével. Ehhez egy különös technológia, az űrtechnika segít hozzá, mert az űrtechnika teszi képessé az emberiséget a Föld eltartóképességének megőrzésére, a stabilitás fenntartására. A mobilitás, a változás képessége ennek alárendelt, és ezt fontos hangsúlyozni a jelenlegi gazdaságpolitikai viták közepette, amelyek az innováció fontosságáról szólnak. Az innovációnak azonban iránya is van, és ez az irány a lét megőrzése, a Föld és a kultúra védelme. Ehhez mindig meg kell határozni a védendőt is, azt, ami megőrzésre méltó, és elvetni azt, ami voltaképpen nem segít a kultúra védelmében. Ez a változás tartalma, és ebből lehet levezetni a gazdálkodói magatartást. Ezt már nem lehet a 20. századi Nyugat jóléti modelljéből levezet-



ni, a 21. század gazdálkodói magatartása sokkal tagoltabb, mint ami jellemző volt a 20. századra, különösen annak második felére. Ez konkrétan a nyugati értékrend és a keleti orientáció összekapcsolódását jelenti. A globalizáció 20. századi korszakára jellemző nyugati dominancia alapját képező nyugati értékrendet kell összekapcsolni a keleti magaskultúrákkal. Bizonyítható, hogy a keleti magaskultúrák összhangba hozhatók a globalizáció követelményeivel, és végző soron ezt látjuk napjaink gazdaságpolitikai és diplomáciai vitáiban, eszmecseréiben.

VASS CSABA:

Bár van filozófiai végzettségem, kandidátusi értekezésemet az MTA Filozófiai Intézete el is fogadta e fokozatot érdemlőnek, majd néhány évig, míg meg nem betegedtem, a TIT Filozófiai Társaságának titkára is voltam, s szinte minden publikációmban ezt a szemléletet érvényesítettem. Most azonban nem filozófusként, hanem – ugyancsak kandidátusa vagyok e diszciplínának – szociológusként szólított meg az általam nagyra becsült Kör és Kiss László, aki régóta jó barátom. Ezért a társadalomtudományok nézőpontjából válaszolok a feltett kérdésre. Filozófiai elkötelezettségemet, mint kitűnik majd, nem tagadom meg most sem.

A szociológia és szélesebben a társadalom és történet – kiváltképp az alkalmazott filozófiával együtt a társadalomtörténeti tudomány – erősen megsínylették szétválasztásukat, s az ún. pozitív tudományok kifarigcsálását. Hogy ne legyen kérdés, mit is értek ezen, egy példával szemléltetem.

A középkor társadalomtörténetével foglalkozók, még azok is, mint a méltán világhírű Braudel is, aki alapvető művét „*a számok súlyának*”, a filozófia nyelvén, a pusztán pozitív szármosság bemutatásával kezdi – azzal, hogy a demográfiai változások milyen termelésfejlesztési követelményeket támasztanak. Malthus örülhet a kérdésére adott válasznak – ám még Ő is megtorpan, mikor a „népi” lázadásokat kell elbeszélnie. A Klaniczay Gábor által szerkesztett középkor története is értetlenül áll a számok különös viselkedése előtt. Ámulva idézik, hogy a sokszor negyven-hatvanezer elkeseredett kaszás-kapás lelket számláló lázadókat viszonylag könnyen gyűrte le az alig tízezer, ritkán húszezer főt számláló, szakállas puskával, tarack ágyúval, számszerijjal felszerelt és professzionálisan felosztott, begyakorolt és a parancsnak egységesen engedelmessé sereg. A számarányok, a pusztán pozitív számarányok szerint a „rongyosoknak” kellett volna, mégpedig fölényesen, győzniük. Azaz éppenséggel fordítva kellett volna történnie, mint ahogyan azt a szármossági szemlélet jelezhetette előre.

Mi itt az (alkalmazott filozófiát is figyelembe vevő) hiba?

