

XII KORUNK

FÓRUM • KULTÚRA • TUDOMÁNY



RAED ARAFAT
ÁBRÁM ZOLTÁN
BALÁZS LAJOS
BODÓ MÁRTA
BORCSA JÁNOS
IFJ. BUCHWALD PÉTER
CSAPODY MIKLÓS
CSEKE ATTILA
CSEKE PÉTER
DEMETER CSANÁD
FARKAS GYÖRGY
KASS JÁNOS
KÁNTOR LAJOS
KENÉZ FERENC
KULCSÁR GABIELLA
PÉTER LÁSZLÓ
PIKÓ BETTINA
SÁNTHA JUDIT
URAY ZOLTÁN

4

ÚJ EGÉSZSÉGTUDATOSSÁG

III. FOLYAM
2011.
ÁPRILIS

XX

KORUNK

FÓRUM • KULTÚRA • TUDOMÁNY

HARMADIK FOLYAM • XXII/4. • 2011. ÁPRILIS

TARTALOM

PIKÓ BETTINA • Életminőség és egészségvédelem a modern társadalomban	3
PÉTER LÁSZLÓ • Újszegénység Romániában	10
KENÉZ FERENC • Másvilági képeslapok (versek)	20
CSEKE ATTILA • Nyugati szintű egészségügyi ellátás érdekében (Kérdezett Rácz Éva)	24
DÉZSI ILDIKÓ – FERENCZ ZSOLT • Az élethez igazítani a kerettörvényeket (ankét)	29
RAED ARAFAT • Életmentés – főállásban (Kérdezett Cseke Péter Tamás)	36
URAY ZOLTÁN • Célkövető testedzés	41
LÁSZLÓFFY CSABA • Vigília, Fossziliák, Az illúzióvesztés alakváltozatai, Naplórészlet (versek)	47
BODÓ MÁRTA • Boldogabb és egészségesebb a hívó ember?	51

■ TOLL

ZÓLYA ANDREA CSILLA • Kass János <i>Orvosportrék</i> című sorozatáról	59
KÁNTOR LAJOS • Katalizátor	60
KULCSÁR GABRIELLA • Muzsikáló orvosok	61
CSEKE PÉTER • Orvos és író, író orvos, iskolaorvos	63

■ HISTÓRIA

S. KIRÁLY BÉLA • Vázsonyi Vilmos: az első polgári demokrata a magyar parlamentben	67
CSAPODY MIKLÓS • A politikus Mikó Imre	73

■ VILÁGABLAK

Ifj. BUCHWALD PÉTER • Új gyógyszerek felfedezése és kifejlesztése	76
SÁNTHA JUDIT • Magyar orvostani kutatók Svédországban	88

■ KÖZELKÉP

FARKAS GYÖRGY • Ökológiai káosz és környezetbiológia	93
--	----





ÁBRÁM ZOLTÁN • Az erdélyi magyar orvismigráció újabb hullámai	95
DEMETER CSANÁD • Falusi urbanizáció és városi ruralizáció a Székelyföldön	101
BALÁZS LAJOS • Egy ősi házasságkötési rítus székelyföldi kétarcúsága, avagy a népi jog különleges esete	107

■ TÉKA

ZSIGMOND ANDREA • A színház és a szavak 2. (<i>Mozgó könyv</i>)	115
TAMÁS DÉNES • Az üvöltés helyéről	117
BORCSA JÁNOS • Darabjaira hulló egész	119
BODOLAI GYÖNGYI • Életmentő könyv kezdőknek és haladóknak	122
A Korunk könyvajánlata (<i>Cseke Péter ajánlja</i>)	123

■ TALLÓ

BERSZÁN RÉKA • Az egészségügy fájdalmas műtétje	124
VALLASEK JÚLIA • Echinox reloaded	125

■ ABSTRACTS	127
-------------------	-----

■ KÉP

KASS JÁNOS



ALAPÍTÁSI ÉV 1926

Kiadja a Korunk Baráti Társaság ■ Elnök: KÁNTOR LAJOS ■ Tiszteletbeli elnök: DEGENFELD SÁNDOR
Főszerkesztő: BALÁZS IMRE JÓZSEF ■ A szerkesztőség tagjai: CSEKE PÉTER (médiatudomány), HORVÁTH ANDOR
(főszerkesztő-helyettes; világirodalom), KESZEG ANNA (társadalomtudományok), KOVÁCS KISS GYÖNGY
(főszerkesztő-helyettes; történelem), RIGÁN LÓRÁND (filozófia) ■ Gazdasági vezető: MÁRTON LEVENTE ATTILA
■ Grafikai arculat: KÖNCZEY ELEMÉR ■ Titkárság: BALÁZS JÚLIA, SASS GYÖNGYI, SÓLYOM ANNAMÁRIA
■ Nemzetközi szerkesztőbizottság: DERÉKY PÁL, ILIA MIHÁLY, POMOGÁTS BÉLA, POSZLER GYÖRGY,
ROMSICS IGNÁC, TETTAMANTI BÉLA, ZALÁN TIBOR
■ Állandó munkatársak: EGYED PÉTER, HAJDÚ FARKAS-ZOLTÁN (Heidelberg), KOVALSZKI PÉTER (Detroit),
PETI LEHEL, SZENTES ZÁGON, ZELEI MIKLÓS (Budapest), ZÓLYA ANDREA CSILLA (Budapest)
■ A megjelenéshez támogatást nyújt a Communitas Alapítvány, a Magyar Köztársaság Miniszterelnöki Hivatala,
a Nemzeti Kulturális Alap, a Szabad Sajtó Alapítvány, a Román Művelődésügyi és Örökségvédelmi Minisztérium,
a Szülőföld Alap és az Új Budapest Filmstúdió.
■ A bukaresti Oktatási és Kutatási Minisztérium Országos Akkreditációs Tanácsa (CNCSIS) által (B) tudományosnak
minősített folyóirat. ■ SZERKESZTŐSÉG: Kolozsvár, Str. Gen. Eremia Grigorescu (Rákóczi út) 52. Telefon: 0264-375-035;
0264-432-154; Fax: 0264-375-093 ■ POSTACÍM: 400304 Cluj, c.p. 273, Románia;
Internet: www.korunk.org; e-mail: korunk@gmail.com; korunk@korunk.org; Fényszedés: KOMP-PRESS Kft.
■ NYOMDA: ALUTUS, Csíkszereda, Hargita út 108/A. Tel./fax: 0266-372-407
■ Előfizetést a szerkesztőség is elfogad: egy évi előfizetés 40, fél évi előfizetés díja 20 RON.
A KORUNK magyarországi terjesztését az Apáczai Sajtóhíd Alapítvány végzi (1088. Budapest, Krúdy Gyula u. 3.,
Tel.: 0036-1-266-65-85); a lap megrendelhető a következő faxon: 0036-1-235-07-39, illetve e-mailen:
erno.toth.deb@gmail.com.
■ Revista apare cu sprijinul Ministerului Culturii și Patrimoniului Național.
■ Revistă editată de Asociația de Prietenie Korunk (400304 Cluj-Napoca, str. Gen. Eremia Grigorescu nr. 52.:
Cod fiscal 5149284). ■ ISSN: 1222-8338

PIKÓ BETTINA

ÉLETMINŐSÉG ÉS EGÉSZSÉGVÉDELEM A MODERN TÁRSADALOMBAN

■ Az életminőség kérdése a 20. század második felében került a közgondolkodás, valamint a tudományos érdeklődés középpontjába. Ez alapvetően összefügg azzal, hogy a jóllét (*wellness*) mint emberi szükséglet egyre fontosabbá vált. Kétségtelen, hogy a nyugati típusú társadalmakban a második világháborút követő konjunktúra, a fogyasztói társadalom kiépülése és az egyéni boldogulás igénye magával hozta az önmegvalósítás társadalmi normává válását, és felszínre hozta az étellel való elégedettség szubjektív életérzésének összefüggéseit.¹ Egy gyakran idézett meghatározás szerint: „Az életminőség az egyén átfogó elégedettsége az étellel és általános érzése személyes jóllétéről.”² Sokan a jóllét és a jólét között – a fogyasztói társadalomban nem meglepő módon – szoros kapcsolatot vélnek felfedezni, kétségtelen azonban, hogy egy bizonyos jövedelmi-anyagi szint, azaz életszínvonal fölött az életminőséget sokkal inkább megszabják az életvezetési készségek és az élethez való szubjektív viszonyulás.³ Ez azonban a társadalmi-gazdasági helyzettel kapcsolatban is elmondható; nem véletlen, hogy itt is a szubjektív megélés a meghatározó az egészségi állapot alakulásában, és kevésbé a tényleges, objektív társadalmi helyzet. Ugyanakkor az adott társadalmi-környezeti kontextustól függetlenül sem értékelhetők ezek a fogalmak, hiszen az adott társadalom értékrendje, kultúrája befolyásolja azt a viszonyrendszert, amelynek függvényében az emberek mindennapi életüket élik, vágyaikat szövegtetik, életcéljaikat megfogalmazzák és megvalósítják. Térben és időben tehát igencsak eltérőek lehetnek az életminőség kritériumai, amelyek mindig magukon viselik az adott kultúra lenyomatait.⁴



**Az egészségvédelem
középpontjába
az életminőséget kell
helyezni, amelyhez az
út leginkább az
egészségtudatosságon
keresztül vezet.**

Az életminőség tehát szubjektív fogalom, mégis az utóbbi évtizedekben megnőtt rá az igény, hogy mérhetővé tegyük, s ezáltal megismerhetővé váljon az egyes ember és a népesség szintjén. Az Egészségügyi Világszervezet a következőképpen fogalmazta meg az életminőség lényegét: „Az életminőség az egyén észlelete az életben elfoglalt helyzetéről, ahogyan azt életterének kultúrája, értékrendszerei, valamint saját céljai, elvárásai, mintái és kapcsolatai befolyásolják. Szélesen értelmezett fogalom, amely bonyolult módon magába foglalja az egyén fizikai egészségét, pszichés állapotát, függetlenségének fokát, társadalmi kapcsolatait, személyes hitét. Valamint a környezet lényeges jelenségeihez fűződő viszonyát.”⁵

Az életminőség tehát az egészségi állapottal is erőteljesen összefonódik. Az egészséghez való viszonyulás azonban szintén jelentősen átalakult az utóbbi évtizedekben. Korábban sem gondolkodtak egységesen az egészség-betegség témaköréről, hiszen már az ókori görögöknél is a testi és lelki folyamatok egységére helyeződött a hangsúly, a holisztikus egészségkép azonban napjainkban újra reneszánszát éli. Az ún. *bio-pszicho-szociális* paradigma kimondja, hogy az egészségi állapot komplex fogalom, biológiai, pszichikai és szociális dimenziói vannak.⁶ Újabbán a spirituális dimenzióval kiegészülve BPSS (*bio-pszicho-szociális-spirituális*) paradigmáról beszélünk, amely magába foglalja az egzisztenciális kérdésekhez való viszonyulást is.⁷ A mai, individualista társadalomban ugyanis már nem létezik egységes értékrend, az egyéni értékrendek talaján pedig mindenki a maga módján próbálja tisztázni az élethez való viszonyát, keresi az élet értelmét, próbálja megérteni sorsfeladatait. Az élet értelmébe vetett hit azt jelenti, ahogyan az egyén egységében látja, jelentéssel ruházza fel vagy értelmet ad életének annak tükrében, amit a maga számára életcélnek, életfeladatnak tekint.⁸ Az egzisztenciális-spirituális dimenzió visszahat az életminőség többi elemére is, hiszen befolyásolja az életmódot, az egészséghez és betegséghez való viszonyulást, az egészségről való gondolkodást, a lelki egészséget, a társas kapcsolatrendszerben elfoglalt helyet, és sok más, a testi, lelki és szociális jóléthez fűződő egyéb jelenséget.⁹

Az egészség és életminőség humánökológiai értelmezése

■ Amint láthattuk, az egészséget sokféleképpen definiálták már; akár úgy mint a betegség hiányát (biomedikális meghatározás), akár mint holisztikus értelemben komplex fogalmat, amely különböző dimenziókból (testi, lelki, szociális stb.) áll. Azonban legújabbán egyre inkább az ún. ökológiai egészségkép kerül előtérbe, amely jól kifejezi az egészség viszonylagosságát és kontextusfüggőségét. Ennek megfelelően az egészség egyfajta egyensúlyi állapot, a megfelelő életminőség erőforrása, beleértve a fizikai-biológiai, személyes és szociális forrásokat egyaránt. Ennek jelentése magába foglalja azt, hogy az egészséges ember sem mentes minden egészségügyi problémától, inkább az adott körülményektől függő optimális létezésről és funkcionálásról van tehát szó.

Az egészségnek ez a koncepciója rendszerelméleti megközelítést is tükröz, hiszen középpontjában az a relatív egyensúly áll, amelyet az egyén alakít ki a fizikai-biológiai, valamint pszichoszociális környezetével. Az egészség, a jóllét és ennek nyomán az életminőség lényegében relatív egyensúlyt jelöl, azaz harmóniát, amely biológiai, pszichikai és szociális szinten egyaránt érvényesül. Ez az új koncepció már elfogadja a definíció relativitását, vagy ha úgy tetszik, szubjektivitását. A jóllét, akár biológiai, akár szociális értelemben, mást jelent minden egyes személy számára: minden ember a saját személyiségének, genetikai-biológiai kapacitásának és társadalmi helyzetének eredőjeként kijelölt térben éli életét, ezért az egészségértelmezés is mindig „személyre szabott”, hiszen mindenkinek mást jelent a harmónia, az egyensúly.¹⁰

■ Az életminőség-vizsgálatok során kapott eredmények azt sugallják, hogy az egészségkárosodott, rokkantan élő emberek közül sokan minden nehézség ellenére a szó valódi értelmében „jól élnek”, harmóniában és kiegyensúlyozottan. Az egészségesen, azaz betegségmentesen élők közül legtöbben megütözköznek e csoport relatív elégedettségén, és első hallásra talán el sem hiszik, hogy ezek az emberek a korlátozások ellenére is képesek élvezni az életet.

Az életminőség egyik fontos forrása valóban a jó egészség, a szubjektív jóllét. Mivel azonban az életminőség szubjektív és relatív fogalom, nagyrészt az egyén funkcionálásának szubjektív megítélésén múlik, amelyet mindig csak az adott helyzethez viszonyítva értékelhetünk.¹¹ Ez különösen igaz a modern korra jellemző krónikus civilizációs betegségekre, mint a szív- és érrendszeri, daganatos betegségek, reumatikus bántalmak vagy lelki eredetű kórképek. E betegségek következményei – akár fájdalomról, akár korlátozásokról, például életmódbeli megszorításokról legyen szó – a szubjektív jóllétet jelentősen befolyásolják, s így kihatással lehetnek az életminőségre is. A betegség mint tapasztalat a beteg emberek életében lejátszódó folyamatok lenyomata. A krónikus kórállapotok hatására az emberek átértékelik addigi életüket, önmaguk helyét a világban, társas kapcsolataikat és életcéljaikat. Ez jelentős identitásváltozással jár, amire a betegség nyomán keletkező konfliktusok és az azokkal való megküzdés kimenetele erőteljesen rányomja a bélyegét. Mindezek eredőjeként újfajta egyensúlyi állapot alakul ki, a betegek relatív „egészsége”, ami egyértelműen mást jelent, mint az egészségesek „egészsége”, de az életminőség szempontjából lényeges.¹² Krónikus betegek körében végzett interjúk segítségével megállapították, hogy életminőség e betegek számára elsősorban a testi-lelki-spirituális egyensúlytól függ, aminek alapját főként a külső környezettel fenntartott harmónia, örömet jelentő társas kapcsolatok teremtenek meg.¹³

Életminőség és egészségfejlesztés a fogyasztói társadalomban

■ A fogyasztói társadalom, amelyben élünk, a fogyasztás bővületében működik, a kultúra mozgatórugója a fogyasztás önmagát fenntartó spirálja, amelyben a fogyasztás világa egyszerre racionális és érzelmi-hangulati jellegű. A fogyasztói kultúra mindenre, így az egészségről alkotott képzetekre is alaposan rányomja a bélyegét. Ennek értelmezéséhez érdemes onnan kiindulnunk, hogy a modernizációs változások előidézték az életritmus felgyorsulását, amely azóta egyre fokozódó adaptációra készíti mind az egyéneket, mind pedig a társadalmakat, hiszen jelentősen megnövelte a mindennapi életben tapasztalt stresszmennyiséget.¹⁴ A fogyasztói kultúrához tartozó alapvető életforma jellemzői a folyamatos szerzés, aktivitás, mobilitás, teljesítés, egyezőval a „pörgés”; a hedonizmus mítosza és a „carpe diem” szemlélet a mértéktelenség helyett a fogyasztási abúzusnak kedvez, amelynek egyenes ágú következménye a káros szenvedélyek, addikciók népbetegséggé válása.¹⁵

Ugyanakkor éppen a posztmodern társadalomban egyre többen ismerik fel az egészség mind testi, mind pedig lelki fejlesztésének szükségességét. Az egészség megőrzése és „karbantartása” tehát szükséglet is, mondhatni a fogyasztói társadalomban élő ember alapszükséglete, hiszen az egészség: érték. Ha ugyanis elveszíti az egészségét a modern kor embere, a fogyasztói társadalom vesztesévé is válhat. Az egészség biztosítja fogyasztási potenciálját, és meghatározza a fogyasztói társadalomban elfoglalt pozícióját is.

E furcsa ellentmondásosságra jellemző továbbá, hogy a fogyasztói társadalomban bármi a fogyasztás eszközévé válhat, azaz szolgáltatás épülhet köré. Az egészség

ugyanis biztonság a modern kultúrában, amit az ún. egészségpiac létrejötte is alátámaszt. Gondoljunk csak a gyógyszernek nem minősülő készítmények diadalára, amelyek terén a vitaminokból és egyéb „csodaszerekből” álló tablettáktól szinte folyamatos az átmenet a fiatalos ruganyosságot és jóllétet ígérő szerek palettájáig. Egyértelmű az üzenet, hogy e szerek szimbólumként jelennek meg a mai kor embere számára.¹⁶ Az „egészség – szépség – fiatalság” triász a fogyasztói társadalom tökéletességre utaló embereszményét hivatott jellemezni. Az eszmény elérése szinte társadalmi normává vált, köréje szolgáltatások sora épül. A médiának, a reklámoknak fontos szerep tulajdonítható a test és az egészség „elpiacosításában”, hiszen egy olyan világot mutatnak be, amelyben az egyének arra kényszerülnek, hogy folyamatosan ellenőrizték magukat, mennyire térnek el a kívánt ideáltól. A médiában az „egészségesnek lenni” üzenete ugyanis szorosan összefügg a „jól kinézni” és a „happy” életérzéssel, mintha az élet élvezetétől, a szerzés örömetől érezné jól magát a mai kor embere, aki mindent meg is tesz az egészsége és jólléte, életminősége érdekében.¹⁷ Mintha az egészségfejlesztés olyan testkarbantartást jelentene, amely sok pénzbe kerül. A fitnessz, a különböző testkultúraszalonok és újabban wellness-központok az egészséget állítják középpontba, ezzel is azt erősítve, mintha az lenne a társadalmi norma, hogy erőn felül szükséges anyagiakat fordítani az egészségre. A test karbantartásán felül előtérbe került a lélek „edzése” is, gyakran szintén piaci viszonyokra helyezve, mintha ezt csak a külön erre a célra felállított létesítmények szolgáltatásai tudnák nyújtani, a való életből ideiglenesen kiszakadva.

A testnek ez a mai kultusza persze egyáltalán nem új, hiszen számos természetközeli nép társadalmára vagy az ókori görögökre is jellemző volt. A távol-keleti vallások pedig a lélek fejlesztését összekötötték a test, azaz a testi egészség fejlesztésével, nem alárendelték tehát a lélek fejlesztésének, hanem annak mintegy előfeltételként értelmezték. Az egészségfejlesztés mindig az adott kultúra keretei közé illeszkedik, a fogyasztói társadalomban ennek megfelelően a fogyasztás „ethosza” hatja át.

Ugyanakkor a modern fogyasztói társadalmak individualista jellegüknel fogva mégis megteremtik az alapját annak, hogy az egyén saját szükségleteit és életcéljait követve valósítsa meg önmagát. Erre jó példa a nyugat-európai országokban és az Egyesült Államokban valóságos mozgalommá vált „vállalt egyszerűség” („*voluntary simplicity*”) elv, amely egy bizonyos életszínvonal elérése után nem a továbbiak hajszolását tartja szem előtt, hanem a mértékletességet, a visszafogottságot, azaz az egyszerűséget.¹⁸ Valahol újfajta értelmet nyert az „*érezd jól magad, és légy boldog*” szlogen, amely a fogyasztói társadalom zászlajára lett kitűzve. Mert a szlogen ugyan kétségtelenül hasznos, de mit is jelent? A jelentés újrafogalmazását nekünk kell elvégezni. A jóllét, az egészség, az életminőség kulcsa a harmónia – csak hogy mitől érezzük magunkat kiegyensúlyozottnak, mit jelent számunkra valóban a harmónia?

A fogyasztói társadalom csapdája és az életminőség

■ Az ökológiai egészségdefiníció ráirányította a figyelmet az egyén és közösség közötti kapcsolat fontosságára. Individualista társadalomban élünk, amelynek alapegysége az egyén, az egyén boldogulása, az önmegvalósítás. Soha a történelemben még nem volt ennyi lehetőség az egyéni vágyak beteljesülésére, mint manapság. A legtöbb ember társadalmi normaként hajszolja az önmaga által felállított célok megvalósítását. A teljesítmények elérésének bűvöletében élünk, a töretlen fejlődés szolgálatába állítjuk minden erőnket. A modern társadalomban ezek fontos célkitűzések, hiszen az egyéni önmegvalósításhoz hozzátartozik a célok és vágyak megvalósítása. Mégis soha ennyi unatkozó, depressziós és elidegenedett ember nem volt még a vi-

lágón a nyugati típusú társadalmakban, mint manapság. Mintha a fogyasztói társadalom önmegvalósítás-programja mégsem az egyén jóllétéről szólna...

Furcsa ellentmondás, hogy az egyén a fogyasztói társadalomban könnyen elveszíti az egyéniségét, egyéni kapaszkodóit, hiszen belső késztetési helyett gyakran külsőleg megfogalmazott, latensen előírt célokat követ. Az önmegvalósítás akkor szolgálja az egyén jóllétét, életminőségét, ha belső kontrollból fakad.¹⁹ A fogyasztói társadalom legnagyobb csapdája, hogy az egyén nem belsőleg kontrollált módon, saját valódi motivációjából fakadóan éli az életét, hanem külsőleg manipulált módon, a fogyasztást erőszakosan fenntartó társadalmi normáktól elvakultan. Ennek következtében elveszíti valódi tájékozódási pontjait s mély, valódi bensőjéből fakadó kapcsolatait a külvilággal, a természettel, embertársaival. Ezt nevezzük elidegenedésnek. Nem az önmegvalósítással van tehát a baj, hanem azzal, ha nem ismerjük fel, hogy önmagunkat megvalósítani csak a környezetünkkel harmóniát teremtve vagyunk képesek. Az egyén akkor érzi jól magát, akkor kiemelkedő az életminősége, ha a közötte és környezete közötti kapcsolat egyensúlyban van. Ennek hiánya természetesen kihat az egészségre is. Nem véletlen, hogy a modern korban népbetegségeknek számító civilizációs bántalmak hátterében legtöbbször pszichoszociális zavarok állnak. Az egyik sarkalatos kérdés az egyén és környezete közötti összhang megteremtése, amely leginkább hozzájárulna a betegségmegelőzéshez, az egészségvédelemhez.

A társadalmi tőke, jóllét és egészség az egyén és közösség viszonylatában

■ Fukuyama szerint a modern kor fejlődésmítoszáinak kiteljesedését – és egyben az egyén életminőségének javulását – az szolgálja leginkább, ha az életvitelünk és értékrendünk biztosítja az egyén és környezete közötti harmóniát. Ennek hiányában a folyamatos gazdasági fejlődés fenntarthatósága is kétségessé válik. A cél tehát egy gazdaságilag is erős, de a lelki-közösségi értékeket is elismerő embereszmény megvalósítása, aminek a záloga a társadalmi tőke és ennek egyik alappillére, az emberek közötti bizalom.²⁰ Az embernek ugyanis alapszükséglete, hogy elfogadják, elismerjék, értékeljék személyiségét, és nem anyagi javai alapján alkossanak róla véleményt. Semmilyen gazdasági kapcsolat sem működhet hatékonyan bizalom nélkül, sőt semmilyen csoportos vagy közösségi tevékenység sem.

Per definitionem a társadalmi tőke a társadalmi intézmények azon jellegzetességeit jelöli (mint például a bizalom, az egymásra figyelés, a civil összefogás), amelyek a kölcsönös előnyt, az együttműködést segítik elő.²¹ A társadalmi tőke kötőszöve az önmagunkba és másokba vetett bizalom. A társadalmi tőke, a társadalmi integráció és kohézió biztosítja az egyén és a közösségek jólétét és jóllétét, és segít megelőzni a társadalmi devianciát, valamint az egyén elidegenedését és betegségbe menekülését.²² Megteremt és hatékonyan működteti a civil társadalmat, ami nélkül nincs demokrácia. A társadalmi tőke növeli a személyes önbecsülést, az elfogadottság érzését, elősegíti a társas támogatás hatékony megvalósulását (akár anyagi, akár érzelmi vagy egyéb segítségnyújtásról van szó), lehetőséget biztosít tartalmas interperszonális kapcsolatok létesítésére, a kölcsönösség megélésére, a társas és problémamegoldó készségek javítására és a közösségi érzések egészséges kifejeződésére.²³ Mindez alkalmas a modern, nyugati társadalmak sok esetben eltorzult narcisztikus deficitjeinek ellensúlyozására. Hiánya, a bizalmatlanság ellenséges attitűddel és a félelemmel jár, amely a közösség érzését meglazítja, és anómiát idéz elő, ami a társadalmat megbetegíti.²⁴

A társadalmi tőke és az egészség kapcsolata ma már tudományosan igazolt tény.²⁵ Az a tétel mutatott rá leginkább a társadalmi tőke népegészségügyi jelentőségére,

mely szerint a népesség egészségi állapota nem a leggazdagabb társadalmakban a legkiemelkedőbb, hanem a jól integrált, magas koherenciával szervezett országokban. A születéskor várható élettartam például egyértelműen ezzel függ össze, nem pedig a GDP egy főre eső hányadával. Az ún. egészséges, azaz „jól integrált” társadalmak azok, ahol igazságosabb a társadalmi magatartás, sokkal nagyobb a társadalmi tőke, a szociális biztonság, amitől mindenki jobban érzi magát, a szegényebbek és a gazdagabbak is.²⁶

Útban egy új egészségtudatosság felé?

■ Korunkban az egészségvédelemnek új perspektívát kell kapnia, amely figyelembe veszi a fogyasztói társadalomban uralkodó kulturális viszonyokat, az irányító értékrendszereket és társadalmi normákat. Az egészségvédelem középpontjába az életminőséget kell helyezni, amelyhez az út leginkább az egészségtudatosságon keresztül vezet.²⁷ A valódi egészségtudatosság azt jelenti, hogy úgy alkalmazkodunk a külső és belső kihívásokhoz, hogy közben megőrizzük relatív egyensúlyunkat, harmóniánkat.

A mai kornak minden kétséget kizáróan megvan az a nagy előnye, hogy a fókusz az egyénre irányul. Meg kell ismernünk önmagunkat, céljainkat, vágyainkat, pozitív erőforrásainkat és jellemünk gyenge pontjait is, mert önismeret nélkül nem tudunk reális célokat kitűzni magunk elé. Ha pedig önmagunkkal nem vagyunk rendben, hogyan tudnánk harmonikus társas kapcsolatokat kialakítani másokkal? Hogyan lennének képesek kiegyensúlyozatlan, boldogtalanságtól szenvedő egyének harmonikus társadalmat építeni? A titok talán éppen abban rejlik, hogy a látszólag egymásnak ellentmondó jelenséget, azaz az individualizmust és a társadalmi kohéziót hatékonyan kell összeegyeztetnünk. Ha azonban közelebbről megvizsgáljuk e két fogalom jelentését – és ebben a rövid írásban éppen erre tettem kísérletet –, rájövünk, hogy valójában nincs ellentmondás. Belső kontrollal és önismerettel rendelkező, érett, integrált személyiségű egyének – lásd Sternberg kifejezését²⁸ – rendelkeznek azokkal az életvezetési készségekkel – mint például a megfelelő kommunikációs készség, copingtechnikák ismerete, alkalmazkodó- és reagálóképesség, vagy érzelmi intelligencia²⁹ –, melyek nélkül társas kapcsolatainkat a Berne által leírt játszmák uralják³⁰. Mindezek pedig kikezdi az egészségünket, előbb-utóbb megbetegítenek, és rontják életminőségünket.

A 21. század remélhetőleg a tudat és a tudatosság évszázada lesz, azaz a hangsúly a kognitív folyamatokra tevődik át, ami azonban nem jelenti azt, hogy figyelmen kívül kellene hagynunk például az érzelmi-hangulati elemeket az egészségfejlesztésben, hanem ezeket is figyelembe véve tudatosan kell megteremteni életünkben a jóllétet és az egészséget. Még akkor is, ha a fogyasztói társadalom értékrendje ennek éppen ellentmond (gondoljunk csak pl. a mértékletességre). Aknázzuk ki a fogyasztói társadalom előnyeit; anélkül azonban, hogy feladnánk önismereten alapuló önmegvalósítási terveinket.

■ JEGYZETEK

1. Pikó Bettina: Lelki egészség a modern társadalomban. Akadémiai Kiadó, Bp., 2005.
2. Schumaker, S.A. – Anderson, R.T. – Czajkowski, S.M.: Psychological tests and scales. In: Spilker, B. (ed): Quality of life assessment in clinical trials. Raven Press, New York, 1990. 95–113.
3. Pikó Bettina: Életmód helyett életvezetés? Egészségkockázatok a posztmodern társadalomban. Valóság 2008. 51(5), 55–64.
4. Kopp Mária – Pikó Bettina: A kultúra – 1952. és az életminőség kapcsolata. In: Bácsy Ernő – Mikola István (szerk): Civilizáció és egészség. MTA Társadalomkutató Központ, Bp., 2004. 139–158.
5. Kullmann Lajos – Harangozó Judit: Az Egészségügyi Világszervezet életminőség-vizsgáló módszerének hazai adaptációja. Orvosi Hetilap 1999. 140(35). 1947.
6. Engel, G.L.: From biomedical to biopsychosocial. Being scientific in the human domain. Psychosomatics. 1997, 38(6). 521–528.

7. Jakovljević, M.: Transdisciplinary holistic integrative psychiatry – a wishful thinking or reality? *Psychiatria Danubina* 2008. 20(3). 341–348.
8. Steger, M.F. – Frazier, P. – Oishi, S. – Kaler, M.: The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology* 2006. 53. 80–93.
9. Brassai L. – Pikó B.: Egzisztenciális/spirituális attitűdök jelentősége a serdülők egészségprevenzív és rizikó-magatartásában. *Magyar Pszichológiai Szemle* 2010. 5(4). 597–611.
10. Sheldon, K.M. – Bettencourt, B.A.: Psychological need-satisfaction and subjective well-being within social groups. *British Journal of Social Psychology* 2002. 41. 25–38.
11. Bowling, A.: The effects of illness on quality of life: Findings from a survey of households in Great Britain. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1996. 50. 149–155.
12. Milz, H.: „Healthy ill people”: Social cynicism or new perspectives? In: Kaplun, A. (ed.): *Health promotion and chronic illness. Discovering a new quality of health*. WHO Regional Publication, European Series 44. Copenhagen, 32–39.
13. Albrecht, G.L. – Devlieger, P.J.: The disability paradox: High quality of life against all odds. *Social Science and Medicine* 1999. 48. 977–988.
14. Pollock, K.: On the nature of social stress: Production of a modern mythology. *Social Science and Medicine* 1988. 26. 381–392.
15. Pikó Bettina: *Kultúra, társadalom és lélektan*. Akadémiai Kiadó, Bp., 2003.
16. Zagya Edit – Pikó Bettina: A gyógyszer mint szimbólum. A gyógyszerészeti hivatás magatartástudományi szempontjai. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 2003. 13. 21–26.
17. Featherstone, M.: A test a fogyasztói kultúrában. In: Featherstone, M. – Hepworth, M. – Turner, B.S. (szerk.): *A test. Társadalmi fejlődés, kulturális teória*. József Kónyvek, Bp., 1997. 70–107.
18. Elgin, D.: *Voluntary simplicity. Toward a way of life that is outwardly simple, inwardly rich*. Harper, New York, 1993.
19. Ryan, R.M. – Deci, E.L.: Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist* 2000. 55. 68–78.
20. Fukuyama, F.: *Bizalom. A társadalmi erények és a jólét megteremtése*. Európa, Bp., 1997.
21. Putnam, R.D.: *Making democracy work*. Princeton University Press, Princeton, N.J., 1993.
22. Kawachi, I. – Kennedy, B.P.: Health and social cohesion: Why care about income inequality? *British Medical Journal* 1997. 314. 1037–1040.
23. Kritsotakis, G. – Gamarnikow, E.: What is social capital and how does it relate to health? *International Journal of Nursing Studies* 2004. 41. 43–50.
24. Andorka Rudolf: Bevezetés a szociológiába. Osiris, Budapest, 1997.; Spéder Zsolt: Hungary in flux, society, politics and transformation. Kramer, Hamburg. 1999.; Kopp Mária – Skrabski Árpád – Szedmak Sándor: A szociális kohézió jelentősége a magyarországi morbiditás és mortalitás alakulásában. In: Glatz Ferenc (szerk.): *Népegészség, orvos, társadalom. Magyarország az ezredfordulón*. Magyar Tudományos Akadémia, Bp., 1998. 15–37.
25. Lynch, J. – Due, P. – Muntaner, C., – Davey Smith, G.: Social capital – Is it a good investment strategy for public health? *Journal of Epidemiology and Community Health* 2000. 54. 404–408.
26. Wilkinson, R.G.: *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*. Routledge, London and New York, 1996.
27. Pikó Bettina (szerk.): *Védőfaktorok nyomában. A káros szenvedélyek megelőzése és egészségfejlesztés serdülőkorban*. L'Harmattan, Bp., 2010.
28. Sternberg, R.J.: Implicit theories of intelligence, creativity, and wisdom. *Journal of Personality and Social Psychology* 1985. 49. 607–627.
29. Botvin, G.J. – Griffin, K.W.: Life skills training as a primary prevention approach for adolescent drug abuse and other problem behaviors. *International Journal of Emergency Mental Health* 2000. 4. 41–47.
30. Berne, E.: *Emberi játszma*. Háttér Kiadó, Bp., 2009.

PÉTER LÁSZLÓ

ÚJSZEGÉNYSÉG ROMÁNIÁBAN

Makrotársadalmi folyamatok és következmények



A tanulmány mellett érvel, hogy a rendszerváltás utáni húsz évben [...] az abszolút szegénységi ráták követték ugyan a hazai gazdaság teljesítményének az alakulását, azonban a társadalom egy számottevő része továbbra is relatív szegény maradt...

A „szegénység kérdése” a jelenlegi gazdasági válság hatására újra napirenden van; az életminőség általános romlása (illetve a hozzá szorosan kapcsolódó munkanélküliség, egyenlőtlenség, jövedelemcsökkenés) pillanatnyilag az egyik legsúlyosabb manifestált társadalmi problémát képezi; társadalmi feszültségek forrása. A kérdéskör a rendszerváltást követő húsz évben érdekes pályát futott be, amit röviden úgy foglalhatnánk össze, hogy a jelenség, illetve a róla szóló reflexió „szétkapcsolódott”.

Közvetlenül a rendszerváltás után a szegénység problematikája a közbeszéd egyik kiemelt toposzává vált: a legfontosabb társadalmi szereplők (kormányzat, politikai pártok, mozgalmak, nonprofit szervezetek és különösképpen a szakszervezetek) mind beszéltek róla, illetve tenni akartak a folyamatos elszegényedés vagy olykor a valóságos elnyomorodás ellen. Az érdeklődést a gazdasági átalakulások negatív, sokszor nem szándékolt következményei és perverz effektusai fokozták, hiszen az átalakulások viszonylag hamar láthatóvá és érzékelhetővé tették a szegénységet. A gazdasági növekedés hatására azonban, mintha egyszerűen „megszűnt” volna, a szegénység kikerült a nyilvánosságból; alig beszéltek róla – legfennebb a gazdasági növekedés fényében a csökkenő munkanélküliségi rátákra, illetve a tömeges vendégmunkás-elvándorlásra reflektáltak. A válság hatására a szegénység ismét a figyelem homlokterébe került, a közbeszéd egyik fontos meghatározója lett.

■ A tanulmány empirikus jellegű; megállapításai a Központi Statisztikai Intézet, a Román Központi Bank és a Világbank, valamint az Eurostat által szolgáltatott statisztikai adatokra épülnek. Mindezeket saját kutatási adatok és eredmények egészítik ki (lásd Péter 2003, 2006a, 2006b, 2007, 2009); a szemlézett periódus: 1990–2010. Az ideáltípusok kialakításának módszertana a Weber (1987) által kidolgozott technikák alkalmazásán alapszik.

Az elemzés olyan fogalmak mentén bomlik ki, mint *abszolút és relatív szegénység, újszegénység, gazdasági szerkezetváltozás, válság*. A számok megfelelő értelmezéséhez nézzük meg, mit értünk a központinak tekintett szegénység kifejezés alatt, hiszen ehelyett jogosan használhatnánk a társadalmi hátrány (Ferge 1991) vagy az objektív relatív depriváció (Townsend 1979) fogalmát is a kirekesztettség (Silver 1996) mellett. Szemléletünk strukturalista (lásd Wilson 1996).

A szegénység legegyszerűbben a létfenntartáshoz szükséges anyagi javak hiányával írható le, és rendszerint a pénzbeli jövedelem alapján írják le.¹ Az „*a szituáció, amikor valamely egyén nem rendelkezik olyan anyagi forrásokkal, amelyek segítségével a társadalom által decensnek elfogadott életszínvonalat biztosítani tudja magának*” (Zamfir–Vlăsceanu, 1998. 517.). A jelenség valójában bonyolultabb, ezért érdemes megkülönböztetni (a leírásban mi magunk is ezt tesszük) az *abszolút és relatív szegénységet*. Az abszolút szegénység a minimális létfenntartási lehetőségek hiányát jelenti egy adott társadalom esetében (Zamfir 1995. 15.). Ez nem föltétlenül éhezést (*mély vagy extrém szegénység*), hanem egy olyan (halmozottan) hátrányos helyzetet jelent, amelynek következtében az egyén társadalmi részvétele nehéz, vagy egyenesen lehetetlenné válik, mert nem rendelkezik elégséges mennyiségű erőforrással (anyagi/materiális, szimbolikus és társadalmi erőforrásokra gondolunk). A gyakorlatban és hivatalosan mégis csak a materiális erőforrás (a pénz) képezi a *szegény – nem szegény* elválasztás (a szegénységi küszöb vagy másképpen a létminimum) kritériumát.

A hazai helyzet esetében az első évtized leírására alkalmazható a Világbank által kidolgozott módszertan, miszerint az abszolút értelemben vett extrém szegényeknek a napi 1 PPP dollár/fő jövedelem alattiakat, szegényeknek pedig a napi 2,15 PPP dollár/fő/nap értékből gazdálkodó népességet tekintik, kivételesen pedig a 4 PPP dollár/fő/nap² alattiakat. Egy javuló gazdasági helyzetben (mint amilyen a 2001–2008 közötti periódus volt Romániában) a létminimum inkább a fogyasztói kosár értékében kifejezett. A kalorikus módszerek alapján kiszámított abszolút minimális szegénységi küszöb a napi túléléshez szükséges kalóriamennyiség „ára”, a decens pedig a biológiai túlélés mellett egyéb társadalmi szükséglet kielégítéséhez elengedhetetlen szolgáltatások árát is belekalkulálja.³ Az előbbi esetében az abszolút szegénységi küszöb 2750 kalória ára (2000-ben az akkori árindexek szerint 313,15 RON/fő/hónap, 2010 végén pedig 360 RON/fő/hónap). Az abszolút szegénység kifejezésére ezt 2000 (ekkor születtek meg a 217/2000, valamint a 554/2001 számú törvények) és 2004 között alkalmazták hivatalosan, amit aztán a minimálbér váltott fel (2010 decemberében 600 RON, 2011 januárjában átlagban 670 RON).

Gazdasági javulás esetében az abszolút szegénység nem ad pontos képet a valós helyzetről, így a *relatív szegénység* mutatóinak alkalmazása az indokolt. Ez a társadalom megélhetési átlagához viszonyított állapot szerint kifejezett. Ezek közül legfontosabban az átlag- vagy a medián-jövedelem (ez képezi ténylegesen a küszöböt) hatvan, ötven vagy negyven százalékánál kevesebb jövedelemmel rendelkező háztartások élethelyzetére vonatkozik.⁴ (A különféle szegénység-meghatározásokról részletesen lásd Péter 2006a. 151–174).

Elemzésünk mindkét – értsd abszolút és relatív – küszöböt használja. Most nézzük meg, mi volt a romániai átmenet első tíz évét meghatározó elszegényedés átfogó társadalmi kerete, melyek az elemzésben elkülöníthető időszakok, és hogyan alakultak a szegénységi ráták.

A romániai szegénység húsz éve⁵

■ A hazai szegénység időbeni alakulása szorosan összekapcsolódott (mondhatni beágyazódott) a fő gazdasági ciklusokkal. Magyarán: a gazdasági szerkezet, a gazdasági növekedés vagy csökkenés két síkon tükröződik: a) egyfelől a *szegények arányának az alakulásában*, b) másfelől a *szegénység profiljában*. A szegénységi ráták alakulása a következő képet mutatja:



A makrotársadalmi okok a szegénység ki- és (át)alakulására vonatkozóan

A totalitarista rendszer szigorú utasítása nyomán végrehajtott kommunista urbanizációs gyakorlat (Ronas 1982), miközben térbeli migrációra kényszerített többféle szociokulturális csoportok, olyan mesterséges városi lakosságot hozott létre, amelynek nem csupán rurális környezetben szocializáltak a viselkedési mintáit, hanem anyagilag kizárólag a szintén mesterségesen létrehozott ipari egységektől függött (Péter 2006b). A főleg kémiai, kitermelői és nehézipari ágazatokra alapozó iparosítás során az elsőgenerációs, iparban foglalkoztatott, és a születési helytől távol élők tudatosan vezérelve szakadtak ki a közösségi hálózatokból, kapcsolatrendszerekből – halmozva a később megjelenő többszörös hátrányokat (Péter 2003; Berevoiescu–Stănculescu 2004). A „füstös gazdaság” húzóágazatai azonban csak késleltették a világgazdaságban bekövetkezett válság jeleit, amit aztán az időközben felhalmozott adósság törlesztési terhei tettek együttesen nyilvánvalóvá a nyolcvanas években. Habár 1989 előtt a társadalmi egyenlőtlenségek viszonylag alacsonyak voltak (mindenkinek volt munkahelye és lakása, a GINI-index 1989-ben 2,33 volt, 2008-ban pedig 3,2), ez egyben azt is jelentette, hogy csak az állam által felkínált érvényesülési pályákat és eszközöket lehetett/kellett igénybe venni. Ennek nyomán megszűntek az alternatív túlélési életstratégiák mintái.

A kihívások – amelyek a nyolcvanas években és a kilencvenes évek elején egyébként a „szabad világot” is érintették – a keleti blokkban bekövetkezett változások nyomán mintegy sokként hatottak. Ekkorra értek be Romániában a hiánygazdaság késleltetett válságának hatásai (szegénység 1989 előtt is volt), amit az adósság visszafizetése „kétszeresen megterhel”. A strukturális örökség a bizonytalanság irányába terelte a gazdasági szerkezetváltozás filozófiáját: a visegrádi államoktól eltérően Románia (Bulgáriához és Oroszországhoz hasonlóan) a lassú változás mellett szavazott, és (1998-ig mindenképpen) a devolúció felé siklott el. A gazdasági fellendülés elmaradt a kilencvenes évek végéig, és így a lakosság jelentős részének életszínvonalja rohamosan csökkent. A kezdeti gazdasági stagnálás nagy társadalmi egyenlőtlenségeket generált, a szegénység mind abszolút, mind relatív értelemben drámaian megnövekedett.⁶

Az egyenlőtlenségek és a relatív szegénység a visegrádi országokban is növekedtek, de a sokterápia nyomán az abszolút szegénység egy idő után csökkent, míg nálunk érthető módon egyelőre nem. A világgazdaságban a 20. század utolsó évtizedében végbement posztfordista fordulat nyomán beállt kontextushoz való alkalmazkodást éppen a korábbi „füstös gazdaságra” való merev ráépülés nehezítette, a globális verseny mellett (lásd még Péter 2006a. 160.). Magyarán a szegénység tömegméretű megjelenésének okai olyan általános folyamatok, amelyeknek jegyei a megszűnt a KGST, a visszaesett GDP, a reáljövedelmek csökkenése és a megtakarítások, a megnövekedett infláció mellett. Ezeket a következőképpen foglaltuk össze. (Az 1989 után, a kilencvenes évek végére stabilizálódott gazdasági szerkezet mindegyik periódusra végérvényesen rányomta a bélyegét.)