Az imént magunk is a sokakat megnyugtató „technikai fölényt” idéztük. Ám ez mindössze megkerülése a valódi problémának, hiszen egy rövidre zárt ugrással a szármosságról a technikai minőségre ugrik az érvelés. Most azonban egy könnyebben áttekinthető összetevőt emelünk ki: az „emberanyagok” közti különbséget, amit a szármossági szemlélet alapján nemhogy érvényes válássá átérelhetnénk, de a problémának még a felszínét sem lehet érinteni. Nevezetesen az „emberanyagok” közti nem-szármossági különbség problémáját.

A szám szármossági értelmezésének fontosságát az is mutatja, hogy a nagytekintélyű Immanuel Kant is csak a szármossáig jut el, mikor metafizikáját úgy kezdi a szám elemzésével, hogy később sem lép tovább. És ezt számos gyakorlati felhasználhatósága látszólag igazolja is: egy épület esetében valóban elegendő a szám használata, vagy egy híd tartóképességének kiszámításakor sem szükséges tovább tekinteni, és ugyancsak elegendő a szám alkalmazásánál megállni, mikor a kartács röppályáját akarjuk meghatározni. Ami azt jelzi, hogy a szám és annak szármossági értelmezése igencsak elegendő sok gyakorlati feladat megoldásához.



Egészen Hegelig kellett várni, míg a továbblépés megtörtént. Hegelre persze mostanság – részben, mert Marx elismerően nyilatkozott róla – nem illik elismerően hivatkozni. Azonban ha tudományt akarunk művelni, s nem az ideológiai harcba vetjük magunkat, akkor azt vizsgáljuk, hogy egy megoldási javaslat sikeresen old meg problémát, vagy sem, s ekkor Hegel elmélete a „számosság – minőség – mennyiség” mibenlétéről, már feltétlenül figyelmet érdemel. Amit ha kiegészítünk a „humánvagyton” elméletével, akkor látszik igazán alkalmazhatónak példánk esetében. A „rongyosok” és a „zsoldosok” közti, a hadviseléshez szükséges humánvagyton-különbség – amely korántsem csupán a „tudásra” terjed ki –, nem számossági, hanem „mennyiségi” különbség. Ahol a számosság a minőség nélküli mennyiséget foglalja magába, míg a mennyiség olyan számosság, amely a minőséget is tartalmazza. A zsoldosok harc-készültsége *jobban* megfelel a feladatnak – és nemcsak „*többségbeli*” előnyt mondhat magának. Íme: az alkalmazott filozófia figyelembe vétele lehetővé teszi az ámulva tátott néma szájak érvényes megszólalását...

De lépünk tovább, s a társadalomtörténet egy másik problémáját is vonjuk be beszélgetésünkbe: a társadalomtörténeti korszakolás kérdését. Amit most még az antropológiától a gazdaságtanon át, nagyjából a szociológiáig ugyancsak számossági különbségekkel szokás magyarázni. Ami sok tekintetben elegendőnek is látszik: például a emberi munka energiaigénye a példa rá. Ám itt sem elegendő megtorpanni, mintha nem akarnánk falba ütközni, itt már feltétlenül tovább kell lépni. A továbblépéshez a magyar szakirodalomba Ferge Zsuzsa által bevont francia szociológus, *Pierre Bourdieu* társadalmi tér elmélete tűnik legalkalmasabbnak. Nagyon leegyszerűsítve, Ő azt mondja, hogy egy társadalom alapját a reá jellemző tartalmú és felépítésű társadalmi tér adja meg.

Ezt az állítását elfogadva juthatunk el a megoldáshoz, de őt is a mennyiség-minőség megkülönböztetéssel kiigazítva értelmezhetjük helyesen. Ennek a kiigazításnak a szükségességét a társadalmi teret általa – egyébként helyesen – társadalmi mezőkre tagoló elméletének a bemutatásán keresztül világítjuk meg: a „vallási mező” elméletének nagyszerűsége mellett egy alapvető gyengesége bemutatásával. A vallási mező fogalma nagyszerűen mutat rá arra, hogy a „vallás” nem pusztán lágy természetű „ideológia”, hanem kemény társadalmi tér/mező is, s hogy e kemény alapzat nélkül az egész vallási jelenség nem érthető meg. S ez a modern társadalmakat tekintve igaz is. Kihaszíratlanul marad azonban, amit egy lábjegyzettel elegendő lett volna jeleznie, hogy a vallás nem egyszerűen „mező”, egy társadalmi tér valamely fragmentuma, hanem a kemény tények szintjén a társadalmi teret magát jellemző tény is. Ekkor már nemcsak a vallási mezőről lehet és kell megemlékeznünk, hanem a „szakrális tér” a megfelelő fogalom. Ugyanis ekkor minden cselekedet, egyáltalán minden a transzcendens ajándéka, vagy haragja miatt kiszabott büntetése, aminek a vallás által átformált maradványára Lázár Imre, volt kollégám hívta fel figyelmemet. Elmesélte, hogy Erdélyben a mindennapi élet terét a kerti munka terével összekötő-elválasztó ajtó megnyitása előtt a gazda imát mond és áldozatot mutat be.

A szakrális tér fogalmával bevilágíthatunk a „terek” történeti tagolódásába, s ezzel a korszakolást is „pontosabbá” tehetjük: a szakrálison innen lehet például gazdasági tér, hatalomtér, politikai tér stb. is, és ez a tagolás, a humánvagyton elméletével társítva egy sajátos vitát is nyugvó pontra kalauzolhat el: a „szegénységről” szóló vitát.

A szegénységet a végzetesen leegyszerűsített gazdasági tér talajára helyezkedve, az anyagi javak hiányával szokás megközelíteni, s azt tekintik sokan szegénynek, aki nem bővelkedik az „anyagi-gazdasági javakban”. Az imént elmondottakat figyelembe véve azt mondhatjuk, hogy



ez a megközelítés, mutatis mutandis, a gazdasági tér korszakára fogadható csak el, s ott is csak feltételeken. Merthogy az „ember” minden korszakban összetett lény, akinek a jellegét mind ezen összetettségének részeiben az adott társadalmi tér jellege határozza meg.

Mik ezek a részek, amelyeket említettünk?

– Elsőként a *hominizációt* említjük, amelyen az ember – természeti – testét értjük, ami a leginkább emlékeztet a gazdasági tér szerinti értelmezésre, de mint látjuk majd, csak emlékeztet. Enélkül nemhogy ember nem lehet, de semmilyen szerves lény sem. Ez azonban, ha megvalósul, még korántsem elegendő ahhoz, hogy bárki „ember” legyen.

– A *szocializáció* a második dimenzió, amely az emberré építkezéséhez szükséges egy újszülöttnek, s amely egyfelől a társadalmi tér, másfelől e tér adott mezejének teljes értékű tagjává fejleszti újszülöttünket. S itt emlékezünk meg az ember testeinek a természetin túli, de nem transzcendens következő dimenziójáról: társadalmi testéről. Gondoljunk egy egypetéjű ikerpárra, akik közül az egyik – természeti – testépítő, a másik aktakukac lesz. Azonos hominizációs alapról indulva egészen különböző társadalmi testeket fejlesztenek ki – sorvasztanak el polgártársaink.

– A következő szinten, a *humanizáció* szintjén lépünk át az embervolt mélyebb dimenziójába, mikor már nem az addig kiküzdött múlt határozza meg karakterünket, hanem megnyílik a filozófiai értelemben vett jövő és az általa való meghatározódás is – amit sem a párthatározatok, sem a tőkés beruházás nem közelít meg. Napjaink nemzetközi slágerkönyvei próbálkoznak a humanizáció meghatározásával.