1. táblázat. Az 1989 előtti és 1989 utáni helyzet ideáltipikus jellemzése a makroszintű trendek alapján

Terület	1989 előtt	1989 után
Gazdasági rendszer	Központilag irányított tervgazdaság	Piac által koordinált versenygazdaság
Redistribúciós mechanizmusok logikája	A jövedelmek és egyéb juttatások elosztása deklaráltan egalitárius	A jövedelmek és egyéb juttatások elosztása meritokratikus
Makrogazdasági folyamatok	Indusztrializáció	Dezindusztrializáció
Domináns szektorok	(Nehéz)ipar	Könnyűipar/szolgáltatás, IT/Bank
Foglalkoztatottság szintje	Teljes	Részleges
Gazdasági ciklus	Folyamatos: a gazdasági krízisek nem járnak a munkahelyek számának a csökkenésével	Változó: a gazdasági krízisek a munkahelyek számának a csökkenésével járnak
Munkaerőpiac	Nincs	Van, kompetitív, kettőszakadt
Munkanélküliség	Nincsen	Van
Jövedelmek szintje	Kis különbségek	Nagy különbségek
A társadalmi egyenlőtlenség mértéke	Alacsony	Magas, növekvő
Az állam szerepe az egyéni életutak alakulásában	Erős	Folyamatosan gyengülő

Péter 2006a. 16–162. alapján adaptálva

A sikeresen véghezvitt gazdasági szerkezetváltozás után (1997–1999) a szegénység korántsem tűnt el, inkább átalakult. A dezindusztrializáció következtében a korábbi füstös nagyipart a könnyűipar, illetve a szolgáltatói szektor váltotta fel, a húzóágazattá avasztált építőipar, illetve IT és bankszektor mellett. Mindez megvalósított azt, ami a nyugati társadalmakban már évekkel korábban végbement (lásd Beck 2003 [1986]): a *munkaerőpiac kettőszakadt*.⁷ Empirikusan ez abban nyilvánul meg, hogy a gazdaság megfelelő működéséhez kétfajta munkaerőre van szükség, átmenetek nélkül. Egyfelől magasan képzett szakemberekre (olyan high tech-es szakmák-

ban, mint az informatikus, tervező, bankár), illetve gyorsan betanítható munkavállalókra, akik a munkaerő-igényes nagykereskedésekben (plázák, mallok) vagy építőiparban vállalnak munkát.

A 2008 után begyűrűzött globális gazdasági válság a szegénység alakulására (is) kihatott. Ebben a tekintetben analitikusan három (egyébként összefüggő) okcsoportot lehet elkülöníteni: a) a növekedésben motorként működő *gazdasági ágazatok hanyatlását*, b) az *államháztartás deficitjét*, c) valamint a *tulajdonlás kultúráját*.⁸

Szakaszok és periódusok

■ Az első periódus egybeesik a gazdasági szerkezetváltozással, a mai értelemben vett piacgazdaság és globális versenykapitalizmus kialakulásával. A dezindusztrializáció során a hagyományos kitermelő és gépgyártó ipart leszerelték,⁹ az itt foglalkoztatottak munkanélküliek, majd szegények lettek. Az időszak végére szolgáltatás és kereskedelem nyomatéka radikálisan módosult a GDP-ben: 1990-ben az ipar nyomatéka még 41,7%, 2000-ben pedig csak 29 százalékot tett ki. Ezzel szemben a kereskedelem a kezdeti 6,8 százalékról 13,3 százalékra tornássza fel nyomatékát a hazai bruttó termelés értékében, a szolgáltatás pedig 15,6 százalékról 29,8 százalékra növekszik. Könnyen érzékelhető, hogy a gazdaság feletti állami kontroll fokozatos gyengülésével párhuzamosan az ipari szektorból kibocsájtott népesség képezi a periódusra ikonikusan jellemző szegények csoportját: ők az „Ordonáncások”, akik az újszegények kemény magját képezik (a posztkommunista periódus szegényeit, illetve elszegényedettjeit jelöli).

1999-re a lakosságnak majdnem fele volt abszolút szegény; a probléma tömegessé vált, jellege pedig újszerű. Mindazokat érintette, akik leginkább ki voltak téve a kihívásoknak (elvezítették munkájukat, mert megszűnt a „füstös gazdaság”, a munkaerőpiacon nem volt irántuk kereslet, piacképes tudás hiányában), és akik halmozottan hátrányos helyzetbe kerültek. Az új szegénység arca (a szociokulturális és demográfiai profilja) a következőképpen nézett ki: az újszegények körében túltreprezentáltak a fiatalok, a tartós munkanélküliséggel küszködők, a sokgyermekes háztartások, az alacsonyan képzett családfenntartók, az ipari városok lakói (Zamfir 2001). Többnyire városban koncentrálódott erős szegregálódás mellett (Péter 2006b). Az újszegények – tehát a rendszerváltás vesztesei – a szegényeknek mintegy negyedét tették ki (UNSTATS 2010). Az extrém szegénység 2000-re 14 százalékot tesz ki, 35,9 abszolút szegénységi ráta mellett; az egész periódusra számított átlag abszolút szegénységi ráta 25,8 százalék (Zamfir 2001; WB 2003 alapján).

A *gazdasági növekedés* periódusában a posztfordista gazdasági rendszer konszolidációja és a globális deregularizációs kurzus körülményei között az abszolút szegénység mértéke fokozatosan csökkent – 30,6 százalékról (2001) 5,7 százalékra, a 2001-ben még 11,9%-os extrém szegénység megszűnt. 2008-ra az újszegények helyét fokozatosan átvették a *dolgozó szegények*, akik alkalmazásban álltak ugyan, de keresetük relatív értelemben szegényé tette őket az elsősorban falun koncentrálódó tradicionális szegények mellett (az utóbbiak főleg idősek és agrártevékenységeket folytatnak vagy inaktívak). Ők a gazdasági válság előtt az összes szegény 15 százalékát alkották. A relatív szegények 44 százaléka, 13 százaléka nyugdíjas, 38 százaléka pedig munkanélküli volt 2008-ban (ebben a periódusban is a szegények többsége falun élt).¹⁰ Amúgy az össznépesség köréből 2001-ben az átlagjövedelem hatvan százaléka alattiakat tekintve (228 RON/fő/hónap a relatív küszöb esetében) a népesség 17 százaléka számított szegénynek, míg 2008-ban (460 RON/fő/hónap a relatív küszöb) 3,9 millió ember, vagyis 18% volt szegény (Molnár 2009). Más módszerrel végzett kutatási eredmények (az átlagjövedelem – 1700 RON – hatvan százaléka alatti relatív kü-

szőb) eredmények szerint a relatív szegénység ugyanebben az évben 23% volt, öt százalékkal több, mint 2005-ben (FDSC, 2010). Az EUROSTAT (2010) eredményei is alátámasztják ezt. Mindezek a periódusra számított átlagos 6,2 százalékos GDP és évi 9 százalékos jövedelemnövekedési ütem mellett. A 2001–2008 közötti periódusra számított átlagos abszolút szegénységi rátaérték itt 18,4 százalék körüli értéket ad, bár ez a kezdeti évek nagyon magas rátáinak tudható be, amit rohamos csökkenés követett. Tény, hogy a gazdasági növekedés neoliberális gazdaságpolitikája mellett csak az abszolút szegénység csökkent.

A *jelenlegi válság* periódusában 2000 óta először növekedtek az abszolút szegénységi ráták: a 2008-ban mért 5,7 százalékról 2009-ben 7,4 százalékra. 2010-ben ez 11,7 százalékra növekedett (INSSE 2011). Ebben a periódusban a szegénység *atipikusnak* tekinthető, mert a rendszerváltás után példátlan módon a leszegényedők egy része a korábbi nyertesek köréből, nevezetesen a középosztályból került ki. A magasan iskolázott állami alkalmazottakra, valamint a magas törlesztő részletek miatt fizetéseképtelenné vált ingatlan kölcsönt felvevő ügyfelekre gondolunk, az előző periódus relatív szegényei mellett. Őket ikonikusan *adósoknak* nevezzük. A Román Nemzeti Bank 2010 első három negyedévére vonatkozó jelentése szerint azok száma, akik nem tudták kölcsöneiket törleszteni elérte a 242 000-et (20 000 RON-t, nagyobb kölcsönökről van szó, ami az összes kölcsönök kilencven százalékát teszi ki). Egyharmaduk több mint három egymást követő hónap után sem tudta törleszteni részleteit. Az elmaradások összértéke 14,67 milliárd RON (BNR 2010). A jelenség merőben új, rájuk vonatkozó hivatalos adataink alig vannak, inkább esettanulmányyszerű kvalitatív eredmények állnak rendelkezésre¹¹ néhány statisztikai jellegű vizsgálat mellett.

Az ICCV *Életminőség Romániában 2010* elnevezésű kutatása¹² rávilágít arra, hogy a válság alatt a népesség többsége úgy véli, életminősége 2009-hez viszonyítva romlott: 74 százalék szerint rosszabbul vagy sokkal rosszabbul élnek; a megkérdezett háztartások 46 százaléka nem tud megbirkózni a havi költségekkel. A háztartások egyharmadának még a legszükségesebbre sem jut, másik harmaduknak pedig csak éppen a legszükségesebbre. A megkérdezett 1161 személyből 28 százalék elégedetlen, 16 százalék pedig nagyon elégedetlen jövedelmével (84 százalékuknak van egyáltalán valamilyen személyi jövedelme).

A romák¹³ helyzetét külön érdemes tárgyalni. Romániában, akárcsak a térség többi országában, a roma népesség jelentős hányada szegény (lásd pl. Zamfir–Zamfir 1993; Revenga–Ringold Tracy 2002, WB 2007). A hazai átlagos szegénységkockázathoz viszonyítva a romáknak háromszor akkora esélyük volt 1998-ban arra, hogy szegények legyenek/azzá váljanak – a romániai átlagos 33,8 százalékkal szemben esetükben 87,1 százalékos ez az esély (1998-as ICCV adat). 2008-ra ez az arány tovább romlott: hatszorosára nőtt. Körükben a relatív szegénység aránya 31,1 százalék (össznépesség 5,7%), egy évre rá pedig 42,2 százalékra emelkedett (UNICEF, WB 2010). Tehát a romák esetében nem csupán a magasabb szegénységi ráták a jellemzőek, hanem a szegénységi szakadék is folyamatosan melyül a romák és a nem romák között: 1998-ban 33,2 százalékuk volt mély- vagy extrém szegény (ACOVI 1998), 2009-ben ötödik (WB 2008), míg a nem romákat ekkorra már nem sújtotta mélyszegénység. A romák szegénységét elsősorban a következő tényezők határozzák meg: annak a régiónak a gazdasági helyzete, ahol élnek; a településen belül a roma lakosság nagysága és koncentrációja; valamint a romák földrajzi és társadalmi integráltságának a mértéke (Ringold 2002). Más szavakkal: minél koncentráltabb, nagyobb és elszigeteltebb egy roma közösség adott településen, annál nagyobb az esélye annak, hogy az illető roma közösség szegény legyen. 2008-ban a romák 67 százaléka volt szegény, a Világbank (2008) becslése szerint romának tekintett népesség

fele kevesebb mint 4,15 PPP dollár/fő/nap alatti összegből él, minden ötödik pedig 2,15 alattiból.

A fentieket a jobb áttekinthetőség kedvéért a 2. táblázatban foglaltuk össze.

2. táblázat. *Ideáltipikus szegénységformák és megnyilvánulásai az elmúlt húsz év tekintetében* (átlagos és modális értékek alapján való típusalkotás)

<i>Periódus/Kritériumok</i>	<i>Az átmeneti évek</i>	<i>Gazdasági növekedés</i>	<i>Jelenlegi (globális) válság</i>
<i>Időszak</i>	1990-2000	2001-2008	2009-jelen
<i>Domináns szegénységforma</i>	<i>Újszegénység</i>	<i>Dolgozó szegénység és tradicionális szegénység</i>	<i>Atipikus szegénység</i>
<i>Macroeconomiai folyamat</i>	Szerkezetváltozás, dezindusztrializáció	Poszt-fordista gazdaság konszolidációja, tömeges elvándorlás	Általános gazdasági válság, Államháztartás válsága
<i>Gazdaság-filozófiai kurzus</i>	Gyengülő állami kontroll	Gyors deregularizáció	Állami szabályozás
<i>Ikonicus szegények</i>	„Ordonáncások”	„Rövidszoknyás munkások”	„Marginálisak”, „középosztálybeli adósok”
<i>Elsődleges makrookok</i>	Struktúráváltozás, munkaerőpiacból való kiszakadás	Kettőszakadt munkaerő-piac jellege	Munkaerő-piacról való kikerülés, „tulajdonlás kultúrája”, adósságtérhek, jövedelmek csökkenése
<i>Másodlagos egyéni mikrookok</i>	Piacosítható tudások-készségek hiánya	Korlátozott tudások-készségek	Racionális tervezés hiánya, deficitos piacosítható készségek
<i>Tipikus kockázatot csoportok</i>	Volt munkanélküli munkássztyál, falusiak, idősek, sokgyermekesek, etnikai csoportok tagja (romák)	Alacsonyan képzett fiatalok, etnikai csoportok, lakásnélküliek idősek	Állami alkalmazottak, lakáskölcönnel rendelkezők, munkanélküliek, idősek
<i>Mezényválnulósónák helye</i>	Monoindustriális város, nagyváros	Elszigeteltebb és idősödő falu, nagyobb és nagyváros	Területtől független
<i>Szegénységi ráta (abszolút, periódus átlaga)</i>	Gyorsan növekvő trend, nagyon magas, magas 25,8 %	Folyamatosan csökkenő, közepes, alacsony 18,4 %	Hirtelen növekvő, pillanatnyilag alacsony 9,5 %

A romániai (abszolút) szegénység számokban

Romániában az elszegényedési folyamatoknak több hullámáról beszélhetünk. Az első – és egyik legjelentősebb – elszegényedési hullám az 1991–1993 közötti időszakra tehető, ami egybeesett az árliberalizáció első szakaszával és a gazdasági szerkezetváltozás kezdetével. Az 1990-es szegénységi ráta 7 százalékról 1994-re 22 százalékra (Világbank 1994), majd 1995-ben 25 százalékra (WB, 2003) emelkedett. A kisebb javulást mutató 1996 után (választási év, növekvő szociális kiadások mellett 20,1 százalék) újabb, ezennel radikális romlás következik. A második nagyméretű elszegényedési hullám 1997 utánra tehető: 1999-ben a szegények részaránya elérte a 33,2 százalékot. 2000-ben a szegénységi ráta 36 százalékos volt, 2002-ben pedig 29 százalékos. A Világbank szerint 2000-ben tetőzött a második elszegényedési hullám, ami egybeesett az általunk *átmeneti éveknek* nevezett periódussal. Valójában a gazdasági szerkezetváltozás negatív következményeinek a kumulált hatásai látszanak. Cătălin Zamfir (2001) az AIG¹⁴ vizsgálatok alapján végzett számításai nyomán még

meggondolkodtatóbb eredményekre jutott: 1998-ban 33,8%, 1999-re 41,2%, 2000-ben pedig 44% volt abszolút szegény (a két számsor egyébként ugyanazt a trendet mutatja). Ekkor tetőzik az extrém szegénység is: 2000-ben a népesség 14 százaléka nyomorog (küszöb: 2,15 PPP dollár/fő/nap).

2000 után a ráták hanyatlásnak indulnak, 2004-ban 20% százalék alá, 2007-ben pedig először 1993 után 10% alá esik az abszolút szegénységi ráta. A harmadik el-szegényedési hullám 2008 után következik be. A gazdasági világválság nyomán 2009-ben 7,4 százalékra elemelkedik a szegények aránya, 2010-re pedig – 2006 óta először – meghaladja a tíz százalékot (11,7%) (véltetően a folyamat elején tartunk). Az évekre lebontott számsorokat lásd alább.

3. táblázat. A szegénység alakulása Romániában

Év/abszolút szegénység	Szegénységi ráta %	Extrém szegénység %
1989	6-9 *	n. a.
1990	7	n. a.
1993	30	n. a.
1994	22	n. a.
1995	25,4	9
1996	20,1	6
1997	30,3	11
1998	30,8	11,7
1999	33,2	13
2000	35,9	14
2001	30,6	11,9
2002	28,9	10,9
2003	25,1	7,4
2004	18,8	n. a.
2005	15,1	n. a.
2006	13,8	n. a.
2007	9,8	n. a.
2008	5,7	n. a.
2009	7,4	n. a.
2010	11,7	n. a.

Forrás: Szerkesztett táblázat

(Az INSSE, ABF, illetve a WB 2003, 2007, EUROSTAT 2010 adatai alapján)

Következtetés

■ A tanulmány a rendszerváltás utáni húsz évre jellemző szegénység jelenségének az alakulását mutatta be makrotársadalmi kontextusba beágyazottan. Amellett érvel, hogy az abszolút szegénységi ráták követték ugyan a hazai gazdaság teljesítményének az alakulását, azonban a társadalom egy számottevő része továbbra is relatív szegény maradt, az általános gazdasági javulás ellenére. Az elmúlt húsz év ideáltipikusan három fő szakaszra különíthető el aszerint, hogy a szegénység milyen típusa és arca nyilvánul meg legmagasabb arányban. Ezek a következők: a dezindustrializáció nyomán kialakult *újszegénység*, aztán a kettészakadt munkaerőpiac nyomán színre lépett *dolgozó szegénység*, illetve a válság hatására megnyilvánuló *atipikus szegénység* – ez utóbbit a középosztály leszakadóban lévő rétegei is megtapasztalták; ez a leszakadás most is folyamatban és növekvőben van.

■ JEGYZETEK

1. A szegénység társadalmi tényként kezelendő, azaz minden időben és társadalomban előfordul, és ebben az értelemben „normális”-nak tekinthető: olyan „valami”, ami a társadalmi szerkezethez kapcsolódik, és annak természetéből fakad. Létezik, mindenhol van, de mást jelent, és másképpen is nyilvánul meg. A kérdés az, hogy mekkora az előfordulási aránya, mekkora a szegénységi ráta? Más szavakkal: mekkora a társadalomban az össznépelességen belül a szegények aránya?
2. A PPP dollár egy szintetikus kompozit mutató, olyan (a valóságban nem létező), dollár, amit a helyi fogyasztói árindexek és reáljövedelmek, illetve a vásárlóerő függvényében számolnak ki abból a célból, hogy a világ különböző pontjain az egy főre eső jövedelmeket össze lehessen hasonlítani. A PPP dollár „árfolyama”: 2010 decemberében 1 PPP dollár 1,925 RON volt, értéke növekszik (forrás: BNR).
3. A minimális fogyasztói kosár az ideális, vagyis a 2,804 tagú családban per hónapra számítva: 3,08 kg liszt, 5,8 kg puliszkaliszt, 31,9 kg kenyér, 0,5 kg más péktermék, 0,7 kg tésztaféle, 1,4 kg rizs, 13,1 kg krumpli, 1,6 kg murek, 2,5 kg szárazhagyma, 3,8 kg káposzta, 0,8 kg zöldparadicsom, 0,6 kg zöldségkonzerv, 3 kg alma, 0,5 kg déligyümölcs, 0,7 kg zöldségkonzerv, ugyanennyi marhahús, 2,5 kg disznóhús, 2,8 kg szárnyas, 0,4 kg juh-hús, 2,5 kg felvágott, 0,8 kg hal, 14,8 l. tej, 0,7 l. aludttej, 1,1 kg tehéntúró, 0,7 kg telemea, 0,9 kg sajt, 42 tojás, 2,8 l. olaj 0,7 zsír, 0,561 kg margarin, 2,8 kg cukor, 0,1 kg csokoládé és cukorka, 2,3 liter nem alkohol ára. Emellett a decens létminimum kosara még tartalmazza néhány más költségvetési árat, ruha, gyógyszer, higiénia, közlekedés, tehát víz, csatornadíj, áram (84,10 kWh), hő (0,86 Gcal), gáz (29,16 km), rádió, tv, telefon (50 impulzus), közlekedés (42 járat a városban), néhány alapadó költségét (forrás: INSSE 2010).
4. A INSE adatai alapján 2008-ban a relatív szegénységi küszöb a medián jövedelem 60 százaléka alatti összegből élők (254 RON/fő/hónap) 18,2 százaléknál relatív szegénységet jelentett.
5. A természettörténet kifejezést a Spector és Kitsuse (1975) szerzőpárostól „kölcsonőztük”, akik elsősorban egy társadalmi probléma kialakulásának és módosulásának a folyamatát írják le a vizsgált jelenség, a társadalmi környezet és az érdekelt társadalmi szereplők (kormányzat, mozgalmak, a probléma által érintettek) kölcsönhatásainak háromszögében. Esetünkben a természettörténet fogalmát a szegénység alakulására és az okozó társadalmi tényezők kölcsönhatására értjük. A kérdésről részletesebben lásd Spector–Kitsuse 1975 vagy Best 1995, illetve Best–Losek 2003.
6. A kelet-európai térségben a gazdasági szerkezetváltozás mikéntjére (filozófiájára) vonatkozóan két fő kurzus dominált. Az egyik a klasszikus institucionalista iskola felfogása, miszerint az államnak fokozatosan kell végrehajtania a makrogazdasági szerkezetváltozást (a nagyipar leszerelésére, a pénzpiacok (ár)liberalizációjára, a privatizációra vonatkozóan), teret hagyva a társadalom alkalmazkodásának, valamint minimalizálva a negatív következményeket. Románia és Bulgária ezt a filozófiát alkalmazta, 1998-ig mindenképpen. Ebben a logikában a társadalomvédelem és szociálpolitika az állam kompetenciájába tartozik. A másik a neoklasszikus (liberális) gazdasági iskola felfogása, ami gyors sokterápián révén teremtette meg a (szabadversenyes) piacot és a piacgazdaságot. Ez utóbbi logikában a jólétet és impliciten a társadalomvédelmet a piac generálja, vagyis ha van gazdasági növekedés, akkor a szegénység mértéke is csökkenő tendenciát mutat. Ebben a modellben értelmezhetők többek között Lengyelország, Magyarország és Csehország átmeneti évei. A két felfogás és eljárás eltérő eredményeket produkált. Bár mindkét felfogás alkalmazása növelte a társadalmi egyenlőtlenségeket, tehát a relatív szegénységi rátákat, a sokterápián átesett országokban a gazdasági növekedés egy idő után az abszolút szegénységi ráták csökkenéséhez vezetett. Romániában és Bulgáriában pedig – ahol a szerkezetváltozás lassú és fokozatos volt a kilencvenes évek végéig – mind a relatív, mind pedig az abszolút szegénységi ráták megnövekedtek; az abszolút szegénységi ráták is magasak maradtak, hiszen a gazdasági növekedés is tartósan elmaradt. (Lásd még Emigh–Szelenyi 2001.)
7. A posztfordista gazdaság munkaerőpiaca lényegében kettéosztott: egy elsődleges és egy másodlagos része van. Az elsődleges munkaerőpiac a részvénytársaságok, az állami adminisztráció által kínált fehérgalléros munkaköröket, szakképzett munkásság által betöltött pozíciókat jelent. Itt relatív magas béreket és némi állásbiztonságot, előremeneteli lehetőségeket biztosítanak. A másodlagos munkaerőpiac a felszolgálói, eladói, takarító, tisztító, építói és az alacsony presztízsű szolgáltatói munkaköröket foglalja magában. Ezek a munkakörök instabilak, alacsonyan fizetettek, a munkakörülmények többnyire rosszak, nemritkán veszélyesek, és alig van lehetőség a szakmai előre menetelre (Schaeffer 1998). A kettő között nehéz az átlépés. Az elsődleges és másodlagos munkaerőpiac közötti határt egyes szerzők (Bonanich 1972) a formális-informális határ mentén húzzák meg. A duális gazdaság kifejezés pedig arra vonatkozik, hogy a globalizált gazdaságnak két része van, és eleve úgy épül fel és működik, hogy a legális és illegális szférák szorosan összefonódnak és kiszolgálják egymást (Castells–Mollenkopf 1991); a fordista modellre épülő szekunder gazdaság szimbiozisan van a posztfordista elven működő primér gazdasággal (lásd Péter 2006a).
8. A tulajdonlás kultúráján azt a társadalmi érték- és normarendszert értjük, ami szerint a saját tulajdonú lakás megszerzése normatív célként jelenik meg, és ezt a társadalmi külső nyomás folyamatosan megerősíti (lásd tovább Pásztor–Péter 2009).
9. Lásd a 17/1997; 19/1997; 21/1997 sürgősségi kormányrendeleteket.
10. 2001-ben a falun élők 44,7 százaléka, a városiak 18,8 százaléka volt szegény (össznépelesség 30,6%), 2008-ban 9,8%-2,3% az arány (össznépelesség 5,7 százalék) – abszolút ráta. Forrás: WB 2003, 2007, INSSE 2009.
11. Az exploratív kutatási eredmények a középosztályi háztartásokra nehezedő fokozódó nyomásról (az adósságterhek növekedése, amit az ÁFA-növekedés, a romló lej/euró árfolyam, valamint az állami szektorban bekövetkezett jövedelemcsökkenés együttesen eredményez), romló életkörülményekről, csökkenő fogyasztásról és az élelmiszerekre költött összeges családi költségvetésben való növekedésről számolnak be. Egy a GFK által 2010-ben végzett véleménykutatás szerint a városi népesség 52 százaléka romló életkörülményekről számolt be. Az élelmiszerek költsége átlagban 38-47 százalékot tett ki, osztályhovatartozás függvényében. Forrás: www.adevarul.ro [2011.11.02]
12. A kutatást a közalkalmazottak béérének 25 százalékkal való csökkentése előtt végezték.
13. A becslések 1,5 millió romával számolnak.

■ IRODALOM

- Bonacich, Edna: A Theory of Antagonism: The Split Labor Market. *American Sociological Review*, 1972. 37. 547–559.
- Beck, Ulrich: A kockázat-társadalom. Út egy másik modernitásba. Századvég, Bp., 2003.
- Berevoiescu, Ionică-Stănculescu, Manuela Sofia: Sărac lipit caud altă viață. Editura Nemira, Buc., 2004.
- Best, Joel – Loseke-Donileen R.: (eds.) *Social Problems. Constructionist Readings*. Aldine de Gruyter, New York, 2003.
- Best, Joel: *Typifying Social Problems*. Aldine de Gruyter, New York, 1995.
- Castells, Manuel – Mallenköpf, John: Is New York a Dual City?. In: uő (szerk.): *Dual City. Restructuring New York*. New York, Russel Sage Foundation, 1992. 399–425.
- Emigh, Rebecca Jean – Szelényi, Iván (szerk.): *Poverty, Ethnicity and Gender in Easter Europe During Market Transition*. Praeger, Westport, 2001.
- Ferge Zsuzsa: Szociálpolitika és társadalom. ELTE Szociológia Intézet, T-Twins Kiadó, Bp., 1991.
- Kumar, Krishan: *From Post-Industrial to Post-Modern Society: New Theories of the Contemporary World*. Backwell Publishing, Oxford, 1995.
- Mărginea, Ioan – Precupețu, Iuliana (szerk.): *Calitatea vieții în România 2010*. Editura Expert-COID, Buc., 2010.
- Molnar, Maria: Households Income In Romania before Economic Crisis. The International Conference on Economics and Administration, Faculty of Administration and Business University of Bucharest, Romania ICEA – FAA Bucharest, 14–15th November 2009, Conference paper.
- Pásztor Gyöngyi – Péter László: Romanian Housing Problems: Past and Present. *Studia Sociologica Babeș-Bolyai*. 2009. LIV 79–100.
- Péter László: Újszegények túlélési életstratégiái. *Erdélyi Társadalom*, 2003a. 1. 26–51.
- Uő: Elszegényedés és szegregálódás egy ipari kisvárosban. *WEB*, 2003b. 11. 21–28.
- Uő: Vázlatok a szegénység szociológiájához. Kolozsvár, Kolozsvári Egyetemi Kiadó, 2006.
- Uő – Oláh Norbert-Sándor: Elszegényedési folyamatok Kolozsváron. *Korunk*, 2006b. 11. 13–22.
- Uő: Impoverishment and the Rise of New Urban Poor in Romania: Coping with Poverty. *Studia Sociologica Babeș-Bolyai*, 2007. LII 79–107
- Uő: TP 5.0. Elmélet és empiria öt globális társadalmi probléma vizsgálatában. *Kriterion Könyvkiadó, Kolozsvár*, 2009.
- Revenge, Ana – Ringold, Dena – Tracy, William, M.: *Poverty and Ethnicity, a Cross-country Study of Roma Poverty in Central Europe*. The World Bank, Washington, 2002.
- Ronnls, Per: *Urbanization in Romania: A Geography of Social and Economic Change Since Independence*. School of Economics, Stockholm, 1984.
- Schaefer, Richard T.: *Racial and Ethnic Groups*. Longman (International Edition), Addison-Wesley Educational Publishers Inc., 1998.
- Silver, Hilary: Culture, Politics and National Discourse of the New Urban Poor. In: Mingione, Enzo (szerk.) *Urban Poverty and the Underclass*. Blackwell Publishers, Malden, 1996. 105–138.
- Spector, Malcolm – Kitsuse, John I.: *Social Problems: Re-Formulation*. *Social Problems*, 1975. 21. 145–159.
- Szelényi Iván – Ladányi János: *A kirekesztettség változó arcai*. Napvilág Kiadó, Bp., 2004.
- Townsend, Peter: *Poverty in United Kingdom: A Survey of Household Resources and Standards of Living*. Penguin Books, Harmondsworth, 1979.
- Wilson, William Julius: *When Work Disappears. The World of the New Urban Poor*. Vintage Books, New York, 1996.
- Zamfir, Cătălin: Situația sărăciei în România – dimensiuni, surse, grupuri de risc. *România socială – Revistă de cultură și analiză socială*, 2001. 2. 5–11.
- Zamfir, Elena – Zamfir, Cătălin (szerk.): *Politici sociale. România în context european*. Alternative Buc., 1995.
- Zamfir, Cătălin – Vlăsceanu, Lazăr: Sărăcie In: Uő. (szerk.): *Dicționar de sociologie*. Editura Babel Buc., 1998. 517.

KENÉZ FERENC

Másvilági képeslapok

Újsággal, hómezőben

Két falu között
térdig hóban a behavazott
gyalogúton

hatalmas újságcikket olvas arról
hogy milyen jó azoknak
akik térdig hóban a gyalogúton

újságcikket olvasnak
két falu között.

Mérgében meglöki
a szánkót amin ül és siklik
siklik lefelé a domboldalon
kezében a hatalmas
újságoldalt lobogtatva
egészen a másik faluig

majd a faluszéli
pléhkrisztusnál megállva
hálatelt szívvel néz
a keresztfára

milyen jó hogy nem én
írtam le ezeket a betűket
s ujjával beleírja a hóba
NEM NEM NEM

majd az újságoldalt
a pléhrepedésekbe pásztíva
odatűzi isten szent fiának
szenvedő szemei elé
olvasd olvasd

én az író
nem írok le egyetlen betűt sem
soha többé

motyogja
barátom a hómezőben.

Akkora csend van
mintha a holdból
hullna a hó

a kollégium tudós urai
állnak a beüvegezett emeleti veranda
ablakai mögött

az udvaron szekerek várnak
lovak zabostarisznyával
pokróccal hátukon

a hátsó épületből
kifut egy asszony s kiált valamit
a becsukott ablakok felé

nyílik egy ablakszem
s leszól valaki:

„Hallgasson már, Kissné,
az Isten áldja meg, magától nem lehet
hallani, hogy hull a hó!”

A szőlőhegyi utak
egyőtől egyig mind behavazva

az iskolaszertár mélyén
egy kisdiák kezében forog-forog lassan
a megkopott százéves földgömb

mégpedig a mesebeli hóhullás ellenére
a tanár úr szerint éppen
a lehető legrosszabb
irányba.

Vers egy kézikönyv ürügén

„Még mindig nem adtad vissza
az autóvezetés kézikönyvét!” –
kiált egy asszony a sokadalomban

„Vigyázz mert én
igazi boszorkány vagyok!”

kiáltott át a sokaság feje fölött.

Most férje légkosarában
himbálózik valahol odafenn

ráncba szedett égzengések
és lelakott mennyeek
magasában

a férj esténként
lepusztult mennyei utcasarkon
kihunyóban levő lámpája fényénél
a szitává olvasott papírt

silabizálja újra és újra
melynek színehagyott lapjáról
az Énekek éneke rég elfelejtett
földi szavai sejlenek elő.

Nagyvásár van az égben is.
S időnként áthangzik a
sokaság feje felett:

„Az autóvezetők kézikönyvét
még mindig nem hoztad vissza!”

Egy igazi franciababa
szép porcelán feje a kiáltásba
még harminc év múltán is
finoman beleremeg.

A piros írógép barátai

A költő háza ott volt
mindenki szeme előtt
a falu közepén

egyszer csak lódobogás hallatszott
helikopterek berregése
bandériumzene

a faluba beereszkedő úton
gépkocsisor tűnt föl
porfelhő zászlók lobogása

a költő ült a kertje tetejében
mögötte málló sírkövek
nézte odalenn a falut

ült a szilvafák alatt
egy piros írógéppel
és várta Mátyás királyt
látta amint odalenn
a falu közepén megáll
a gépkocsisor

de már akkor a lovasok
zászlósok is ott dobogtak
a kapu előtti porban
rázendített a bandérium

az út két szélén
kezükben szorongatott levett kalappal
emberek álltak

egy szürke hivatalnok ugrott ki
az egyik gépkocsiból
s valami korvinákat emlegetve

azonnal berontott a házba
a költő házába a falu közepén
szétdúlt mindent
még a régi sütőkemencébe is
bepillantott

majd rohant föl
a kert tetejébe

ahol a költő
épp a piros írógép billentyűsorát
pityegtette be hiánytalanul
az utolsó betűig.

S a fehér lapra mutatva szólt:
„Itt vannak a korvinák!”

CSEKE ATTILA

NYUGATI SZINTŰ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS ÉRDEKÉBEN

Kérdezett Rácz Éva



A beteg embernek nem papírok után kell járkálnia, hanem orvosi ellátást kell kapnia minél előbb, minél szakszerűbben. Ez azt jelenti, hogy a háziorvos akár házhoz is elmegy, ha a beteg nem tud a rendelőben jelentkezni...

Mit keres egy jogász az Egészségügyi Minisztérium élén? – tették fel sokan a kérdést 2009 végén, amikor a Demokrata-Liberális Párttal kormánykoalícióra lépett Romániai Magyar Demokrata Szövetség (RMDSZ) Cseke Attila Bihar megyei szenátort jelölte a tárca élére. Mint a politikus mondja, jogászként elsősorban a rendezetlenség, a joghézagok jelenléte tűnt fel neki, ezeket igyekezett „orvosolni”, majd 2010 közepén megvalósult az egészségügyi rendszer egyik legnagyobb reformintézkedése, a kórházak hosszú évek óta várt decentralizációja.

■ – *Nehéz magyarként miniszternek lenni Romániában?*

– A román közigazgatásban magyarként dolgozni mindig nehezebb. Mindig ott van a kettős igény: az országos elvárásoknak, de egyúttal a magyar közösség igényeinek is megfelelni. Ez soha nem volt egyszerű, de állítom: nem is lehetetlen, talán még akkor sem, ha az egészségügyről van szó. Egyévnyi miniszterség után már egyre ritkábban kérdezik meg, milyen helyzetben van ma az egészségügyi rendszer, pedig most sokkal jobban átlátom. Nem volt népszerű döntés, hogy az RMDSZ jogászt és nem orvost nevezett ki a tárca élére 2009 végén. Azóta sokszor hallottam mind a minisztériumban, mind a kórházakban, hogy milyen nagy szeretettel beszélnek Hajdú Gáborról, aki tíz évvel korábban szintén RMDSZ-támogatással és szintén jogászként vette át a tárcát. És akinek kitörölhetetlenül a nevéhez fűződik az egészségbiztosítási rendszer bevezetése Romániában. Az egyik legbizonytalanabb tárca nálunk az egészségügyi: húsz év alatt húsz miniszter... Aztán politikailag eléggé bizonytalan periódusban kaptam meg ezt a feladatot, ami-

kor sokan abban sem hittek, hogy három hónapig fennmarad-e a kormány. Azóta eltelt egy év... Mi tagadás, az első hét után megijedtem. Kétségesnek látszott: jó döntés volt-e – mind az RMDSZ, mind a magam részéről –, hogy vállaltuk a tárca vezetését. Persze a kérdés akkor már úgy tevődött fel: vállaljuk, tesszük a dolgunkat – vagy pedig megfutamodunk. Az előbbit választottuk, és biztosan állítom, nem volt rossz döntés, azzal együtt, hogy tisztában kell lennünk vele: magyar embernek a bukaresti közigazgatásban még soha nem volt könnyű dolga, és az egészségügyi tárcát átvenni különösen nagy falat volt. Ráadásul: jogász képzettségem miatt sokszor támadtak. De végül is előnyömre vált, hogy nem a rendszerből jöttem. Bátrabban hozok meg bizonyos reformdöntéseket, amelyek feltétlenül szükségesek.

– *Milyennek értékeli az egészségügyi rendszer állapotát 2009–2010 fordulóján?*

– Nekem először a racionalitás hiánya tűnt fel: sokan beszéltek éveken át arról, hogy a páciens a fontos, de ez inkább csak deklaratív szinten volt így, mert a közegészségügy vezetőinek döntései nem ezt tükrözték. Sokkal fontosabb volt mindenkinek a meglévő rendszer és az ezzel járó személyes privilégiumok megtartása. Közben a páciensek elvárásai, általában jogosan, növekedtek, ezek pedig egyértelműen a reform, az átszervezés szükségességét jelezték. Az alapellátás, a háziorvosi rendszer létrejött már több mint tíz éve, de sok orvos tevékenysége legnagyobbreszt a hosszú beteglisták összeállításában kimerül, és ez nem helyes. Ennek is folyománya meg a megörökölt szemléletnek, hogy a kórházakra igen nagy nyomás nehezedett, ami azt is jelentette, hogy a betegek a költségesebb ellátásban részesültek, ami megint csak a kiadások növekedését eredményezte. A fejlődés egyértelmű: a beavatkozások bonyolultabbak, költségesebbek, de általában könnyebben elvégzik őket, mint tíz éve. A kórházi gépek és felszerelések egy része legújabb generációs, de közben ott vannak az ötvenéves, mellesleg ma is jól működő, de egyértelműen meghaladott készülékek. Legjobb példa e tekintetben a képalkotó diagnosztika, radiológia, ahol egyszerre működnek a rendszer különböző intézményeiben a régi röntgengépek és a legújabb mágneses magrezonancia-gépek vagy computertomográfok. Hát ebben az egyenlőtlenségben kell valahol az egészségügyi minisztériumnak olyan ellátási rendszert kiépítenie, amelyben a beteget valóban ellátják, az illető kórház kompetenciájának megfelelően, és amelyben nem küldöztetik a páciens egyik kórházból a másikba.

– *Jelenleg hol szorul reformra a rendszer?*

– Szinte minden téren szükség van az átgondolásra: az ellátás nem beteg-, hanem pénzközpontú, az alapellátás, a háziorvosi rendszer nem szabott felső határt a betegek számának, a kórházi struktúra túlméretezett, a térítéses és ingyenes gyógyszerek száma háromszorosa például a magyarországinak. Tehát alapvetően arról van szó, hogy reform nélkül a rendszer biztosan nem képes fenntartani önmagát. Arról beszélnek, azt vetik a szemünkre, hogy régebben az egészségügyi járulékból befolyt összegekből nemhogy fenn lehetett tartani a rendszert, kifizetni a térítéses és ingyenes gyógyszereket, de még maradt is év végére. Ma pedig, a közfelfogás szerint, soha nincs pénz például gyógyszerekre a kórházakban – bár ez legtöbbször nem így van, szerencsére. Én elfogadom, hogy régen másképp volt, de be kell látni néhány alapvető különbséget: amikor a biztosítási rendszert és a járulékfizetést bevezették, nagyobb volt a befizetett százalék, és több volt a befizető. A biztosítási törvény 1999. január 1-jétől lépett életbe. Ekkor hat kivételezett kategória szerepelt a törvényben: a gyerekek, a fogyatékkal élők, valamely biztosítottnak az elsőfokú rokona – férje/felésege vagy eltartott szülője, a diktatúra üldözöttei, a háborús veteránok és a forradalmárok. 2002-ben a felsoroltakhoz képest további három kivételezett kategóriát foglaltak bele a módosított törvénybe, amihez hozzájárul még további, más forrásokból finanszírozott négy kategória. 2010-re pedig oda jutottunk, hogy az ország 21,5

millió lakosának mintegy fele, pontosan 10 732 616 kivételezett volt. Gyakorlatilag három közül egy személy járul hozzá az Egészségügyi Alaphoz, ezáltal az egészségügyi rendszer fenntartásához. Ugyanakkor a befizetett összegek fokozatosan csökkentek 1999 és 2010 között. 1999–2002 között a hozzájárulás 7 százalék volt mind az alkalmazottaknak, mind a munkáltatóknak, 2003 és 2006 áprilisa között az egyéni hozzájárulás 6,5 százalékra csökkent, míg a munkáltatók esetében 2006 májusától beszélhetünk ugyanilyen arányú csökkenésről. 2007-től a munkáltatók hozzájárulása 6 százalékra csökkent; 2008-ban az egyéni hozzájárulások aránya 5,5 százalék, míg a munkáltatóké 5,2 százalékra esett, ez összesen 1,8 százalékos csökkenést jelent a befizetésekben. Ily módon az Országos Egészségügyi Alap már képtelen fedezni a lakosság igényeit, bár a törvény megalkotásakor ez több mint elégséges volt a szükségletek fedezésére. És azóta a betegellátásban is megjelentek korszerű, de igen költséges eljárások, amelyekre mindenki egyformán jogosult ma Romániában. Mert nálunk minden biztosított ugyanúgy megkapja az onkológiai kezelést és a szervátültetést, ha épp arra van szüksége – függetlenül attól, hogy a saját befizetéseit fedezik vagy sem ezeket a költségeket. Szerintem innen ered az, hogy az Alap költségvetése nem elégséges. Pedig az egészségügy pénzbe kerül, tudatosítanunk kell ezt a tényt a lakosságban is, mivel az utóbbi években a rendszer eme vetületét – többé-kevésbé tudatosan – elhanyagoltuk. 2009-ben például az Országos Egészségügyi Alaphoz összesen 14,6 milliárd lej folyt be, míg az egészségügyi szolgáltatások, gyógyszerek és orvosi felszerelések összértéke elérte a 17,2 milliárd lejt.

És ha már a biztosítottakról és az Alapról beszéltem, az egészségügyi rendszer alapvető hibája, hogy bár mindenki mindenért a minisztert hibáztatja, a rendszernek két vezetője van. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) a szaktárcán kívüli, önálló intézmény, amely ugyanakkor az egészségügy költségvetésének nagyobbik részét kezeli: innen történnek a kifizetések az orvosi szolgáltatásokra. A minisztérium csak egyes országos programokat finanszíroz, továbbá a sürgősségi ellátást és egyes infrastrukturális befektetéseket. A Pénztárral a minisztériumnak egyszerűen intézményes kapcsolata van, mint bármelyik más intézménnyel, semmi több, de folyamatosan rá vagyunk kényszerítve az együttműködésre, hiszen nagyon sok szakterületet közösen szabályozunk, közös rendeletekkel. Ez a kényszerű együttműködés pedig soha nem lesz felhőtlen.

– *Hogyan lehet „kordában tartani” az egészségügyi rendszer költségeit?*

– Szabályozni kell az egyes területeket, sokkal jobban, mint eddig. Magánkórházak és -klinikák is évek óta jelen vannak, de az emberek elvárása ezzel párhuzamosan az lenne, hogy a magánbiztosítások fedezzék az ott nyújtott ellátásokat, miközben erről nincs szó egyelőre. Jelenleg a munkavállaló befizeti a standard egészségügyi járulékot az államkasszába, majd ha úgy gondolja, a magánkórházba megy orvosi ellátásért, ahol kifizeti a szolgáltatásokat. Elégedetten távozik, és azt a mentalitást terjeszti, hogy a magánellátókra kellene bízni a rendszert, mert ott sokkal jobbak a körülmények, kedvesebbek az orvosok és a nővérek. A páciensnek ebben igaza is van. Azt viszont nem tudja, hogy a magánkórháznak ugyanúgy szerződése van az OEP-vel, mint az államinak, tehát az általa befizetett járulékból kapott bizonyos összeget a vizsgálati fedezésére, és (a legtöbb esetben) csak részfinanszírozás az, amit ő lepengetett. De nem is ez a legnagyobb baj. Én sokkal nagyobb hibának tartom azt, hogy nincsenek szabályok arra nézve, milyen arányban, milyen összegben vagy milyen esetekben köthet szerződést a biztosító magánszolgáltatóval, ha ugyanaz az ellátás elérhető állami egységekben is. Ebben megpróbálunk valamilyen szabályozást bevezetni, de talán mondanom sem kell, hatalmas ellenállásba ütköztünk.

Amit még szabályozni kell: a rendszerben elismerten a kórházak a legnagyobb pénzfogyasztók, de egyaránt finanszíroztuk eddig a kisváros kis kórházát, ahol több-

nyire szociális ellátást biztosítanak, és a transzplantációs központokat – ebben pedig nekem valami sántít. És ha választanom kell, hogy a finanszírozást hol biztosítsuk a továbbiakban, akkor én egyértelműen a kiemelkedő teljesítményt nyújtó központokra szavazok, kisvárosokban megtartva indokolt esetben például a járóbeteg-ellátást. A szociális ellátásra pedig vannak más struktúrák, de azokat nem az egészségbiztosítási járulékból kell fenntartani. Ez azt jelenti, hogy be kell zárni a kisebb kórházakat, azokat, amelyek nem felelnek meg bizonyos elvárásoknak, alapvetően például annak, hogy a beteget bármikor képesek szakszerű ellátásban részesíteni, állandó szakügyeletben. Szeretünk Erdélyből Magyarországra kitekinteni, tegyük ezt most is: a szomszédos Hajdú-Bihar megye népessége majdnem ugyanannyi, mint Bihar megyéé. Nézzük meg, hány kórháza van a szomszédos magyarországi megyének, és milyen ellátást nyújtanak azok. Be kell látnia sok önkormányzatnak: közép- és hosszú távon az a cél, hogy fenntartható intézmények legyenek mindenhol. Mert a magyar közösséget tekintve, és ez országosan érvényes, a magyar miniszter feladata nem az, hogy mindenáron fenntartsa a kórházakat, hogy más majd lakatot tehessen rájuk. Olyan intézményt kell kialakítani mindenhol, ha kell, járóbeteg-rendelővé, ha kell, öregotthonná alakítani a meglévő, de nagyon döcögő struktúrát, ami a közösségi gondokat megoldja, és nem csak máról holnapra, de hosszabb, lehetőleg legalább középtávon fenntarthatóvá teszi a közösségi intézményt. Nem kórház az, ahol nincs állandó ügyelet, ahol délután háromkor a betegnek nem tudnak orvosi ellátást nyújtani. A szakminisztériumnak, de az önkormányzatoknak is megvan a felelőssége. A páciens érdeke egyértelmű: hogy tudja, a kórházban szakszerű orvosi ellátást kap. Ez sok helyen most nem így van, és a helyzet nem tegnaptól mára alakult ki. Megoldást kell találni arra, hogy a magyar miniszter nélkül is fenntartható, működtethető intézményei legyenek a magyar közösségnek. És – bár ezt most magyarként elemeztem – az egész országra ez érvényes.

– *Mi a reform legnagyobb kerékkötője?*

– A miniszternek szerintem kötelessége javítani, legjobb tudása szerint, a rendszeren. Kötelessége kimozdítani azt állóhelyzetéből, mozgásba hozni. Mondom ezt annak ellenére, hogy sokan figyelmeztettek: előttem mások is megpróbálták, elindítottak reformokat, de mandátumuk végeztével – mert ezzel is számolni kell – a rendszer, kis „hibaszázalékkal” mindig visszatért az eredeti állapotába. Azt tartják bukar esti orvosi körökben, hogy a legmaradandóbb Eugen Nicolaescu liberális miniszter programja volt, a Tăriceanu-kormány idején, igaz, neki két nagy előnye volt. Ő volt az egyik „leghosszabb életű” egészségügyi minisztere Romániának az utóbbi húsz évben, és mivel szerencsés időszak is volt, gazdasági fellendülés, ő volt az, akinek a legtöbb pénz állt rendelkezésére az egészségügy céljaira.

– *A pénz a legfontosabb?*

– Biztos, hogy pénzügyi források nélkül nagyon nehéz a rendszert irányítani, de nem hiszem, hogy a pénz lenne a legfontosabb. Ugyanennek a miniszternek az idején elkészültek megvalósíthatósági tanulmányok regionális sürgősségi kórházakra, amelyek soha nem épültek fel. Ugyanabban az időszakban végezték el a lakosság egészségügyi felmérését, óriási pénzeket fizettek ki mindenkinek a laborvizsgálataiért. Ennek a felmérésnek még sincs országos szinten kézzelfogható eredménye, mert az elvégzett vizsgálatok száma nem egyezik a biztosítottak számával, és így bármilyen következtetés téves lenne. Tudom ugyanakkor, hogy a háziorvosok nagyon örültek a programnak: sok visszajelzés érkezett arról, hogy a páciensek különböző krónikus betegségeit fedezték fel akkor, például diabéteszt, szívbetegségeket, és azóta kezelés alatt állnak, és sokkal jobban vannak a betegek. És nem elhanyagolható, hogy akkor tényleg sokan olyanok is elmentek orvoshoz, akik évek óta nem jártak arra, mert nem voltak betegek. De hogy visszatérjek a pénz kérdésére, a gazdasági vál-

ság az egészségügyben valójában nem okozott újabb problémákat, csak a meglévőket tette kontrasztosabbá. Mert eddig is tudtuk, hogy az orvosok és asszisztensek elvándorolnak Nyugatra a jobb lehetőségeket keresve, mint ahogyan elvándorolnak Németország egyes tartományaiából másokba vagy a skandináv országokba, és itt már egyértelműen nem a pénzért, hanem a jobb érvényesülés lehetőségét keresve. Mint ahogyan azt is tudtuk, hogy a kórházakban az ellátás korszerűsödésének azt is kellett volna eredményeznie, hogy a betegek kevesebb ideig legyenek beutalva – de ez nem történt meg, és mára váltak szerintem elviselhetetlenné a csalások a rendszerben. Ezért mondom azt is, hogy húszéves lemaradást kell leküzdenünk a kártya bevezetésével, kiküszöbölve egyes csalások lehetőségét – mert amíg ebben az országban emberek kezelik a rendszert, nem hiszem, hogy véglegesen és radikálisan meg lehetne azokat szüntetni. Változtathatunk a törvényeken, kiadhatunk naponta tucatnyi egészségügyi miniszteri rendeletet, de a fejekben nem tudunk ezzel rendet tenni, főleg ilyen rövid idő alatt. Ahhoz az kell, hogy megértsük: ha nyugati színvonalú ellátást akarunk, akkor el kell fogadnunk a Nyugaton alkalmazott szabályokat is. Például Németországban a baba rendszeresen kijár a szülés előtt álló nőhöz, leendő kismamához. Kanadában a cég, amelynél az alkalmazott dolgozik, megszabja, hogy a befizetett járulékért melyik kórházba mehet a beteg, és milyen ellátást térítenek meg neki. Vagy hogy ne menjek ennyire messze, Magyarországon a háziorvosnak minden évben kötelessége megkeresni minden betegét és felkérni, hogy menjen be éves rutinellenőrzésre. Folytassam? Nem hiszem, hogy szükséges. Ezek a szabályok függetlenek a rendszerben lévő pénztől. De nekünk is el kellene fogadnunk ezeket. Vagy mondok mást: nálunk a páciensek a jogaikkal sincsenek tisztában, ezért túrik a személyzet packázásait, legyen szó akár a nemtörődöm háziorvosról, aki reggel nyolc helyett tízkor nyitja ki a rendelőt, hiába várnak rá a betegek, délben pedig már kikapcsolja a mobiltelefonját, vagy legyen szó akár, hogy banálisat mondjak, arról az ápolóról, aki nem segít a lábadozó betegnek kimenni a vécére. Tudom, hogy nem mindenki ilyen, és mindig rossz érzés fog el, amikor ilyeneket mondok, mert úgy gondolom, biztosan megbántok valakit. Ezért azt is fontos elmondani: az orvosok és nővérek vagy ápolók között Romániában is, mint mindenhol, vannak nagyszerű emberek, kivételes tehetségek. Nagy kár, hogy róluk kevesebbet hallunk, pedig érdemes volna odafigyelni. Csak hát nem mindig sztárok, nem szeretnek és nem is akarnak szerepelni. Ezért nem számol be róluk a tévé, nem ír róluk az újság. Pedig ők naponként embereket gyógyítanak, életeket mentenek. Néha szervátültetéssel, néha sokkal inkább jó szóval és odafigyeléssel. Úgy gondolom, értük érdemes megharcolni a rendszer tehetetlenségével.

– *Miként látja: milyen lesz a rendszer öt év múlva?*

– Informatizált egészségügyet szeretnék, ami azt jelenti, hogy a betegek adatait és orvosi leleteit nem hordozzák körbe a rendelőkben, hanem az orvos lehívja a rendszerből azt, amit neki tudnia kell a páciensről. A beteg embernek nem papírok után kell járkálnia, hanem orvosi ellátást kell kapnia minél előbb, minél szakszerűbben. Ez azt jelenti, hogy a háziorvos akár házhoz is elmegy, ha a beteg nem tud a rendelőben jelentkezni, sőt meg is keresi a betegeit, hogy mondjuk évente kivizsgálja őket. Azt jelenti, hogy ahol az ajtóra „kórház” van kiírva, ott igenis van ügyeletes orvos, és a legkisebb kórházban is ellátják alapfokon, elhárítják az életveszélyt, majd ha nincs kompetenciájuk többre, akkor, elismerve azt, hogy nem kell mindenhol mindenhez érteni, továbbküldik a beteget abba a kórházba, amelyben a szakellátás jobb, gyorsabb.

Persze tudom, ilyenkor sokan azt mondják: javíthatatlan álmodozó vagyok. De mondják meg nekem, ha nem hittem volna, hogy ez elérhető, hogyan is vállalhattam volna el az egészségügyi tárca vezetését? Hinnünk kell, hogy lehet változtatni, és tennünk kell érte, hogy megtörténjen.

DÉZSI ILDIKÓ – FERENCZ ZSOLT

AZ ÉLETHEZ IGAZÍTANI A KERETTÖRVÉNYEKET

Ankét a romániai és magyarországi egészségügy átszervezéséről

Ha történetesen orvoshoz kell fordulnunk, már az előjegyzés maga is igénybe veszi türelmünket. Házi orvosunk ugyanis nem vizsgálhat meg húsznál több beteget naponta. A nehézségek azonban később adódnak, miután beutalóval a kezünkben a rendelőből kijöttünk. Vajon a szakorvos mikor tud fogadni? Amennyiben a sebészeti beavatkozás elkerülhetetlen, hányszor halasztják el a műtétet? Aztán: ki tudjuk-e váltani majd a gyógyszereket? Megannyi kérdés, amely arra készítet, hogy az átszervezés alatt álló egészségügyi rendszer helyzetét/működését a maga komplexitásában lássuk. Ehhez kínált kiváló lehetőséget a szilágysomlyói Báthory István Alapítvány, a magyarországi Magyar Egészségügyi Társaság és a Romániai Magyar Pedagógus Szövetség a múlt év szeptemberben, amikor is a XVIII. Báthory Napok alkalmával módszeresen tekinthettük át a kérdéskör „rendszerfüggő” jelenségeit. A rendezvényen Molnár Géza romániai miniszteri tanácsos és Mikola István, a magyar parlament egészségügyi bizottságának elnöke – mindketten magas rangú tisztségviselőként (államtitkárként, illetve miniszterként) szereztek a kérdéskörben tapasztalatokat – a romániai és a magyarországi egészségügyi reform aktuális problémáit boncolgatta. Mondandójukat a mai helyzetben ugyan csak relevánsnak találjuk. Akárcsak a házi orvosokét, akik közül most Gombos Szilárd, Alámoreanu Ildikó és Szócs Ottó észrevételei alapján a mindennapi gyakorlat megfontolásra érdemes üzenetét igyekszünk messze hallatszóbba tenni.

Romániai helyzetkép – ahogy Molnár Géza látja

■ a) Elodázhatatlan átszervezés

Romániában az egy főre eső egészségügyi átfordítás 2010-ben 1032 lej, azaz 300 dollár alatti összeg volt. Molnár Géza szerint nemcsak a termé-



A megelőzés jó befektetés. És ha az orvosnak több ideje jutna egy betegre, akkor a tanácsadás révén jobban tudna hatni a páciensek életmódjára is, ami plusz bevételt jelentene a biztosítónak.

szetes szaporulat csökkenése, hanem az elkerülhető elhalálozás arányának nagysága is aggodalomra adhat okot. Ugyanakkor nőtt a cukorbetegségben, májcirrózisban, emésztési betegségekben és tüdőbántalmakban szenvedők aránya is.

„Az egészségügyi intézményrendszer átszervezését mindenképpen folytatni kell – hangsúlyozta –, attól függetlenül, hogy ki kezdeményezte. Ellenkező esetben az intézményrendszer fenntarthatósága ellehetetlenítheti a teljes körű egészségügyi ellátást.” Utalt arra is, hogy hivatalba lépésekor Cseke Attila egészségügyi miniszternek egyik fő célkitűzése a kórházi rendszer decentralizációja volt, amelynek révén elérhetővé vált, hogy az önkormányzatok, valamint a választott testületek felelősséget vállaljanak a területi elvárások kielégítéséért. Fél év alatt sikerült ezt megvalósítani. Még az ellenzéki pártok képviselői is elismerték Cseke és csapata kitartását, következetességét. „Természetesen senki sem hiszi azt, hogy a több mint 325 kórház átadásával minden gond megoldódott volna. Számíthatunk visszaélésekre is önkormányzati szinten, ennek ellenére reméljük: a lehetséges visszaélések rövid időn belül kiküszöbölődnek, és az egészségügyi rendszer megállja a helyét.”

b) A kórházak decentralizációja

A kórházi decentralizáció nagy erénye: a szolgáltatások minőségi differenciálódása. Ezt segíti elő az a törvény is, amely a kórházakat kompetenciájuk alapján rangsorolja. Érvénybe lép ugyanakkor az új személyzeti szabályozás, ami az adminisztratív személyzet létszámát állapítja meg. A szakemberek reményei szerint a lojális, tisztességes szakmai versengés minél előbb megkezdődhet a kórházi rendszer szintjén, de az sem kizárt, hogy a reformintézkedések kórházak megszűnéséhez vezethetnek. Fontos az informatikai rendszer kialakítása is. Áprilisig a háziorvosoknak nagy sebességű internethez való hozzáféréssel kell rendelkezniük ahhoz, hogy hozzá lehessen látni az egészségügyi kártyák, elektronikus kórlapok bevezetéséhez. „Nagy munkáról van szó, de attól a pillanattól kezdve nem ellenőrizni akarjuk a rendszert, hanem ismerni a reális betegforgalmat, a reális tényekre alapozott elvárásokat.” Molnár Géza vázolta, miként próbálják összehangolni a jelenleg három irányban működő információs rendszert.

c) Számítógépes rendszer kialakítása, a bürokrácia leépítése

Az első lépés a biztonsági elektronikus kód bevezetése, amit az elektronikus receptfelírás követ. A tervek szerint 2012 végére az elektronikus kórlap is elérhetővé válik a román egészségügyben dolgozók és a betegek számára. A számítógépes rendszer összehangolása mellett fontos a bürokratikus rendszer leépítése, dekoncentrációja és decentralizálása is, hogy az esetleges visszaéléseket elkerüljék. Míg 2010-ben a kórházak hátralékait a minisztérium törlesztette, a 2011-es költségvetés jelentős hányadát az infrastrukturális munkálatokra és felszerelésekre fordítják. A minőségi mutatók értékelése és javítása elsősorban a haszonélvezők érdekében szükséges, ezért törekednek a hozzáférhetőség biztosítására.

A szakképzést illetően lecsökkentették a posztgraduális szakképzés idejét, mert úgy értékelték, hogy a hatéves orvosképzés, illetve az öt-, négy- és hároméves posztgraduális oktatás sok szempontból kielégíti a bolognai folyamatot, illetve az erre vonatkozó elvárásokat. Nem azért, hogy hamarabb tehessenek szert szakemberekre, hanem azért, mert egyes szakmák esetében – különösen a mostani posztgraduális rendszerben – a rezidensorvos hosszú évek alatt, kis fizetése mellett sem jut hozzá az általa elvárt szakmai tudáshoz. A posztgraduális képzés idejének csökkentésén kívül decentralizálnák a rezidensképzést is: megfelelő szakmai felkészültségű személyzettel rendelkező és korszerű felszereltségű megyei kórházakban működő szakosztályokra terjesztenék ki az oktatást.

Mindenhol probléma az orvoshiány, a járóbeteg- és a kórházi ellátórendszerben egyaránt. Ma már egy fiatal szakorvos nem is gondol arra, hogy kisvárosi kór-

házban vállaljon munkát, inkább külföldön próbálja ki magát. Ha megtörténik a decentralizáció, remélhetőleg kialakul a lojális, tisztességes, deontológiai szempontból is kielégítő konkurencia, és akkor 2012-től bevezethetik a differenciált fizetési rendszert, amelynek értelmében ugyanazon intézmény ugyanazon kórházi osztályán az elvégzett munka minősége és mennyisége függvényében biztosítják a szolgáltatások ellenértékét.

Magyarországi helyzetkép – Mikola István áttekintésében

■ a) Mennyit fordít egészségügyre Magyarország

„Az elmúlt nyolc év óriási forrásveszteségekkel járt. Közelítünk a romániai ráfordítási szinthez, amire annak idején elrettentő adatként tekintettünk. Magyarország a bruttó össztermék (GDP) 4,2–4,3 százalékát tudja egészségügyi ellátásra fordítani, szemben az európai országokkal, amelyek GDP-jük 8–9–10 százalékát költhetik ilyen célokra. Összességében ez azt jelenti, hogy Magyarországon egy személy ellátására 380–400 dollár jut. Ez az összeg Ausztriában 2300–2400 dollár, Németországban 4000 dollár körül van, az Egyesült Államokban pedig, ahol a GDP 16 százalékát költik egészségügyre, meghaladja a 6000 dollárt.”

Mikola szerint szemléletváltásra van szükség. A kormánynak új struktúrában kell gondolkodnia, hogy orvosolja a humán oldal, az egészségügyi oktatás és a szociális terület gondjait. Ha ez sikerül, új kormányzati rendszer épülhet ki Magyarországon. Hangsúlyozta: a humán területeket abból a megfontolásból fogták össze, hogy ne kezeljék többé „maradványértékelt” rendszerként. Eddig az erős gazdasági, pénzügyi ágazatok elosztották a pénzalapokat maguk között, és ami maradt, azt költették egészségügyre, oktatásra, illetve szociális szolgáltatásokra. Ezen úgy változtatnak, hogy két erős kormányzati pólust hoztak létre: gazdasági és humán erőforrás pólust.

Szakmai szinten, tudományos műhelyekben megfogalmazódott: a legfelsőbb döntéshozónak tisztában kell lennie azzal, hogy minden szabályozásnak már a döntéshozókészítés szakaszában számolnia kell a hatályba lépéskor várható népegészségügyi hozadékkal. A törvény megalkotásakor figyelembe kell venni annak népegészségügyi hatásait, és csak azt a jogszabályt szabad törvényként elfogadni, amelynek a kihatása pozitív. A szemléletváltásra az öngondoskodás szempontjából is szükség van, hiszen minden ember felelős saját testi-lelki épségéért, egészségéért, sőt a még meg sem született generációért is. Nyilvánvaló, hogy az önmagunkért vállalt felelősségen túl embertársainkért is felelősséget kell vállalnunk, hiszen ez az együvé tartozásnak, az emberi közösségeknek az alapvető energiája. Az öngondoskodás hajlama, képessége, vállalása, a szociális, biztonsági rendszerek működtetése népjóléthez vezet.

Az egészségügyi bizottság elnöke szerint egyetlen nagy probléma jellemzi a világ egészségügyi rendszereinek működtetését, mégpedig a rakétasebességgel fejlődő orvosi lehetőségek és az egyáltalán nem fejlődő nemzetgazdaság közötti szakadék. Új csodái révén a modern orvostudomány mindenre kínál gyógyírt, de nincs a világon olyan nemzetgazdaság, amely az orvostudomány csodáit minden rászoruló számára az egyenlő hozzáférés esélyével tudná nyújtani: „Ma a világ egyféle rendszert ismer, amelyet mérsékelt népegészségügyi trendekre alapozott egészségpolitikai stratégiának neveznek. Mi is ezt a térségi és epidemiológiai trendekre alapozott stratégiát akarjuk követni. Magyarországon egyelőre olyan esélyegyenlőtlenség van, amit nem nézhetünk becsukott szemmel, éppen ezért az epidemiológiai tényezőkre alapozó egészségpolitikai stratégia alapján térségenként meghatározzuk a prioritásokat, és ennek függvényében osztjuk el a pénzalapokat. Ha a pénzt jól használjuk fel, akkor elmondhatjuk egy ilyen rendszer működése során, hogy a forrásokból következtethető népegészségügyi hozadék a populációs nyereség.”

b) Az élethez igazítani a kerettörvényeket

Az egészségügy önmagában nem tudja megoldani saját problémáját, emiatt inter-szektoriális felelősségvállalást igényel. A szükségletek meghatározása pedig kiterjedt szociológiai, társadalmi konszenzusteremtő, illetve kommunikációs technikai rendszert is igénylő folyamat. Olyan jogi megközelítést kell kitalálnunk, hogy a megalkotott kerettörvények gyakorlati alkalmazását az élethez igazíthassuk. Az egészségügy válsága nemzetgazdasági válsággá érett, ezért a kormánynek alapvető kötelezettsége hozzájárulni ezekhez a nagy rendszerekhez.

„Eddig mi is a decentralizáció hívei voltunk, de ma már inkább az állami felelősség érvényesítését szorgalmazzuk a nagy egészségügyi intézmények esetében. Nagyon nehéz, de nagyon fontos kérdés ez azért is, mert hatalmas tragédiához vezethet, hogy az önkormányzatok nevezik ki az egészségügyi intézmények igazgatóit. Az állami felelősség nagyon fontos, de csak akkor fogunk boldogulni a legdrágább járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátási intézményekkel, ha az alapellátást megerősítjük.”

Háziorvosok nézőpontja

■ *a) Gombos Szilárd: „Don Quijoték és szélmalmok”*

„Az egészségügy helyzetét olyan »idilli állapothoz« hasonlítanám, amelyben a betegek a Don Quijoték, az egészségügyi szolgáltatások pedig a szélmalmok. Ám ebben a harcban nem történik semmi: hiszen Don Quijoténak nincsen dárdája, a szélmalmokról pedig lekorhadtak a vitorlák. Közben termopán ablakok mögül nézelődnek az egyre fogyatkozó szélmolnárok, és arról ábrándoznak, hogy egyszer majd vilányáramot termelünk így.” Gombos Szilárd ekképpen utalt az egészségügyi miniszter, Cseke Attila és csapata nehéz helyzetére.

Elmondása szerint kétség sem fér ahhoz, hogy történtek előrelépések az egészségügyi rendszerben, „a legnagyobbak Hajdú Gábor óta”: a kórházakat átadták az önkormányzatoknak, megteremtették a rezidensek számára felvállalható munkalehetőségeket, és felszámolták a központosított rezidensvizsgát. A 2010. április elsejei 265/408-as határozat azonban, amely a háziorvosok konzultációit napi húszra szabályozza, példátlan kitolásnak tekinthető mind a betegekkel szemben, mind azokat a kollégákat illetően, akik többet szeretnének dolgozni, hogy pácienseiket elláthassák. Ez sérti a betegek egészségügyi rendszerhez való jogát: a normatívákkal együtt épp a sokat hangoztatott megelőző tevékenységtől fosztja meg a pácienseket, és mesterséges szükségletet teremt a leendő háziorvosi ügyeletek iránt, amivel előreláthatóan – mert nem juthatnak időponthoz a háziorvos munkaidejében – többen fognak visszaélni, mint valóban indokolt esetekben felkeresni. A beteg és orvos számára kényelmesebb, a rendszer számára pedig olcsóbb lenne, ha a háziorvost nem köteleznék ügyeletre szakorvosi órabérért, hanem hagynák ellátni a betegét rendelési időben. Fontolóra kellene venni ezt azért is, hogy ne büntessék, ha az előírtnál több beteget látna el.

A decentralizálást illetően bizakodásra adna okot, ha az önkormányzatok felelősebbek lennének a polgáraikért – az egészségügyi dolgozókért és a betegekért egyaránt. „A minisztérium prioritásai között második helyen az újabb anyagi források fellelése szerepel, ami az egészségügyi hozzájárulás szabályozásával nagyjából ki is merül, holott meg kellett volna teremteni a több-biztosítós rendszer feltételeit is. Az egészségügyi pénztárba befolyó juttatások túlságosan nehézkesen rendezhetők, és ugyanilyen bonyolultan is ellenőrizhetők manapság, s főleg annak, aki az egészet eltartja, és megkeresi hozzá a pénzt. Vannak, akikről egész vagyonokat gombol le a biztosító, a »vizitdíj« kifizetése alól pedig továbbra is mentesülnek azok, akik eddig sem fizették járulékaikat.”

b) Alămoreanu Ildikó: „Nagy szükség van a feedbackre”

Ezerlejes büntetést kapott február elején Alămoreanu Ildikó, amiért egyik betegét műtét után nem küldte el az országos egészségügyi biztosítóhoz a felírt gyógyszer láttamozására. „A legnagyobb nehézséget az okozza, hogy egyszerre több dologra is kell összpontosítani. Normális esetben figyelnem kellene – mint ahogyan a hozzám hasonló orvosoknak is – a betegre, a kezelésére, a betegség folyamatára. Ezenfelül viszont figyelniünk kell a betegség azonosító kódjait és a gyógyszer előírási lehetőségeit is, vagy éppen azt, hogy mennyiben jogosult a beteg, hogy még aznap hozzájusson a készítményhez. Mindez borzasztó feszültséget okoz. Márpedig ez a feszültség sem az orvosnak, sem pedig a betegnek nem tesz jót, s a rendszer legnagyobb áldozata az, aki az effajta, rossz minőségű betegellátásért még fizetni is kényszerül.”

A napi legtöbb húsz személy ellátásával ő sem ért egyet, azt mondja, számára is rejtély, hogy kihez fordulhatna a beteg, ha nem a háziorvosához. „Hiszen mi állunk ebben a tekintetben legközelebb hozzá: amennyiben valami nem oldható meg a mi szintünkön, akkor természetesen más szakorvoshoz küldjük a beteget, de ha egy hónapra előre betelt az előjegyzési naptárunk, akkor ez a folyamat megszakad.”

S bár a sürgősségi osztályok ellátják a betegeket küldőpapír nélkül is, kérdés, hogy mi minősül sürgősségi esetnek. Az sem mellékes ugyanakkor, hogy a sürgősségi vizsgálat után sokan azt a tanácsot kapják, a háziorvoston keresztül menjenek szakorvoshoz. „Mivel rossz a rendszer, a betegek, ha valami baj van, a közvetlen ismerőseiktől várnak segítséget. Ha a szomszédban van egy asszisztensnő vagy egy ismerősünk, aki az egyik kórházban ismer valakit, a gyógyulás reményében belemegyünk a játékba: ilyenkor az illető orvos általában azt tanácsolja, hogy a beteg kérjen küldőpapírt, és majd annak alapján beutalja. Ez ismét csak áldatlan helyzetet szül, hiszen aki megvizsgálta, nem tudhatja, hogy nekünk mikor lesz lehetőségünk kiadni az illető küldőpapírt.”

A háziorvos szerint más rendszerekhez hasonlóan az egészségügyi rendszer sem működhet visszajelzés nélkül: „Fontos lenne, hogy a rendelők, a kórházak vagy bármilyen egészségügyi egység működésével kapcsolatban azoknak is legyen beleszólási joguk, akik ott dolgoznak. Ha tőlem, háziorvostól valaki megkérdezné, hogy ebben a keretben mi lenne a leghatékonyabb a betegellátás terén, bizonyosan felállítanék egy metodológiát. Nem tudom viszont, bár húsz éve dolgozom a szakmában, hogy milyen mértékben bizonyulna megfelelőnek az általam elkészített ütemterv a Kolozs megyében dolgozó többi háromszáz háziorvos számára. Amennyiben viszont ezt bemutatnám nekik, ők pedig hozzáfűznék saját tapasztalataikat, megfigyeléseiket, ötleteiket, akkor közösen tudnánk javítani. Biztos vagyok abban, hogy ebben az esetben sokkal jobban működne az egész rendszer. Az állandó feedback nélkül ugyanis elképzelhetetlen, hogy a folyamatosan felülről érkező utasítások a gyakorlatban működjenek – mondja a háziorvos, aki a közösen elkészített metodológiáról a minisztériumot is tájékoztatná.”

Véleménye szerint a biztosítónak le kell válnia a rendszerről, hogy a módszertan tőle függetlenül születhessen meg. „Csak azután kellene a biztosítóhoz fordulni, miután a helyi szinten összegzett ajánlatokat átdolgozta és megtárgyalta az orvosi kolégium és a minisztérium: van-e fedezet egyik-másik elképzelés kivitelezésére. Ha pedig nincs, akkor közös döntés révén tudjuk eldönteni, miről kell lemondanunk.”

c) Szőcs Ottó: A kórházi ellátás tehermentesítése

A dietetikus orvos szerint az új törvények bevezetése, illetve a régiók megváltoztatása majdnem minden esetben mélységesen kiábrándítja azokat, akik az éppen aktuális struktúrától jobbat reméltek: az esetek többségében bebizonyosodott, hogy a lehető legrosszabbnak vélt helyzet még rosszabbra fordulhat. „Folyamatos átszervezéssel, új törvények, szabályok, rendeletek bevezetésével hiába próbálkoznak ott,

ahol eleve gond van. Ha pedig a gondok igazi okát kutatjuk, a szálak elvesznek a bürokrácia és politika zavarosában.”

A háziorvosi rendszerrel – ahogy az nálunk működik – mindenki elégedetlen: „Az évszázadok során felgyűlt tapasztalatok alapján megállapítást nyert, hogy egy vizsgálat alkalmával egy betegre húsz percet kell fordítani. Ez hat óra rendelői munkával számolva napi 18 páciens jelentene. De csak akkor, ha jól meg van szervezve a munka! Gondoljuk meg, hogy amíg egy reumás néni nővéri segítséggel leveszi a kabátját, sarokba támasztja a botját, leül és előveszi a papírjait, az súlyos percekbe kerül. Valóságos ceremónia felgyűrni a három szvetter ujját a vérnyomásméréshez. Képzeljük el, hogy mi van, amikor még le is kellene vetkőznie és felöltöznie, nem beszélve arról, hogy a néni nagyothall, rosszul lát, és kicsit lassú a felfogása is. És a váró tele van ilyen nénikkel! Közben a váróban (vagy a rendelőben) sírnak a kisgyermek, csecsemők. Öltönyös gyógyszerügynökök pedig felvillanyozva, műmosollyal az arcukon szemtelenül törtetnek befelé, cseng a telefon... Persze mindenki mélységesen fel van háborodva...”

A túlterheltségre vezethető vissza, hogy a páciensek „irodistáknak” nézik a háziorvost. Kevesekben tudatosul, hogy a háziorvos is szakorvos, csakhogy nem hagyják működni. A háziorvosi képzés elve ugyanis az, hogy a leggyakoribb, rutinszerű szakorvosi feladatot a háziorvosnak meg kell tanulnia elvégezni, hogy ezzel tehermentesítse a kórházi ellátást. Fontos, hogy tudjon kisműtéteket végezni, sebet varrni, méhnyakváladékot venni, azt mikroszkóppal megvizsgálni, fület mosni, hiperaktív gyermekek családjának tanácsot adni, stb. A modern technika segíti is ebben, sok olyan gépezet vált hozzáférhetővé, amelyet régebb csak kórházak engedhettek meg maguknak. „Én például egyéves ultrahangtanfolyamot végeztem, a kollégánóm pedig EKG-tanfolyamot. A gépek ott állnak a sarokban, alig használjuk őket – legalábbis rendelési időben, de időhiány miatt a háziorvos nem tudja a szakmáját gyakorolni.”

Hasonlaltal folytatja: ha egy kubikos egy nap négy köbméter földet tud kiásni, nem várhatjuk el tőle, hogy „ásson ki háromszor annyit, 12 köbmétert, csak kis kompromisszumokkal, felületesebben”. Nem megy. Nem lehet felületesen kiásni négy köbméter földet. Ugyanígy van a háziorvos esetében is: nem láthat el háromszor annyi páciens, mint amennyit lehetséges.

A biztosító tudja, hogy egy nap nem lehet 18-nál több páciens ellátni, ezért egy napra csak 20 vizsgálat költségeinek ellenértékét téríti meg az orvosnak. „A nemzetközi szakirodalom szerint egy háziorvos nagy általánosságban hétszázas létszám körüli pacientúrát tud ellátni. Saját tapasztalataim szerint is valóban ennyi páciens esetén jutna egy napra 18 rendelői vizsgálat. Hétszáz páciensért viszont nem fizet annyit az egészségbiztosító, hogy az orvos abból fenntarthassa rendelőjét és saját magát, a családjáról nem is beszélve. Ott, ahol több mint hétszáz páciens kénytelen ellátni, a háziorvos tehát nem gyakorolhatja rendesen a szakmáját. Bárki utánaszámolhat: amíg a biztosító nem fizet háromszor annyit egy betegért, mint jelenleg, a háziorvosi rendszer nem lesz működőképes. Semmiféle átszervezéssel, törvénnyel, új szabály bevezetésével, semmi efféle bűvészmutatvánnyal nem lehet ezen segíteni. Hát ezt a problémát oldja meg, aki tudja.”

A régi orvosi szállóige szerint egy gramm megelőzés többet ér, mint egy kilogramm kezelés, és ez a bölcsesség a dolog anyagi vonatkozásában is érvényes. Ha az egészségbiztosító a megelőzésre is fordítana pénzt, jól járna. Minél többet, annál jobban. A megelőzés jó befektetés. És ha az orvosnak több ideje jutna egy betegre, akkor a tanácsadás révén jobban tudna hatni a páciensek életmódjára is, ami plusz bevételt jelentene a biztosítónak.

Néhány országban a biztosító arra törekszik, hogy a pácienseket egészséges életmódra ösztönözze: fizetik az uszoda- vagy konditerem-bérletet, fogyókúra tanácsadást, sőt előnyösebb biztosítási feltételeket ajánlanak annak, aki igénybe veszi ezeket a szolgáltatásokat. Talán ezen is el lehetne gondolkodni. Szócs Ottó lehetséges megoldásként az életmódváltást, a hangsúlyozottabb betegségmegelőzést javasolja.



RAED ARAFAT

ÉLETMENTÉS – FŐÁLLÁSBAN

Kérdezett Cseke Péter Tamás



A palesztin származású Raed Arafat egy népszerű tévésorozat hatására már gyerekkorától sürgősségi szakorvos akart lenni. Ma nevéhez fűződik a Sürgősségi Rohammentő-Szolgálat (SMURD) kiépítése Romániában. Jelenleg az egészségügyi minisztérium államtitkár-helyettese. A magas rangú tisztségviselőt a SMURD megalakulása körüli nehézségekről, az egészségügy és a politikum viszonyáról kérdeztük.

■ – *Harminc éve él Romániában. Hogyan lett ez az ország a választott hazája?*

– Tanulni jöttem, orvos akartam lenni. Egy évet töltöttem nyelvtanulással Ploiești-en, majd a kolozsvári egyetemre kerültem. Az 1989-es változások után döntöttem el, hogy Romániában maradok.

– *Milyenek voltak a Kolozsváron töltött évek?*

– Nehéz, de szép időszak volt. A nyolcvanas évek elején jártunk, a kommunista hatalomnak gyanúsak voltak a külföldi állampolgárok, nekem is korlátozták a szabadságomat. Nem tarthattam szoros kapcsolatot a román állampolgárokkal, mert utóbb behívták és kihallgatták őket. Nem lakhattam albérletben sem; ha megpróbáltam, utánam jöttek, és visszazavartak a bentlakásba. Akadtak tehát nehézségek, de mégis, az egyetemi évekre mindig szívesen gondolok vissza. Jól éreztem magam a kolozsváriak, majd utóbb a marosvásárhelyiek között is. Kolozsváron jó hangulat volt az egyetemen, kiválóak voltak a kapcsolataim a diáktársaimmal és a tanáraimmal. Sok magyar embert is megismertem. És azt is meg kell mondanom, hogy egy zsidó tanárom is volt, és semmiféle hátrányos megkülönböztetésben nem volt részem, ellenkezőleg: nagyon sokat segített, később a mentoromná vált.

Jól döntöttem, hogy
nem adtam fel...

– *Mi vonzotta a sürgősségi orvostanban, amellyel végül a karrierjét is megalapozta?*

– Mindig is sürgősségi betegellátással szerettem volna foglalkozni. Elárulom, hogy már gyerekkoromban megragadtam egy tévésorozatot, amely sürgősségi eseteket ellátó orvoscsapatról szólt. Némi gondot jelentett, hogy Romániában nem lehetett a nyolcvanas években erre szakosodni. Lett volna lehetőségem Franciaországban, de vízumgondok miatt ezt elszalasztottam. Így végül intenzív terápiás orvosnak szakosodtam, mert ez állt a legközelebb a sürgősséghez.

– *Ha jól tudom, a Sürgősségi Rohammentő-Szolgálatot, a SMURD-ot legelőször Kolozsváron szerette volna létrehozni az egyetemi évei után. Miért nem sikerült?*

– Nem lehetett, tiltakozott a mentősök szakszervezete. Úgy érezték, elvenném a kenyerüket.

– *Miért, mekkora az átfedés a rohammentő szolgálat és a hagyományos mentőszolgálat között?*

– A rohammentő szolgálat is kétféle lehet: az egyik tulajdonképpen egy mozgó intenzív terápiás egység, a másik az elsősegélyt nyújtó egység. Az előbbi tűzoltókból és sürgősségi esetek ellátására szakosodott, illetve intenzív terápiás orvosokból áll. Ez vegyes csapat, amely a legsúlyosabb eseteket is képes a lehető legnagyobb hatékonysággal ellátni, mert tűzoltók és orvosok szakértelmét integrálja. Az elsősegélyt nyújtó egységben nincs orvosi személyzet, csak tűzoltók, akiket paraorvosoknak képeztek ki. Beavatkozásuk az elsősegélynyújtásra korlátozódik: ha ezzel végeztek, elszállítják a beteget a legközelebbi kórházba, vagy megvárják az orvosi segítséget. Az előbbi egység francia–német, utóbbi kanadai–amerikai modell szerint tevékenykedik. A mentősökhöz képest az egyik többletet a tűzoltók jelentik, akik a nehezen megközelíthető baleseti helyszínekhez is el tudnak jutni, a beteget a legnehezebb körülmények közt is el tudják látni. A SMURD-egységek egyébként a belügyminisztériumhoz tartoznak. Azt kell mondanom, hogy a tűzoltók sokkal receptívebbnek mutatkoztak a kezdeményezéseim iránt az orvostársadalomnál. Segítségükkel alakult meg a SMURD röviddel Maros megye után Bihar, majd Szeben megyében is.

– *Eleinte Marosvásárhelyen is ellenállásba ütközött, amikor létre akarta hozni a SMURD-ot...*

– Igen, ott is akadályokat gördítettek elém. Ám segítséget kaptam a megyei kórház intenzív osztályának akkori vezetőjétől, Mircea Chiorean professzortól, és felkarolta elképzeléseimet a helyi tűzoltóparancsnok is.

– *Mégis, mi volt a legfontosabb oka az ellenszegülésnek? A szakmai féltékenység? Az újtól való idegenkedés?*

– Mindezeknek az egyvelege: a mentalitás, az újtól való félelem, érdekek féltése.

– *Az mennyire számított akadállynak, hogy önt Arafatnak hívják?*

– Azt nem állítanám, hogy ez föltétlenül akadályt jelentett. Ám a nevemet egyesek valóban felhasználták ellenem, amikor már kifogytak az érvekből. Sok ilyen eset azonban nem volt, és úgy tudom, le is hurrogták azokat annak idején, amikor arab származásommal hozakodtak elő.

– *Marosvásárhelyre 1990 szeptemberében költözött, néhány hónappal a márciusi etnikumközi villongások után. Milyen volt a hangulat a városban?*

– Akkor még érezhetően feszült volt a légkör. Az érdekes azonban az, hogy ez a feszültség nem volt érzékelhető azoknak az embereknek a körében, akikkel akkor elkezdtem együtt dolgozni. S jelezném, hogy az első SMURD-csapatom fele magyar, másik fele román ember volt. Ez az arány egyébként azóta sem változott a marosvásárhelyi SMURD-nál, ahol továbbra is nagyon jó a csapatszellem.

– *A marosvásárhelyi SMURD megalakulása utáni években mikor érezte először azt, hogy elfogadottá vált a rohammentő-szolgálat az egész országban?*

– A SMURD elfogadtatása hosszas folyamat volt, nem kötném egy adott momentumhoz. A kilencvenes évek végén fogadta el a parlament a tűzoltóság tevékenységét szabályozó törvényt, amely már lehetővé tette, hogy a tűzoltók bekapcsolódhassanak a sürgősségi egészségügyi ellátásba. Később, 2003-ban hozták meg azt a sürgősségi kormányrendeletet, amely a helikopterek bevetését szabályozta sürgősségi esetekben. A legfontosabb mozzanat azonban az egészségügyi reformról szóló törvény elfogadása 2006-ban. Ez a jogszabály külön fejezetben szabályozta a sürgősségi egészségügyi ellátást, s már tételesen szerepel benne a SMURD is.

– *Hogyan sikerült elfogadtatni ezeket a törvényeket? Politikusoknál kellett lobbiznia?*

– Nem föltétlen lobbiról van szó. Természetesen sok politikussal álltam szóba, elmagyaráztam, miért lenne szükség a SMURD-ra. Szerencsém volt, mert többen közülük elfogadták az érveimet. Külön meggyőző munkát kellett végezni azért, hogy a SMURD létrejöhessen, majd utána azért, hogy megmaradjon.

– *Hogyan viszonyultak az évek során az egyes miniszterek ehhez a kérdéshez?*

– A SMURD létrehozásában a belügyminisztérium és az egészségügyi tárca is illetékes. Tulajdonképpen egyik belügyminiszternél sem ütköztem ellenállásba. Az egészségügyi minisztérium akadályoztatott a munkámban. Voltak olyan miniszterek, akik kifejezetten elleneztek a SMURD létrehozását. Akadtak olyanok, akik nem is álltak mellém, de nem is akadályoztak. S természetesen voltak olyan tárcavezetők, akik elismerték a SMURD létjogosultságát, és mellém is álltak.

– *Neveket említene?*

– Nagyon sok támogatást kaptam a belügyminiszterek közül Ioan Rustól, mandátuma alatt fogadták el a helikopterek bevetéséről szóló sürgősségi kormányrendeletet. Az egészségügyi miniszterek közül Hajdú Gábor segített sokat, a kilencvenes évek végén. Hajdú Gábor és Dudu Ionescu akkori belügyminiszter 1999-ben megállapodást írt alá a két tárca együttműködéséről a sürgősségi egészségügyi ellátás terén. Ha ez a megállapodás az aláírása pillanatától napjainkig mindvégig érvényben lett volna, a SMURD-hálózat jóval előbb állna, mint most. Hajdú mandátuma alatt beszereztük az első két helikoptert a rohammentősöknek, világbanki kölcsönből korszerűen felszereltük a SMURD-egységeket. Következett a 2001-es kormányváltás, és az új egészségügyi miniszter mindent leállított. A tárcaközi együttműködési megállapodást is felmondta. Érdekes, hogy az akkori kormány belügyminisztere támogatta, ahogy tudott. Vagyis ugyanannak a pártnak a két politikusa ellentétesen viszonyult ugyanahhoz az ügyhöz. Így elmondhatom, hogy nem a pártokkal gyűlt meg a bajom, hanem egyes politikusokkal. A 2005-ös kormányváltáskor ismét kedvezőbbé vált a légkör, újból téma lett a SMURD fejlesztése. Eugen Nicolaescu egészségügyi miniszter nevéhez fűződik a már említett 2006-os törvény, amely a rohammentőszolgálat jogi háttérét biztosította. Ekkor sikerült ismét javítani – 1999 után először – a SMURD felszereltségén. Kissé aggódtam, amikor újabb kormányváltás következett, de végül nem voltak problémák.

– *Hol tart most a SMURD?*

– Jelenleg összesen 35 romániai megyében működik a rohammentő-szolgálat. Ion Bazac egészségügyi miniszter mandátuma idején sikerült több megyében is bevezetni a SMURD-ot, utána forráshiány miatt a folyamat egy időre lelassult. Cseke Attila miniszter ismét lendített egyet az ügyön, folytatódnak a közbeszerzések a szolgálat felszerelésére, sőt az érvényben lévő keretszerződés a finanszírozást négy évre biztosítja. Hamarosan újabb helikoptereket is kap a SMURD, így a jelenlegi három helyett összesen nyolc légi egysége is működik majd az országban. Ám nem csak a felszereltségen fejlesztünk. Ugyanolyan fontos a személyzet folyamatos képzése is, amely most már biztosítva van.

– *A politikusok és az orvostársadalom egy része nem, de a közvélemény nagyon kedvezően fogadta a SMURD-egységek megalakulását. Mára a rohammentő-szolgálat egyike a kevés közintézménynek, amelyben megbízik a lakosság. Mi ennek a titka?*

– Sokan mondják, hogy a sajtónak köszönhetően vált népszerűvé a SMURD. A látványos életmentő akciókat mindig felfuttatja a média. Szerintem nem feltétlenül a sajtónak köszönhető a kedvező fogadtatásunk. Nagyon sokat számít, ahogy az emberekhez viszonyulunk. A SMURD-csapatoknak mindig sikerül gyorsan beavatkozni ott, ahol segítségüket kérik, nem kell órákat várni rájuk. Számít az is, hogy a személyzet egy része tűzoltókból áll, és a tűzoltókat köztudottan nagyon becsüli a lakosság.

– *Mennyire járul hozzá mindehhez a SMURD vezetőjének karizmatikus egyénisége?*

– Lehetnék én bármennyire is karizmatikus személyiség, ha a SMURD nem működne jól, a lakosság biztos nem bízna ebben a szolgálatban. Az a fontos, amit az emberek a SMURD bevetésekor a terepen tapasztalnak. Csak egy példát mondok: amióta a rohammentő-szolgálatot Bukarestben bevezettük, jelentősen lecsökkent a beavatkozási idő a sürgősségeknél a mentősök esetében is. Az emberek ezt naponként tapasztalhatják.

– *Hogyan került a fővárosba, az egészségügyi minisztériumba?*

– Eugen Nicolaescu ajánlotta fel 2007-ben a helyettes államtitkári tisztséget. Nagyon fontos kikötésem volt, hogy nem akarok párttag lenni, a politikába keveredni. Több párt is megkörmékeezett azóta is, de én nemet mondtam.