– A mindeddig legfelső, a mindenséggel mérésre megnyíló dimenziót az *univerzalizáció* folyamata képezi, ahol összeér jövő és kitejeselettség, s az ember eléri mindazt, amire rendeltetett.

Az ember mindezekben a dimenziókban bővelkedhet, szűkölködhet, vagy éppen nélkülözhet. Ahhoz, hogy kifejtsük a társadalmi tér és az emberi dimenziók összefüggését, egész könyvet, s elég terjedelmeset kellene írunk, amire most nincsen tér, ezért egy táblázatba sűrítettem a lényegét.

Terek	Tagozódás	Hominizáció	Szocializáció	Humanizáció	Univerzalizáció
nem legitim hatalmi tér	uralkodó réteg	bővelkedik	bővelkedik	nincstelen	nincstelen
avagy globalizáció	középréteg	bővelkedik	bővelkedik	nincstelen	nincstelen
	értelmiség	bővelkedik	bővelkedik	szűkölködik	nincstelen
	alávetettek	szűkölködik	kiegyenlített	nincstelen	nincstelen
pártpolitikai tér	uralkodó réteg	szűkölködik	bővelkedik	nincstelen	nincstelen
	középréteg	bővelkedik	bővelkedik	nincstelen	nincstelen
	értelmiség	bővelkedik	bővelkedik	szűkölködik	nincstelen
	alávetettek	szűkölködik	szűkölködik	szűkölködik	nincstelen
tereken kívüli tér	uralkodó réteg	nincstelen	nincstelen	nincstelen	nincstelen
a nincstelenek	középréteg	nincstelen	nincstelen	nincstelen	nincstelen
	értelmiség	nincstelen	nincstelen	nincstelen	nincstelen
	alávetettek	nincstelen	nincstelen	nincstelen	nincstelen

Forrás: Saját szerkesztés



IRODALOM

- Derrida, Jacques (1967): *La structure, le signe et le jeu dans le discours des sciences humaines. L'écriture et la différence*, Paris: Editions du Seuil.
- Ezredvégi beszélgetés Heller Ágnessel. *Magyar Lettre Internationale* 1995. tél. Érték és értékteremtés a humán tudományokban című előadás az Akadémián Magyar Tudomány 2015. február
- Friedrich Nietzsche (é. n.): *Jón, rosszon túl*. Budapest: Világirodalmi Könyvkiadó Vállalat, 41.
- Kiss Endre – Hundra Árpád (2006): *A globális falutól a tudás társadalmáig*. Budapest: Aranykönyv, 126.
- Kiss László (2003): *Modernizáció, globalizáció és Magyarország. Kerekasztal-beszélgetés. Esély*, 2: 105.
- Kiss László (2003): *Modernizáció, globalizáció és Magyarország. Kerekasztal-beszélgetés. Esély*, 2: 110.
- Kiss László (2003): *Modernizáció, globalizáció és Magyarország. Kerekasztal-beszélgetés. Esély*, 2: 109.
- Mátrai László (1977): *A kultúra történetisége*. Budapest: Gondolat Kiadó, 39.
- Orbán Jolán (1994): *Derrida írás-fordulata*. Pécs: Jelenkor Kiadó.
- Rostoványi Zsolt (1996): *Posztmodern világrend? Külpolitika*. 3–4: 29.
- Rostoványi Zsolt (1996): *Posztmodern világrend? Külpolitika*. 3–4: 17.
- Sz. n. (1901): *A Magyar Filozófiai Társaság közleményei*. Budapest: Magyar Filozófiai Társaság, 11.
- Sz. n. (1996): *Beszélgetés Nyíri Kristóffal a magyar filozófia helyzetéről. Társadalmi Szemle*, 5: 17.
- Sz. n. (1997): *Szükség van-e a filozófiára? Jelenkor*, október: 988.
- Kiss Endre (2007): *Globalizáció és jövőkutatás – új komplexitás és új tényezőiségek a két terület áthatásaiban. Magyar Tudomány* 2007/9. 1136–1139.