– *Négy éve tölti be ezt a tisztséget, azóta kormányok mentek-jöttek, ön maradt. Hogy sikerült?*

– Azt hiszem úgy, hogy sikerült megértetnem a politikusokkal: a sürgősségi egészségügyi ellátás nem tesz különbséget az emberek között, semmilyen tekintetben. Erre az ellátásra az országnak szüksége van, függetlenül attól, hogy ki van hatalmon. A rohammentő-szolgálatnak egyetlen célja van: hogy életet mentsen.

– *Mi jelent nagyobb elégtételt: az, hogy sikerült elfogadtatnia és kiterjesztenie a SMURD-ot, vagy az, hogy fontos tisztséget kapott a minisztériumban?*

– A tisztség semmiképp nem volt öncél. Am kinevezésem lehetővé tette a radikális változást a sürgősségi egészségügyi ellátás terén. Sokkal nehezebb lett volna mindezt mondjuk Marosvásárhelyről elérni. Bukarestben dől el a SMURD törvényi háttere, a finanszírozása. A legnagyobb elégtétel az, hogy kinevezésem révén sikerült eredményeket is elérnem. Egyedül természetesen nem sikerült volna, ehhez a politikusok megértése is kellett. Kormánypénzek nélkül, a minisztériumok közti együttműködés nélkül nem lehetett volna fejleszteni a SMURD-ot.

– *Milyen együtt dolgozni Cseke Attila jelenlegi miniszterrel?*

– Azt kell mondanom, hogy tökéletes az együttműködésünk. Cseke Attila nem orvos, és ez szerintem előnyére válik. Inkább a beteg szempontjait tartja szem előtt döntéshozatalkor. Mandátuma alatt felgyorsultak a dolgok a sürgősségi egészségügyi ellátás terén: bővültek, korszerűsödtek a beteget befogadó egységek. Változtak azonban a dolgok más területeken is.

– *A miniszter által kezdeményezett kórház-decentralizáció mennyiben érinti a sürgősségi ellátást?*

– Nem érinti. A kórházak sürgősségi ellátást biztosító osztályait továbbra is az egészségügyi minisztérium finanszírozza és tartja ellenőrzése alatt. És nagyon jól van ez így, mert különben egyensúlyzavarok álltak volna be e részlegek fejlesztésében. Amúgy a decentralizáció jótékony hatású a sürgősségi ellátásra is. Akadtak önkormányzatok, amelyek példás módon fektettek be a kórházak sürgősségi osztályaiba.

– *Korábban egy interjúban azt nyilatkozta: „nem tudom magam elképzelni egy irodában ücsörögni.” Ehhez képest most is az irodájában ülünk, és beszélgetünk.*

– Alig ülök az irodában, rengeteget járok terepre. Szeretek személyesen a helyszínen lenni a fontos ügyek megoldásakor. Ezen kívül nem szakítottam a sürgősségi esetek ellátásával sem. Néha éjszakai ügyeletet is teljesítek, a legutóbbi karácsony éjszakát is terepen töltöttem. Az én irodai munkámra egyébként csak addig van szükség, amíg teljesen kiépül és önjáróvá válik a sürgősségi egészségügyi ellátás rendszere Romániában. Ez azonban nem akadálymentes folyamat.

– *Milyen újabb akadályokra gondol?*

– A sürgősségi egészségügyi ellátás kifejlesztésekor kezdetekben maga az újítás szándéka okozott nehézségeket. Az ellenállást sikerült legyőzni, ám mára már teljesen más természetű gondok lépnek fel. Arról beszélek, hogy egyesek üzletet látnak a sürgősségi ellátásban, azt szeretnék, ha ez az egészségügyi szolgáltatás piacosodna. A jelenlegi törvény értelmében a sürgősségi ellátásért az állam felel, a betegnek pedig minden további nélkül joga van ehhez az egészségügyi szolgáltatáshoz. A jogszabály ugyanakkor lehetővé teszi a piaci szereplők megjelenését ezen a területen, ám nagyon korlátozza hozzáférésüket az állami támogatáshoz. Emiatt meg is támadták 2009-ben az Alkotmánybíróságon, ám próbálkozásuk nem járt sikerrel. A taláros testület nem látott abban diszkriminációt, ha a sürgősségi ellátást az állam monopolizálja. Ezek az érdekcsoportok most törvénymódosítást nyújtottak be a parlamentbe néhány politikus révén. Javaslatuk szerint a jogszabályból ki kellene venni azt a passzust, amely a SMURD-ot stratégiai fontosságú intézményként határozza meg. Jelenleg ugyanis a törvény szerint a SMURD a tűzoltósághoz és a mentőszolgálathoz hasonló stratégiai fontosságú intézmény. A törvénymódosítás emellett bevezetné a piaci versenyt a sürgősségi egészségügyi ellátás összes területére.

– *Miért baj, ha ez a szolgáltatás piacosodik?*

– Ezek az érdekcsoportok nagyon szép köntösbe bújtatják szándékaikat. Arra hivatkoznak, hogy a verseny csak javít a szolgáltatások minőségén. Ez természetesen működik is, ha más típusú termékekről vagy szolgáltatásokról van szó. A sürgősségi ellátás területén azonban szerintem nem. Ilyen alapon a honvédelmet, a közrend védelmét is piacosítani kellene. Románia nagy ország, ezért sérülékenyebb is: az árvizek, földrengések számos áldozattal járhatnak. Akadt nem egy ország, amely a sürgősségi ellátás piacosításával próbálkozott, s végül az egész szolgáltatási rendszer összeomlott. A folyamat ugyanis a következő lenne Románia esetében: ahogy a törvény lehetővé tenné, megjelenének az országban az erős külföldi cégcsoportok, amelyek kezdetben nagyon alacsonyan tartanák az árakat. Ezután szép csendben elszívják a munkaerőt az áraikkal versenyezni képtelen állami sürgősségi ellátástól, s a folyamat végén egyedül uralnák a piacot. Ezután pedig olyan árat szabnának, amilyet akarnak.

– *Szintén egy korábbi interjúban nyilatkozta: akkor volt a legboldogabb, amikor megkapta a román állampolgárságot. Munkáját sokan akadályozták Romániában. Nem volt olyan pillanat az életében, amikor azt mondta: elegendem van, itt hagyom ezt az országot?*

– Igen, volt olyan nap, különösen a kilencvenes években, amikor úgy éreztem: az akadályok megbénítanak, ellehetetlenítik a munkámat. Ilyenkor hazamentem, aludtam rá egyet, és szépen lassan kialakult a megoldás. Jól döntöttem, hogy nem adtam fel, ennek bizonyítéka az, hogy most itt lehetek, ebben az irodában.

URAY ZOLTÁN

CÉLKÖVETŐ TESTEDZÉS

■ Az egészség olyan állapot, amelyben az egyén jól érzi magát, és megfelelő a fizikai és a szellemi teljesítménye. Az élet tudatos igenlése, az élni akarás, a kitűzött életcél ad értelmet az egészség tudatos megőrzésének. Az emberi egészséget négy alapvető tényező határozza meg: a genetikailag öröklött tulajdonságok (20–25 százalékban), az életmód (35–40%), a környezet (25–30%) és az egészségügyi ellátórendszer működése (15%). Az egészségmegőrzés szempontjából kiemelkedően fontos az *életmód* szerepe. Minden egyén tudatosan formálhatja saját életmódját, vagyis a mindennapi tevékenységét meghatározó tényezők összességét.

Az egészséges életmód összetevői az egészséges táplálkozás, a rendszeres fizikai aktivitás/testedzés, a személyi higiéné, a harmonikus családi élet, a kiegyensúlyozott szexualitás, a szakmai tevékenység (hivatás), a pozitív társadalmi és baráti kapcsolatok, a stressztűrés-stresszkezelés, az időben orvoshoz fordulás (önkontroll), a baleset-megelőzés, a dohányzás mellőzése, a minimális alkoholfogyasztás, a drogtagadás és az egyéni környezettisztelet, környezetvédelem. Tudományos meghatározás szerint fizikai aktivitás bármiféle izomösszehúzóódáshoz társuló testmozgás, amely az energia-ráfordítást a nyugalmi szint fölé emeli. A testedzésen olyan fizikai aktivitást értünk, amelyet tervezetten, strukturáltan, repetatív módon végeznek, és aminek a célja a fizikai fittség megőrzése és javítása. A testedzés fő tényezőként összefügg az egészséggel és az életminőséggel, valamint magában foglal minden sport- és szabadidős aktivitást és olyan tevékenységeket, amelyek fokozott fizikai igénybevételt jelentenek.



**A rendszeres testedzés
számos
szervrendszerünk
részéről tartós
adaptációs folyamatot
indít el...**

Az egészséges életmód formálásának és megőrzésének egyik legmeghatározóbb komponense a rendszeres fizikai aktivitás és a sport, amely sajátosan összetett műveltségi terület, és ilyenképpen egyenrangú más műveltségi és kultúraterületekkel. Az egyéni adottságokat (életkor, aerob és anaerob teljesítőképesség, izomerő, hajlékonyság, koordinációs képesség, egészségi állapot stb.) felmérő és ezen paraméterek alapján kiválasztott testmozgástípusok (izometrikus, izotonikus, izokinetikus, anaerob és aerob) tartalmának, intenzitásának és gyakoriságának szakszerű alkalmazásával fenntarthatjuk fizikai és szellemi jólétünket és teljesítményfokozó képességünket.

A testedzés az egészséges életmód része, a szabadidő eltöltésének hasznos módja, az egészségprevenció és a rekreáció meghatározó tényezője. Általános kedvező hatásain túlmenően sikerrel alkalmazható egyes betegségek megelőzésében, kezelésében és rehabilitációjában. Világszerte rendszeres kutatások folynak a testedzési irányelvek, módszerek, szokások és az egészségügyi állapot közötti kiterjedt kapcsolatrendszer feltárására. A sporttudományi és orvosi egyetemek szakembereinek elméleti és gyakorlati, kísérleti és klinikai vizsgálatai alapján bebizonyosodott, hogy a rendszeres fizikai aktivitás számos anatómiai, élettani anyagcsere-folyamatot, neuroendokrin és pszichikai funkciót pozitívan módosítani és javítani képes.

Antihipertenzív hatások

■ A rendszeres és célkövető testedzés révén csökken a perctérfogat, a szimpatikus aktivitás, a keringésben emelkedik az értágító típusú anyagok (prostaglandinok, kininek, dopamin) mennyisége, csökken a hyperinsulinaemia és a teljes perifériás ellenállás. A leírt folyamatok érvényesülnek a hipertónia megelőzése és kezelése során. A keringési rendszernek a fizikai terheléshez való alkalmazkodása és adaptációja jótékonyan befolyásolja a koszorúerek funkcióját; javul a szívizom oxigénellátása, növekszik a kollaterális erek száma, fokozódik a szívizom perfúziója, javul a lipoprotein profil és az inzulinérzékenység; ugyanakkor csökken az elhízás veszélye, fokozódik a fibrinolízis, csökken a trombocita-aggregáció; alacsonyabb lesz a szívizom terhelésekor fellépő oxigénigény; kisebb lesz a szisztolés/diasztolés nyomás, alacsonyabb a perctérfogat és a catecholaminszint; javul a szívizom funkciója, nő a verőtérfogat, az ejekciós frakció és a kontraktilitás, csökken az afterload. A testedzésnek a kardiovaszkuláris rendszerre való pozitív hatása a gyógyításban is érvényesül. A kardiológiai betegek mozgásterápiája, aktív rehabilitációs programja jelentős mértékben javítja a betegek életminőségét, csökkenti az elhalálozások számát.

Az elhízás megelőzése

■ A kalorikus túltáplálásból és a mozgásszegény életmódból adódó kövérség a lakosság jelentős százalékát érinti. A jól megtervezett, megfelelő intenzitású és rendszerességű fizikai aktivitás alapelve és kiegészítője az elhízás diétás és gyógyszeres kezelésének. A megfelelő étrenddel párosított testedzés szabályozni képes a szervezet energiabevitelét és -felhasználását. Így lehetővé válik az ideális testsúly fenntartása, a zsírszövet csökkentése és az izomtömeg megerősödése. Az elhízás megítélésére hasznos mutató a testtömegindex (BMI), melynek értékei: soványoknál 17–18, normális testsúlyúaknál 22–24, túlsúlyosoknál 26–29, elhízottaknál 33–37, jelentősen elhízottaknál 40–44 között váltakozik. Súlyos mértékű elhízás esetén (BMI = 35–40) a hipertenzív szívbetegség, a stroke, a hirtelen szívhalál magas kockázatával lehet számolni. A szív- és érrendszeri betegségek kockázata kétszeresére emelkedik minden 10 Hgmm-diasztolés és 20 Hgmm szisztolés vérnyomás-emelkedés alkalmával. A testtömeg 10 kg-os növekedése 2–3 Hgmm szisztolés és 1–3 Hgmm-es diasz-

tolás vérnyomás-emelkedést okoz. A rendszeres mozgás biztosítja a metabolikus fittséget, csökkenti a testsúlyt és az elhízás következtében fellépő betegségeket.

A lipidanyagcsere javítása

■ A rendszeres testedzés csökkenti az összkoleszterin-mennyiséget. Az összkoleszterin mellett fontos szerepe van az egyéb koleszterint szállító lipoproteineknek. Ilyenek a magas denzitású lipoproteinek által szállított HDL-koleszterin, az alacsony denzitású lipoproteinek által szállított LDL-koleszterin és a nagyon alacsony denzitású lipoproteinek által szállított VLDL-koleszterin. Az érelmeszesedés, a hipertónia és a kardiovaszkuláris betegségek létrejöttében meghatározó az LDL és a VLDL koleszterin-mennyiségének és szerepének megítélése. Az LDL-koleszterin (atherogén lipoproteinek főkomponense) szintjét a fizikai aktivitás fiziológiás-normál szinten tartja. A HDL-koleszterin (védőkoleszterin) illetően számos tanulmány bizonyította, hogy a testmozgás, a fizikai terhelés, a rendszeres edzettség emeli a HDL koncentrációját. A magasabb HDL-koleszterinszint és az ezáltal biztosított koleszterintranszport védi a szervezetet az érelmeszesedés és a kardiovaszkuláris komplikációk kialakulásától. A testmozgásnak számos előnyös hatása van a lipidanyagcserére.

Testmozgás és cukorbetegség

■ A 2-es típusú cukorbetegség elsődleges rizikófaktor a elhízás. Hosszú távú szövődményei között szerepelnek a különböző szív- és érrendszeri betegségek, a koszorúér-betegség, a szívinfarktus, az agyvérzés, az artériák szűkülése, a trombózis, valamint az idegkárosodás, a vesekárosodás, a szemkárosodás, sőt az Alzheimer-kór is.

A helytelen táplálkozás és a mozgáshiányos, ülő életmód 60 százalékban okozhatja a cukorbetegséget, 35 százalékban a vastagbél-, végbél-, a mell- és prosztatatarák, 30 százalékban az epehólyag-betegségek, 25 százalékban a mozgásszervi megbetegedések és 20 százalékban a szív- és érrendszeri betegségek kialakulásáért. A gyógytornászok és orvosok által irányított rendszeres fizikai aktivitás hatására javul az inzulin hatása és a glukóztolerancia, csökken a hiperinzulinaemia, fokozódik az inzulinérzékenység, csökken a testtömeg, előnyösen alakul az egyes lipidfrakciók aránya, és csökkennek a betegség szövődményei.

Az immunrendszer működésének javítása

■ A rendszeres, megfelelő intenzitású fizikai aktivitás a celluláris és humorális immunválaszt egyaránt pozitívan befolyásolja. A terhelés hatására a B-limfociták száma nő, az IgA koncentrációja csökken. A T-limfocitákhoz kötött immunválasz egyesek szerint nem változik jelentősen, mások szerint pedig a helper/szupresszor sejtek aránya csökken. A természetes ölősejtek (NK-sejtek) száma és aktivitása a fizikai terhelés hatására jelentősen nő, amit a fokozott katecholamin és b-endorfin elválasztásával magyaráznak. A fizikai terhelés intenzitásától függően változik a leukociták száma. Edzett állapotban a leukocitózis csökken. Ugyanakkor a terhelést követő leukocitózis átmeneti jellegű, általában 15–45 perc. A fehérvérsejt-változás mechanizmusa többféleképpen magyarázható. Ezek a hemokoncentráció, a tüdő fokozott perfúziója, mely több fehérvérsejtet juttat a keringésbe, a fokozott katecholamin-szekréció, mely a fehérvérsejteket a raktárakból mobilizálja, az emelkedett glukokortikoid-szint, amely a granulocitákat mozgósítja a csontvelőből, valamint az interleukin mennyiségének megemelkedése, mely stimulálja a granulocitózist.

A testmozgás képes az immunműködést gátló stresszhatások csökkentésére, kivédésére, ezért a rendszeres fizikai aktivitást végző személyek ritkábban betegednek meg, és náluk a fertőzések gyakorisága, súlyossága és időtartama is csökken. Tanulmányok az a megállapítás, miszerint a túlzott intenzitású fizikai aktivitás felerősítheti az immunrendszer diszfunkcióit, megnövelve ezáltal a betegségekre való fogékonyságot, amit az élsportolók fokozott érzékenysége is igazol. A mérsékelt intenzitású rendszeres testmozgás megnövekedett neutrofil ölükapacitással jár együtt, amíg az erőteljes, túlzott intenzitású testmozgás ellentétes hatást von maga után. A mindennapos, mérsékelt intenzitású és időtartamú fizikai aktivitás pozitív hatással van az immunrendszerre és a szervezetre, jelentősen képes javítani az egészségi állapotot és az életminőséget.

Endokrinológiai válaszok, feszültségoldó hatások

■ A testedzés vagy fizikai terhelés a szervezetre stresszhatást gyakorol, amely minden szervrendszer részéről válaszreakciót vált ki. A válaszreakció a megterhelés nagyságától függően lehet kedvező (pozitív stressz) vagy kedvezőtlen (negatív stressz). A rendszeres kis vagy közepes intenzitású testgyakorlatok az állóképesség fokozódásához, adaptációhoz vezetnek. Vázizmaink működésének biztosításához több energiára, több oxigénre van szükség, amit az anyagcsere, a szív, a tüdő fokozott munkájával biztosít a szervezet. Jól edzett (trenírozott) állapotban adaptációs folyamatok indulnak be. A megerősödött izom ugyanazt a munkát egyre kevesebb izomrost segítségével fogja elvégezni. A hatásfoknövelés a szívet és a tüdőt is érinti.

A testedzés-sport hatására bekövetkező endokrinológiai válaszok sok esetben fellelősek a pozitívan megváltozott élettani és immunológiai funkciókért. A fizikai megterhelés, a testedzés növeli a plazma endorfin-szintjét, valamint a catecholaminok és a glükokortikoid hormonok szérumkoncentrációját. Női sportolóknál az intenzív edzés hatására menstruációs zavarok léphetnek fel. A testsúly csökkenése mellett csökken a follikulusstimuláló, a luteinizáló hormonok, a prolaktin és az ösztadiol szérum-koncentrációja. Ezek az elváltozások az edzések számának és intenzitásának csökkentésével megszűnnek. Férfi sportolóknál a normál intenzitású testedzés növeli a tesztoszteronszintet, a túlterhelés hatására viszont mind a tesztoszteron, mind a prolaktin plazmaszintje csökken.

A kolozsvári Nukleáris Orvostudományi Intézetben végzett állatkísérleteink igazolták, hogy a hosszú távú, közepes intenzitású mozgás (patkányok úsztatása, futtatása) a gonádok 10–15 százalékos növekedéséhez vezet. A túlterhelés, a gonádok funkció- és súlycsökkenését vonta maga után. A rendszeres testedzés feszültségoldó, hangulatjavító, szexuális funkciókat normalizáló, munkakedvet növelő és önbecsülést fokozó hatásait „nemre és korra való tekintet nélkül” számos kutató bizonyította.

Testmozgás és élettartam

■ A gerontológusok szerint a rendszeres mozgás, testedzés nem lassítja az öregedési folyamatokat. Meghosszabbítja az élettartamot azzal, hogy módosítja a betegségek, főleg a szív és érrendszeri megbetegedések lefolyását és ezek mellékhatásait. A testmozgás későbbre tolja és csökkenti a szív és érrendszeri betegségek, a cukorbetegség, a csontritkulás és a magas vérnyomás előfordulását. A mozgás idősebb korban is jó közérzetet teremt, csökkenti a szorongást, a levertséget és a stresszhatásokat.

Számos kutató kimutatta, hogy a patkányok úsztatása vagy futtatása megnöveli a várható élettartamot, különösen a fiatal állatok esetében. Az emberi élettartamot vizsgáló kutatások változatos eredményekről számolnak be. Londoni kutatók felmé-

rései szerint az ülő életmódú buszvezetők rövidebb ideig élnek, mint a többet mozgó jegyszedők. Az angliai cambridge-i és az amerikai michigeni egyetem kutatói harminc éven át vizsgálták a sportoló és a nem sportoló diákok átlagos élettartamát, és arra a konklúzióra jutottak, hogy a két csoport átlagos élettartama megközelítőleg egyenlő. A Harvard Egyetem kutatói szerint a sportoló diákok átlagos élettartama hat évvel magasabb a nem sportolóknál. A stanfordi egyetem felmérései szerint 1700 35 és 74 év közötti volt diák adatainak vizsgálata azt mutatta, hogy a halandóság csökken, míg a fizikai aktivitáshoz szükséges energiaráfordítás nem érte el a heti 3500 kilokalóriát, efelett a halandóság növekedett. Azoknál a diákoknál, akik heti 2000 kilokalória energiát fordítottak testedzésre, a halandóság 25–33 százalékkal alacsonyabb volt, mint inaktív társaiknál.

Egy amerikai életbiztosító több mint ezer profi kosárlabdázó adatait vizsgálta. A profi sportolók halandósága 25 százalékkal alacsonyabb volt az összlakosság átlagánál.

Az adatok többsége arra utal, hogy a rendszeres testedzés hatására mind a születéskor várható élettartam, mind az egészségben eltöltött élettartam nő. A gerontológusok szerint 55–60 éves kortól a sport egészségvédő hatásai csökkennek, 65–70 év felett a sportolók betegségekre való hajlama és halandósága egyenlő lesz a nem sportolókéval. Ebben a korban a genetikai és az alkati tényezőknek van döntő szerepük az életmód többi meghatározó tényezői mellett.

A rákos megbetegedések megelőzése

■ A rákos megbetegedések kialakulásában a genetikai, a környezeti, az immunológiai és az endokrin tényezőknek meghatározó szerepe van. Feltételezhető, hogy a daganatok előfordulási gyakoriságának csökkentésében a fizikai aktivitás hatására kialakuló magasabb immunrendszeri aktivitás, valamint az endokrin rendszer működésében bekövetkező adaptációs változások kiemelt jelentőséggel bírnak. A fizikai aktivitás és rákos megbetegedések megelőzésének kérdésével számos szerző foglalkozott, és ma is intenzív kutatások folynak e témakörben. 2002-ben készült el egy amerikai epidemiológiai felmérés, amely tizenegyfélé rákos megbetegedés esetében végzett összehasonlító vizsgálatokat a rendszeres testmozgás hatásáról a rákos megbetegedések előfordulási gyakoriságának a változásaiban, a testedzés prevenciók hatásairól. Az eredmények így alakultak: a vastagbél- és végbélrákok esetében 40–50%, a mellráknál 30–40%, a prosztataráknál 10–30%, az endometrium esetében 30–40%, a tüdőráknál 30–40%, a hereráknál 10–30%, a petefészekrák vonatkozásában 20–30%. A vese-, a hasnyálmirigy-, a pajzsmirigy- és a melanoma esetében 0%-os esélyt állapítottak meg.

A vastagbél- és a mellrák esetében az epidemiológiai bizonyítékok meggyőzőek, a prosztata-, endometrium- és tüdőrák esetében valószínűek, a többi vizsgált rákos megbetegedésnél a felmérések adatai negatív eredménnyel zárultak arra vonatkozóan, hogy a rendszeres testedzés preventív hatással van-e a rákos megbetegedések előfordulásának csökkentésére.

A testedzés rákmegelőző hatását a vastagbél esetében a gyomor-bél rendszer tranzitidejének gyorsulásával, az epe kiválasztás és a prosztaglandin-szekréció csökkenésével magyarázzák. A mellrák esetében a folikulinstimuláló, a luteinizáló hormonok, valamint az ösztadiol szekréciójának és szérumkoncentrációjának csökkenését tartják meghatározónak. A fizikai aktivitás késlelteti a menstruációt, csökkenti az ovulációs ciklusokat és az ovariumok ösztrogéntermelését. Csökkenti az elhízást és a zsírszövet által termelt ösztrogén mennyiségét. A prosztatarák megelőzésének lehetőségeit a fizikai aktivitás tesztoszteron és prolaktin plazmaszint csökkentő hatásával magyarázzák.

A rendszeres testedzés megemeli a szexhormonkötő-globulin termelődését, ami csökkenti a szabad tesztoszteron plazmakoncentrációját. A testmozgás rákmegelőző hatásában az endokrin rendszer pozitív módosulásai mellett nagyon jelentős az immunrendszer erőteljes aktiválódása, a humorális és celluláris immunválasz fokozódása.

A rendszeres testedzés számos szervrendszerünk részéről tartós adaptációs folyamatot indít el, így a kardiovaszkuláris, az izomzat, az anyagcsere- és endokrin-rendszer részéről, amelyek szintén hozzájárulnak a daganatos betegségek megelőzéséhez. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) előrejelzései szerint 2020-ban közel 50 százalékkal, 15 millió/évre emelkedhet a rákos esetek száma, ugyanakkor megjegyzik, hogy a prognosztizált esetek egyharmadát jó táplálkozással, rendszeres testmozgással és egészséges életmóddal meg lehetne előzni. A prognosztizált rákos megbetegedések közül az első három helyet a tüdő-, a vastagbél- és mellrákok foglalják el, melyek előfordulási gyakoriságát hatékonyan befolyásolni lehet a rendszeres fizikai aktivitással.

Az első nyolc fejezetben a szerintünk legfontosabb szervrendszereket elemeztük. A teljesség kedvéért még megemlíjtük, hogy a rendszeres fizikai aktivitás megelőzi a csontritkulást, kiváltó stresszoldó, megelőzi a megfázást, csökkenti az asztma súlyosságát, hozzájárul az egészséges terhességhez, segít az alvási problémák megoldásában, jó hatással van a szexuális életre, javítja az egész test oxigén- és tápanyagellátását, erősíti az izmokat (a vázizomzat a test tömegének 45 százalékát adja, ez kb. 30–40 kilónyi izomtömegnek felel meg, és ennek több milliárdnyi izomrostja igényli azt, hogy használják is), segít az ízületi gyulladások esetén, elősegíti a tüdőfunkciót, a légzési adaptációt, növeli a vitálkapacitást, növeli a tüdőalveolusok kapillárizációját, stimulálja az eritropoezist, javítja önértékelésünket és közérzetünket, növeli az akaraterőt és az önfegyelem kialakítását, a mozgás hangulat- és kedélyjavító, hatásos gyógymód a depresszió ellen, a krónikus betegségekben segít megőrizni vagy javítani a teljesítőképeséget és jobb életminőséget biztosít.

A testedzés, a sport egészségfejlesztő, egészségmegőrző, betegségmegelőző programok közvetítésével, segítségével épül be az emberek hétköznapijaiba mint a harmonikus életmód egyik fontos összetevője. A fizikai aktivitás mindegyik programban jelen van, ám annak tartama, szintje, intenzitása, időtartama, jelentősége, hozzájárulása programonként különböző és szakemberek által tudományosan kidolgozott. Számtalanszor hangsúlyoztuk a rendszeresség, a fokozatosság, az egyéni képességekhez-adottságokhoz alkalmazkodó testmozgás fontosságát. Ha elhatározzuk, hogy valamilyen céllal rendszeresen sportolni-testedzeni kezdünk, jobb, ha előzőleg kikérjük a szakemberek (orvosok, sportorvosok, edzők, gyógytornászok) tanácsát. Rendszeres testedzésnek számít a napi 30–60 perces séta, a 20–30 perces kocogás heti öt-hat alkalommal. A napi reggeli és esti 10–15 perces, minden izomcsoportot megmozgató torna. A sportok közül a szakemberek előnyben részesítik az úszást, a természetjárást, a különféle aerobiktréningeket és a labdajátékokat. Az utóbbi időben megjelentek az új mozgásprogramok (fitness, wellness) és az új sporteszközök, amelyek színesítik, kibővítik az eddig bevált sporttípusokat.

■ IRODALOM

- Courneya, Kerry S., – Friedenreich, Christine M: Physical Activity and Cancer. Ed. Springer, 2010.
Derevenco, Petru: Efortul și sistemul endocrin. Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1976.
Dickhuth, Hans Herman: Sportélettan, sportorvostan. Dialog Campus Kiadó, Bp., 2007.
Dimeo, F. C.: Körperliche Aktivität und Krebs. Sportmedizin, 52. 9. 2001.
Ember István: Környezet-egészségtan. Dialog Campus Kiadó, Bp., 2006.
Falus András: Fejezetek a genomléptékű biológiából és orvostudományból. Semmelweis Kiadó, Bp., 2006.
Jákó Péter: A testedzés szerepe néhány betegség megelőzésében. Orvosi Hetilap, 1995. 136. 44.
Kruk, Ioana et al: The role of physical activity in the prevention of cancer. Cancer Therapy. Vol. 169–180.
Pucsk József: A rendszeres fizikai aktivitás hatása a szervezetre. Komplementer Medicina, 2000. 5.
Simon Tamás: Az egészség alapja az egészségnevelés. Természet Világa, Különszám, 2003. 124.
Téglásy György: Táplálkozás+sport = egészség. OSEL. MOB. Bp., 2006.
Vizi E. Szilveszter: Ajánlás a Nemzeti Sportstratégia, Nemzeti Sportfejlesztési Tervhez. Bp., 2004.

LÁSZLÓFFY CSABA

Vigília

A megváltásra képtelen
 körülmények, idők. Most ez a tél.
 Sehol a meleg hajlatok illúziói.
 Mi gyöngyözik, csiganyál, harmat híján,
 a dermedt, csonka füveken? Kofa-
 köpet; és holnap vagy holnapután,
 ha fölcsúdvá lázasan kinézel:
 a láthatár fehér s gyűrött kórházi ing.

Fossziliák

Lebegő bordái a zarándoknak
 vagy Dávid megrühesedett sarui? Földbe
 gyökerezel a fölismeréstől, hogy minden,
 mi volt s jöhet, belefér egy képletbe, vagy
 valamelyik motívumba kocsonyásodva
 remeg. Rég elszoktál az ünnepektől –
 a házi őrangyal ezüstös szárnya is
 szárazan zörög, mint fagyott gerinc.

*

Az Isten is megkárosodott, megkeseredett,
 legalábbis az enyém. Ideje volna megfogni a
 kezét a meredeken, hogy könnyebben meg-
 léphessünk az orvgyilkosok s a fölösleges
 kompromisszumok elől. Ha már a végsőt is
 elharangozták a megváltás-teóriának.

Az illúzióvesztés alakváltozatai (Próteusz-változat)

*„a jövőendő titkainak tudója,
tudását könnyelműn nem tékozolta”*

BORGES

Egy földöntúli tájon
álomban – otthontalanul, igaz,
de túl a boldogtalanságon.
Vaktában szétapritottam a sötétséget,
feldúlt-magamra már alig-alig
emlékezve; sem arra, aki védett,
sem arra, aki irigyelt. Nem érzek
tomboló erőt, patetikus vágyat,
és nem követnek rejtőzködő léptek;
a közöny közegében árnyak
hadakozása csupán a valóság:
hajamból kifésültem, mint a korpát,
a múltat, midőn még duzzadtan fénylett
szemhéjuk (elégedetten? undorral?),
mint akik már mindent feléltek.

Ép bordával és állkapocccsal
kiszabadulva férges kalitkádból
(mindegy, mit ígér, mit takar a távol),
korhadt fatönkön, kezdetleges álom-
hajón – kár visszaneézni: eltűnt
minden időkorlát, határ s rongy
érdek –, se vitorla, sehol bilincs;
szakadoznak a felhők, ám mögöttük
ércnél maradandóbbnak nyoma sincs.

(Oresztész-változat)

Részévé lenni nem csupán a pillanatnak.
A jelen őrülete már úgyis elmúlt,
gyönyör s kín dallamvonulata kikezdve.
Az áldozatok mankójukat elhajítva
futnak, halottak zúzott gégével hörögnek
a lator békét kinevetve. A föld üregeibe
beszivárog a soron következő tél; elhantolt
eszmék ringatják egymást csontvázkarokkal.
Egy márványlapon vakító hazugság a Nap örök
ragyogása. Az örökösök sorsa máris elorozva.

2009. november 4.

„Nézlek titeket – kiabáltam –, és csodálkozom.”

IONESCO: A MAGÁNYOS

1. (A hiúság iskolája)

Saját köhögésemre ébredtem, mely szétszabdalta-szétszakította az álmomban hallott mondatokat. (A pékség felé tartottam – talán félbarna kenyérért –, amikor egy kéz a karomba csimpaszkodva visszatartott, és egy hang – nem a tiéd, inkább az anyád hangjához hasonlított – azt mondta: *Fölösleges* – ez még sóhajtásszerűen hangzott, a többi viszont rendreutasítóan –; *már úgys késő van. Túl késő!*)

Hétköznap van, a hörgésem is a szokásos hétköznap, de vasárnapias fény tör be a redőny (a képzeletbeli néhai *menedékvár* zsalugáterének) rácsai közt, és léleklevegítő kávéillat. A langyos iszapíz meggyűlt a számban, kevés lenne a reggeli fogmosás ilyenkor; töltök magamnak egy kupica szilvapálinkát (gondolom, az epéjére kényes embernek sem árt meg, ráadásul az életegyensúlyt is képes helyrebillenteni).

Neheztelsz rám valamiért, mint rendszerint (vagy csak álmomban?), a felkínált pohár láttán, látom, elfordítod mereven tartott nyakad. Akárcsak a tévében vetített film közben az este – egy meztelen férfi vett üldözőbe épp egy életunt nőt –, mely ugyanúgy nemtetszést váltott ki belőled. Szárazon kunkorodó hajad is valósággal menekül a fésű elől; a tükörbe bámulsz, mint aki nehezen ismer magára (nem én látlak idegennek abban a percben!), majd vádló tekintettel vagy a felgyúlt önérzet sértettségével – s egy fél marék hajjal a kezében – kirohansz a fürdőszobába.

Azokban a pillanatokban határozhattad el magadban, hogy a mai nap nem fogsz főzni. Legelőször is hajad mosol – habár csak langyos víz van a kazánban –, hogy mielőbb faképnél hagyhass, és eljuthass a fodrászhoz, miközben (ezt régóta tudod): engem ilyenkor a kétség szokott emészteni, melynek aligha van karamellíze.

Ennyi történés, illetve nemtörténés – sok egy napra. Legalábbis nekem.

2.

„Szűkszavú” álmok, enyhe hányinger, pincehideg. De fő, hogy együtt veled.

A szétgyúrt homály. Az utcai világosság fényözönében megelevenedett aktfotók mozdulatfoszlányai – mintha csak meg akarnák piszkálni didergésemet. Végére mindez valahogy több, mint diszpozíció – s az *én* újrafelfedezéséhez vezet.

A nyakszirten kurtára nyírt vagy szálánként „fodrászott” tupírozott hajviselet; mogorva arckifejezés s a halottnak hitt házak árnyékának cinóberárnyalatai a ropogó havon; a tél csapdájába esett szervezet, lerombolt immunrendszer, lehámlott hit és bőrfelületek. Törzsi magány és kozmikus képzelgések, a hiábavaló kitámolygás a dzsungel ijesztő labirintusából, a vadzsírtól megkeseredett „primitív” korokból – a csúcsházak pazarul kivilágított folyosóin is csak a pánik! Hol az énjaid közötti határ?

Nem feltétlenül csak álom közben állnak össze zavarólag (ez esetben zavaros otthontalan-érzéssel) a fragmentumok. S nem mindig az értelem a termékenyítő az ösztönös megérzésekre – az idegen léthelyzetek fölismerésének és leírásának kihívásaira nézve különösképpen.

Gyűlölöd vagy szereted, amit eltékozolsz?
Már hogyha egyáltalán észreveszed.

3.

Volt egy életed – volt egy álom.
És minden előről.

2010. február 5.

BODÓ MÁRTA

BOLDOGABB ÉS EGÉSZSÉGESEBB A HÍVŐ EMBER?

Annak meghatározása, hogy „mi” a vallás, nem állhat a fejezet elején [...] mi itt egyáltalán nem a vallás „lényegével”, hanem egy meghatározott fajtájú közösségi cselekvés feltételeivel és hatásaival foglalkozunk, és a közösségi cselekvés megértése itt is csak az egyének szubjektív élményeire, elképzeléseire, céljaira – a cselekvés „értelmére” – hagyatkozhat, mivel a cselekvés külső lefolyása fölöttébb sokféleképpen alakulhat. [...] A vallásos vagy mágikus cselekvés eredetét tekintve evilági rendeltetésű. A vagy mágia parancsolta cselekedeteket azért kell végrehajtani, hogy „jól élj és hosszú életed legyen a földön”.

MAX WEBER: VALLÁSSZOCIOLÓGIA¹



■ Az egyház és állam szétválasztása nem Kelet-Európa s nem is a kommunizmus találmánya. Az intézményi keretek elkülönítése a feladatkörök jó megkülönböztetése miatt hasznos, és végső soron az egyházaknak olyan szempontból segítségére volt és van, hogy eredeti, transzcendens kötődéseiket és feladatukat tudatosítja. Hiszen az egyház² nem elsősorban az evilági hatalomgyakorlás letéményese, hanem a láthatón túli valóság jele. Természetesen egyben az emberek közössége is, evilági, hús-vér embereké, akik a transzcendensre legfennebb készülnek, annak tudatában rendezik be az életüket, de ugyanúgy küszködnek, szenvednek, mint a nem felekezethez tartozó, nem vallásos társaik.

A tájainkon dúló kommunizmus egyértelműen az intézményes vallás ellen irányuló rendelkezéseket foganatosított, amelyek nyomán és a nevelésbe belemosott, egyáltalán nem értéksemleges, hanem tudatosan ateista tanítás következtében nálunkfelé mára teljes a zűrzavar nagyon sokak fejében. Ez például abban is észrevehető, ahogyan a

Elgondolkodtató, hogy a sorsával megelégedett ember könnyebben talál vissza egyensúlyi állapotába, ha valami kizökkenti abból; megelégedettséget igazán az érez, aki élete értelméről és értelmességéről meg van győződve.

korszak „túlélőinek” felfogásában a valláshoz, egyházhoz való viszony lecsengett. Ugyanis a vallásos embereknek és közösségeknek az előző, letűnt korszak ateizmusára vonatkozó egyfajta ellenreakciója olykor túlzó, olykor a korábbihoz hasonlóan uniformizálásra törekvő kinövéseket eredményez, akár a szélsőségesességig menő, agresszív, végeredményben épp a vallásos hithez kapcsolódó érzésvilággal ellentétes indulatokat szül és enged megnyilvánulni. Másik oldalon elegánsnak álcázott, de sokszor a kommunista egységesítéshez száz szállal kötődő, különféle jól hangzó szövegek mögé bújtatott ellenséges vagy félelemtől árulkodó elutasítás jelentkezik az olyan egyházi törekvésekkel szemben is, amelyek pedig a szociális szolgálatot a vallásos humanizmussal társítva kínálnák a társadalom egészének, csupán az ehhez szükséges keret biztosítását kérve.

De nem ezeknek a jelenségeknek a vizsgálata a célunk itt, mindez csupán annak felvillantása kívánt lenni, milyen közegben mozgunk, s hol próbáljuk objektíven vizsgálni azt a tényt, hogy a vallás, a hit, a hitgyakorlat,³ a spiritualitás mint a szent, a transzcendens keresése⁴ milyen hatással van, lehet az emberekre. Merthogy hatással van a napi életükre is; hogy a szent nem elkülönített és nem elkülöníthető a profántól, az mára ténynek számít.⁵ A szent világa nem csupán a templomépületben, a sekrestyében van jelen, ahogy azt például a kommunista hatóságok szerették volna, s nem is csak a magánszférára korlátozódik. Éppen ezért a szent különféle formái és megnyilatkozásai belenyúlnak, át- és átszövik a profán mindennapokat, s a szintén nem szétvágható egységes emberi pszichében jelen vannak a vallás szféráján kívüli megnyilatkozásokban is. Azt csak nagyon korlátozt, doktriner ateista hiheti, s a nagyon „rosszul”, azaz csak a „más szemének” vallásos ember éli meg úgy, hogy a templomban marad a hit, hogy a különféle emberi kapcsolatokban, a társasági-társadalmi cselekvések terén nem mutatkozik meg, kiben milyen lélek lakik.

Elégedettség és vallásos hit

■ Michael E. Nielsen ennek az írásnak a főcímében jelzett kérdésre keresi a választ: boldogabbak-e a vallásos emberek, mint a nem vallásos, rituális igények és gyakorlatok nélkül élő társaik.⁶ Különféle, e tárgykörben készült felmérések eredményeit összegezve ilyen adatokat talált: európaiak körében a templomba rendszeresen (hente) járók 85 százaléka az életével elégedettnek mondta magát, míg a templomba nem járóknak csak 77 százaléka vallotta ugyanezt.⁷ Más kutatók a vallási élményt és az azt átélt személyek elégedettségét, boldogságérzetét mérték fel, s ők is arra az eredményre jutottak, hogy akik rendszeresen részesülnek ilyen élményben, például ima-életük során, azok nagyobb arányban vallják, érzik magukat boldognak, mint akik ilyesmit sosem élnek át.⁸ Mindezeket a vizsgálatokat összegezve Nielsen három síkon keresi a jelenségre a magyarázatot: úgy gondolja, a boldogság- avagy elégedettségérzés a vallásos személyeknél a társadalmi-közösségi beágyazottságból, a szilárd meggyőződésből és magából a vallásból: a személyesnek megélt Isten-kapcsolatból ered.

Más kísérletekből azt a következtetést vonták le, hogy a vallásos ember öröme-zete hosszú távú, azaz nem pillanatnyi „transz”-állapot, amelyet leszálló ág, depresszív időszak követ, hanem tartós boldogságérzést ad.⁹ Nielsen és mások is feltették a kérdést: mennyire relevánsak és általánosíthatóak ezek a vizsgálatok, kutatások, kísérletek, és mennyire nyújtanak valós képet. Hiszen ugyanakkor vallásos körökben specifikus pszichotikus, neurotikus tünetekről is tudunk, s vannak olyan valóságilag elkötelezett emberek, akik meglehetősen negativista, kiábrándult életérzéssel élik napjaikat. Ez egy egyházi munkakörben dolgozó szociális munkás esetében lehet kiegészítő tünet, és ekkor nyilván nincs relevanciája a témában. Ugyanakkor „misztikusok”, „látnokok”, vallásilag nagyon buzgó emberek nem igazolják ezt a korrelá-

ciót, ellenkezőleg, enyhén negatívak a boldogságmutatóik, talán azért is, mert vallási élményeik valamelyest eltávolítják őket a napi valóságtól, ami nem mindig kellemes érzés.¹⁰ Vannak, akik konfliktusokról számolnak be, olyanokról, amelyekbe éppen vallási meggyőződésük vagy gyakorlataik miatt keverednek, amelyek családjukkal, szeretteikkel szembeállítják őket, s amelyek így nem az elégedettség–vallásosság összefüggést erősítik.¹¹

Hit és egészség

■ Az elmúlt négy-öt évtized tudományos vizsgálatai a nyilvános és magánszféra vallásos gyakorlatainak az élettartamra és az egészségre vonatkozó hatásait kutatva azt mutatták ki, hogy egyenes és egyértelműen pozitív összefüggés van a két kérdés között. Azaz a vallásos hit és ennek valamilyen formájú megnyilatkozása, jelenléte az egyén napi, heti életében egyértelműen hatással van az életminőségére és várható élettartamára, mégpedig igencsak ösztönzően hat; egészségesebben és így jobban élnek, ráadásul több ideig azok, akik valami transzcendensben hisznek, s e hitüket valamilyen szinten és formában rendszeresen meg is élik.¹² A téma viszonylagos újdonságát jól mutatja az a tény, hogy még 1985-ben egy tudományos lap szerkesztőségi bevezetőjében az akkori főszerkesztő széles körben elterjedt téves, alaptalan vélekedésnek nevezte a hitnek, a lelki hozzáállásnak a testi, fizikai egészséggel való bármilyen összefüggését.¹³ Ezzel szemben az életműve szinte egészét e kérdésnek szentelő Harold George Koenig kijelenti: meggyőződése, alaptétele, hogy a vallás rendelkezik azzal a képességgel, lehetőséggel, hogy hatással legyen, befolyásolja a testi és lelki egészséget.¹⁴

Néhány frissebb, kutatási eredményeket ismertető írásban bukkan fel az egészség és vallásos hit, hitgyakorlat összefüggésének kérdése. Egyik ilyen vizsgálat azt mutatta ki, hogy az Egyesült Királyságban élő tizenévesek esetében a vallásosság felért a betegség elleni védőoltás hatásával;¹⁵ egy másik tanulmány szerzői szerint a kísérletben részt vevők 47 százaléka imádkozott az egészségéért, s 90 százalékuk meg volt arról győződve, hogy az ima segített egészségi állapota javulásában. S hogy ez nem csupán szubjektív, elfogult értékelés volt, arra bizonyíték, hogy az imádkozók közt sokkal kevesebben cigarettáztak és fogyasztottak alkoholt, gyakrabban, megelőző jelleggel jártak orvoshoz. Természetesen ez még nem bizonyíték arra vonatkozóan, hogy az ima segítette őket a gyógyulásban vagy az egészségesen maradásban, csupán arra szolgáltat adatot, hogy a vallásos attitűd eleve felelősebb hozzáállást eredményez az élet jó minőségének karbantartása vonatkozásában. Hiszen a vallásos értékrendben az ember léte maga ajándék a Teremtőtől, ezért kell vigyázni rá, ezért kell a testet a lélekkel együtt rendben tartani. Az említett írás végkövetkeztetése értelmében az imádkozók egészségi állapota jobb, s jobban is vigyáznak rá, ugyanakkor az orvosi, egészségügyi ellátással is elégedettebbek.¹⁶ Egy másik tanulmány egy olyan kísérletről számol be, amelynek során az imát a zenével, fantáziagyakorlatokkal és érintésterápiával kombinálva használták szívbetegek csoportjában, s a részt vevők, a közbenjáró-kérő imát végzők közt volt keresztény, muszlim, zsidó és buddhista. Ez a kísérlet csak részben igazolja a felvetést, hiszen a kísérletben résztvevő csoport egésze vonatkozásában nem találtak az ima erejét bizonyító lényeges hatást. A kísérlet mégis érdekes, mert a benne részt vevő imádkozó betegek körében ritkábban következett be a hirtelen szívhalál és más, súlyos baj, mint a kontrollcsoportnál, amelynek tagjai nem imádkoztak. A szerzők arra a következtetésre jutottak, hogy a kísérlet azért sem volt kellően konkludens, mert a buddhista a kereszténnyel szemben egészen mást és másképp hisz, hiszen a személyes és személyesen oltalmazó Isten képe hiányzik a buddhizmusban.¹⁷

További amerikai kutatások az idősek hitét és élettartamát vetették össze, s egyértelműen és egybehangzóan állítják a két faktor egymásra gyakorolt hatását. Egy hat éven át végzett és 3851 idős emberre vonatkozó kutatás értelmében kimutatható volt, hogy a vallási szertartásban sosem vagy ritkán részt vevők rövidebb ideig éltek, mint a rítusokat gyakorló társaik – e kutatás érdekessége az volt, hogy azt mutatta ki: még a csupán a magánszférában gyakorolt vallásosság is javítja a túlélési mutatókat.¹⁸ Egy másik írásban a kutatók a következő számadatokat hozzák: a vizsgálatukban részt vevő nem vallásos emberek 1,87-szer nagyobb valószínűséggel haltak meg, ez húszéves korban mintegy hét évvel rövidebb életet előlegez, mint azoknál, akik hetente többször valamilyen vallásos tevékenységben, szertartáson vesznek részt. Ugyanakkor e kutatás végkövetkeztetése értelmében nemcsak hogy az egészségi állapotra hat pozitívan a vallásos attitűd, de szociálisan viselkedésmódot, jobb társadalmi beágyazottságot is eredményez: egyébként a várható élettartam és a szociális kötődés összefüggései ismertek.¹⁹ Végül, íme, egy másik kutatás, amelynek során négyezer idősebb felnőttet vizsgáltak, mégpedig egy hatéves periódus során a vérnyomásukat mérték, ellenőrizték rendszeresen. Eszerint azoknak a klienseknek a körében, akik rendszeresen, azaz hetente többször is részt vettek valamilyen vallásos szertartáson, és maguk is imádkoztak, Bibliát olvastak legalább naponta egyszer, a magas vérnyomás 40 százalékkal kisebb valószínűséggel volt kimutatható.²⁰

Kísérleti eredmények egész sorát összegezte egy amerikai szerzőhármas 2001-ben: egész kézikönyvet szentelt a vallás és egészség összefüggéseinek,²¹ nem hallgatva el egyébként a negatív vonatkozásokat sem (lásd vallási szélsőségek, elferdülések, túlhajtott eksztatikus megnyilvánulások, a vallásos kontextusban jelentkező mentális problémák, labilitás stb.), a kérdés kritikus, átfogó és szisztematikus tárgyalását ígérve előszavukban. Vállalkozásuk releváns voltát azzal igazolják, hogy 1200, a témában végzett kísérlet és vizsgálat eredményére, valamint 400, a 20. században folytatott különféle, a témában végzett kutatásra alapoznak.²² A mintegy 700 oldalas munka gyerekkortól felnőtt- és időskorig minden korosztályra figyel, valamint az elméleti keretet is bemutatja, azaz mindazokat a viselkedés- és társadalomtudományi, pszichológiai és fiziológiai területeket, amelyek a vallásnak az egészségre gyakorolt hatásával foglalkoznak, s az egészséget pszichikai, valamint testi, fizikai értelemben egyaránt értelmezik. Sorra veszik mindazokat a kutatásokat, amelyek a vallásnak a betegség-megelőzésben és a gyógyításban jelentkező szerepét vizsgálták. A teljes kézikönyv ismertetésére nincs se mód, se tér itt, a vállalkozás ténye, jellege és terjedelme figyelemre méltó: a szerzők közül ketten orvosok, akik nem kevés időt és energiát áldoztak az anyag felkutatására, feldolgozására, valamint kritikus értelmezésére, hiszen éppen a vallásos hit és a fizikai egészség összefüggését vizsgáló fejezetben²³ írnak arról, hogy értelmezésükben nem vettek figyelembe természetfölötti magyarázatokat, mint-hogy ilyen mechanizmusok, ha léteznek egyáltalán, számukra a természeti törvények keretei és tudományáguk lehetőségei közt nem értelmezhetőek. Ezért, jelentik ki, csak az ismert pszichológiai, társadalmi, viselkedési és fiziológiai mechanizmusok segítségével magyarázzák azt, ahogyan a hit, a vallás a fizikai egészségre hatni tud.²⁴

A kísérletek és kísérletekkel igazolhatóság nyilvánvaló korlátai ellenére a téma jelentőségét nem lehet lebecsülni. A nem kifejezetten vallásos szakemberek közül is többen állítják ezt. A magyar Szendi Gábor írja: „Az ember hittörténetének tanulmányozása vagy a [...] tudományos kutatási eredmények egyaránt azt bizonyítják, hogy a hit előrehuzalozottan ott van az agyunkban, s az emberi lélek úgy tűnik, akkor tud hatékonyan működni, ha a hit mozgatja.”²⁵

■ Más vonatkozást vet fel Thomas Plante amerikai pszichológusprofesszor: azt vizsgálja,²⁶ milyen segítséget nyújthat a vallás a pszichoterapeutáknak, a „lélekgyógyítóknak”. Az amerikaiak 96 százaléka ugyanis hisz Istenben, 40 százalékuk pedig heti rendszerességgel kapcsolódik be, vesz részt vallásos szertartásokon, istentiszteleten, misén, imán: igényük van erre, életük fontos része, tartozéka a vallásos hit. Éppen ezért baj esetén gyógyulásuk, gyógyításuk része is lehetne, ha az őket kezelő szakember hajlandó (fel)figyelni arra, amit a kliensek „üzennek” neki – üzennek életmódjukkal, vallásos meggyőződéseikhez, szertartásaikhoz való ragaszkodásukkal. A betegség maga is kérdéseket vet fel az emberben: a hívő ember ezekre természetesen hite kontextusában keresi a választ, s bárhogyan kezelik is, bármely eljárásokkal, illetve bármit hisz is orvosa, a vallásos beteg a bajában is hívő, a hittel kapcsolatos kérdéseket (is) megfogalmaz – és itt nem is csak a „miért pont velem történik ez?”, „miért tűri/engedi ezt meg Isten?”-szerűekre gondolunk.

Plante szerint a vallásos hit kifejezetten módszert, eszközt ad a kézbe. Írásában fel is sorol néhány spirituális és vallásos eszközt, amelyeket a terápiában a szakember hasznosítani tud: ezek a meditáció; az ima; a hivatás, az élet értelme(ssége); az önelfogadás és mások elfogadása (a hibákkal, gyarlóságokkal együtt); az etikai értékek és az ezeknek megfelelő viselkedés; a megbocsátás, a hála, a szeretet, az együttérzés; az önkéntesség és a karitatív szolgálat; a rituálé, a közösség; a szociális igazságosság, a spirituális modellek; a biblioterápia; az élet szentségébe vetett hit, az etikai óvatosság, illetve az etikai megfontolások.

A 20. század utolsó évtizedeiben kezdett helye lenni az orvoslásban a vallásos, spirituális megközelítésnek, illetve az Egyesült Államokban körülbelül ekkortól kezdve figyeltek arra, hogy az orvostudományban erre vonatkozó felkészítést is nyújtsanak. Mindezt azért, mert ekkorra egyértelmű lett a felmérések, vizsgálatok alapján, hogy a gyógyítás határfokát növeli, ha a hívő páciens meggyőződését is be tudja vetni az orvostudomány objektív és tudományos eszközei mellett a gyógyulás érdekében. Hogy ezek mennyire transzcendens befolyást eredményeznek, vagy mennyire a páciens pszichéjét, valamint az őt körülölelő szociális hálót mozgósítják, nem kvantifikálható, ám a hatás ténye bizonyítottan tekintett.²⁷

A kaliforniai Santa Clara Egyetem pszichológia tanszékének tanára, Plante végkövetkeztetésként azért is ajánlja kollégái figyelmébe a vallási közösségek gyakorlatait, mert azok értékeinek a gyógyítási folyamatba való bevonása századokon ível át: ezek az évezredek során kipróbált módszerek olyan gondokra is hoztak enyhülést, javulást, gyógyulást, amelyek kezelésével a pszichológia tudománya a maga kb. százéves története során mindeddig csak próbálkozott, amelyekre keresett (de nem minden esetben talált) célra vezető terápiát.

Gyógyító/megelőző spiritualitás

■ Ma a spiritualitás szó az internetes keresőn csak magyar nyelvű keresés esetén is nagy találatszámot (315 000) ad, ezek nagyon nagy hányada az ezotéria tárgykörébe sorolja a fogalmat. Úgy tűnik ebből, mintha a szó jelölte fogalom valami gyökeresen új igény lenne, mintha az európai és keresztény kultúrkörben nem lenne megfelelője, mintha az újonnan támadt igény betöltésére semmi korábbi gyakorlat nem létezik. Ha a virtuális világon túlra tekintünk, s a témán elgondolkodunk, furcsának tűnik, hogy egy ilyen, az ember elméjébe „belehuzalozott” igény mindeddig rejtve maradt volna, s csak az elmúlt néhány év, évtized hozta ezt elő.

Az egyházi/vallási gyakorlatokat ismerők ennek ellenkezőjét állítják, mégpedig azt: nemcsak hogy létezett a spirituális igény az emberekben, hanem voltak – és vannak – kidolgozott és jól bevált módszerek, gyakorlatok, amelyek évszázadokon át segítettek e testi és lelki egyensúlyt megtalálni, megőrizni. Hiányuk (is) vezetett a felaprózottság és széthullás érzésének megtapasztalásához. A szekularizálódás, a posztmodern, a felaprózott és globalizálódott létmód, az individualizáció (nevezzük bárhogyan) az életfelfogás és -gyakorlat olyan változását hozta, ami elfordította az embert a korábbi társadalmi létmód számtalan elemétől, elidegenítette az intézményes formáktól, kiszakította minden korábbi biztonságos, bejáratott gyakorlatából. Amikor a kereszténység, annak képviselői azt mondják, a mai ember az éltető gyökerektől szakadt el, nem föltétlenül a pozícióját féltő intézményes egyházra kell gondolnunk, amint politikai befolyása megtartásáért vagy visszaszerzéséért küzd, s az embertömegek fölötti uralmát szeretné kiterjeszteni, hanem a spirituális alapokat kínáló, mert azok lélek-, egészség- és egészségmegőrző szerepét ismerő bölcsességet lehet meglátni.

Az amerikai pszichológus Plante összegzésébe bekerültek a klasszikus keresztény alapgyakorlatok: az ima, a meditáció,²⁸ ide tartozik az ezekből felépített, csendben és egy hét, egy hónap elvonultságban tartott lelkigyakorlat, amelyek az önismeret, a helyes mérték szem előtt tartásának eszközei a transzcendenssel való személyes kapcsolat kialakítása, fenntartása mellett. Említi a megbocsátást és a helyes önértékelést, ezek kialakítására valók a különféle (napi) lelkiismeret-vizsgálati és bűnbánati formák, amelyeknek lehetnek ugyan torzulásai, ám egyszerűen kár egyoldalú emlegetésükkel pozitív hozadékukat is elvetni. Hiszen a fokozott és beteges büntudat a gyónás kötelezettségétől felszabadult emberek körében is létezik, azaz nem e gyakorlat egyenes és egyértelmű következménye. A reggeli feladatkitűzés és az esti lelkiismeretvizsgálat alakíthat ki szorongó egyénnél beteges teljesítménykényszerszerűt, mégsem ez az esetleges mellékhatás határozza meg a gyakorlat értékét. A rendszeres és következetes életalakítás, amelynek központi motívuma ugyanakkor az, hogy bár az egyén felelős önmagáért, tetteiért, de nem önmagától és önmagában való, lényeges mértékben segítheti az összeszedett, értelmes élet kialakításában, ami az egészségnek és az elégedettségnek egyként forrása.

Plante felsorolásában a konkrét gyakorlatok mellett említ alapvető keresztény értékeket, amelyek alapján értelmes rendbe szervezhető az egyéni és közösségi élet: hiszen amikor a párkapcsolat és gyermekvállalás, valamint a szakmai előmenetel egyaránt a hivatás kérdésköre részeként értelmezett, az elfogadás, önértékelés, a társadalmi és a környezettel szembeni igazságosság, az önkéntesség és karitatív létmód transzcendens értékeként épülnek be a gyakorlatba, amikor a saját és mások élete kapott ajándék, nem az értelmetlen létbe vetettség állapota, más hangsúlyt kap minden: egész lesz, egyberendeződik, értelmet nyer. Nem véletlen, hogy a 20. század egyik poklát, a haláltáborot megjárt Viktor E. Frankl úgy folytatta a freudi, adleri bécsi pszichoanalitikus iskola hagyományát, hogy megalkotta az értelmesség megelégsére kihegyezett ún. logoterápiai iskoláját.²⁹ A zsidó származású, a keresztény spirituális hagyományt jól ismerő és tisztelő orvos-filozófus alapmegállapítása: „az értelmetlenség érzésének korában élünk”,³⁰ de erre a válasz nem a remény feladása és a széthullás, hanem ez: „nincs olyan élethelyzet, amely valóban értelmetlen lenne”.³¹ A logoterápia, az értelemnek a személyes életben való megkeresése, fellelése olyan spiritualításra épül, amely abból a századokból jól működő, a kereszténységben (is) meglevő értékből táplálkozik, miszerint az élet ajándék, egyben pedig feladat.

A címben felvetett kérdésre az itt ismertetett kutatások megfogalmaznak egy választ; ennek elfogadása azonban egyrészt nem kötelező, másrészt nem kényszerítő erejű, minthogy (semmilyen) hitre nem készíthető senki.³² Az talán elgondolkodta-

tó, hogy a sorsával megelégedett ember könnyebben talál vissza egyensúlyi állapotába, ha valami kizökkenti abból; megelégedettséget igazán az érez, aki élete értelméről és értelmességéről meg van győződve.

■ JEGYZETEK

1. Max Weber: Vallásszociológia. A vallási közösségek típusai. Helikon Kiadó, Bp., 2005. 9.
2. Utalásaim elsősorban az általam alaposabban ismert katolikus egyház-meghatározásra vonatkoznak, amelyet itt kiterjesztve és általánosítva vonatkoztatok a keresztény egyházakra. Lásd Kirche címszó in: Walter Kasper (szerk): Lexikon für Theologie und Kirche. 5. Band. Herder, Freiburg-Basel-Wien, 2006. 1454–1478.
3. Vallásról és vallásosságról, illetve hitről és hitgyakorlatról esik itt szó. Tudatos a vallás és spiritualitás szavak használata, egyrészt mert nem kifejezetten az intézményes egyházhoz való testületi odatartozás a vizsgált kérdés vonatkozásában érdeklődésünk tárgya, hanem a „valami transzcendensben” való hit, amely hitgyakorlatokban, rituálékban jelenik meg. Hogy ez tájainkon az intézményes egyházak hitgyakorlatával többnyire egybeesik, illetve a magánszféra vallásgyakorlatai, rituális megnyilvánulásai, az úgynevezett népi vallásosság, paraliturgikus gyakorlat elemeit is ideértve az nem az itt felvetett és körüljárt kérdés lényege.
4. A vallás és spiritualitás meghatározásait, illetve különbségeit a vonatkozásban lásd Harold George Koenig: Medicine, religion, and health: where science & spirituality meet. Templeton Foundation Press, West Conshohocken, PA, 2008. 9–20.
5. Megkerülhetetlen a kérdésben Mircea Eliade e témának szentelt könyve. A IV fejezet (Az ember létezése és az élet megszentelése) „Világra nyitott” létezés című részében többek közt ezt állítja: „Az ősi társadalmak vallásos embere számára a világ azért létezik, mert az istenek megteremtették: a világnak már a létezése is »mond valamit«. A világ nem néma és áttekinthetetlen, nem cél és jelentés nélküli élettelen valami. A vallásos ember számára a kozmosz »él« és »beszél«. A kozmosz szentségét bizonyítja már az is, hogy él, mert az istenek teremtettkék, és az istenek a kozmikus életben mutatkoznak meg az embereknek.” Vö. Mircea Eliade: Le Sacré et le Profane. Magyar kiadásban: A szent és a profán. Európa Könyvkiadó, Bp., 1996. 154. Ugyane fejezet Az élet megszentelése alcíme alatt pedig ezt állítja az ősi társadalmakban élő ember látószögéről: „Az ő számára az élet a maga egészében megszentelhető. E megszentelés különböző módokon történhet, az eredmény azonban mindig ugyanaz. Az életet két síkon élik meg: mint emberi létezést, és mint valamilyen emberfeletti életet, a kozmosz és az istenek életének részét. A legkorábbi időkben valószínűleg az ember valamennyi szervének és pszichológiai folyamatainak, valamint minden cselekedetének vallási jelentése volt, mert az idők kezdetén minden emberi viselkedésmódot az istenek vagy a kultúrateremtő hősök hoztak létre: nemcsak a munka, a táplálkozás, a szerelem, a kifejezésmódok különböző fajtáit határozták meg pontosan, hanem olyan cselekedeteket is, amelyek látszólag nem fontosak.” Vö. Eliade: i. m. 157. (Az interneten: <http://www.terebess.hu/keletkultinfo/profan2.html#4>, illetve: <http://www.scribd.com/doc/26613916/Mircea-Eliade-A-Szent-Es-A-Profan> – 2011. február 11.)
6. Michael E. Nielsen: Religion and Happiness. www.godandscience.org (2010. november 16.)
7. R. Inglehart: Culture shift in advanced industrial society. Princeton University Press, Princeton, NJ, 1990.
8. Michael E. Nielsen: Religion and Happiness. www.godandscience.org (2010. november 16.)
9. W. H. Pahnke: Drugs and mysticism. In: International Journal of Parapsychology. 1966. 8. 295–314.
10. M. Argyle – P. Hills: Religious experiences and their relations with happiness and personality. The International Journal for the Psychology of Religion. 2000. 10. 157–172.
11. M. E. Nielsen: An assessment of religious conflicts and their resolutions. Journal for the Scientific Study of Religion. 1998. 37. 181–190.
12. A téma szerteágazó szakirodalmát összegzi Rich Deem: Scientific Studies that Show a Positive Effect of religion on Health. www.godandscience.org/apologetics/religionhealth.html. (2011. január 10.)
13. Marcia Angell írásáról van szó a New England Journal of Medicine-ben, ahol a szerző azt írja: „our belief in disease as a direct reflexion of mental state is largely folklore”. Idézi Harold George in Koenig: Medicine, religion, and health. 5.
14. „My basic thesis [...] is that religion has the potential to influence both mental and physical health.” Koenig: i. m. 5–6.
15. J. Tully. – R. M. Viner – P. G. Coen. – J. M. Stuart – M. Zambon – C. Peckham – C. Booth – N. Klein – E. Kaczmarek – Booy R.: Risk and Protective Factors for Meningococcal Disease in Adolescents: Matched Cohort Study. BMJ (2006) 332. 445–450.
16. P. J. O'Connor – N. P. Pronk – A. Tan – R. P. Whitebird: Characteristics of Adults who Use Prayer as an Alternative Therapy. American Journal for Health Promotion (2005) 19. 369–375.
17. M. W. Krucoff és társai: Music, Imagery, Touch and Prayer as Adjuncts to Interventional Cardiac Care: the Monitoring and Actualization of Noetic Trainings (MANTRA) II randomised study. Lancet (2005) 366. 211–217.
18. M. Helma Hughes – Judith C. Hays – Elisabeth P. Flint – Harold G. Koenig – Dan G. Blazera: Does Private Religious Activity Prolong Survival? A Six-Year Follow-up Study of 3,851 Older Adults. In: The Journal of Gerontology Series A: Biological and Medical Sciences (2000) 55. N400–M405.
19. R. Hummer – R. Rogers – C. Nam – C. G. Ellison: Religious Involvement and US Adult Mortality. Demography (1999) 36. 273–285.
20. H. G. Koenig és társai: The Relationship between Religious Activities and Blood Pressure in Older Adults. International Journal of Psychiatry in Medicine (1998) 28. 189–213.
21. Harold G. Koenig – Michael E. McCullough – David B. Larson: Handbook of Religion and Health. Oxford University Press 2001. (Az interneten részletek olvashatók a kötetből: <http://www.questia.com/PM.qst?a=o&d=106205934> – 2011. február 23.)

22. Preface. In: Koenig – McCullough – Larson: Handbook of Religion and Health. IX
23. Understanding Religion's Effects on Physical Health. In: Koenig – McCullough – Larson: Handbook of Religion and Health. 382–395.
24. Koenig – McCullough – Larson: Handbook of Religion and Health. 389.
25. Szendi Gábor: Isten az agyban. Jaffa Kiadó, Bp., 2008. 11.
26. Thomas Plante: What Might Spirituality and Religion Offer the Contemporary Practicing Psychologist? www.godandscience.org (2010. november 16.)
27. Koenig: Medicine, religion, and health. 23–24.
28. Ezek változatait, a századok során például a szerzetesrendek gyakorlatában kicsiszolt formáit bemutatni egy másik tanulmány témája lehet.
29. Helyes és teljes neve: logoterápia és egzisztenciaanalízis. Magyar nyelvterületen néhány, ezzel foglalkozó szervezet: Logoterápia és Egzisztenciaanalízis Egyesület: tudományos egyesület a Magyar Pszichiátriai Társaság égisze alatt, lásd www.logoterapia.hu/hu/index.html; Logoterápia és Bölcséleti Embertan Oktatási és Kutatási Alapítvány (Bp., 2006 óta), lásd <http://sites.google.com/site/logoterapiaalapitvany/home>; Logoterápia és Egzisztenciaanalízis Nemzetközi Tudományos Egyesület, Kolozsvár (2010 áprilisától), ld. <http://www.logoterapia.ro>.
30. Viktor E. Frankl: A tudattalan Isten. Bp., 2002. 79.
31. Frankl: i. m. 82.
32. Hiszen a hit nem akarat és elhatározás kérdése még a keresztények szerint sem, éppen ezért nem bűn például a kételkedés. Minthogy Pál apostol is azt mondja a rómaiaknak: „Senki ne becsülje magát a kelleténél többre, hanem józanul gondolkodjatok, mindenki az Istentől neki juttatott hit mértéke szerint.” Róm 12,3



KASS JÁNOS

ORVOSPORTRÉK CÍMŰ SOROZATÁRÓL



■ 1982-ben készült a kiváló grafikus, Kass János tizenkét rézkarcból álló *Orvosportrék* című sorozata. Az *Orvosportrék* egyes alkotásai az emberiség történetét követve olyan jelentős orvostudományi felfedezéseket emelnek ki a nagy hírű orvosok portréi mellett, amelyek szembesítenek e tudósok újításaival és felfedezéseivel. Ezek bizonyos értelemben nemcsak magának a tudománynak az alakulását befolyásolták, hanem egyben az emberiség történetét is megváltoztatták a gyógyítás vagy az korban a sok-sok végzetes járvány megállítása, megelőzése által.

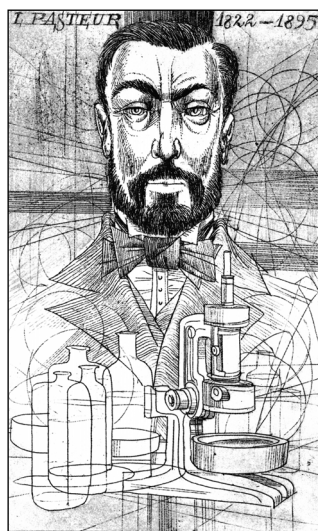
Az *Orvosportrék* sorozat seregszemlét tart tehát és emléket állít az orvostudomány meghatározó személyiségeinek az ókori görögöktől kezdve a huszadik századig. Elsőként említhetjük az orvostudomány megalapítójának tekinthető Hippokratész alakját, őt követi Galénosz, Avicenna, Paracelsus, Vesalius, Ambroise Paré, William Harvey, Edward Jenner, Rudolf Virchow,

Louis Pasteur, Semmelweis Ignác, Robert Koch és az 1904-ben orvosi Nobel-díjat elnyerő Ivan Petrovics Pavlov.

A metszetek ábrázolási technikája a szimultaneitásra épít. A tudósoknak arcot adó portrék az arcvonásokon túl egyidejűleg mutatnak rá a neves orvosok találmányaira, szellemi hagyatékára. Az egyes képeken egymásra vetítődnek és egymást hatják át az arckép és a kinyagított emberi test, testrészt, művettag működését lehetővé tevő belső szerkezet, lombik, téglagyűrt, nagytű, a Semmelweis-portrén a kisdudát szoptató anya vagy Hippokratész esetében két görög harcos szövetségkötése. A megjelenített arcmásokról a néző tekintete minden bizonnyal e kiemelt részletek felé mozdul el, és ott megállapodik. Az arcvonások sajátosságai a mai néző számára ez utóbbiak által válnak ténylegesen teljessé azzal, ahogyan visszahat e kiemelt személyek beazonosításában a tetteik emléke és a hozzájuk köthető szellemi teljesítmény. A portré fogalma következőképpen újraolvasódik e portrészorozat esetében: egyidejűleg érvényesülnek a tényleges (vagy vélt) arcvonások, illetve a megidézett személyek metaforájává váló, a köztudatba beivódott fogalmak.

A híres orvosok emlékét felelevenítő portrészorozat metszetein, mint ahogyan Kass János alkotásait és megannyi könyvillusztrációját figyelve tapasztalhatjuk,

A Kass János Orvosportrék sorozatának képeit lapszámban Kass Eszter képzőművész nagyvonalú hozzájárulásának köszönhetően közöljük. (A szerk.)



többszörösen is az ember áll a figyelem középpontjában. A kiindulási és a végpont is az egyén. Jelen sorozat esetében természetesen az arcképeken ábrázolt világhírű orvosok. Másrészt azonban kissé absztrakt módon azoknak az embereknek a sokasága válik fontossá, arc-talanul, akiknek az életét vagy mindennapjait megváltoztatták, jobbították felfedezéseik révén a megidézett tudósok. Winter Ádám művészettörténész a Kass János életművéről 2007-ben készített *Kass János 80 éves* című katalógusban szintén e viszonyulásmódot emeli ki, hangsúlyozva, hogy Kass teljességre törekvő művészetfelfogása középpontjában mindig az ember és az egyén áll, minden vele kapcsolatos és rá vonatkoztatható. „Az alkotásokban a tudomány és a technika hangsúlyos megjelenése is az ember életét és környezetét meghatározó viszonyrendszeren alapul”, hiszen a tudomány sosem önmagáért való.(12.).

Múlt és jelen sajátosan kapcsolódik össze e sorozat alkotásaiban. A megidézett orvosok arcvonásai és tudományos hagyatékuk a huszadik század végén egy olyan történeti kontextusból elevenítődnek fel, ahol az orvostudomány fejlődése során örökségük az orvoslás alapismervei közé épült be, s egyúttal a mai ember életének mindennapjaiban érvényesül.

A fentieket összegezve talán nem túlzás azt állítani, hogy a sorozat egyszersmind tisztelés az egyén és alkotó előtt, aki képes megőrizni nyitottságát a legkülönbözőbb területeken, témákban és örökké kész új utakat, kifejezésmódokat, megoldásokat keresni a technika és tudomány, valamint a művészetek terén, ahogyan a Kass János legkülönbözőbb művei esetében is tapasztalhatjuk.

Zólya Andrea Csilla

KATALIZÁTOR

■ Két-három nappal a *Hívó Szó* megfogalmazása után, vagyis 1989 karácsonyán történt. Frissen nyakamba szakadt hivatalos elintézendők végeztével és már jóval sötétedés után, kihalt Kolozsvár-belvárosi utcákon egyedül siettem a Farkas utca 6-os számú házba, Szántay Jánosékhoz, hogy csatlakozzam a névnapot ünneplőkhöz. Talán érdemes volna a már ott koccintók népes csapatát is megnevezni (biztosan jelen volt Gáll Ernő és zenész barátunk, László Ferenc s az ismét tévéssé váló Csép Sándor, a hölgyek koszorújában), ám hitelesen felidézni csak a külső és belső hangulatot tudom. Még mindig a terroristáktól (?) való félelem – amit a köztéri pusztaság fölerősített – és a reménykedés pólusai közt érkezve, a társaság, nem utolsósorban a házigazda heves érdeklődését tapasztalhattam a dolgok állásáról, a márkás képekkel díszes, tágas helyiségekben. Azt az időt, azt a felismerést éltük valamennyien, amelyet (nem túlzás állítanom) egy 1993-ban Szántayval készült interjú néhány mondatával lehet nagyon pontosan – és a jeles biokémikusra vallóan – jellemezni: „A makro- és a mikrovilág úgy van megszerkesztve, hogy a külső agresszió mindig kiváltja a megfelelő védekezést a szervezetből és hosszabb távon a társadalomból is. Vagyis a megfelelő gyógyszer akkor adható értelmesen, ha belül valami megmozdul.” És mintha megtanultuk volna (szintén Szántay Jánosnak, itt a kolozsvári Funar-évekkel kapcsolatos, ugyancsak reménykedő szavaival), hogy „ha fenékebe rúgnak, ne tartsd oda még egyszer, fordulj szembe, hogy az ütés ne érhesse váratlanul”.

Ehhez a Fábíán Péter készítette interjúhoz azért fordulok szívesen az 1922-ben Nagyváradon született és pár éve a Szamos-parti városban elhunyt Szántay Jánosra emlékezve, mert egy partiumiból elkötelezett erdélyivé lett tudós, a művész hajlamú, a maga módján közéleti ember szemléletét kitűnően foglalja össze. A híres kolozsvári román orvosprofesszortól megtanult szakmai felismerés – „azokat az anyagcsere-folyamatokat kell gyógyszeresen segítenünk, amelyek a szervezet önvédelmi vonalát erősítik” – Szántay számára életfilozófiaként rögzült, a személyes harc megvívását az egész romániai magyar társadalomban, valamennyi

kisebbségi közösségben mértékadónak vélte: „Becsületet és pozíciót ott szerezhetünk, ahol kiugró teljesítményeket tudunk felmutatni. A négyes átlag a mi számunkra már az iskolában, főképp az egyetemen, nem jó jegy.”

Fiatalon a kardvívásban, majd évtizedeken át a kolozsvári 3. számú Belgyógyászati Klinika izotóp-laboratóriumának vezetőjeként mint biokémikus, nemzetközi hírre jutott magneziumkutató teljesített „nem négyes átlaggal”. Visszalapozva a *Korunkban*, az 1972. szeptemberi lapszámban ráakadtam *Szaktudományok interferenciája* című, a „Tudományos műhely”-be írt tanulmányára, amely egyik kutatási területének problémáiról és saját eredményeiről számolt be, szakszövegekben ritka, emberi nyelven. De igazán közel hozzánk a *Korunk Galéria* révén került, mindvégig egyik leghűségesebb támogatónk volt. Elsősorban neki köszönhetjük, hogy 1979 decemberében megrendeztük a „Nagybányaiak Kolozsvárt” című kiállítást, és természetesen vele hoztuk tető alá (1982 júliusában) az orvos képzőművészek *Korunk Galéria*-beli bemutatkozását (többek között Nagy Zoltán, Szolnay P. Sándor, Corneliu Petrescu festményeivel, Szántay János szobrával). Katalógusszövegemből idézem: „A műkedvelő mozgalom országos támogatása, a versenyek és díjak sűrűsége idején talán föl sem tűnne egy bizonyos foglalkozási ághoz tartozók akár ilyen rendszeres jelentkezése – ha az esztétikai minőség nem készítené egyre megérdemeltebb figyelemre. Eleinte talán csodálkoztunk azon, hogy »amatőröknek« a Művészeti Múzeum ad évről évre otthont; de már az megállásra késztetett, hogy a téli tárlatok (a »Szalon«) rendezéséből olyan művész is részt vállalt, mint Fülöp Antal Andor.”

Szántay János örökségéhez ez, az Orvosok Téli Szalonjának országos szintű szervezése, a színvonal lehetséges fenntartása is hozzátartozott. Része lett ez a fajta, művészeti elkötelezettség a közösségteremtés szándékának, amely úgy volt magyar alapozású, hogy nem állt meg a nyelvi, az etnikai határoknál. Szelíd erőszakkal képviselte az otthonról hozott, a munkára alapozott elveket. Így lett ő – ahogy a lelkes riporter írta az interjú címében – „egy európai Erdélyben”.

Kántor Lajos

MUZSIKÁLÓ ORVOSOK

■ Az orvos a testet, a zene a lelket gyógyítja. Esetenként az orvos is zenélhet, vagy gyógyíthat zenével. Találón fogalmazta meg Tüskés Tibor: „A zene megnyugtatja a fáradt embert, feloldja a fokozott feszültséget, erőt ad a betegséggel folytatott küzdelemben, hozzájárul a fizikai állóképesség növeléséhez.” A ma egyre divatosabbá váló zeneterápiának évezredes hagyománya van. Az előzmények visszamutatnak az ókorra, amikor a görög orvosok zenével igyekeztek lelki megtisztulást, katarzist, örömet kiváltó érzelmi reakciót keltetni betegeikben. A mágikus erővel felruházott sámánok, főleg az afrikai primitív népek közösségében még ma is énekekkel, kereplőkkel űzik ki a gonosz szellemeket a betegekből, egyszóval lelki gondokat gyógyítanak. A Nobel-díjas Albert Schweitzer orvos-orgonaművész (1875–1965) Afrikában figyelt fel arra, hogy zenehallgatás közben a betegek fájdalmai, panaszai enyhülnek, és attól kezdve segédeszközként használta a muzsikát a bennszülöttek gyógyításában.

De az orvos nemcsak pácienseinek gyógyítása céljából, hanem saját lelkének épülésére is zenélhet. Van, aki műkedvelőként, van, aki csupán csodálóként, de mindenképpen a hivatástudat és felelősségérzet okozta feszültségek, a napi stressz feloldásaként mélyül el a muzsikában, a festészetben, a költészetben. Köztudott, hogy a zene megszépíti a lelket, érzékenyebbé, jobbá teszi előadóját/hallgatóját. Händel, a nagy barokk zeneszerző a hallgatók jobbá tételét tűzte ki céljául, mondván: „Azt óhajtom, hogy a muzsikámban ne csak gyönyörűségüket leljék hallgatóim, hanem valóban jobbak is legyenek tőle.” A beteg ember az érzé-

keny lelkű orvosban pedig éppen azt a mindentudót tiszteli, aki jó, és akire nyugodtan rábízhatja életét.

Lakatos István zenetörténész írásából tudjuk, hogy a 19. századi Kolozsváron majdnem minden főúri családban tanultak zenélni, és a század második felétől a házi zenélés áttevődött a polgári házakba is. A műkedvelő szívesen játszott a hivatásos muzsikussal, mert így mindig tanulhatott. Az 1840-es években már annyi muzsikos élt Kolozsváron, hogy egyesületbe tömörültek. Így alakult meg a Házi Zenekör, melynek alapító tagjai közt aktív zeneszéként találjuk Szombathelyi Gusztáv orvost is. Később Brassai Sámuel elnöklésével kis zenekar létesült, amelyben Hintz György gyógyszerész képviselte az elsőhegedűt. Mikó Imre *Az utolsó erdélyi polihisztor* című könyvében említést tesz a város azon példás polgáraitól, akik Brassai Sámuel zenei köréhez tartoztak. A névsorban újból találkozunk id. Hintz György gyógyszerész nevével, és megjelenik dr. Wachmann Ede orvos hegedűs és brácsás, valamint dr. Bételeky Ferenc orvos hegedűs neve is. És ki tudja, még hány orvos és gyógyszerész muzsikálhatott az 1887-ben megalakult Kolozsvári Zenetársaság mintegy százötven tagja között? A Zenetársaságban a magyarok mellett románok, németek és zsidók is szerepeltek.

A 20. század első felében, pontosabban 1933–1936 között a kolozsvári orvosi egyetem első anatómia- és antropológiatanárát, a zenében is igen járatos dr. Victor Papiliant bízták meg a Román Opera, majd a Nemzeti Színház igazgatásával. A neves professzor irodalmi-zenei estéket szervezett, kezdeményezésével előbb vonósnégyes, majd egy szimfonikus zenekar alakult. Ez utóbbi zenei vezetését 1962-ig Liviu Comes román zeneszerző látta el. Az 1989-es fordulat utáni években a 15–20 fős, többségében román orvosokból és gyógyszerészekből álló vonósszenekarban már csak néhány magyart találni. A kamarazenekart olykor a zeneakadémia és a filharmónia, valamint a két opera hivatásos zenészei egészítették ki, így emelve az előadások színvonalát. 1996-tól kezdve a kolozsvári orvosok zenekara rendszeresen részt vett az orvoszenekarok és -kórusok normandiai Rouenban megtartott nemzetközi találkozóján. Sajnos az utóbbi években a zenekar karmester nélkül maradt. Emiatt a nyilvános szereplések is megszűntek.

A felbomlott zenekar néhány lelkes tagja azonban továbbra is igényli az együtt muzsikálást. Molnár Endre fogorvos például szívügyének tartja a vonósszenekar újjáélesztését, lankadatlanul új karmester után érdeklődik. Időközben pedig, amikor sikerül társakra találnia, trió- vagy kvartett-felállásban kamarazenélnek, nem a közönség előtti szereplés vágyával, hanem pusztán a zenélés örömeért.

Néhány évvel ezelőtt, a *Semmelweis Egyetem* című lapban a magyarországi orvos muzsikusokról írt cikkében György András kiemeli: „A Magyar Állami Operaházban most is énekel orvos, mérnök, keramikus egyaránt. Mégis feltűnő, hogy a múlt és jelen orvosprofesszorai közül milyen sokan foglalkoztak magas amatőr színvonalon zenével. Az 1920-ban alakult Medikus Zenekar – amely kisebb szünetekkel és átalakulva azóta is működik – tagjai közt nagy hírű orvosok (például Klimes Károly, Fekete Gyula, Asbót T. István, Bencsáth Pál, a két Zoltán professzor, Salacz György) voltak.” A budapesti Semmelweis Orvosi Egyetemen régi hagyomány volt a hallgatók és orvosok muzsikálása. Az 1983-ban alakult Semmelweis Vonósnégyes például egyik elődjének éppen a háború előtt létesült egyetemi szimfonikus zenekart tartja. Az „ezüstlakodalmát” megért magyar orvoskvartett ez idő alatt az osztrák orvosi kamarával kialakult kapcsolata révén Grazban és a salzburgi Mozarteumban is hangversenyezett. 1990-ben, a két német állam újraegyesítésének ünnepén az orvoszenekarral a Berlieni Filharmónia koncerttermében léptek fel. A vonósnégyessel Lóránth Ida készített interjút a *Magyar Orvos* 2010. március 25-i számában. Írásából fény derül arra, hogy habár az orvosok kezdetben csak a maguk kedvtelésére akartak zenélni vagy kisebb társaságok gyönyörűségére házi muzsikálással hódolni a zene iránti szenvedélyüknek, hamarosan a profi zenészek által is elismert kvartettként számos hangversenyt tartottak. Az évek folyamán az orvos vonósok: Kelemen László elsőhegedű (belgyógyász, háziorvos), Székely György második he-

gedű (belgyógyász, gasztroenterológus), Ostoros Gyula brácsa (tüdőgyógyász, klinikai onkológus), Asbóth Richard cselló (belgyógyász, kardiológus) európai hírnévre tettek szert.

A Semmelweis Vonósnégyes amatőrként tevékenykedik, de hangversenyeiket a professzionizmus jellemzi. Gyakori vendégei a jótékonytsági, egészségügyi/szakmai rendezvényeknek. Évente nem tartanak több mint 5–6 koncertet, műsoraikban egyaránt szerepelnek barokk, rokokó és romantikus művek, és folyamatosan bővítik a repertoárt. Igényességükre vall, hogy Dohnányi Ernő *Zongoraötösén* kívül a modern magyar művek hatalmas technikai kihívásainak pódiumon való előadására nem vállalkoznak. Fennállásuknak 25. évfordulóján ünnepi hangversenyt rendeztek az Óbudai Társaskörben, ahol Batta Andrástól, a Liszt Ferenc Zeneművészeti Egyetem rektorától átvehették a Zeneakadémia szenátusa által alapított Musica Dilecta-díjat, amellyel amatőr együtteseket kívánnak elismerni.

A különböző országokban zenélő orvosok olyan nemzetközi szervezetekbe tömörülhetnek, mint a már nagyon régen megalakult Orvos Kamarazenészek Nemzetközi Társasága vagy a londoni székhellyel létrejött Európai Orvoszenekar. 2006 júniusában az Európai Orvoszenekar első magyarországi hangversenyén a Semmelweis-kvartettből hárman játszhattak. A Magyarországi Orvosmuzikusok Egyesülete több mint tízéves. Rendszeresen meg szervezik a Muzsikáló Orvosok Országos Találkozóját.

Pillangóröptű elmélkedésem közben szemem előtt filmkockák peregtek olyan orvosi témájú filmekből, amelyekben a sebészek operációk közben zenét hallgattak, énekeltek, dudorásztak, néha fütyörészték. Talán érdekes lenne statisztikai felmérést végezni arról, hogy kolozsvári viszonylatban az aktívan muzsikáló orvosok mellett mekkora lehet azok száma, akik megszállott zenehallgatókként egyetlen hangversenyről vagy operaelőadásról sem hiányoznak, akik betegek kiegyensúlyozatlan közérzetét a várótermekben zenével javítják, vagy akik az agyműködés serkentésére, a hatékonyabb koncentrálás érdekében és feszültségoldás céljából műtétek közben is klasszikus muzsikát hallgatnak.

Kulcsár Gabriella

ORVOS ÉS ÍRÓ, ÍRÓ ORVOS, ISKOLAORVOS

1. E lapszám szerkesztése közben nemegyszer felvillant bennem a kérdés: vajon mi lehet annak a magyarázata, hogy például a szépíró, orvosi szakíró, zenekritikus, nem utolsósorban pedig gyakorló orvos és pszichiáter Csáth Géza (1887–1919) manapság a reneszánszát éli. Az első világháborút megelőző/lezáró korszak és a mostani századelő között kimutatható lenne valamiféle „affinitás”? A számtalan megközelítés és elemzés nem felelteti az unokabáty Kosztolányi Dezső találó megállapítását 1919-ből: Csáth Géza olyan író volt, aki orvosként és pszichiáterként is tudta, hogy „lelki életünkben nincsenek csodák és véletlenek, a lelkünk történései éppen olyan végzetesek, mint a szívünk, a vesénk, a májunk működése, és a haragunk, az ambíciónk idegreakcióját szabályos görbékben lehet levetíteni a fehér lepedőre”. Nem véletlen – tehetjük hozzá –, hogy az emberi lélek új tájait térképezte fel. Elbeszéléseivel, esszéivel, drámaival a magyar irodalom 20. századi megújítói közé tartozik. Előfutára magának Kosztolányinak is.

Aminthogy az sem véletlen, hogy az ugyancsak orvos író Németh László a „klasszikus ízlésű formaművészt” fedezi fel Csáthban. A *Tanú* 1933-as évfolyamában így írt róla: „Csáth Géza nemcsak orvos és író, de nagy zeneértő is volt, s kitűnő muzsikusz-portréiból még jobban megérthetjük novelláit. Az egyikben azt írja le, hogyan szerette meg Haydnt – aki iránt a fűszerebb, ópiumosabb tizenkilencedik század végi muzsika elfoglaltta tette; a másikban

a zeneszerzők két típusát állította szembe: az abszolút muzsikusokat, akik a zenei formákat önmagukért fejlesztik (Mozart), s a programmuzsikusokat, akik, mint Wagner, általános költői érzéseket tanulnak meg zenére lefordítani. Az én benyomásom az, hogy Csáth Géza abszolút muzsikusa volt az írásnak, s Haydn és Mozart felfedezése közben nemesebb és sajátosabb természete felé törekedett a kor kedvéért vállalt piros, lila és türkiz izgalmak közül. [...] Sajnos, a »léteszenciát« túlágosan komolyan kereste, s hiába találta meg a tizennyolcadik század mestereit s a forma biztonságát, azok a század eleji mérgek aláásták az egészségét, a bíbor, lila és türkiz sugarak egy borzalmas halálneemben explodáltak.”

Az orvos alkata, lelke, érdeklődése és az írói működés között nem egy rokon vonás fedezhető fel. A szakelemzők kimutatták, hogy van néhány adottság, készség, amely mindkét szakma gyakorlásához előnyös. Ezek közé tartozik a tünetfelismerő képesség, a diagnózis megállapítására alkalmas szem; a felismert részletekből a folyamatokra következtetni tudó elemző tehetség; a bajt megértő empátia; a kritikus/önkritikus életszemlélet. Csáth Géza mellett ezekkel az erényekkel rendelkezett a múlt században Benedek István, Beney Zsuzsa, Bodosi György, Bólya Péter, Gutai Magda, Gyurkovics Tibor, Illés Endre, Lénárd Sándor, Magyar Imre, Mária Béla, Szenteleky Kornél, Urr Ida.

És természetesen Németh László. Erdélyből mindenekelőtt Osvát Kálmánt, a *Nyugat*-szerkesztő Osvát Ernő testvéröccsét említhetnők. De nem feledkezhetünk meg a fogorvosi magánpraxisából megélni nem tudó (iskolaorvos és orvostörténész) Jancsó Béláról sem, aki a *Tizenegyek* esszéistájaként, az Erdélyi Fiatalok nemzedéki mozgalmának spiritusz rektora-ként írta be nevét a két világháború közötti eszmetörténetbe.

2. Az osztályteremben kiakasztott térkép előtt a tizenkét éves Németh László a Balkán-háború idején „stratégiai” előadást tart társainak a hadi helyzetről. Harctéri tudósítások, hadijelentések, geopolitikai elemzések alapján. A tizedik évét töltő – az iskoláskor előtt már ugyancsak betűvetőnek számító – Jancsó Béla ugyanazon hírforrásokból tájékoztatja fél szemmel látó orvos édesapját, és gombostűkkel jelzi a frontvonalak hullámmozgásait egy iskolai térképen. (Trianon előtti történet: a Németh család ugyanabban az esztendőben – 1903-ban – költözött át Nagybányáról Szolnokra, majd onnan Budapestre, amikor Jancsó Béla Marosújváron megszületett.)

Értelmileg koraérett, érzelmileg sérülékeny lelkű, élénk fantáziájú gyermekek voltak mindketten. Meditatív hajlamuk korán felébresztette szellemi világhódító szenvedélyüket, a „tudáslázat”, másrészt pedig táplálta egyre erőteljesebben megnyilvánuló íráskészségüket, amelyet csak fokoznak a budapesti Toldy Ferenc utcai főreál-gimnázium, illetve a kolozsvári Református Kollégium (Jancsó 1916-tól itt tanul) önképzőköreinek elvárásai. Németh László több műfajt kipróbáló szárnypróbálgatásai után Mikszáth-ízű novellájával aratja az első megérdemelt sikert tizenhét évesen, ugyanabban az életkorban Jancsó Mikszáthról és Beethovenről ír, illetve jelentet meg esszébe hajló értekezéseket. (Mindkettő olvasható az *Irodalom és közelet* című posztumusz kötetében.)

Németh László 1920-ban, Jancsó Béla 1921-ben iratkozik be a Pázmány Péter Tudományegyetemre. Németh a bölcsészkarra, Jancsó – apai rábeszélésre – eleve az orvosira. Az 1920-ban újraindult bölcsészkar oktatás konzervatív szemlélete kiábrándítóan hat Németh Lászlóra, aki már az első tanév derekán úgy dönt, hogy az orvosin folytatja tanulmányait. Mindketten írók akartak lenni, és mindketten fogorvosi szakképesítést szereznek. Németh László 1925-ben, házasságkötésének és nagy visszhangú írói indulásának évében. Jancsó tíz esztendő múltán, hosszas – szegedi és kolozsvári – kitérők után jut a fogorvosi diploma birtokába a kolozsvári román egyetemre. Németh már 1926-ban magánrendelőt nyit, Jancsó a szovjet hadifogságból hazatérve kényszerül erre a lépésre, miután üzemi fogorvosi, majd egyetemi könyvtárosi állásától is megfosztották; nyolc évvel azelőtt, hogy Romániában a magánorvosi praxist felszámolták. Ennél sokkal lényegesebb: mindketten huzamosabb ideig iskolaorvosi teendőket is ellátnak. Németh László, 1928-tól kezdve, több külvárosi iskolában, nemcsak az általa megörökített Medve utcai polgáriban. Az egyetem elvégzése után Jancsó

Béla a kolozsvári Református Kollégiumban veszi át édesapja munkakörét. Amit egyikük sem rutinszerűen, hanem az orvosi hivatással párosuló lelkiismeretességgel végzett. Németh László pályáján a szociográfiai mélységlátás lehetőségét kínálja az iskolaorvosi foglalatosság – Sárközi György öt kéri fel a *Nagy-Budapest* megírására a *Magyarország felfedezése* címmel az Athenaeumnál 1937-ben elindított tízkötetes vállalkozás számára. Az erdélyi társadalom-kutatást 1930-ban elindító Jancsó Béla számára sem csak a független írói pálya anyagi biztonságát jelentette az iskolaorvosi státus: íróként így jobban beleláthatott a kisebbségi magyar társadalom „mélyszerkezetébe”. Németh László minden egyes vizsgálata során antropológiai kérdésekre is kereste a választ. Édesanyja feljegyzéseiből tudjuk, hogy Jancsó Béla naponként olykor száznál több gyerekkel is foglalkozott, és ha szükségesnek látta, további kivizsgálásra és kezelésre irányította őket. Akkor már az a felismerés munkált benne, hogy *a kisebbségi magyarság fennmaradása szorosan összefügg a biológiai életképesség megőrzésével és annak növelésével.*

A korszerű Erdély-tudatot tápláló irodalomszervezői és értelmiség-nevelői szerepének betöltése után mindinkább visszavonul a tágabb értelemben vett népművelés és ezen belül is a népegészségügyi nevelés „hadállásaiba”. Amikor Németh László Erdélyben járt, a brassói ÁGISZ Hasznos Könyvtár sorozatának egészségügyi kötetait szerkesztette éppen – *Tizenegyekbeli* társának, a *Brassói Lapok* főszerkesztőjének, Kacsó Sándornak a felkérésére. A *Kiáltó Szó* kiadásában 1934-ben megjelent *Egészségügyi tanácsadó az erdélyi magyar nép számára* című munkáját Németh Lászlónak is megküldte Tamásival, levelében az orvos író véleményét és bírálatát kérve.

Áprilynak írott leveleiből tudjuk: Németh László már 1928 áprilisától tervezte, hogy még ugyanazon év őszén – európai úttjáról visszatérve – ellátogat Erdélybe. Tamásival szeretett volna megismerkedni s hozzá hasonló tehetségeket felfedezni. A túlfeszített szellemi munka, az iskolaorvosi állás elfoglalása, majd a betegségek sorozata miatt egyre inkább kitolódott a kolozsvári látogatás időpontja, sőt arra kényszerült, hogy az *Erdélyi Helikon*nal kialakított rendkívül termékeny együttműködést is felmondja. Végül is csak 1935 augusztusában juthatott el az olyannyira vágyott erdélyi földre. „Noha Nagybányán születtem – írja 1928. május 8-án a *Helikon*-szerkesztőként is nagyra becsült Áprilynak –, az igazi Erdélyben sohasem voltam, ami erdélyi szakértősködésem után legalábbis illetlenség.” A „szakértősködés”-sel nyilvánvalóan az előző években megjelent erdélyi tárgyú tanulmányaira és íróportréira utal (köztük a Tamásiról írottakra), amelyek arra készítették Áprilyt, hogy felajánlja Németh számára az induló *Erdélyi Helikon* hasábjait: legyen az élő magyar irodalom kritikai szemlélője. A „szellemi kincsek nagy szétszóródása előtt” az „örök magyarság” kortárs papjait megszólaltatni kívánó Németh Lászlót valósággal lázba hozza az erdélyi szószerk várakozás feltűnése, és egy bő fél esztendő alatt a *Magyar irodalom 1928-ban* című ismert kritikafüzérrel, illetve az André Gide-, a Tóth Árpád-, a Szabó Dezső- és a Kosztolányi Dezső-tanulmánnyal viszonozza a helikoni szellemi műhely bizalmát. „Nagyon örülök a meghívásnak – olvasható két hónappal korábban kelt soraiiban –, nem mintha csonkaországi folyóiratoknál nem akadna dolog, de mert bízom benne, hogy az *Erdélyi Helikon*ban semmiféle csoportérdek nem fog feszélyezni. Aki ismeri a mi viszonyainkat, megérti, hogy ujjongva fogadunk minden lapot, amelynek író, tehát a művészet lelkiismeretével megkötött ember a szerkesztője. Osvát Ernőn kívül – azt hiszem, nem sértek jogos érzékenységet – ma nincs magyar szerkesztő, akinek az irodalomról akármiféle koncepciója is volna. Sajnos Osváttól, látszólagos jóindulata s kitüntető figyelme ellenére is, elválaszt engem a magyar gondolat iránti szkepticizmusa s ízlésének meddő-artistikus korlátozottsága. Így tehát valóságos kámfor-injekció volt számomra az ön üzenete, mely épp akkor ért, midőn a folyóiratokból végképp vissza akartam húzódni, hogy kiadóra váró könyvek lépébe rakjam le nagyon is aktuális érdekű irodalmi és magyar emberi felfogásomat.”

3. Németh László bevallottan nem volt „az erdélyi irodalom fanatikusa” („sőt egyáltalán nem ismerek erdélyi, csak magyar irodalmat” – vallotta meg ugyancsak Áprilynak): a triano-

ni megosztottság után eszmélkedő és eszméltető igazi tehetségeket akarta piedesztálra állítani, közös fellépésre egybefogni. Ezt segítette elő a harmadik helikoni találkozónak (Marosvécs, 1928. július 5–7.) az az egyöntetű döntése is, hogy az *Erdélyi Helikon* az „élő magyar irodalom termékeit és életét” olyan „szélsőségektől mentes magyarországi kritikai íróval ismertettesse”, mint Németh László. Egyszersmind arra is felhatalmazást nyert a folyóiratot szerkesztő Áprily, hogy a kiforrott esszéíróként számon tartott Jancsó Bélától olyan elemzéseket kérjen, amelyek klasszikusaink újraolvasásához ébreszthetnek kedvet a nagyközönségben.

Jancsó Béla – budapesti és szegedi tanulmányéveit leszámítva – sosem tudott elszakadni Kolozsvártól, pedig a *Tizenegyek* világjárása idején maga is készült Münchenbe. Napi útvonala rendszerint a belváros nevezetes „kiszögellési pontjait” érintette az otthon, a munkahely és (1940-ig) az *Erdélyi Fiatalok* szerkesztősége között. Szellemi mozgásigénye viszont – életművel felérő levelezése a bizonyosság rá – koncentrikusan táguló körökben átfogta a Szeged, Debrecen, Budapest, Bukarest, Pozsony, Róma, Párizs, Berlin, München, New York által jelzett térséget. Mindenről tudott, mert mindenről tudni akart, ami a Kárpát-medencei magyarság sorskérdéseivel kapcsolatos. Mégis titkok garmadáját vitte magával a sírba, mert élete utolsó évtizedeiben nem akadt senki, aki rákérdezhetett volna *közérdekű magántitkaira*. Németh Lászlót intenzív szellemi mozgásigénye hihetetlen erőfeszítésekre sarkallta: nem másod- vagy harmadkézből szerezte értesüléseit az európai szellem mozgásirányairól, hanem a helyszínen, illetve a korszellem-alakító műveket eredetiben olvasva. Ugyanakkor vándorprédikátorok módjára járta a két világháború közötti Magyarország földrajzi és szellemi tájait, hogy európaivá tágíthassa a magyar közgondolkodást. A második világháború utáni – már-már követhetetlenül gyakori – helység- és lakásváltoztatásai inkább a földönfutásra emlékeztetnek: a sorsán akar változtatni, az alkotói nyugalmat keresi. Jancsó Béla képtelen a maga sorsán változtatni, illetve meg sem kísérli azt. Menyasszonya halála után nem gondol családalapításra, Szabó Dezsőhöz hasonlóan éli le az életét. Pedig rajongtak érte a kolozsvári egyetemista lányok. Hogy korán megözvegyült és így anyagilag gyermekeire szoruló édesanyját gyámolíthassa, évtizedeken át szellemi rangján aluli munkákat is kénytelen elvállalni. Miközben testvéröccse irodalomtudósi megbecsülésnek örvendhetett a kolozsvári egyetemen. A megérdemelt alkotói nyugalmat sosem tudta kiküzdeni magának, minden – „férfi-alkotásnak” szánt – művét éppen csak elkezdte, illetve az adatokat gyűjtötte azokhoz. Holott – barátainak és kortársainak egybehangzó véleménye szerint – egyedül ő lett volna hivatott a két világháború közötti korszintézis megteremtésére.

Cseke Péter



S. KIRÁLY BÉLA

VÁZSONYI VILMOS: AZ ELSŐ POLGÁRI DEMOKRATA A MAGYAR PARLAMENTBEN

■ A politikatörténet tényként kezelt tétele: a pártképződés egy országban akkor egészséges, ha a pártok a gazdaságról, a társadalomról, a jövőről kialakított eltérő elképzelések törésvonalai mentén jelennek meg. Mint ismeretes, Magyarország sajátos történelmi kényszerpályája miatt az 1867-es kiegyezést megelőzően és azt követően az eltérő közjogi felfogások miatt szerveződtek a pártok. Az élet-halál vita arról szólt, milyen legyen Magyarország közjogi helyzete, szerveződése az Osztrák–Magyar Monarchián belül.

Először Vázsonyi Vilmos személyén keresztül képviseltette magát a magyar parlamentben egy olyan párt, amely létezésénél fogva metszette keresztül a fenti törésvonalat. Minderre 110 éve, 1901. október 2-án került sor, amikor Budapest egyik kerületében, Terézvárosban a kormánypárt jelöltjével szemben Vázsonyi fölényes győzelmet aratott. Az esemény jelzésértékű volt, és a politikai elit tekintélyes része úgy is kezelte a váratlan történést. A népszerű ügyvéd és vezércikkíró pártja, a Demokrata Párt ugyan már 1894 óta működött a Terézvárosban, de fiatal vezetője csak most jutott parlamenti mandátumhoz. Írásunk igazi apropóját viszont az adja, hogy e párt országos párttá Kolozsvárott alakult. A kivételes eseményre szintén 110 éve, 1900. augusztus 20-án, Szent István ünnepén került sor.

Az említett napon Vázsonyit meghívták Kolozsvárra, a kolozsvári Demokrata Párt megalakítására. A Központi Szálló nagytermében tartott nagy sikerű programbeszédet, és az itt elmondott szövege lett az alapja a Demokrata Párt országos programjának, illetve e program meghirdetésével vált országossá a párt. A Szamos-parti egyetemi városban elmondott programadó beszéd a legszembek, a leggondolatébresztőbbek egyike

a magyar politika történetében. Itt engedtesék meg egy-két magánjellegű, bővített mondat. Mint a Babeş–Bolyai Tudományegyetem egykori filozófia–történelem szakos diákját egyfajta intellektuális lokálpatriotizmussal töltött el a „felfedezésem”, amikor hónapokon keresztül olvastam a „terézvárosi Cyrano” (Krúdy) parlamenti beszédeit, felszólalásait, cikkeit és közjogi vonatkozású könyveit a budapesti parlament könyvtárában. Más motivációk mellett ez is befolyásolt, amikor az ELTE politológia szakos hallgatójaként Vázsonyi Vilmos politikai pályájáról írtam diplomadolgozatomat. Legfontosabb részeinek közlésével régi adósságot törlesztünk a demokrata politikussal szemben, és meggyőződhetünk arról is, hogy nincs sok újdonság a nap alatt.

Vázsonyi politikai pályája, kérdésfelvetései és válaszai teljesen szokatlanok az érdeklődő számára, ha az elmúlt húsz év politikai és médiabeli „fősodrát” (mainstream) tekintjük kiindulási pontnak. A magyarországi zsidó kisebbséget védő, szervező tevékenysége a magyar nemzeti szerveződés iránti elkötelezettséggel párosult. Az ő esetében a liberalizmus vagy szabadelvűség, illetve a származást, vallást és más partikuláris identitást magába foglaló, sorsközösségként felfogott nemzeti elkötelezettség nem egymást kioltó entitások, nem egymásnak rontó mentalitásbeli falanxok, hanem egymást válllvetve támogató szellemi és érzelmi képződmények. A rendszerváltás alatt és után ránk telepedő politikai korrektség narratívája szerint lehetetlen Vázsonyi szellemi arculatát, fellépésének újszerűségét, vitathatatlan politikai érdemeit rekonstruálni. Az ő munkásságában a demokrácia nem doktrínér vagy demagóg nemtörődomség a nemzeti vagy az állampolgári létfenntartás

érdekeivel szemben. Minden liberalizmusba hajló demokratasága mellett a törvényes rend és a jogfolytonosság emberét tisztelhetjük benne, aki céljait a természetes fejlődés, a fokozatos változás keretei között kívánta elérni. Demokrácián mindenekelőtt *szervezett* szabadelvűséget értett.

Vázsonyi fellépése kockázatos vállalkozásnak tűnt. A fővárosi klikkek kezdetben le kicsinyléssel fogadták a hírt, miszerint a Sümegén született, zsidó származású fiatal ügyvéd Budapest egyik legnagyobb kerületének, a Terézvárosnak mandátumára pályázik. Október elején azonban kiderült, hogy a választók tömegesen csatlakoztak a Demokrata Párt fiatal vezérének táborához. Estéről estére, kávéházakban, vendéglőkben gyűléseket tartva toborozták a választókat az új párt lelkes agitátorai. A rá szavazók bátorságát erősítették a szavazati joggal nem rendelkezők ezrei is, akik a népjogok megvalósulását remélték „Terézváros szerelmesének” megválasztásától. Nemcsak a magyar lapok, a külföldi sajtó is foglalkozott az eseménnyel. A *Berliner Tagblatt* például tárcát írt róla.

A fiatal képviselő, akiből 1917-ben igazságügy- és választójogi miniszter lesz, a Terézvárosban nyitott ügyvédi irodát. Az akkor még város széli, álmos kerületben feltűnő ügyvéd név szerint ismerte a kiskereskedőket, kisiparosokat, a kistisztviselőket, az állami alkalmazottakat, akikkel és akik érdekében majd pártot alapít. Rajongva szereték. „Ezek a névtelen kisemberek – emlékezik Krúdy Gyula –, akikre jóformán senkinek sem volt szüksége a városban: ezek kezdenek emlegetni egy nevet – a Vázsonyiét. Őt emlegeti Strasszer, a részletes, aki azzal állít be vevőihöz, hogy úgyis magyarok vagyunk, szavazzunk hát Vázsonyira.”

Annak idején, 1901-ben egy olyan országgyűlés tagja lett, amely törvénykezési szinten kiépítette ugyan a liberális magyar államot, de az elitársadalomról a tömegtársadalomra való áttérés során az egyre bővülő szociális kihívásokra már nem talált megfelelő válaszokat. Vázsonyi újdonsága, hogy a századfordulón a kispolgári és polgári rétegek önérzetes képviselőjeként lépett fel, és politikai pártba tömörítette őket. Vasmarokkal összefogott párt volt tehát az első polgá-

ri párt Magyarországon, amely nem közjogi alapon – azaz a '67-es–'48-as ellentét alapján – kelt életre, hanem egy társadalmi réteg érdekeinek védelmében. 1926-ban bekövetkezett haláláig folyamatosan választották újra meg újra ugyanott, még távollétében is, amikor Tisza István meggyilkolása után elhagyni kényszerült az országot, és Bécsben, Münchenben, majd Svájcban élt. Több mint kétszázévi távollét után, 1921 tavaszán tért haza végleg. Ha itthon marad, az őszirózsás felfordulásban megvezetett tömeg bosszúját valószínűleg ő sem kerülhette volna el.

Az évtizedek során több ellenzéki csoportosulásban vett részt, hogy pártját és választóit minél közelebb hozza a politikai döntésekhez. Ellenfelei is elismerték, hogy mindenhol a spiritus rector szerepét játszotta. Mint kiváló – egy időben saját napilappal is rendelkező – publicista vezércikkekben és pamfletekben népszerűsítette elveit. Mint közkedvelt ügyvéd és jogász híres politikai pereket nyert meg, a kormány tagjaival szemben is. A leghíresebbek: az 1904-es vasutasper, a Lengyel Zoltán–Polonyi Géza-per, a Déry Zoltán–Lukács László-per, Gratz Gusztáv felmentéssel végződő védelme IV. Károly király visszatérési kísérlete után, illetve a frankbotrány-különvélemény megfogalmazása.

1894-ben, 26 évesen beválasztották Budapest törvényhatósági bizottságába is. Programjában nem kevesebbet akart, mint megtörni az érdekcsoportok, azaz a klikkek hatalmát. „Nem pártolunk olyan jelölteket, akik a közélettől várnak valamit – mondta –, hanem csak olyan férfiakat, akikről a közélet várhat valamit.” Fellépett a virilizmus, azaz a legtöbb adót fizető polgárok kivételezettsége, illetve a vagyoni cenzus ellen, mivel ezek befolyásolták Budapest közgyűlésének akkori szervezetét. „Uraim – fejtegette a Demokrata Párt Nagymező és Mozsár utca sarkán levő helyiségében, 1897 novemberében –, aki közjogot csatol a vagyonhoz, az a tőke ellen való gyűlöletre izgat, szétszakítja a társadalmat, és provokálja az osztályok harcát. Akinek több a vagyona, mint a másik polgártársának, akinek a szerencse jobban kedvezett, az élvezze vagyonát zavartalan boldogságban, örüljön szerencséjének,

de a buta sorsból ne merítsen jogot arra, hogy polgártársain uralkodjék.”

Városházi képviselőként Vázsonyinak oroszlánrésze volt az új típusú kommunálpolitika és a modernizáció felgyorsításában Budapesten. A közművek teremtéséhez, az üzemek községestítéséhez, a kültek közgazgatási és infrastrukturális bekapcsolásához, a nagymértékű lakás- és iskolaépítéshez, a bérstopig menő bérlővédelemhez, az új progresszív városi adó és szociálpolitika bevezetéséhez, a kultúra intenzív támogatásához Vázsonyi Demokrata Pártja biztosította a működőképességet a városházán Bárczy István polgármestersége idején. A parlamenttel ellentétben a városházán ugyanis számottevő erőt képviselt pártja. Vázsonyi érdemeit még tovább lehetne taglalni. Gondolok itt a ma is olvasható és gondolatébresztő jogelméleti műveire vagy az általa kidolgozott új választójogi törvényre, amely – sajnos – hamvába fuladt, de az elmondottak talán kellően indokolják életművének ápolását.

Joggal adja magát a kérdés: miért nem fedezték fel Vázsonyit maguknak a különböző színvonalú demokraták és liberálisok a rendszerváltás hajnalán, hiszen akkor, a nyolcvanas évek végén, a pártképződések idején mihó szellemi őskeresés folyt? Két válasz lehetséges: vagy nem tudott semmit róla a pártokat körülzsongó értelmiségi holdudvar (keveset tudni ez esetben annyi, mint nem tudni semmit), vagy nem illett bele a jórészt importált szellemi kánonba. Vázsonyi Vilmos szellemi hagyatéka áldozata lett előbb a mintegy negyvenéves indoktrinációnak, majd a húszéves hallgatásnak. Pedig ő volt az első, akit demokrata programmal választottak képviselővé. Ugyanakkor másképp volt szabadelvű, mint a kormányzó Szabadelvű Párt hívei, mivel ő az angol radikálisokat, Gladstone-t tekintette politikai rokonának. Kossuth Lajosra hivatkozva és az ő szellemi örökségét szem előtt tartva *nemzeti demokratának* tekintette magát.

A Vázsonyi-életművet beindító és körbefogó csend, hallgatás okainak taglalása során érdemes kitérni az 1918-as „őszirózsás” eseményekre, valamint a Tanácsköztársaságra. A novemberből július végéig terjedő

időszakot bemutató ismeretterjesztő vagy monografikus igényű Kádár-kori könyvek több szerzője is diabolizálta őt, hiszen a „forradalom”, a „felfordulás” ellensége volt. 1918. december 21-én az alábbiakat írta Münchenből Székely Ferencnek, a volt igazságügy-miniszternek: „Magyarország csak úgy imponált volna az entente-nak, ha erőt képviselt volna. Úgy, mint 1848-ban, amikor nagyszerű katonai értékeket produkált a honvédelemben. Károlyi agitációja tönkverte a hadsereget. [...] Károlyi gyengesége és kapaszkodása, hogy népszerű maradjon, lehetetlenné tette a magyar közigazgatást.” Nem csoda, ha hősünk azoktól a történészekről kapta a legrosszabb minősítést, akik a rendszerváltás előtti évtizedekben Károlyi Mihály és Jaszi Oszkár kétes politikai érdemeinek felértékeléséért küzdöttek. Mivel Vázsonyi a sorsfordító esztendő előestéjén Károlyi Mihály és az őt befolyásoló Jaszi Oszkár, illetve Kunfi Zsigmond politikai ellenfele volt, a velük konjunktúris okokból foglalkozó történészek Vázsonyiról előnytelen képet festettek. Csupán egy példánál maradva: az ismert történész, Litván György előbb kétségbe vonta Vázsonyi demokrata mivoltát, majd az adott viszonyok közt a maximumot kihozó, de kompromisszumra kész, választójogi törvényjavaslatát pedig rendkívül antidemokratikus törvényjavaslatnak minősítette. Később azt is állította, miszerint „a demokrata Vázsonyi Vilmos a reakcióhoz pártolt, s miniszterként nem megvalósítani, hanem elodázni segítette a demokratikus reformot”.

Vázsonyiból nem hiányzott sem a bátorság, sem az előrelátás képessége: igazságügy-miniszterként 1918 kora tavaszán szorgalmazta a királynál Károlyi letartóztatását, mert korán felismerte, hogy izgatásra alkalmas személy ugyan, de nem bír semmilyen kormányzati érzékkel. Betiltotta a Galilei-kört is, amely tápot adott Károlyi hiúságának. Sértette önértetét, hogy a kör többségének semmi sem volt szent ebben az országban. A *Neues Pester Journal*-ban írta 1919. november 2-án: „Nem lehet eltüntetni azt a tényt, és nem is akarom tagadni, hogy a zsidó származású irodalmárok egy része nagyon sokban hibázott, amikor a cinizmust, a

destrukciót és a nemzeti eszmények lenézését terjesztették.” Egy évvel korábban, 1918 szeptemberének végén Károlyi hatalomra éhes újságírói holdudvarának zaklatásig menő kapacitálásai ellenére sem csatlakozott hozzájuk. Különösen Kunfi Zsigmonddal és Jászi Oszkárral szemben érzett leközdületlen ellenszenvet. Jásziban a gyakorlati érzék híján politizáló teoretikus taszította, meg az a betűgőg, amely később uralkodó vonása lett a 20. századi értelmiség tekintélyes részének. Kunfinak a nevét sem szerette hallani: „ő veszedelem azokra nézve is – mondta –, akiknek az érdekét szolgálni látszik.” Gúnyos homéroszi jelzővel az októberi „katonai lázadás” dadogó Démoszthenészének nevezte Károlyit, aki – az orosz polgári forradalom bolsevizmusba csúszására utalva – egy személyben eljártssa Lvov herceg, majd Kerenszkij, később Lenin szerepét, aszerint, hogy merre sodorják az események.

A magyar államra, a nemzetre nézve életveszélyesnek tartotta a nemzetek fölötti, a magyar államiságot is képlékenyen felfogó, a globalításban feloldódni kívánó polgári radikálisok vízióit, illetve a nemzet alatti, osztályokra épült stratégiai szemléletet, amely a szociáldemokrácia baloldalának sajátja volt. Ugyanakkor tisztában volt a korabeli magyar társadalom torlódott rétegződésének feszültséget keltő helyzetével. Mégsem adta fel: vitriolba mártott tollal cikkezett, vitatkozott a nemzeti gondolatot kisajátító, azt dogmatikusan felfogó, „maradi” szemlélet ellen is, amely a hagyományos politikai elit tekintélyes részének világképéhez tartozott.

Vázsonyi eszméinek kivitelezésében, programja megvalósításában sajnos korlátozta annak a szavazói bázisnak a gyengesége és lokalizált helyzete, amelyre támaszkodni kívánt. Az a kispolgárság, amelyet képviselt, nem volt nagy, nem volt homogén, és érdekérvényesítő képessége sem volt erős. A középosztály, azon belül a kispolgárság arisztokráciát utánzó, annak viselkedési mintáit követő magatartása is akadályt képezett az öntudatosodás útján. Mégis reménykedett abban, hogy a Habsburg-barát konzervatívok és az örök ellenzékiek tünő

függetlenségi pártiak között helyet talál egy francia mintájú, „középutas” demokrata párt számára, amely megfelelően képviseli a kis- és középpolgárság érdekeit. 1926-ban bekövetkezett haláláig bátran képviselte azokat az eszméket, amelyekkel még ifjúkorában eljegyezte magát.

Befejezésül egy illusztris kortársa méltatásának arra a részére térnek ki, amelyben kiemeli Vázsonyi intranzigens gyűlöletét és könyörtelen harcát a korrupció minden válfaja ellen. Még az ellenségei is elismerték róla, hogy teljesen tiszta volt a közélet minden szennytől. Temperamentumának féktelensége olykor ugyan kitört belőle, és nem egyszer elragadta – írta róla Apponyi Albert –, de „becsületes ember volt és, ami nehezebb: becsületes politikus. Megérdemli, hogy kegyelettel őrizzük emlékét.”

Részletek Vázsonyi Vilmos kolozsvári beszédéből

Tisztelt polgártársak! Öröm és megtisztetés számomra, hogy Erdély polgárainak hirdethetem a demokrácia ígét. Hiszen Erdély az alkotmányosság, a magyarság, a felekezeti türelem történelmi földje. A magyar szabadság itt talált menedéket, mikor Magyarországot a reakció fojtogatta. Történelmi végzetet látnék abban, ha ma, midőn a reakció mindenféle fajtája kígyótestével újra szorongatja hazánkat, ismét Erdély volna az igazi magyar és alkotmányos politika, a népállam úttörője.

Tudom, feladatunk nehéz lesz. Legnagyobb ellenségünk: az emberek gyávasága és gondolkodási lomhasága. Nagyobb ellenség ez még az ellenünk összeverődő önző hatalmi érdeknél is. Új párt, új irány! E szóra sokan összerendeznek, megijednek. Az emberek nehezen válnak el a megszokott sablonoktól. Hányan vannak, akik megvallják maguknak, hogy pártjaik csak önző mandátum-politikát űznek és elhenyélik a nemzet életét! Hányan vannak, akik látják, hogy még mindig nincs meg a polgári Magyarország, de új keretekben visszatért a rendiség! De a szellemi téren az emberek szeretnek kényelmesen a síneken haladni, az előírt menetrend szerint. A gondolkodás lomhasága és a tetterső hiánya elernyeszti izmainkat. Kí-

vánják a változást, de nem merik megnyitni az új ösvényt, mely oda vezet. Pedig, uraim, aki az igazságot felismerte, köteles érte küzdeni. Küzdjünk hát mi érte, nemcsak azért a tiszta örömért, amit az igazság szolgálata nyújt, nemcsak lelkiismeretünk megnyugtatósára, hanem nemzetünk boldogságáért, biztos jövődjéért, magunkért és testvéreinkért, a népért, melyet mi az államtól elválasztani nem tudunk, nem akarunk.

[...] Demokratikus államban nem veszt el semmi. Az adó, a fáradság, a szavazás, az egész munka, az egész áldozatkészség, amelyet a közéletben teljesítünk, nem pazaroltatik el; az állam visszaadja azt százszorosán, ezerszeresen, mert a nép csak az államért és az állam csak a népért és a népben él.[...]

A társadalom, uraim, nem gépezet, hanem élő szervezet. Tekintsenek lefelé a nép rétegeiben, és azt fogják látni, hogy mennél lejjebb haladunk, annál több munka jut ki azoknak a rétegeknek, és annál kevesebb élvezet. A társadalom nagy tömege egy kész munkát, kész produktumot, kész élvezetet ad azok kezébe, akik a társadalom tetejében vannak. Vajon meggondolták-e azok, akik az általános választói jog ellenesei, hogy ha a társadalmi munka adójáról lenne szó, akkor a nép, a nagy tömeg volna virilista, míg a fent lévők bizony alig ütnék meg a cenzust? Aki a nemzetért dolgozik, jogot is követelhet.

[...] Valljuk, hogy a népállamban a közigazgatás is csak a nép szervezete lehet. Követeljük tehát a bürokratikus közigazgatás visszaszorítását, az önkormányzat kiterjesztését, a hűbéri jellegű virilizmus eltörlését és az általános választói jogot a törvényhatóságban, valamint a községekben. [...]

Mi nemcsak magunknak kívánunk jogot; jogot kívánunk azoknak is, akik az államhatalom kezelésére vannak kirendelve. Jogot kívánunk a hivatalnoki karnak, melynek eddig nagyrészt csak a kötelességei jutottak. Mi nem vagyunk ellenségei a társadalmi rendnek, mi nem vagyunk ellenségei azoknak, akik a társadalom igazgatását intézik, s akikről tudjuk, hogy igen gyakran fájdalomosan teljesítenek bizonyos parancsokat. De sokszor létfenntartásuk, családjuk jövője és boldogsága is veszélyeztetve van, ha minden

parancsot nem teljesítenek. Mi azt akarjuk, hogy azok, akik a rend fenntartására vannak hivatva, igazi alkotmányos államban élven, egyúttal jogokra is tarthassanak számít. Mert az a hivatalnokai kar, mely egyaránt tudatában van a jogának és kötelességeinek, az a polgári szabadságnak éppolyan bástyája, mint maga a nép. [...]

A közszabadság oltalmára igazi esküdt-széket követelünk, mely a nép minden rétegét magában foglalja, nem a hatóságok döntő befolyásával alakul, és minden sajtóvétség és politikai deliktum fölött ítélkezik. Követeljük az agitáció szabadságát, a szabad egyesülést, a szabad gyülekezést és a szabad sajtót. A kormány rendeleti jogának alkotmányos megszorítását. [...]

Mi nem butítani akarjuk a népet, hanem oktatni, tanítani, hogy emberi rendeltetéséhez méltó legyen, ne csak jogokban, ne csak anyagi dolgokban, jólétben, hanem észbeli tudásban és politikai fegyelemben is.

Mert hiába deklarálják istenségek a népet, ha tudatlanságban és politikai éretlenségben hagyják fetrengegni. Mi nem látszólagos sikerekre pályáztunk, mi nem dolgoztunk öt évre és lejáratra, egy-egy mandátumra, mert mi nem akarjuk, hogy a nép azt mondja: na, ismét egy szédelőgövel több ismerősünk van; nem ilyen sikerekre, mi igazi sikerekre pályáztunk. Ezt jelenti a radikalizmus. Mi a radikalizmus? Magyarul gyökeresség. És a gyökeresség nem fölforgatást, hanem szerves fejlődést jelent. Mi nem erőszakos sikereket akarunk kicsikarni. Mit érünk ezekkel? Aminek nincs gyökere, azt elsepri a szél. Amint megnő a mag a természet erejével, és terebélyes fává fejlődik, így növekszik a becsületes politikusok által felvetett eszme, természetes erőszak nélkül, a nép lelkében. Így értjük mi a radikalizmust. [...] A gazdasági egyenlőség szép és nemes álom, de el nem érhető. A gazdasági igazságot azonban a népállam megvalósíthatja, ha a gyengéket óvja, védi és hathatósan támogatja, hogy a versenyben a nagyokkal szemben megállhassák a helyüket.

E programokban megvonjuk a határt a demokrácia és a szociáldemokrácia közt. Megvonjuk a határt abban, hogy mi nem a gazdasági egyenlőség alapján állunk, melyet

elérhetetlennek tartunk, hanem a gazdasági igazság alapján. Mi nem kívánjuk, mint a szociáldemokrácia, a termelési eszközöknek társadalmi vagy állami tulajdonba vételét, mi az egyéni tulajdon elvén állunk, maradunk, de kívánjuk azt, hogy az állam gazdasági politikájában ne az erőseket támogassa, hanem gondoskodjék arról, hogy a versenyben a kicsinyek az állam támogatásával helyüket megállhassák. [...]

Kívánjuk a gazdagok hitbizományának eltörlését és ahelyett a szegények hitbizományát, a házi tűzhely védelmét, hogy a szegény sorsú polgár csekély értékű ingósága és önfenntartására szolgáló darabka földje végrehajtás alá ne kerülhessen.

Ebből önként folyik, hogy követeljük a megélhetést nehezítő fogyasztási adók fokozatos megszüntetését, az árucikkek mestereséges drágítására irányuló összebeszélések, ringek és kartellek törvényes tilalmazását és büntető megtorlását.

Követeljük továbbá a fokozatos jövedelmi adót, a megélhetésre szükséges jövedelem adómentességével. Követeljük a kuszált, igazságtalan, érvényben levő egyenes adók eltörlését. [...] Mi azt kívánjuk, uraim, hogy a sokféle, zavaros adó helyett egyetlen jövedelmi adó legyen, mely a valósággal kipuhalt jövedelmet és nem képzeletbeli jövedelmeket vesz adózás alá. Akinek csak annyi jövedelme van, hogy szegényesen, egyszerűen megélhet, az adót ne fizessen. Ez a létminimum adómentessége. A többiek adózzanak jövedelmük arányában, de egyre emelkedő fokozatos kulcs szerint. [...]

Követeljük a kisiparos és a kigazda hatóság állami támogatását.

Uraim! A szocializmus azt vallja, hogy a kicsiben való termelés, akár az ipar, akár a földművelés terén, menthetetlenül elpusztul, mert a nagytőke a versenyben agyonnyomja. Ez a tan igazat mond, ha az állam a szabadelvűség bitorolt címe alatt továbbra is a nagyok, erősek és hatalmasok részére osztogatja támogatását, de hamis jóslás, ha demokratikus gazdasági politikát követ. Természetes, hogy rongyos alamizsnák, látszatra oda dobott filléres intézkedések a kisiparoson és kigazdán nem segíthetnek. Az igazi hatalmat csak a nép adhatja meg önmagának, ha

az államhatalmat birtokába keríti, és a maga javára használja föl. [...]

Kié legyen az állam? E kérdésnél lehangol az álarc a szemfényvesztőkről. Akarják-e, hogy a nép legyen a döntő tényező? Óhajtják-e a népállam diadalát? Nem, ők virágzó kisipart követelnek – főrendiházzal, cenzusválasztói joggal, virilizmussal, fogyasztási adókkal, igazságtalan egyenes adókkal s az arisztokrácia és a klérus mindenhatóságával. [...]

Uraim! Az osztályállamban két állam van. Az egyik, a hivatalos, uralkodik a felszínen; a másik, a kitagadottaké, titokban szervezkedik a társadalom mélységeiben, tele gyűlölettel, lappangó haraggal. Mi a népállam hívei vagyunk, nem ismerünk becézgetett és kitagadott testvéreket, mert egy hazának vagyunk a fiai, egyenlő joggal édesanyánk szeretetére. Azt akarjuk hát, hogy a feltörekvő rétegek hadd jöjjenek ki a katakombákból; hadd teljesedjenek jogos kívánságaik, és megvalósuljon a demokrata igazság, melyet egy mondatba lehet foglalni: Legyen minden ember – ember.

Ellenségeink, a hivatásszerű ferdítők azt fogják e programpontjaink után mondani, hogy szocialisták vagyunk. Hiszen rólam máris azt írta egyik kolozsvári napilap, hogy szocialista vezér vagyok. Köszönöm, hogy nem tett meg anarchistának, hiszen már egy árba került volna. (Derűltség.) Nem vagyok szocialista, ha az volnék, nyíltan bevallanám és ott állanék a szocialista párt sorai között. Még mindig jobb társaságban volnék, mint ama üresfejűek közt, akik államférfiaknak tartják magukat, mert nagyképűek és szívtelenek. Demokraták vagyunk, akik a mai termelési mód keretében akarjuk diadalra vinni a népállamot és megoldani a szociális problémákat. Nem utópiákat, elérhetetlen követelünk, a gyakorlati élet talaján maradunk. [...]

Kik a szocializmus úttörői Magyarországon? A mandátumpolitikusok, akik azt vallják, hogy az ember a voksnál kezdődik, és sohasem törődtek a jogtalan nép sokaságával. Ezeket az elhanyagolt rétegeket hódították meg a szocialisták az első foglalás jogán és becsületes demokrata politika híján, a jövőben még nagyobb lesz a hódításuk. [...]

Ki a rend barátja? Aki olyan egyensúlyt kíván, amely valóságos, igaz, tehát meg nem ingatható; rendet, mely nem a félelmen és a közönyön, hanem a polgárok szeretetén, lelkesedésén és öntudatos munkáján alapul.

Mi vagyunk a rend igazi pártja, mert egünk a népszabadságért. Mi, a jó magyarok, mert azt akarjuk, hogy milliók legyenek a ha-

za fiai, hogy felszabaduljon itt minden erő, tehetség, és szárnyaival ideális magasságba vigye a nemzetet. A demokrácia a szabadság, a magyarság és a rend politikája. Adjon önöknek a népek Istene erőt a lelkesedéshez, hogy e politika zászlaja ne csak lobogjon, de győzelemre is jusson. (Vázsonyi Vilmos beszédei és írásai. I–II. Bp., 1927. 146–158.)

A POLITIKUS MIKÓ IMRE

■ „Nyolcvan év / Ritka szép; / Hetven év: / Jó, ha ép; / Hatvan esztendő: untig elegendő” – az „aggastyán” Arany János készülődött így idejekorán a végső búcsúra, de még egy fél, gazdagon termő évtized adatott neki. Mikó Imre, a nevezetes székely unitárius köznevelő bölöni Mikó család 20. századi, földmágló sarja Aranyt kevéssel élte túl; száz évvel ezelőtt, 1911. március 27-én született Bánffyhunodon, és amikor Kolozsváron meghalt, hét nap híján hatvanhat éves volt.

Noha megfontolt és megelégedett volt, és a sors panaszlósa helyett bölcsen, nagy lelkiérvvel mindig a maga módszeres, örömteli munkáját kereste, Erdély talán legutolsó polihisztor írástudója, politikusa, tudósa, írója és szerkesztője korántsem mondhatta volna el magáról, amit a mindnyájunk előtt járó Kós Károly visszatekintve megvallott, azt, hogy ami neki osztályrészül jutott, volt „A legszebb élet, amit magamnak el tudtam képzelni”. Hiszen amikor 1944 októberében közel ötezer kolozsvári magyar férfit válogatott össze és tartóztatott le a GPU, Jancsó Béla, Mikecs László, Teleki Béla, Vita Sándor és a magyar tudomány, közélet megannyi áldozatos munkása mellett Mikó Imre, „Horthy fasiszta parlamentjének” képviselője is ott volt közöttük. Őt is deportálták, majd négy évet töltött Csehov szülővárosában, Taganrogbán, „ebben az Azovi-tenger melletti kikötővárosban, ahol a háború majdnem mindent lerombolt, ahol az oroszok is, mi is éhezünk és fáztunk. Mint annyiszor, most megint a nyelvtudás segített. A hazai három nyelv s a nyugatiak után most már

könnyebb volt megtanulnom oroszul úgy, hogy nemcsak ott, hanem hazatérésem után is használhattam orosz tudásomat műfordításra, tanításra. Tanári képesítést is szereztem belőle.”

Az ötvenes évek végén megint a nagyszámú kitaszítottak egyike; a kolozsvári Brassai-líceum nyelvtanári állásából kiteszik, könyvtügnökként, bolti eladóként, fordítóként, alkalmi bedolgozóként tartja el családját. Nem kolozsvári legenda, hogy „az Egyetem utcai kis tankönyvtárusító üzletben olyan egyetemi magántanár szolgálja ki a vásárlókat, aki – ha kell – a magyar és a román mellett még négy világnyelven világosítja fel portékájáról a betérőket, és két vásárló között – a pult alatt – könyvet ír, vagy lexikont szerkeszt.” (Benkő Samu) „A vásárló diákok közül nagyon-nagyon kevesen tudják, hogy az előzékeny, mindig derűs kiszolgáló nemcsak történelmi nevet hordoz, hanem történelmi életet is, családja és önmaga révén erdélyi értelmiségi nemzedékek folytonossága nyúlik át a jelenbe és a jövőbe, a konok élni akarás és mélyen puritán tisztesség, emberiség jogán. Az igazi folytonosság különben is mindig szerény és csendes, sohasem hivalkodó, és csak a lélek tudja és méri, hogy mennyibe is kerül a végső összegzés az idegeknek ez az örökös előzékeny mosoly.” (Beke György) Amint maga emlegette: „A könyvtérjesztés terén, kerékpáron és pult mellett eltöltött tizenkét év nem kevésbé volt tanulságos. Gyakran idéztem a könyvtárban áruuló Móríc Zsigmond mondását: könyvet írni művészet, eladni kunszt. Az is

kunstszt, hogy az ember a pulton – két vevő között – könyvet írjon, de nem lehetetlen.”

Az elegáns, higgadt Mikó Imre valóban egy történelmi élet terheit hordozta, olyan teljesítmény minden örömet és terhét, amelyet immár harmincöt éve mint küzdelmekkel, munkával, áldozattal, kudarcokkal, olykor sikerrel is sűrűn teleírt saját kisebbségtörténetünket lapozunk; „van egy könyve, amelyet őreá vonatkozóan is jellemzőnek érzünk: *Akik előttem jártak*. Kifejezi, hogy ő időben előttünk járt, de ugyanakkor *előttünk járt* példájával, akit mi nemcsak időben követünk, hanem ugyanakkor ugyanabban a kisebbségi sorban lépkedőkként utat mutató vezérszemélyiségként is” – írta Balázs Sándor, akinek Mikó monografikus élet- és pályaképét köszönjük. Ebből az alapos könyvből és mellette László Ferenc és Cseke Péter *Erdélyi Fiatalok – dokumentumok, viták (1930–1940)* című gyűjteményéből tudja meg a fiatalabb mai olvasó is, ki volt valójában Mikó, és hogy mi kincset hagyott ránk. Nemcsak régi hagyományt és modern erdélyi tudományt, hanem ethoszt, magatartást, vezérelveket, erkölcsöt, olyan örökséget, amely éppen ma nem lehet csupán tudomány. „Erkölcsei hivatását részben önéletrajzi töredékeiből, részben azoknak az elődeinek, kortársainak a példájából rekonstruálhatjuk, akiket mestereinek vagy modelljeinek tekintett. Persze ez a krédó (amelynek táplálnia-erősítenie kellett a megpróbáltatások idején tanúsított sztoikus – derűs, ugyanakkor méltóságteljes – tartását is) nem választható el a nemzetiségkutatóra és a jogtudósra jellemző felfogástól, feltételezhetően konfliktusokba kellett viszont időnként a politikus döntéseivel kerülnie. Mind a nemzetiség általa kidolgozott meghatározásából, mind a *közjogi alanyiség* elismerését szorgalmazó koncepcióból bizonyos erkölcsi normák és értékek szűrhetők le, s ezek egy identitásához ragaszkodó, nyelvét, művelődését és értékeit fenntartani, illetve továbbfejleszteni akaró népcsoport igényeinek felelnek meg.” (Gáll Ernő)

A jogász és nemzetpolitikus Mikó mesteréről, Jakabffy Elemérről, mentoráról és példaképéről, *Az erdélyi falu és a nemzetiségi kérdés* (1932) című híres művének elis-

merő bírálójáról írta le, de érvényes rá is: „A polgári liberális hagyományokat nemcsak a szabad véleménynyilvánítás, az ellenvélemény iránti türelem, később az anyanyelvi műveltség sérthetetlenségének szellemében folytatta, hanem a stílus tekintetében is, ami nemcsak írályt, hanem viszonyulást is jelentett a közélethez. Fölényes volt fölényeskedés nélkül. Intelligenciája, a kérdések megközelítésének könnyedsége, az érvelés szárnyalása vesztesen is a szócsatátér fölé emelte őt.”

Súly alatt a pálma (Egy nemzedék szellemi élete. 22 esztendő kisebbségi sorsban) című művében Ligeti Ernő 1940-ben ezt írta: „A régi konzervatívok és szabadelvűek lejárták magukat, éppen úgy, mint a történelmi materialisták, és az egyetemes kereszténység leginkább kínálkozó parancsai is a mi életünkben legfeljebb pusztá figyelmeztető kőtablák – fejtegeti Venczel József a *Hitel* első számában (1936). A vitatott közszellem megújításához gyökerekig lehető társadalmi revíziót kíván, s a politikus, az író és tudós hármasságának összemunkálásában látja beteljesíthetőnek az új feladatort. A *politikus* az erdélyi magyar hivatástudatot hozza felszínre, a *tudós* az erdélyi magyar társadalomszemlélet revízióját készíti elő, az *író* pedig az új erdélyi magyar közszellemet, amelynek egyik feltétele, hogy a szépirodalomnak is ki kell lépnie az önmagáért létezés elefántcsont-tornyából és hirdetnie az erdélyi magyar kultúrszemlélet öntudatalakító lényegét.”

Mikó ezt a hármast úgy egyesítette magában, hogy egyszer a szakpolitikus, másszor a jogtudós, néha pedig a szépíró, műfordító, esszéíró, a szerkesztő vagy éppen a művelődéstörténész kerekedhetett felül, ám csak ritkán ihlet szerint vagy munkája eltervezett rendjén, sokkal inkább Erdély legújabb korának történelmi szorításaiban. Ahogy lehetett, ahogyan a körülmények és tájékozódása, kolozsvári és párizsi, német, svájci, angliai tanulmányai, politikai tapasztalatai, vonzalmái, életének fordulatai és válságos helyzetei engedték. Az erdélyi unitarizmus örökében nőtt fel, az Erdélyi Fiatalok Benjaminja volt, csatlakozott Antal Márk marxista köréhez, majd az Országos Magyar

Párt politikusa, a Romániai Magyar Népközség titkára, 1940-ben a magyar parlament behívott erdélyi párti tagja volt, miközben mindvégig az erdélyi magyarságot szolgálta. Óvatos volt, túlzottan mérsékelt és alkalmazkodó? Inkább csendes szavú, okosan racionális és belátó, kötelességteljesítő és kompromisszumokra kész egyszerre. Nem merevedett meg elvárt szerepekben, inkább dolgozott, emberségeért és teljesítményéért, jó híréért pedig sokan tisztelték, néhányan még ki is álltak érte.

Mikó már diákkorától, a Trianon utáni magyar diákmozgalmak heroikus évtizedétől az Erdélyi Fiatalokig vezérszemélyiség volt. „Az ifjúsági mozgalmaknak mindig a kolozsvári egyetem és a kolozsvári egyházi diákotthonok voltak a központjai. 1930-ban indult meg Kolozsváron Jancsó Béla kezdeményezésére, László Dezső szerkesztésében az *Erdélyi Fiatalok* című főiskolás folyóirat. Az új nemzedéknek e lap körül tömörült élcsapata a fiatalság öntudatra ébresztését és a magyarság szellemi vezetésére való felkészülését tartotta legelső feladatának. Az egyetemes magyar kérdéseket Ady Endre, Szabó Dezső és Móricz Zsigmond szemüvegén keresztül nézte. Erdélyi viszonylatban transzszilvanizmust hirdetett, ami alatt fajok találkozását értette az emberi értékek magaslatán. Legjelentősebb eredményeit a *falukutatás* terén érte el, szociográfiai kiadványai időrendben messze megelőzték a magyarországi falutudományok megjelenését. Az ifjúsági szervezetek kiépítése és együttműködésében játszott kovász-szerepe egy évtizedre biztosította a magyar egyetemi és főiskolai ifjúság közéletének autonómiáját” – állapította meg a *Huszonkét évben* (Az erdélyi magyarság politikai története 1918. december 1-től 1940. augusztus 30-ig).

Ez a halhatatlan politikatörténeti műve (1941) a *Súly alatt...* mesteri párja. Még alig múlt harminc, könyve mégis tárgyilagos, lexikális, hűvös elemzés, melyben a román parlament egykor legfiatalabb tagja az akkori erdélyi

magyar milliók általa is átélt, nemcsak megértett, hanem alakított történetét adja a sok közül, a passzivitás korától az Országos Magyar Párton keresztül a Népközséig. Nemcsak történelemből volt sok – Mikó könyvében azóta sem írtak jobb összefoglalót –, hanem szenvedésből és jogfosztásból is, aminek már nem is a mértékét kéne hozzámérni az „európai normákhoz”, hanem jelenkori hatását, mint a szétszakítást a folytonossághoz.

Aztán dr. Mikó Imre ügyvéd, országgyűlési képviselő, a Kolozsvári Magyar Királyi Ferenc József Tudományegyetem Jogi Karának meghívott előadója 1944-ben, az Államtudományi Intézet támogatásával több mint félezer oldalon adta ki nagy művét, a *Nemzetiségi jog és nemzetiségi politika* (Tanulmány a magyar közjog és politikai történet köréből) című munkáját, végigjárva ifjúkorának egyik fő ösvényét. Azután és közben – 1929-től halálos ágyáig – írt esszét és életregényt, hely- és családátörténetet, forrásértékű emlékiratot kortársairól, barátairól, mindazokról, *Akik előttem jártak*. A politikus – a „nemzetiségi jogász” – egyik posztumusz munkája *Változatok egy témára* (1981) volt.

1977 márciusában „alkotóereje teljében ragadta el őt a halál. Küzdelmes, munkás élete, szerénysége, erkölcsi magatartása mindig példaként fog előttünk állni – írta születésének kilencvenedik évfordulóján az egyház főgondnokáról az *Unitárius Élet* a családi gyászjelentés nyomán. – Nem volna ez a szomorújelentés teljes, ha nem idéznénk Reményik Sándor szavait: »A holtom után ne keressetek, leszek sehol – és mindenütt leszek.«” Hogy a költőnek igaza lehessen, a mostani centenáriumon nemcsak Mikó Imre sírját kellene a Házsongárd lombjai alatt mégis fölkeresni, hanem mindenekelőtt tanácsadó munkáit Erdély újabb változásában. Mert néha a magunk dolgaira úgy nézünk, mint aki épp ájulásból ébredt.

Csapody Miklós

IFJ. BUCHWALD PÉTER

ÚJ GYÓGYSZEREK FELFEDEZÉSE ÉS KIFEJLESZTÉSE

Észak-amerikai helyzetkép egy sikerszázad után

1. A tudatos gyógyszerkutatás ismérve

■ Az orvostudomány, amely az emberiség korábbi története során csak alig-alig változott, az elmúlt században hihetetlen fejlődésen ment keresztül. A fejlett ipari világ kerekein belül a legtöbb komoly halálozással járó fertőző betegség gyógyíthatóvá vált – gondoljunk csak a kolerára, pestisre, hímlőre, szamárköhögésre, skarlátra, tifuszra vagy tuberkulózisra. Bár számos betegség még mindig gyakorlatilag kezelhetetlen (influenza, rák, sclerosis multiplex, Alzheimer-kór, Parkinson-kór stb.), sok más, ha nem is véglegesen gyógyíthatóvá, de hosszú távon kezelhetővé vált (cukorbetegség, asztma, szki-zofrénia, epilepszia stb.). A szifilisz és egyéb nemi betegségek okozta szenvedés és halálozás is gyakorlatilag felszámolódott, és mára már az AIDS is kezelhetőnek számít. Mindez alapvetően megváltoztatta életmódunkat, ami kétségtől az új és igen hatékony gyógyszereknek, lényegében az eredményes gyógyszerkutatásnak és gyógyszerfejlesztésnek köszönhető. [Lásd az irodalomjegyzékben: 1, 2, 3, 4.]

A tudatos gyógyszerkutatás alig több mint százéves. Kezdeté nagyjából Paul Ehrlich (1854–1915) munkásságához köthető, akinek a nevéhez sok máig is ható elképzelés fűződik: a kemoterápia fogalma, a csak a betegséget okozó mikroorganizmusra ható „mágikus golyó” ötlete, az immunitás alapjait lefektető „oldallánc”-elmélet, az agy különleges státusát biztosító vér-agy gát, a szifilisz első hatásos gyógyszere (Salvarsan) – amelyet, mint azt eredeti neve (606) is jelzi, egy szisztematikus szintetizáláson és kipróbáláson alapuló szűrőprogram során fedez-

tek fel. Addig, amíg egy orvos életpályája során legjobb esetben is csak pár ezer betegent segíthet, egy-egy új gyógyszer akár több millió beteget is meggyógyíthat, és néha még egy teljesen új terápiás területet is létrehozhat. Mai szemmel már szinte elképzelhetetlen, milyen lehetett az élet olyan fontos gyógyterápiák bevezetése előtt, mint például a morfin (1806), aspirin (1899), inzulin (1922), penicillin (1928–48), hidrokortizon (1952), klórpromazin (1952), fentanil (1960), noretindron (1960), propranolol (1963), cimetidin (1976) vagy fluoxetin (1987). Mindezt csak akkor értékelhetjük kellőképpen, ha arra gondolunk, hogy az emberiség több ezer éves története során az orvosok, illetve az orvosok szerepét betöltő kuruzslók valószínűleg több kárt okoztak, mint hasznot. Említsük csak az olyan csodatevő kotyvalékokat, amelyeket az orvosok valamikor „gyógyhatású szerekként” használtak olyan hatóanyagokkal, mint például a higany, pókháló, krokodilürülék, szamárpata, békasperma, eunuchháj. Az 1900-as évek elején rövid ideig a Bayer gyógyszercég az aspirinnal együtt még büszkén forgalmazta az általuk fejlesztett heroint mint a morfium kevésbé addiktív változatát. [5.] Az idő tájt még számos elég komoly kokain-, ópium- és alkoholtartalmú gyógyital is forgalomban volt kimondottan gyerekek és csecsemők számára (1. ábra). Miként azt W. C. Bowman megjegyezte, „nagy általánosságban a közelmúltig – tulajdonképpen a 20. század egy jó részét is beleértve – a legtöbb rendelkezésre álló gyógyterápiával való kezelés a legjobb esetben is csak minimálisan volt hatásos, a rosszabbik esetben viszont kimondottan károsnak bizonyult”. [6.] Voltaire

megfigyelése kétségkívül sokáig igaz volt: „Az orvosok gyógyszerekkel, amelyekről alig tudnak valamit, kezelnek betegségeket, amelyekről még kevesebbet tudnak, emberi lényekben, akikről semmit sem tudnak.”

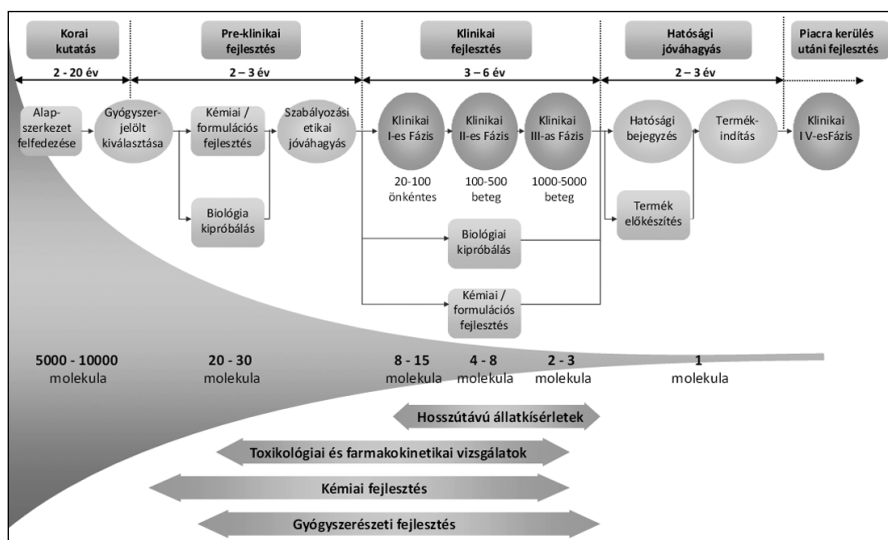
Egy új gyógyszer felfedezése és kifejlesztése viszont igen bonyolult, hosszadalmas és költséges folyamat (2. ábra). Annak esélye, hogy egy olyan új anyagot találjunk, amely az összes szükséges hatásossági, szelektivitási, biztonságossági és stabilitási tulajdonságok kombinációját képviselje, eleynyszően kicsi, főként ha figyelembe vesszük, hogy a lehetséges kémiai anyagok száma (a „megengedhető” kémiai tér) elképzelhetetlenül nagy. [7.] Ha csak az aránylag kicsi (ötszáznál kisebb molekulahúlyú), kémiaiailag stabil és a gyógyszerkémiaiában szokványos építőelemeket (C, H, N, O, S, P, F, Cl és Br) tartalmazó molekulákat számoljuk, a lehetséges molekulaszervezetek száma akkor is nagyon nagy: a becslések szerint 10^{62} – 10^{63} [8.] Ezért egyrészt véletlenszerűen rábukkanni a helyes szervezetre teljesen valószínűtlen, másrészt pedig rendszerezetten végigkeresni az összes lehetőséget teljesen lehetetlen.

Szerencsére az elmúlt mintegy ötven év alatt a farmakológia és molekuláris biológia hatásmechanizmusainak tisztázása terén nagyon sokat haladtunk előre. Ennek ellenére a racionálisan megtervezett gyógyszer-



1. ábra. A múlt század elején rövid ideig a heroin forgalomban volt mint a morfin kevésbé addiktív változata. Számos elég komoly kokain-, ópium- és alkoholtartalmú gyógyital is forgalomban volt kimondottan gyerekek és csecsemők számára.

felfedezés – az a folyamat, amelynek során egy adott kívánt hatást okozó és ugyanakkor biztonságos, minimális mellékhatású gyógyszer esszerűen lehetne megalkotni – még mindig igazából csak a jövő álma maradt. Ráadásul az utóbbi három évtizedben a fejlődés egyértelműen lassulni látszik, holott a gyógyszerkutatásra és -fejlesztésre (K+F) költött pénzek gyakorlatilag exponenciálisan nőttek. Az évente gyógyszerként bevezetett (hatóságilag jóváhagyott) új kémiai anyagok (angol nyelvű szakzsargonban *new chemical entities*, NCE) az 1960-as évek óta nagyjából 15–20 körül stagnált

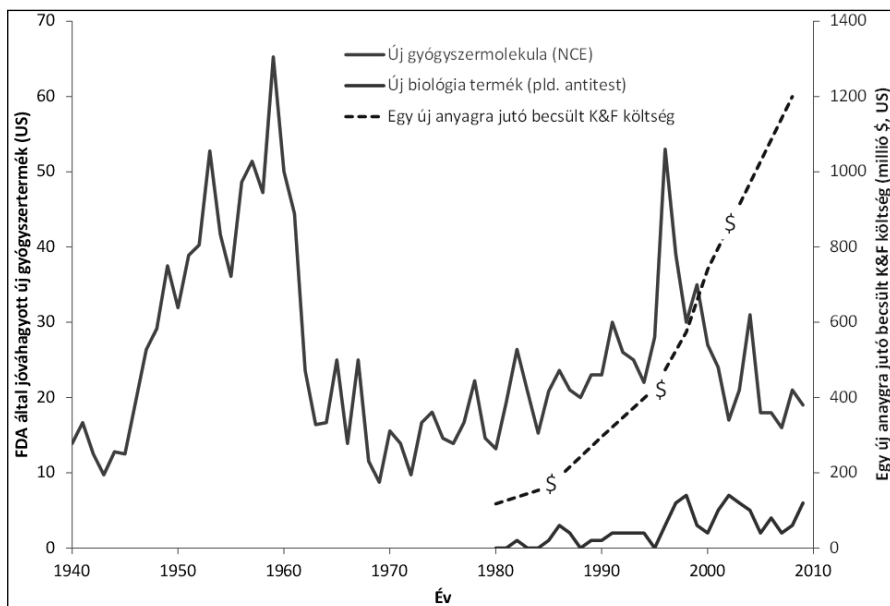


2. ábra. Egy új gyógyszermolekula felfedezésének és fejlesztésének folyamata

(3. ábra) [9–15.]. Mindennek számos oka van, de kétségkívül legfontosabbak az egyre megnehezülő szabályozati előírások, amelyeket az USA-ban az FDA (Food and Drug Administration), más országokban pedig az ennek megfelelő hatóságok írnak elő a piaci bevezetés feltételeként (az Európai Unió

központok is fontos szerepet játszhatnak, de a végső klinikai fejlesztés bürokratikus komplexitását és rettenetes költségeit – a ritka kivételektől eltekintve – csak az ún. *Big Pharma* nagy cégei tudják felvállalni.

Mivel egy új gyógyszer felfedezésének folyamata a legtöbb kívülálló számára



3. ábra. Az Egyesült Államokban az FDA által évente jóváhagyott új gyógyszermolekulák és biológiai termékek száma (bal oldali függőleges tengely), illetve az egy új anyagra jutó becslült kutatási és fejlesztési (K+F) költség (jobb oldali függőleges tengely) alakulása 1940 és 2010 között.

belül például az EMA, az European Medicines Agency). Jelenlegi becslések szerint egy új gyógyszer piacra kerülése már több mint egymilliárd dollárba és átlagosan több mint 15 évbe kerül – beleszámítva az elbukott gyógyszerjelöltek által okozott anyagi veszteséget is. [16.]

A gyógyszerkutatás és -fejlesztés folyamata tele van kudarcokkal és zsákutcákkal, így több ezer szintetikusan előállított és kipróbált anyagból végül is csak egynek ha sikerül valamennyi feltételt és előírást teljesítenie. Egy erre vonatkozó becslést, amely az egyes fázisokban történő lemorzsolódást is felöleli, a 2. ábra foglalja össze. A szükséges anyagi eszközöket, az igen sokoldalú szakértelmet és a céltudatos együttműködést már csak aránylag igen kevés nagy gyógyszercég engedheti meg magának. A korai fázisokban még kisebb magáncégek vagy akár egyetemi

aránylag kevésbé ismert, és a nem szakértőknek sokszor rejtélyesnek és misztikusnak tűnhet, tekintsük át röviden a legfontosabb fázisokat [17, 18.] (2. ábra). Ez persze csak egyfajta ideális esetet jelképez – egy képzeletbeli, teljesen új terápiás területen egy teljesen új gyógyszer esetét; a valóságban sokféle variáció lehetséges.

2. A gyógyszerfelfedezés és -fejlesztés fázisai

Előfelfedezés (pre-discovery)

■ Mielőtt bármilyen új gyógyszer felfedezése és fejlesztése akár csak elvileg is megkezdődhetne, először magát a betegséget kell megismerni és feltérképezni. Az elmúlt évtizedekben az emberi szervezet működésének molekuláris mechanizmusaira vonatkozó ismeretanyagunk (fiziológia, molekuláris biológia, biokémia, genetika, farmako-

lógia stb.) példátlan mértékben kibővült, de számos betegség kialakulásának és lefolyásának mechanizmusára még mindig nem derült fény. Ráadásul a mechanizmus részletes ismerete sem garantálja, hogy a betegség kialakulását vagy kimenetelét gyógyszerek segítségével befolyásolni lehet majd. Így ez a fázis általában számos alap- és egyetemi kutató részvételével zajlik.

A molekuláris célpont azonosítása (target identification)

Ha egy betegség molekuláris mechanizmusa már kellően tisztázott, kiválasztanak egy célmolekulát (pl. egy fehérjét – ami lehet egy receptor, enzim vagy ioncsatorna stb. – vagy egy gént, azaz egy DNS nukleinsav szakaszt), amely majd az eljövendő gyógyszermolekula célpontjává szolgál.

Molekuláris célpont megerősítése (target validation)

E fázis során a kutatás annak igazolására összpontosít, hogy a kiválasztott célmolekula valóban fontos szerepet játszik a betegség kialakulásában; ez számos sejt- és állatmodell segítségével történik.

Az új találatmolekula (hit), majd vezérszerkezet (lead) felfedezése

E szakasz során előbb egy olyan molekula megtalálása a cél, amely képes kellő hatást gyakorolni a célmolekulára (*target to hit*) az adott betegség folyamatának a megváltoztatása érdekében, majd ezt követően pedig egy olyan ún. vezérszerkezet (*lead*) megtalálása, amely kellően hatásos és szelektív, és amely ha a kipróbálások során kellően ígéretesnek bizonyul, akár új gyógyszerre is válhat (*hit to lead*). Egy-egy ilyen molekula megtalálására többféle megközelítés is lehetséges.

– *Természetes hatóanyagok* (gyógynövények stb.). A természetben található gyógyhatású anyagok sokáig az egyetlen vagy a legfőbb forrást jelentették. Mára szerepük egyre kisebb. Az FDA által 1981 és 2002 között jóváhagyott új gyógyszerek öt százaléka természetes hatóanyag, 23% volt egy természetes anyagból származtatott ható-

anyag, további 24% pedig egy természetes anyag szerkezete által ihletett új hatóanyag volt. [19.]

– *Nagy áteresztőképességű szűrővizsgálatok (HTS, high-throughput screening)*. Jelenleg az egyik legnépszerűbb módszer, melynek során egy megfelelő miniaturizált tesztpróba kidolgozása után akár több millió létező anyag hatása is lemérhető automatizált, robotosított gépek segítségével.

– *De novo*. A gyógyszerkémia (orvosi kémia) fejlődésének köszönhetően teljesen új kémiai szerkezetek tervezhetőek, amelyek várhatóan erősen kötődnek majd a kiválasztott célmolekulához. E megközelítés különösen akkor használható, ha a célmolekula háromdimenziós szerkezete ismert vagy meghatározható (immár közel százezer fehérje kristályszerkezete nyilvánosan is elérhető interneten). A szerkezet alapján történő gyógyszertervezés (*structure-based drug design*) talán legkorábbi példája az FDA által 1981-ben jóváhagyott angiotenzin-konvertáz-enzim gátló captopril (Capo-ten) volt. Későbbi, egyértelműen a háromdimenziós szerkezet alapján megtervezett gyógyszerek között található például a glaukómaellenes dorzolamide (Trusopt; FDA 1995), a HIV proteázgátló nelfinavir (Viracept; FDA 1997) vagy a vírusellenes neuraminidázgátló zanamivir (Relenza; FDA 1999) stb. [20.]

– *Biotechnológia*. A hagyományosan kémiailag szintetizált gyógyszermolekulákon kívül ma már más, komplexebb, lényegesen nagyobb molekulásúlyú anyagok (antitestek, fúziós fehérjék) is előállíthatóak, és ezeket már egyre szélesebb körben használják is (3. ábra). Például a TNF-alfa gátló antitestek (infliximab, Remicade és adalimumab, Humira stb.) és fúziós fehérjék (etanercept, Enbrel) bevezetése a reumás ízületi gyulladás és egyéb gyulladásos és autoimmun betegségek kezelésére az elmúlt évek racionális gyógyszerkutatásának egyik igazi sikertörténete. [21.] Az antitestek a fehérje-fehérje kölcsönhatások gátlására is különösen alkalmasak, amire a létező kis molekulásúlyú hagyományos gyógyszerek csak ritkán képesek. [22.]

Korai biztonsági vizsgálatok

Az első ígéretes anyagok biztonságosságának és élő szervezeteken belüli megoszlásának felmérése. Ez a felszívódás, megoszlás, metabolizmus, kiürülés és toxicitás, tehát az ún. ADME/Tox-tulajdonságok felbecsülésére koncentrál (*absorption, distribution, metabolism, excretion and toxicological properties*) elsősorban állatmodellek segítségével.

A vezérszerkezet optimalizálása (lead optimization)

Amennyiben a korai vizsgálatok kellően pozitívak, szerkezetmódosítások segítségével megpróbálják a lehető legjobb tulajdonságkombinációt elérni; ha szükséges, akár több száz új anyag szintetizálása és kipróbálása révén. Egy ígéretes gyógyszerjelöltnek kb. a következő elvárásokat kell teljesítenie: hatásosság (lehetőleg száz nanomolárisnál kisebb koncentrációban, tehát $pK_B > 7$), szelektivitás (lehetőleg legalább százszoros egyéb farmakológiai célpontokkal szemben), specifikusság (egyszerű, hatásmechanizmus), élő szervezetekben (*in vivo*) bizonyítható hatásosság (lehetőleg mérhető hatás 1 mg/kg dózis körül), előállíthatóság (elfogadható áron lehetséges nagyméretű szintetikus vagy biológiai előállítás), szabadalmaztathatóság (olyan új anyag, amely a lehető leghosszabb időre jogerősen levédhető a kizárólagos forgalmazás érdekében). [23.]

Preklinikai vizsgálatok (preclinical testing)

További laboratóriumi vizsgálatok és alkísérletek szükségesek az embereken való kipróbálás előkészítése érdekében. Az ellenőrző hatóságok (US: FDA) ugyanis számos, meglehetősen szigorú előírást támasztanak. Ideális esetben az eredeti több ezer anyagból most már csak alig néhány (kb. 3–10) olyan komoly jelölt marad, ami klinikai, tehát embereken történő kivizsgálásra kerül majd.

Új vizsgálati gyógyszer kérvényezése (Investigational New Drug, IND, application)

Embereken történő (klinikai) kivizsgálás csak azután kezdhető meg, miután az

FDA átnézett és jóváhagyott egy formális új vizsgálati gyógyszerkérvényt (IND) annak érdekében, hogy a kipróbálást végző emberek ne legyenek ésszerűtlen, meg nem engedhető kockázatoknak kitéve. Az IND-nek részletesen tartalmaznia kell az összes preklinikai vizsgálat eredményét, az új anyag előállításának módját és feltételezett hatásmechanizmusát, a tervezett klinikai vizsgálatok leírását és egyéb vonatkozó adatokat. Minden egyes klinikai vizsgálatot egy független Regionális vagy Intézeti Etikai Bizottságnak (*Institutional Review Board, IRB*) is engedélyeznie kell. Az IND-kérvényezés eljárását az FDA az 1960-as évek elején vezette be az ún. Contergan (thalidomide) tragédia után, amikor kiderült, hogy ez az Európában és a világ más részein jóváhagyott nyugtató, amely állapotos nők hányingerének csökkentésére is hatékonyan bizonyult, mintegy tízezer újszülöttnél igen komoly elváltozásokat okozott (sokan például végtagjaik helyén csak ujjakkal születtek – egy phocomeliának, „fóka végtagnak” nevezett rendellenességgel).

Klinikai I. fázis

Ez az új potenciális gyógyszer első, embereken való kipróbálása szigorúan ellenőrzött körülmények között, általában néhány tucat egészséges önkéntes bevonásával történik. Az elsődleges cél a biztonságosság igazolása, de egyúttal a gyógyszer szervezeten belüli viselkedése (farmakokinetika) is kivizsgálásra kerül. Általában egy új anyagot emberben csak akkor lehet kipróbálni, ha már két állatfajtában (egy rágcsálóban és egy nem rágcsálóban – a legtipikusabban: patkányban és kutyaiban) a megfelelő időtartamú toxicitásvizsgálatok befejeződtek, és mindkettőben meg van állapítva egy ún. észlelhető káros hatást nem okozó szint (*No Observed Adverse Effect Level, NOAEL*). Aránylag friss fejlemény: az ún. felderítő klinikai vizsgálatok esetében ez elkerülhető (eIND). Végezhetőek például mikrodózisok (<100 mikrogramm), 0. fázisú vizsgálatok a gyógyszereloszlás felmérésére. Az új technológiákkal (pl. részecskegyorsító tömegspektrometria) ugyanis attomól (10^{-18} mól) koncentrációk is mérhetőek. [24.]

Klinikai II. fázis

Az új gyógyszeranyag kipróbálása általában pár száz betegen történik a gyógyszer hatásosságának igazolása és a terápiásan ható dózis megállapítása érdekében. A vizsgálat placebokontrollos, véletlen besorolásos (randomizált), illetve kettős-vak és keresztezett vagy párhuzamos csoportos. Ez azt jelenti, hogy a betegek egy része a gyógyszerhez hasonló színű és formájú, de teljesen inaktív anyagot kap (placebo). Lehetőleg minden beteg aktív hatóanyagot és placebót is kap felváltva (keresztezett), a betegek valamely kezelési csoportba való besorolása teljesen véletlenszerűen történik (randomizált). Sem a betegek, sem a kezelést adminisztráló orvosok nem tudják, ki milyen kezelést kap (kettős-vak).

Klinikai III. fázis

Ez a végső klinikai kipróbálási fázis immár több ezer betegen történik, a statisztikailag szignifikáns hatás és a biztonságosság igazolása, valamint a haszonkockázati összefüggés megállapítása érdekében. Természetesen ez a fejlesztés messze legköltségesebb része, mert számos orvos és klinika részvételét igényli.

Új gyógyszer kérvényezése és törzskönyvezése (New Drug Application, NDA)

Ha mindezen vizsgálatok összességükben eredményesnek mutatkoznak, az új gyógyszert fejlesztő vállalat egy új gyógyszerkérvényt (NDA) nyújt be az FDA-hez a piaci forgalmazás hivatali jóváhagyása (a törzskönyvezés) végett. Ez akár százezer oldalnyi iratot is magába foglalhat. Ezek és a fejlesztés során folyamatosan begyűjtött egyéb információk alapján döntenek el, hogy az új anyag jóváhagyható-e vagy sem, illetve esetleg milyen további vizsgálatok szükségesek. Az FDA ezt az eljárást eredetileg az 1930-as évek végén vezette be a mintegy száz gyermek halálát okozó szulfanilamid-elixír tragédia után. Addig ugyanis az új gyógyszerek piacra való kerülése előtt semmilyen hatékonysági vagy toxicitási vizsgálat nem volt kötelezően előírva. Ezért történhetett meg, hogy a hatásos szulfa gyógyszer a mérgező etiléniglikolban feloldva for-

galmazó Massengill Co. Céget – nyilvánvaló vétkessége ellenére is – csak mindössze 16 000 dollárra büntethették, mivel az „elixír” alkoholtartalmú folyadékot kellett volna jelentsen.

Gyógyszergyártás

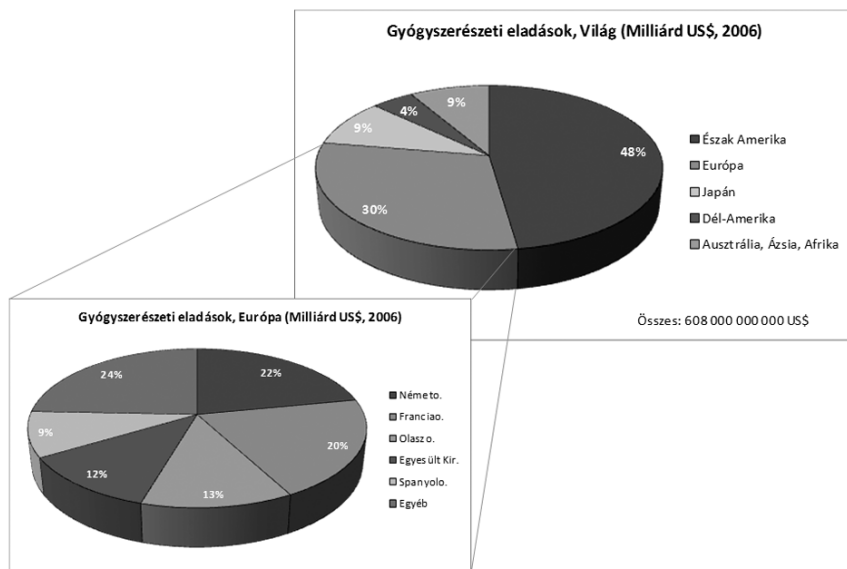
A gyógyszerek ipari előállítása is csak igen szigorúan előírt és ellenőrzött feltételek mellett történhet, mivel sokszor fölötébb hatásos anyagokról van szó, amelyek beteg emberekben kerülnek felhasználásra. Valamennyi erre alkalmas létesítmény meg kell hogy feleljen az FDA szigorú *Good Manufacturing Practices* (GMP) előírásainak – ami sokszor egy teljesen új gyártóhely felépítését is jelentheti.

További vizsgálatok és IV. klinikai fázis

Az új gyógyszerek vizsgálata a hatásági jóváhagyás és a piacra kerülés után is folytatódik. A forgalmazó cégek például kötelesek a mellékhatásokat figyelemmel kísérni és rendszeresen jelenteni. Néha az FDA további, ún. IV. fázisú vizsgálatokat is kérhet a hosszú távú biztonságosság igazolására vagy a betegek valamely különlegesebb alcsoportjában való hatásosság vizsgálatára.

3. Gyógyszeripar, életminőség- és élettartam-növelés

■ A gyógyszeripar mára igen komoly gazdasági tényezővé fejlődött. A fejlett ipari államokban és mindenekelőtt az USA-ban a gyógyszereladások komoly összegeket jelentenek, és a nemzetgazdaságnak is jelentős részét képviselik [9.] (4. ábra). A világ gyógyszereladásokból származó jövedelmének közel fele az USA-ból származik (4. ábra), így ez a piac minden szempontból meghatározó. A fejlődő világ gyorsan javuló életminősége, valamint az iparilag fejlett országok egyre jobban elöregedő és elhízó lakossága miatt az orvosi és gyógyszerkiadások még sokáig nőni fognak, de a gyógyszeriparnak számos problémával kell majd megküzdenie. [16, 25.] A sokoldalú interdiszciplináris fejlesztés bonyolultsága és a szigorú rendszabályok miatt a gyógyszeriparban a K+F költségek szokatlanul magasak: az 1966-os 4%-kal szemben jelenleg 20%



4. ábra. Gyógyszertermékek eladásának területi megoszlása 2006-ban a világon, illetve Európán belül ([9.] alapján).

körül vannak, lényegesen magasabban, mint például a szintén K+F-igényes elektronikai iparban (5–6%). [26.] Annak ellenére, hogy az elmúlt húsz-harminc évben számos gyógyszerkutatást segítő fontos technikai és tudományos előrelépés történt, a legtöbbjük eddig sajnos nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket, legalábbis ami az új gyógyszerek felfedezését illeti. Ilyen vonatkozásban megemlíthetjük például a kombinatorikus kémiát, a nagy áteresztőképességű szűrő-módszereket (HTS), a humán genetikai térkép elkészülését stb. Az elmúlt években piacra került új gyógyszerek szerkezeti elemzése egyértelműen azt mutatta: nemcsak hogy az oly sokat hangoztatott HTS-technikának nem mutatkozott eddig még semmi szignifikáns hatása a bevezetett új gyógyszerek számának növekedésében, de ráadásul még a legtöbb újonnan jóváhagyott anyag a már előzőleg létező gyógyszerek közeli analógjának vagy kissé módosított változatának bizonyult [27.] – a legtöbbször úgynevezett „én is” gyógyszer („me too” drug) lévén, amely egy sikeres gyógyszer közeli utánzata. Az FDA által 1976 és 1990 között jóváhagyott 269 új gyógyszeranyag közül mindössze 15% képviselt jelentős javulást a már létező kezelésekhez képest, miközben 49% semmilyen vagy semmilyen jelentős javu-

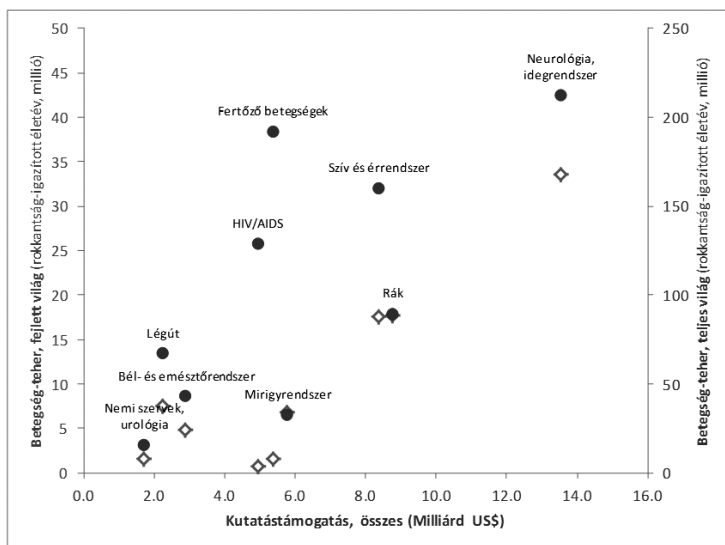
lást sem jelentett, és 35% csak igen szerény előrelépést képviselt. [28.] Ráadásul a célmegválasztás is igen konzervatív: az FDA által 1989 és 2000 között jóváhagyott új gyógyszerek mindössze 6 százaléka célzott meg egy előzőleg nem gyógyszerkezelt célpontot (fehérjét, gént stb.). [29.] A technikai fejlődés ellenére az élő szervezetekben történő (ún. *in vivo*) funkcionális/farmakológiai kipróbálás nem hagyható ki, és továbbra is szerves részét kell hogy képezze valamennyi gyógyszer-felfedezési folyamatnak. [30.] Ráadásul egyre nagyobb szükség van új innovatív megközelítésekre, ötletekre is.

Az utóbbi két évtized eredményeinek láttán az is tagadhatatlan, hogy a nehéz, komoly betegségek (rák, cukorbetegség, Alzheimer-kór) meggyógyítására tett kísérletek sorozatos kudarcaitól frusztrálva és a folyamatos pénzügyi jövedelem biztosításának érdekében a nagy gyógyszergyárak egyre inkább úgynevezett életstílus-javító gyógyszerek („lifestyle” drugs) felé fordultak, mint például a fluoxetin (Prozac, a depresszió kezelésére), minoxidil (Rogaine, a hajhullás megelőzésére), sildenafil (Viagra, férfi impotencia, merevedési zavarok kezelésére) vagy botulinum toxin (Botox, kozmetikai célokra). [1.] Talán érdemes még itt megjegyezni, hogy valamennyi gyógyszer az em-

berben létező fehérjéknek (tehát az ún. humán proteomnak, amely, mint az az emberi géntérkép elkészültével kiderült, már egyébként is meglepően kevés, csak mintegy 25 000 egvedi fehérjét tartalmaz [31.]) csak alig egy százalékát célozza meg. Ráadásul a létező fehérjeszerkezetek segítségével készült becslések szerint az emberi fehérjéknek elvileg is csak mintegy tíz százaléka lehet képes kis molekulású gyógyszerekkel kölcsönhatásba kerülni (*druggable protein*), a többieknek ugyanis nincs megfelelő kötődésre alkalmas tartományuk (*ligand-binding domain*) [32., 33.], ami szükséges a kellően erős kölcsönhatás kialakulásához. [34.]

Tény, hogy a valódi újításokat és felfedezéseket nehéz előre megjósolni. Ez a gyógyszerkémia területén különösen igaz. Nagyon sok olyan későbbi igazi sikergyógyszerré váló termék volt (ez évi több mint egymilliárd dollár forgalmat jelent), amelyet annak idején fejlesztésük során a megfelelő gyógyszergyárak piackutatói és gazdasági osztályai nemcsak hogy nem láttak előre, de fejlesztésüket kimondottan nem is támogatták. [35.] Ez történt például olyan igazi sikergyógyszerekkel is, mint a cimetidín (Tagamet), tamoxifen (Novaldex), fluoxetin (Prozac), atorvastatin (Lipitor). Minden ésszerű tervezés ellenére a gyógyszerek

meglepően nagy része szerencsés véletlen megfigyelés eredménye, amit viszont sikerült időben felismerni és tudatosan hasznosítani, ezt angolul *serendipity* néven ismerik (és az egyik legnehezebben lefordítható angol szónak számít). A penicillin esete közismert, de többek között olyan gyógyszerek is a véletlen felismerés eredményei, mint például a klórpromazin, ciclosporin, haloperidol, heparin, minoxidil, nitroglicerin, tamoxifen, sildenafil vagy warfarin. [36.] A warfarin, ami a ma egyik leghasználatosabb véralvadásgátló (antikoaguláns), eredetileg patkányméregnek lett kifejlesztve a *Wisconsin Alumni Research Foundation* támogatásával (innen a „warf”), és analóg-szerkezetek még ma is használnak erre a célra. Klinikai vizsgálatok csak azután kezdődtek, amikor kiderült, hogy emberekben váratlanul „biztonságos”: egy frissen besorozott kiskatona ugyanis öngyilkosságra próbálta használni, de a túladagolás ellenére sem vérzett el halálosan. A sildenafil egy frissebb példa. Eredetileg magas vérnyomás és angina pectoris kezelésére készült a Pfizernél, de ezekre semmilyen ígéretes hatást sem mutatott az első klinikai vizsgálatok során. Viszont a férfi önkéntesek között igen népszerűnek bizonyult erekciót okozó mellékhatása miatt, amit azután ügyesen felismerve egy teljesen új területet nyitottak



5. ábra. A biológia és orvostudományok anyagi kutatástámogatásának terápiai területenkénti megoszlása nagyjából megegyezik az egyes területek becsült betegségterhével.

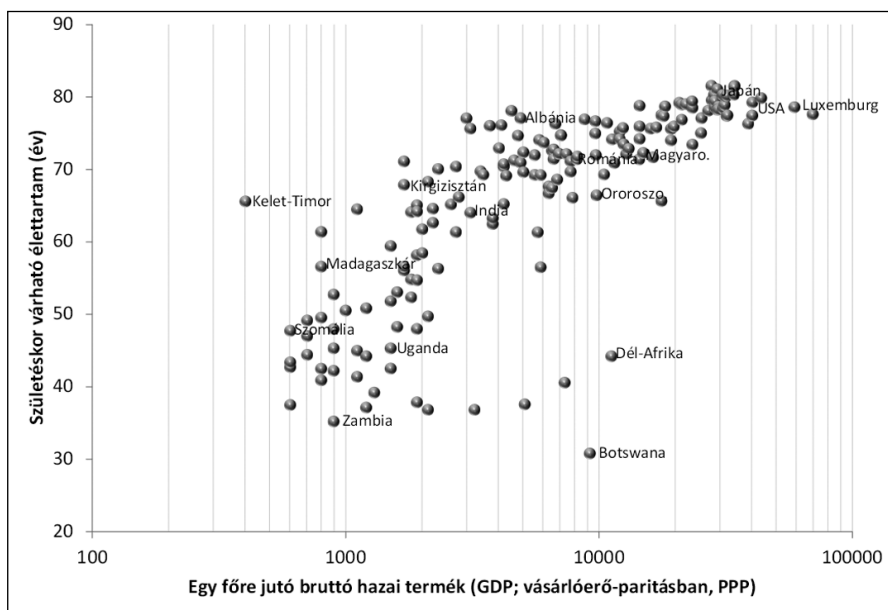
meg, és a sildenafilif ma világszerte közismert Viagra néven.

A megtervezett, racionális gyógyszerfeldolgozás nehézségeit az is jól jelzi, hogy míg a biológiai és orvosi kutatások támogatására költött (igen jelentős) pénzösszeg – mind a magán-, mind az állami támogatásokat számítva – nagyjából arányosan oszlik meg az egyes betegségek által okozott társadalmi kárral, amint azt a rokkantság-igazított élettévek számával (DALY, *disability-adjusted life years*) számszerűsített 5. ábra mutatja, addig gyakorlatilag semmilyen kapcsolatot sem mutat az egyes betegségtérületeken felfedezett és bevezetett új gyógyszerek számával. [37.]

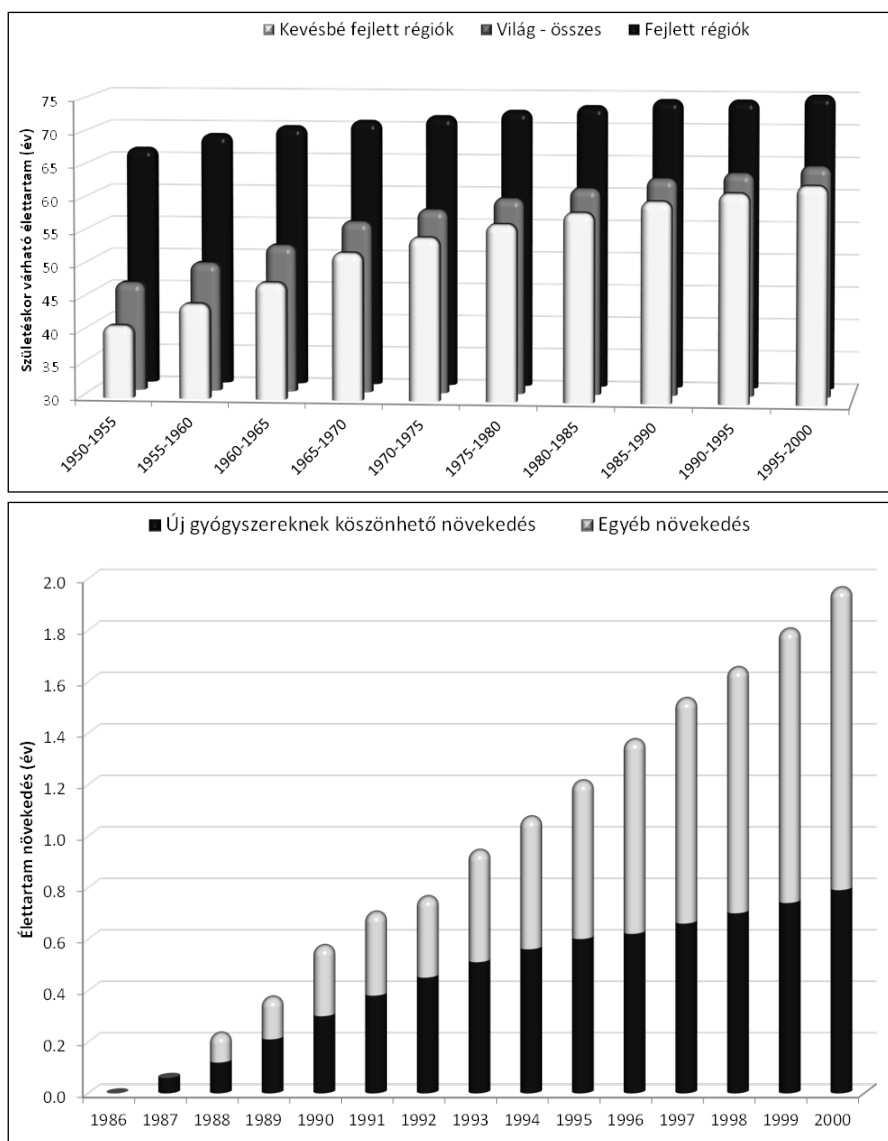
Mindezek ellenére az újonnan bevezetett gyógyszerek még mindig jelentős szerepet játszanak az életminőség folyamatos javulásában és a várható élettartam folyamatos növekedésében. A születéskor várható élettartamnak kétségtől számos meghatározója van, de a gazdasági fejlettség az egyik legmeghatározóbb tényező. Ezt a 6. ábra is jól mutatja. A múlt század során a születéskor várható élettartam mind az iparilag fejlett országokban, mind a fejletlen régiókban folyamatosan növekedett az életminőség és

az orvosi ellátás állandó javulása következtében (7. ábra). Nehéz pontosan meghatározni, hogy e növekedésben mekkora részese van az új gyógyszerek bevezetésének, és mennyi az összes többi tényezőnek, de egy komplex algoritmuson alapuló becslés szerint még az 1985 utáni növekedésnek is közel fele az új gyógyszereknek köszönhető. Annak ellenére, hogy azóta aránylag kevés volt az igazi áttörést jelentő felfedezés [38.] (7. ábra).

Egy életmódról szóló folyóiratszámában azt még mindenképpen meg kell említeni, hogy az iparilag fejlett országokon belül az élettartam eddigi folyamatos növekedése valószínűleg hamarosan véget ér [39–41.] az utóbbi években ijesztő méreteket öltő és egyre gyorsuló tömeges elhízás következtében. [42.] Az Egyesült Államok ebben a tendenciában (is) a jóléti államok élén jár, így a 8. ábra, amely a túlsúlyos és az elhízott emberek számarányának növekedését mutatja az USA egyes államaiban az elmúlt két évtizedben, valószínűleg azt is jól illusztrálja, mi várható a világ többi részén. A túlsúlyosság általánosan elfogadott mértéke a testtömegindex (BMI, *body-mass*



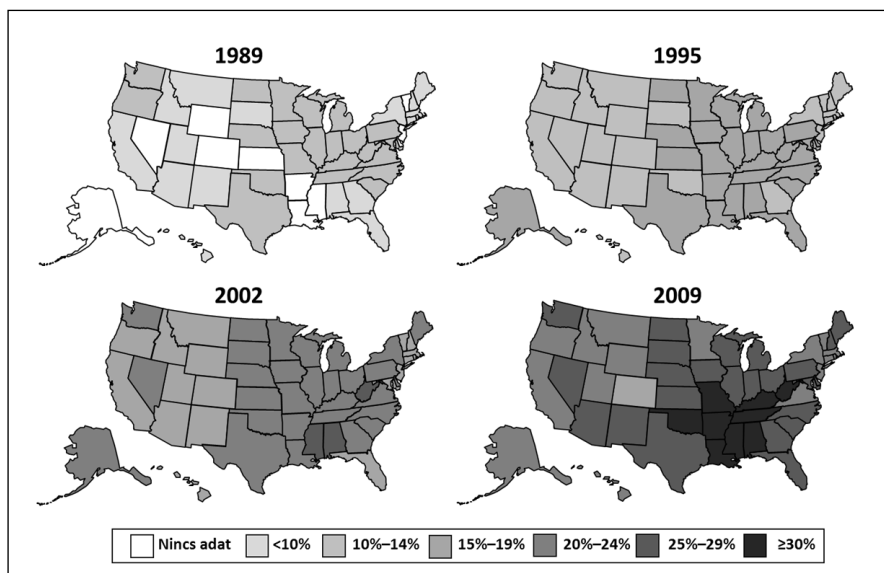
6. ábra. A születéskor várható élettartam az egyes országok egy főre jutó bruttó hazai termékének (*gross domestic product, GDP, per capita*) függvényében. Az adatok 2004-re vonatkoznak a CIA Factbook (www.indexmundi.com) alapján a GDP-értékek vásárlóerő-paritásban (*purchasing power parity, PPP*) vannak kifejezve a vízszintes tengelyen (logaritmikuskálán).



7. ábra. A születéskor várható élettartam folyamatosan növekedett mind a fejlett ipari világban, mind a kevésbé fejlett régiókban. Komplex algoritmusok alapján készült becslések szerint e növekedés több mint fele még az 1985 utáni időszakban is az újonnan bevezetett gyógyszereknek köszönhető [38].

index; a testtömeg [kg] elosztva a testmagasság [m] négyzetével), és a 25 és 30 közötti BMI túlsúlyosnak, a 30 fölötti BMI pedig elhízottnak számít. Jelenleg az USA felnőtt lakosságának körülbelül egyharmada túlsúlyos ($25 < \text{BMI} < 30$) és egyharmada elhízott ($30 < \text{BMI}$), 4–5% pedig betegesen elhízott ($40 < \text{BMI}$). [43.] Becslések szerint 2015-re már 41% lesz elhízott ($30 = \text{BMI}$) és 75% túlsúlyos vagy elhízott ($25 = \text{BMI}$). [42.].

A túlsúlyossággal és elhízással számos betegség kockázata megnövekszik (szív- és érrendszeri betegségek, magas vérnyomás, cukorbetegség, metabolikus szindróma, epekö, légzőszavarok, egyes rákos daganatok), és a becslések szerint ez az amerikai lakosság várható átlagos élettartamát akár öt évvel is megrövidítheti a közeljövőben. [39–41.] A túlsúlyosság és elhízás társadalmi gazdasági költségét jelenleg évi 270 milliárd dollárra becsülik az Egyesült Álla-



8. ábra. A túlsúlyos és az elhízott felnőtt lakosság arányának változása az Egyesült Államokban 1989 és 2009 között. Az egyes ábrák a testtömegindex (*body-mass index*, BMI) alapján elhízottnak számító emberek államankénti megoszlását mutatják. Adatok a Centers for Disease Control and Prevention alapján (<http://www.cdc.gov/obesity/data/trends.html>).

mokban és 30 milliárd dollárra Kanadában. [43.] Ez a következőkből adódik össze: megnövekedett orvosi költségek (127 milliárd dollár), megnövekedett halálozásból adódó munkaerő-kiesés (49 milliárd dollár), részleges (43 milliárd dollár) és teljes rokkantságból (72 milliárd dollár) következő termelékenységekiesés. Ezen ijesztően gyors elhízásnak alighanem számos előidézője van – beleértve az élelmiszerek egyre gyorsabb, egyre olcsóbb, egyre könnyebb elérhetőségét. Az amerikaiak 2005-ben adózás utáni jövedelmüknek átlagosan már mindössze csak tíz százalékát költötték étkezésre (az 1970-es 14 százalékhoz képest), és ennek is negyven százaléka az otthonon kívüli étkezésre ment. [44] Az egy főre jutó napi átlagos kalóriabevitel az

USA-ban az 1980-as 2200-ról 2008-ra már 2700-ra nőtt. [44.]

Az egyre növekvő kísértésnek természetesen egyre nehezebb ellenállni. Az egyre ritkuló személyes kapcsolatok és az egyre csökkenő társadalmi elítélés még tovább rontja a helyzetet. Jelenleg az USA-ban évente mintegy egymillió haláleset a cigarettázásra, a túl sok és helytelen étkezésre, a túlzott alkoholfogyasztásra és a kockázatos szexuális szokásokra vezethető vissza. [44.] Ez az évi haláleseteknek majdnem fele, az USA teljes második világháborús ember-vesztésének több mint kétszerese. Ahogy Albert Camus is megjegyezte: „A szabadság veszélyes – legalább annyira nehéz élni vele, mint amennyire felemelő érzés.”

■ IRODALOM

1. Le Fanu, J.: The Rise and Fall of Modern Medicine. Carrol & Graf, New York, 1999.
2. Drews, J.: Drug discovery: a historical perspective. Science, 2000. 287. 1960–1964.
3. Corey, E. J. – Czako, B. – Kürti, L.: Molecules and Medicine. Wiley–Hoboken, NJ, 2007.
4. Nicolaou, K. C. – Montagnon, T.: Molecules That Changed the World. Wiley – VCH, Weinheim, 2008.
5. Chast, F.: A history of drug discovery. In The Practice of Medicinal Chemistry; Wermuth, C. G., Ed. Academic Press, London, 2008. 3–62.
6. Prüll, C. R. – Maehle, A. H. – Halliwell, R. F.: A Short History of the Drug. Receptor Complex, Palgrave Macmillan, New York, 2009.
7. Dobson, C. M.: Chemical space and biology. Nature, 2004. 432, 824–828.
8. Bohacek, R. S. – McMartin, C. – Guida, W. C.: The art and practice of structure-based drug design: a molecular modeling perspective. Med. Res. Rev., 1996. 16. 3–50.
9. Reuben, B. G.: The consumption and production of pharmaceuticals. In: The Practice of Medicinal Chemistry; Wermuth, C. G., Ed. Academic Press, London, 2008. 894–921.

10. Buchwald, P. – Bodor, N.: Computer-aided drug design: the role of quantitative structure-property, structure-activity, and structure-metabolism relationships (QSPR, QSAR, QSMR). *Drugs Future*, 2002. 27. 577–588.
11. Tufts, Center for the Study of Drug Development Outlook 2007; Tufts, Center for the Study of Drug Development, Boston, MA, 2007. 1–6.
12. Yildirim, M. A. – Goh, K. I. – Cusick, M. E. – Barabasi, A. L. – Vidal, M.: Drug-target network. *Nat. Biotechnol.*, 2007. 25. 1119–1126.
13. Reuben, B. G.: The consumption and production of pharmaceuticals. In: *The Practice of Medicinal Chemistry*. Wermuth, C. G., Ed. Academic Press, London, 1996. 903–938.
14. Pharmaceutical, Research and Manufacturers of America 2001 Industry Profile, PhRMA: Washington DC 2001.
15. Hughes, B. 2009 FDA drug approvals. *Nat. Rev. Drug Discov.*, 2010. 9. 89–92.
16. Paul, S. M. – Mytelka, D. S. – Dunwiddie, C. T. – Persinger, C. C. – Munos, B. H. – Lindborg, S. R. – Schacht, A. L.: How to improve R&D productivity: the pharmaceutical industry's grand challenge. *Nat. Rev. Drug Discov.*, 2010. 9. 203–214.
17. Pharmaceutical, Research and Manufacturers of America Drug Discovery and Development. Understanding the R&D Process., PhRMA: Washington DC 2007.
18. Hughes, J. P. – Rees, S. – Kalindjian, S. B. – Philpott, K. L.: Principles of early drug discovery. *Br. J. Pharmacol.*, 2011.
19. Newman, D. J. – Cragg, G. M. – Snader, K. M.: Natural products as sources of new drugs over the period 1981–2002. *J. Nat. Prod.*, 2003. 66. 1022–1037.
20. Congreve, M. – Murray, C. W. Blundell, T. L.: Structural biology and drug discovery. *Drug Discov. Today*, 2005. 10. 895–907.
21. Palladino, M. A. – Bahjat, F. R. – Theodorakis, E. A. – Moldawer, L. L.: Anti-TNF-alpha therapies: the next generation. *Nat. Rev. Drug Discov.*, 2003. 2. 736–746.
22. Buchwald, P.: Small-molecule protein-protein interaction inhibitors: therapeutic potential in light of molecular size, chemical space, and ligand binding efficiency considerations. *IUBMB Life*, 2010. 62. 724–731.
23. Smith, C. G. – O'Donnell, J. T.: *The Process of New Drug Discovery and Development*; Informa Healthcare, New York, 2007. 657.
24. Muller, P. Y.: Comparative requirements for exploratory clinical trials – eIND, eCTA and microdosing. *Adv. Drug Deliv. Rev.*, 2011. ePub.
25. Kessel, M.: The problems with today's pharmaceutical business – an outsider's view. *Nat. Biotechnol.*, 29. 27–33.
26. Giorgianni, S. J. (ed.): *The pharmaceutical industry at the start of a new century: unprecedented opportunity, unparalleled challenges*. Pfizer J., 1997. 1 (1), 1–37.
27. Proudfoot, J. R.: Drugs, leads, and drug-likeness: an analysis of some recently launched drugs. *Bioorg. Med. Chem. Lett.*, 2002. 12. 1647–1650.
28. Wolff, M. E. (ed.): *Burger's Medicinal Chemistry and Drug Discovery*, 5th ed., Wiley-Interscience, New York, 1995.
29. Overington, J. P. – Al-Lazikani, B. – Hopkins, A. L.: How many drug targets are there? *Nat. Rev. Drug Discov.*, 2006. 5. 993–996.
30. Walker, M. J. A. – Barrett, T. – Guppy, L. J.: Functional pharmacology: the drug discovery bottleneck? *Drug Discov. Today*, 2004. 3. 208–215.
31. International Human Genome Sequencing Consortium Finishing the euchromatic sequence of the human genome. *Nature*, 2004. 431. 931–945.
32. Hopkins, A. L. – Groom, C. R.: The druggable genome. *Nat. Rev. Drug Discov.*, 2002. 1. 727–730.
33. Verdine, G. L. – Walensky, L. D.: The challenge of drugging undruggable targets in cancer: lessons learned from targeting BCL-2 family members. *Clin. Cancer Res.*, 2007. 13. 7264–7270.
34. Buchwald, P.: General linearized biexponential model for QSAR data showing bilinear-type distribution. *J. Pharm. Sci.*, 2005. 94. 2355–2379.
35. Knowles, J. – Gromo, G.: Target selection in drug discovery. *Nature Rev. Drug Disc.*, 2003. 2. 63–69.
36. Kubinyi, H.: Chance favors the prepared mind – from serendipity to rational drug design. *J. Recept. Signal Transduct. Res.*, 1999. 19. 15–39.
37. Dorsey, E. R. – Thompson, J. P. – Carrasco, M. – de Roulet, J. – Vitticore, P. – Nicholson, S. – Johnston, S. C. – Holloway, R. G. – Moses, H.: 3rd Financing of U.S. biomedical research and new drug approvals across therapeutic areas. *PLoS One*, 2009. 4. e7015.
38. Lichtenberg, F. R.: The impact of new drug launches on longevity: evidence from longitudinal, disease-level data from 52 countries, 1982–2001. *Int. J. Health Care Finance Econ.*, 2005. 5. 47–73.
39. Fontaine, K. R. Redden – D. T. – Wang, C. – Westfall, A. O. – Allison, D. B.: Years of life lost due to obesity. *J. Am. Med. Assoc. (JAMA)*, 2003. 289. 187–193.
40. Olshansky, S. J. – Passaro, D. J. – Hershow, R. C. – Layden, J. – Carnes, B. A. – Brody, J. – Hayflick, L. – Butler, R. N. – Allison, D. B. – Ludwig, D. S.: A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century. *N. Engl. J. Med.*, 2005. 352. 1138–1145.
41. Wyatt, S. B. – Winters, K. P. – Dubbert, P. M.: Overweight and obesity: prevalence, consequences, and causes of a growing public health problem. *Am. J. Med. Sci.*, 2006. 331. 166–174.
42. Wang, Y. – Beydoun, M. A.: The obesity epidemic in the United States – gender, age, socioeconomic, racial/ethnic, and geographic characteristics: a systematic review and meta-regression analysis. *Epidemiol. Rev.*, 2007. 29. 6–28.
43. Behan, D. F. – Cox, S. H. – Lin, Y. – Pai, J. – Pedersen, H. W. – Yi, M.: Obesity and its Relation to Mortality and Morbidity Costs. *Society of Actuaries*, 2010. 1–78.
44. Akst, D. *We Have Met the Enemy. Self Control in an Age of Excess*, Penguin Press, New York, 2011.

MAGYAR ORVOSTANI KUTATÓK SVÉDORSZÁGBAN

■ Bár Svédország valamelyest távol esett az európai orvostudomány első és jelentősebb oktatási központjaitól (Bolognától, Párizstól, Salernótól, Montpellier-től, Padovától), azért itt is teremtek tudós orvosok, botanikusok, gyógyszerészek, vegyészek, akiknek felfedezéseire, munkásságára elismeréssel tekint az utókor, és büszke a svéd nemzet. Gondolok itt elsősorban Olof Rudbeckre, a nyirokrendszer felfedezőjére, az ugyancsak orvos, de botanikai rendszertani munkásságáért ismert Carl von Linnére, a gyógyszerész Carl Wilhelm Scheelérre, az oxigén korai felfedezőjére és a vegyész Jöns Jacob Berzeliusra, aki az atomelméletet bevezette a kémiába, és nevet adott az elemeknek.

1. Svédországban ma hat egyetemi központban folyik orvoscépzés és kutatás: Stockholmban, Lundban, Göteborgban, Uppsalában, Linköpingben és Umeåban. (A hetedik központ most indult be Örebro-ban.) Ezekben évente kb. 800 orvost képeznek. Számos svéd állampolgár tanul külföldi orvosi egyetemeken is: Lengyelországban, Dániában, Magyarországon és Romániában. Bár a lund és uppsalai orvosi egyetemek nagyobb múltra tekintenek vissza, ma a Karolinska Intézetben (KI) oktatják Svédország legtöbb orvostanhallgatóját (az intézet 2010-ben ünnepelte fennállásának 200. évfordulóját; itt zajlik a legpezsgőbb orvosi kutatás, és 1901-től itt ítélik oda évente az orvosi/életlani Nobel-díjat (a javaslatokat a KI ötfős Nobel Bizottsága javasolja, és ötvenfős Nobel Testülete szavazza meg). Az uppsalai egyetem a 16. században kezdte működését, de orvosi kar csak az 1620-as években indult a fent említett Olof Rudbeck orvosprofesszor keze alatt. Itt tevékenykedett egyidejűleg Carl von Linné is. A lund egyetem 1666-ban alakult (miután a roskildei békével 1658-ban Dánia elvesztette Dél-Svédországot), és már az első idóktól kezd-

ve folyt itt orvoscépzés. A göteborgi főiskola 1891-ben indult, és 1949-től képzett orvosokat; egyetemmé 1954-ben vált. Az umeåi egyetemnek 1959-től van orvosi kara, míg az ország majdnem legfiatalabb, ugyanakkor sikeres, eredményes és népszerű orvosi egyeteme, a linköpingi 1975-ben létesült.

A második világháború után a svéd orvosi kutatás – akárcsak a svéd ipar és társadalom – hatalmas fejlődésnek indult, és nemsokára világszerte élen járt a klinikai kutatásban, nagyon jó helyre került az alapkutatást illetően, és hasznára volt a nagy állami bevételeket hozó iparágaknak is. A modern orvosi kutatás területén Svédország ekkor igazi nagyhatalommá nőtte ki magát: ebben a periódusban (2000-rel bezárólag) hat orvosi/életlani Nobel-díjjal jutalmaztak svéd kutatókat (a hétből az elsőt 1911-ben kapták). A nemzetközi kutatásban élen járó helyét egészen a nyolcvanas évek elejéig tudta tartani. Mára az európai országok közül nemcsak a nagyobbak (Németország, Franciaország, Olaszország), de a Svédországnál kisebbek – Svájc, Hollandia – is előkelőbb helyre kerültek.

Egy 2008-ban készült felmérés megállapította, hogy Svédországban sok témakörben és területen zajlik minőségi kutatás, de mára hiányoznak a csúcseredmények, és hogy Svédország a klinikai kutatás szempontjából világviszonylatban csupán a 8. helyen áll. Ezt bibliometriai analízissel lehetett megállapítani, tehát annak az alapján, hogy a svéd kutatók által közölt tudományos munkáknak milyen mértékű az idézettsége (impact factor). Hogy a helyezés miért nem rangosabb? Hiszen Svédországnak számos előnye van: minőségi alapképzés, sok kutatás iránt érdeklődő, megfelelően képzett szakember, átfogó lakossági nyilvántartások, biobankok, a kutatást szívesen támogató betegek, stabil állami egészségügy... A finanszírozási problémákon kívül

az is gond, hogy bár Svédországban évente kb. kétszázan doktorálnak orvosi témákból, a disszertációjukat megvédő kutatók átlagéletkora 42 év, tehát a kutatást későn kezdik. Kvázi: érdekesebb lenne korábban verbuválni a kutatókat, ezeknek jó munkakörülményeket biztosítani (így a mai európai átjárhatóság segítségével még több külföldi jó kutatót is ide lehet csalogatni), a kutatómunkába – ugyanúgy, mint ahogy az oktatásban már megtörtént – be kell vonni a vidéki kórházakat is, meg kell emelni azoknak a munkahelyeknek a számát, amelyek klinikai kutatóknak kb. 30/50 százalékos kutatói állást biztosítanak a klinikai munka mellett. A svéd gyógyszeripari és innovációs központok is hatékonyabban szeretnének együttműködni az egészségüggyel. (Egyébként a linköpingi egyetem néhány éve lanszírozta a „Diáktól docensig” elnevezésű projektjét, amelynek célkitűzése éppen az volt, hogy a fiatalok már diákkorukban bekapcsolódjanak a kutatásba, s hogy párhuzamosan lehessenek teljes értékű kutatókká és klinikusokká.) A felmérés azt is megállapítja, hogy kiemelkedő orvosi kutatási eredmények Svédországban az összejtutásban, a rákkutatásban, az Alzheimer-kór, a cukorbetegség, az elhízás, az érlelmeszedés tanulmányozásában, valamint a molekuláris szintre leképzett neurológiában és pszichiátriában születtek és születnek.

Az egyetemeken zajló kutatás fő finanszírozója az állam (az egyetemeknek közvetlenül leosztott pénzek révén), emellett még négy más hatóság is részt vállal ebben (közülük a Vetenskaprådet – Tudományos Tanács – járul hozzá az orvosi alapkutatáshoz). Pályázni lehet uniós pénzekre is, lehet számítani az önkormányzatokra, valamint különböző magánalapítványokra.

Amint azt a Svédországi Magyarok Országos Szervezetének negyedévenként megjelenő folyóiratából, a *Híradóból* (<http://hira-do.smosz.org>) megtudhatjuk, Svédországba a második világháború után több hullámban érkeztek magyarok. Az itt élő magyar kutatók is általában így kerültek ide (közvetlenül a háború után, '56-os szülők gyermekeként vagy a romániai nemzetiségi elnyomás elől menekülve), de jöttek természetesen

meghívások alapján a rendszerváltozás előtt Magyarországról, és utána, az immár fellazult európai határokon át, az egész Kárpát-medencéből. Megjegyzendő, hogy a kutatókon kívül sok magyar orvos dolgozik a svéd egészségügyben is.

2. A svédországi orvosi témájú kutatások feltérképezéséhez igénybe vettem egyrészt a Stockholmban élő kolozsvári barátaim segítségét, másrészt a témában jártas ismerőseimét és azok ismerőseit. Előzetes tájékozódásom alapján huszonnégy „célszemélynek” küldtem el írásban a kérdéseimet. Tizenhatan válaszoltak azokra. Közülük hárman, a Klein házaspár és Székely László professzor a kötetlenebb beszélgetést ajánlották.

Svédországban 65 év a nyugdíjkorhatár, az átlagéletkor pedig 81,2 év. Ám még ennek ismeretében is fantasztikus teljesítménynek – élő legendának – számít, ha valakik húsz évvel a nyugdíjkorhatár fölött is olyan aktívnak mutatkoznak, mint a Klein házaspár, akik fiatalabbaikat megszegyenítő szellemi frissességgel dolgoznak, kutatnak és oktatnak a mai napig is.

A Klein házaspár 1947-ben került ki Svédországba. Ennek részletes történetét egyébként az *I stället för hemland*, azaz magyarul *Haza helyett* című önéletrajzi írásában részletesen és regényesen leírta Klein György. Ő maga már szegedi, majd budapesti orvos korában bedolgozta magát a boncolásba, nála fél évvel fiatalabb orvosoknak tartott demonstrációkat, és nyáron, szabadságoláskor neki adták a kórboncolások vezetését. Véletlen folytán, egy szervezett diákkirándulás alkalmával került Stockholmba, néhány nappal azután, hogy megismerte leendő feleségét, Évát. Stockholmban aztán megismerkedett Caspersson professzorral, aki – felmérve ötletgazdagságát és rendkívüli képességeit – jól fizetett állást ajánlott neki. Rövid időn belül, bár nem kis kalandok után, összeházasodhatott Évával, és mindketten – még orvosokként – teljes erővel belevetették magukat a KI-ben folyó kutatásba. Körülbelül akkor hoztak létre egy országos alapítványt a rák elleni kutatás támogatására; innen lehetett pénzeket megpályázni. Egyikük kutatott és dolgozott, másikuk tanult és vizsgázott, aztán fordítva. Klein György 1957-ben lett professzor. Keze alatt a jó anyagi konjunktúrában pezsgett a kutatás. Eleinte

szinte csak svéd kutatókkal dolgoztak, aztán több lett a nyugat-európai és amerikai, ma már több mint ötven ország kutatóinak adnak munkát, természetesen sok magyarnak is. A Klein házaspár több mint negyven éve vezeti a KI tumorbiológia részlegét; kezük alatt több mint százan doktoráltak, és több mint száz vendégkutató dolgozott. Több tucat tanítványukból azóta professzor lett. Mindketten szerény, természetes, keresetlen emberek. Klein professzor tagadja, hogy iskolát alapított volna; őt mindig csak a téma, a kutatás érdekelt, nem az adminisztráció és a karrier. Saját bevallása szerint a gyors döntések embere, ellenében az általános svéd hozzáállással, hogy a problémára nem szabad egyenesen rámenni, hanem egyszer körbe kell járni, ki kell szaglászni. Nem az emberek címe, pozíciója a fontos számára, hanem az, hogy ki milyen kérdéseket vet fel, és keresi rájuk a választ. Hogy kik azok a magyar kutatók, akik Svédországban és ezen belül a KI-ben csúcsteljesítményeket értek el? A nagy elődök közül Bárány Róbert orvost, Hevesy György vegyészt (mindketten Nobel-díjasok), Kallós Pált, a Helsingborgban tevékenykedett allergológust, a kortársak közül Ernster László biokémikust, Diczfalussy Egon stockholmi endokrinológus professzort, Gergely Lajos debreceni mikrobiológiai és Szabó Gábor sejtbioológiai professzort, Gergely Péter és Petrányi Győző budapesti immunológus egyetemi tanárokat, Márkász László ma Uppsalában élő gyermekorvost említi. Az itt megfordult magyar kutatók száma természetesen ennél sokkal nagyobb; elég rákeresni valamelyikük tudományos munkásságára az interneten, rögtön felbukkan sok-sok magyar társ-szerző neve. Bár – teszi hozzá ezúttal svéd stílusban és őszinte kutatói hozzáállással Klein professzor – ő tulajdonképpen nem is regisztrálja a kutatók nemzetiségét: tudatába teljesítményük alapján vonulnak be. Klein György egyébként termékeny esszéíró is, svédül, magyarul és angolul is számos kötete jelent meg.

Klein Éva professzor asszony úgy jellemzi a KI-ben való indulásukat, hogy szerencsénk is volt, és rengeteget is dolgoztak. Az, hogy belecsöppentek egy világhírű intézetbe, kötelezett. Volt egy stimuláló főnökük, aki odafigyelt rájuk, és ez elég volt. Nem volt se barátjuk, se ellenségük, nem volt karrieriz-

mus. Ő tulajdonképpen a kialakuló személyes kapcsolatokat méltányolja a leginkább a kutatásban: azt, hogy témavezető és doktorandus, szinte mint egy házasságban, egész nap együtt vannak, együtt dolgoznak és élnek, örülnek a sikernek, és bánkódnak az elkerülhetetlen kudarcokon. „Ha egy projekthez ide kutató kell – érvel –, akkor az ember ahhoz az ismerőshez fordul, akinek ítélőképességében bízunk, és tudja, hogy az jó embert küld, vagy ha jó kutatót ajánlanak pl. a budapesti immunológiai intézettől, akkor az ember megpróbál pénzt szerezni az alkalmazáshoz, foglalkoztatáshoz.”

Székely László egyetemi tanár Debrecenből származik, 2010-től professzor a KI mikrobiológia, valamint daganat- és sejtbioológia tanszékén. Először cserediákként töltött itt egy hónapot 1986-ban. Akkor George (már-mint Klein professzor, akit mindenki így ismer itt is és a nagyvilágban, és akit munkatársai őszinte tisztelettel és csodálattal emlegetnek minden beszélgetés alkalmával) azzal bocsátotta el, hogy ha meglesz a diplomája, jöj-jön vissza. Ezután karrierje egyenesen ívelt felfelé. Bár hozzá kell tenni, hogy állandó állása csak tavaly óta van, hogy a kutatók létbizonytalanságában élt 17 évig. Szerinte a kutatás rendkívül kompetitív terület; itt nem lehet másra koncentrálni, mint magára a tudományra – a többi aztán jön magától. Bizonyítani, eredményt felmutatni, közölni kell. Ő is megtartotta kapcsolatát a debreceni egyetemmel, és együttműködött a KI-ben is debreceni kollégákkal, például Márkász Lászlóval, aki – miután a KI-ben töltött idő után otthon ledoktorált, aztán többédmagával elbocsátották az egyetemről – Uppsalában lett keresett klinikus és kutató. Székely László célja az alapkutatás eredményeit gyorsan és olcsón alkalmazhatóvá tenni: nemrég épített egy ukrán fizikussal együttműködve egy olyan gépet, amely a leukémiás beteg fehérvérsejtjeit 90 különböző gyógyszerre tudja három nap alatt letesztelni, és mindezt elérhető áron (a munkatárs is kelet-európai leleményességet tanult még otthon – meg a mai nyugati újrahaznosíthatás elvét –, és elektronikus szemétből építette kezdetben készüléket). Ő is örök érvényűnek tartja az elvet, hogy az ötlet a fontos, nem az, aki mondja, te-

hát „bizonyítsd be, hogy tévedek, s akkor felnézek rád”.

Imreh István professzorhoz és feleségéhez, Piroskához személyes ismeretség fűz még kolozsvári életidőnkéből. A KI-ben zajló kutatásról, ezen belül is a tumorbiológia részlegén folyó munkáról, valamint a saját kutatói önéletrajzáról, munkásságáról Imreh István beszámolt már a *Korunk* olvasóinak egy korábbi alkalommal. Ennél személyesebben és fordulatossabban talán nem is lehet leírni egy kutatótípusú ember indulását, korai érdeklődését, állandó, szomjas kíváncsiságát, fáradhatatlan munkáját, nyughatatlanságát, fejlődni vágyását, stimuláló környezetbe való elkövetkeztetését, majd a megfelelő körülmények közötti teljes kibontakozását.

Granström Márta '56-os menekült szülők gyermekeként került ki Svédországra. A családi nevelés és egy nagyon színvonalas és nagyon konzervatív svéd iskola után orvostanhallgatóként egyrészt lenyűgözte a KI szelleme, másrészt el is bátoraltatotta. Ma is úgy érzi, hogy egyetemi karrierje nőként valamivel lassúbb volt még a szigorúan egyenjogú Svédországban is: 23 évre volt szükség a disszertációtól a mikrobiológia professzora cím megszerzéséig. Kérdésekre, hogy miért vonzó a KI a külföldi kutatók számára, azt válaszolta, a KI dinamikus egyetemi központ, ahol az orvostudomány szinte bármilyen fejezetén belül lehet kutatni, mégpedig elismert szaktekintélyek keze alatt. A hangulat inspiráló, és a kreatív ember számára ez jó táptalaj.

Horváth György professzor Pécsen lett szülész-nőgyógyász, és később látott hozzá a kutatáshoz, még otthon. Itt aztán nőgyógyász-onkológusként doktorált Lundban. Innen hívták a göteborgi egyetemre, ahol ma többek között a rák szagát tanulmányozza. Több magyar kutató is dolgozott vezetése alatt.

A megkérdezettek közül három magyar kutatóorvos, két patológus és egy radiológus „fejvadászat” eredményeként, illetve meghívással került ki Svédországra. Tabár László – aki a pécsi egyetemen volt tanársegéd és írta disszertációját az emlőrákról – 33 éves korában kérte fel a svéd egészségügyi igazgatóságot, hogy egy nagyméretű tudományos munkát vezessen le Svédország egyik megyéjének emlőrákszűrő programjáról. Azóta

kutat és tanít, Magyarországon is gyakorta tart előadásokat. Tot Tibor Újvidéken végezte az orvosi egyetemet, ott is doktorált. Meghívással jött ki Falunba, előzetes megismerkedés után. A svéd kutatási lehetőségekben az anyagiak mellett azt méltányolja, hogy kórházakban is lehet kutatni, nemcsak egyetemen, ami gyakorló orvos esetében döntő fontosságú. Ő is számos tanfolyamot tart az emlőrákról Magyarországon, Romániában, Szerbiában, sőt valószínűleg abban is benne van a keze, hogy az európai patológusok szervezetének legközelebbi rendezvénye Újvidéken lesz ez év márciusában.

Bordás Pál radiológus, aki Marosvásárhelyen végzett és Szegeden dolgozott, meghívással jött ki Luleåba a megyei kórházba, emlőrákszűrővel foglalkozni. Disszertáció kerekedett ki belőle.

3. A következőkben három hölgyet említenék, akiknek közös vonásuk, hogy nem közvetlenül az egyetem után, fiatalon lettek kutatók. Imreh Mártát, a kolozsvári Onkológiai Intézet volt biológusát idézem: „Az újrakezdés negyvenen túl, kelet-európai diplomával és nyelvismeret hiányában eleinte meglehetősen kilátástalannak tűnt”, de Klein professzor befogadta a „rákkutatás szentélyébe”, ledoktorált, azóta pedig az őssejt-kutatásban dolgozik, előkelő kutatócsoportban. Bereczky Veress Biborka a kolozsvári agronómián diplomázott állattenyésztés szakon; Svédországba a Ceaușescu-rendszer elől menekült. Itt végigjárta a hierarchia lépcsőfokait az állatgondozói állástól a laborállattenyésztő kutatómérnökségen át az egyetlen skandináv laborállattenyésztő vállalat igazgatói beosztásáig, majd felkérést kapott egy laborállatmodell létrehozására; itt kezdődött a kutatómunka. A harmadik, Kovács Anikó (leningrádi orvosi tanulmányok, SOTE, japán és angliai kitérők után) most Göteborgban dolgozik, patológus főorvos. „A svédektől azt érdemes megtanulni – fejtette ki –, hogy nem foglalkoznak az életkorral, van, aki ötven- vagy hatvanévesen doktorál; sokkal rugalmasabbak, mint a magyarok, és úgy gondolják, hogy valaki még ebben az életkorban is megvalósíthatja önmagát.”

Hogy Svédország a lehetőségek országa, bizonyítja a Vánky Farkas esete. Ő Marosvásárhelyen lett orvos, majd ortopéd szakor-

vos, ám régi vágya a daganatkutatás volt. Mikor 1969-ben turistaútlevelemmel, nyelvtudás nélkül Svédországba utazott, és felkereste Kleinékat, akadt számára is hely a KI-ben. És megtanult svédül és angolul, és lektorált. Nyugdíjba menetelégig kutatott a tumorimmunológia területén.

Kemény munka és sok tanulás árán lett Bereczky Sándor állattenyésztőből molekuláris biológus, doktoráns, majd a Svéd Járványvédelmi Intézet alkalmazottja és kutatója. Szintén a lehetőségeket villantja fel Kiss Nimrod Gergely karrierje: közvetlenül a biomedicina szak elvégzése után kutatni kezdett a KI-ben, disszertációjának megvédése után pedig tovább folytatta a kutatást Új-Zélandon, az antarktiszi mikrobiológia területén.

A felsorolásban sajátos szempont miatt utoljára említem Mosolits Szilviát, aki Pécssett végezte az orvosit, majd a KI-ben doktorált immunológiából. Bár a klinikai munka nem volt vonzó számára, a hosszú és nehéz ügyletek, a hálapénz, a protekcionizmus, kérdéses etikai problémák miatt a kutatás lényegét a betegekben való közvetlen segítségben látta, és klinikai kutatásból írta a disszertációját. Kérdéseimre adott válaszai mellett elküldte a Nemzeti Kutatási és Technológiai Hivatal (NKTH, ma már NIH – Nemzeti Innovációs Hivatal) kérdőívére 2005-ben adott válaszait, amelyben mint külföldön kutató és dolgozó magyar szakembert kérdezték a magyar tudományos intézményi rendszer versenyképességéről, a külföldi munka előnyeiről, a hazatérés feltételeiről. Ő akkor megállapította, hogy a magyar oktatás átfogó, mély és igényes (bár túlságosan elméleti, és nem serkenti a

kreativitást), a követelményszint magasabb mind az oktatásban, mind a tudományos munkában, a verseny intenzívebb és a teherbírás nagyobb. Hátrány a hierarchia, a pénzhiány, az együttműködés hiánya, a korrupció. A hazajövetelt azonnali alternatívának vélte megfelelő fizetés, vezetői beosztás és a munkatársak megválasztásának lehetősége esetében. Nem eléggé kiaknázott lehetőségnek tartotta a kutatóknak a gyógyszercégekkel való együttműködését, amelyek nagyobb alkotói szabadságot, magasabb megbecsülést, jobb anyagi támogatást biztosítanak, mint az az akadémián belül lehetséges.

Amiben a svédországi magyar kutatók mind egyetértenek, az az, hogy a viszonylag szerény fizetés és nagyon sok munka ellenére jók a kutatás anyagi feltételei, jó a felszereltség, a hangulat, nagy élmény nemzetközi csapatban dolgozni (a KI – mondta valaki – olyan, mint a Babel tornya, több mint ötven náció kutatói dolgoznak együtt). Pozitívum ezenkívül a számtalan tanfolyam és nemzetközi konferencia, amin a kutatók részt vehetnek. A svéd munkatársak korrektek, hajlanak a kompromisszumokra, igyekeznek a konfliktusokat elkerülni, tisztelik a mások tudását, pontosak, megbízhatóak. Az embert egyenrangú partnerként kezelik a témavezetők, mentorok, professzorok is. A munkakapcsolat közvetlen, informális, nem utolsósorban a tegező viszonyban betudhatóan. Azt mondják, hogy a kutatókra különben is jellemző a nyitottság, kíváncsiság, segítőkészség, hiszen a kutatás csoportmunkát feltételez.

Sántha Judit

■ IRODALOM

- Den enkla och brutala sanningen (Az egyszerű és brutális igazság). Forskning och Medicin, 2010. 3.
Health and Medical Research in Sweden (Egészség- és orvosi kutatás Svédországban). 2008, Web-Only
Imreh Sz. István: Laborjaim a Meleg-Szamostól a Balti-tengerig. Korunk, 2000. 3. 23–33.
Klein, Georg: I stället för hemland (Szülőföld helyett). Bonniers, 1984.
Klinisk forskning – ett lyft för sjukvården (A klinikai kutatás az egészségügy színvonalát emeli). SOU 2009. 43.
Medicinsk forskning behöver en förstärkt offentlig finansiering (Az orvosi kutatás nagyobb állami támogatást igényel). Läkemedelsvärlden, 2004. 9.
Satsa på morgondagens forskare (Fektessünk a jövő kutatóiba). Forskning och Medicin, 2003. 3.
Svensk medicinsk forskning – finansiering och konkurrenskraft (Svéd orvosi kutatás – finanszírozás és versenyképesség). Vetenskapsrådet, 2003.
Svensk medicinsk forskning har dramatiskt tappat mark (A svéd orvosi kutatás drámai visszaesése). Dagens Nyheter, 2010. 12. 27.
Världsklass! Åtgärdsplan för den kliniska forskningen (Vilgészínvonal! A klinikai kutatás támogatásának terve). SOU 2008. 7.

FARKAS GYÖRGY

ÖKOLÓGIAI KÁOSZ ÉS KÖRNYEZETBIOLÓGIA

■ A modern élet melléktermékei egyre nagyobb területet foglalnak el, a tengerek személtládává lesznek, a folyóvizek ihatatlanok és a nagyvárosok levegője nem alkalmas a lélegzésre. A Római Klub megbízásából összeállított Meadows-jelentés megrázó következtetéssel zárul: a megbomlott természeti egyensúly magát az emberi létet veszélyezteti. A természeti törvények figyelmen kívül hagyásával önnön létünket sodorjuk veszélybe. Nincs más választásunk: együtt kell működni a természettel. A természetet nem meghódítani, leigázni kell, hanem az ember élettereként megóvni.

Ezek és az ehhez hasonló gondolatok voltak a természetvédelmi övezetek és nemzeti parkok kialakításának alapjai. Ez az egyik első, bár vérszegény, de határozott lépés a természethez való közeledés irányába, amit a teljes környezet- és természetvédelem kell hogy kövessen. Az a tévhit, hogy az ember és a természet egymással szemben áll, a tudomány és technika nagy fejlődésének „romantikus” korából, a 18–19. századból maradt fenn. A „természet urának” bálvány a 20. század ötvenes éveiben ingott meg először. A bonyolult rendszerek működésével és irányításával foglalkozó tudományok fellendülésével egyidejűleg meghonosodott az a nézet, hogy a természet és az emberi társadalom elválaszthatatlanul összefonódott rendszert alkot, amelynek az az alapja, hogy kölcsönösen segítik vagy gátolják egymás fejlődését, sőt létezését is.

1969-ben az ENSZ akkori főtitkára, U Thant *Környezetünk válsága* című beszámolójában arra figyelmeztet, hogy a bioszféra további szennyezése öngyilkosságot jelent. A krónikus környezetszennyeződés, amely nem nagy koncentrációjú ugyan, de nemzedékek láncolatán át egyformán hat a közös-

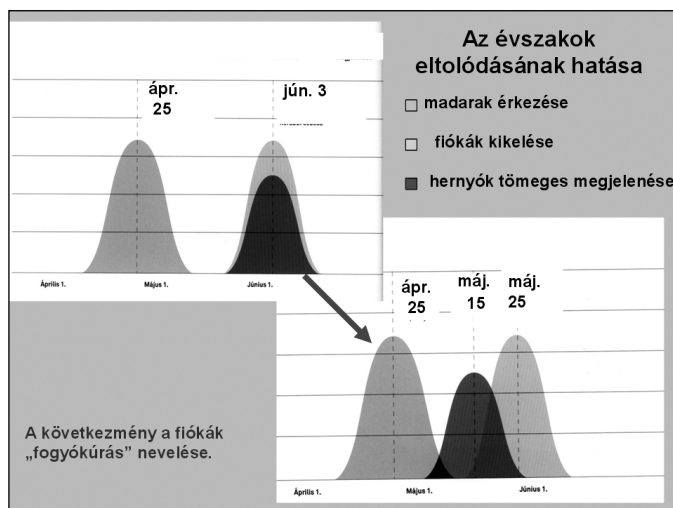
ség minden tagjára, hosszú távon fejt ki hatását. Ez a huzamos hatás megváltoztatja az élettani folyamatokat, krónikus betegségeket hozhat létre, sőt genetikai károsodásokat is okozhat. Ezért aggódunk, hogy nem lesznek-e mind gyakoribbak az örökletes fogyatékos-ságok és betegségek, nem őrlődik-e fel idegrendszerünk a kemény, de az emberi „harc az életért” helyébe lépő „életstressz” miatt.

John Burton a *Szennyezett égbolt* című művében ezt írja: „Vagy az emberek tegyenek valamit, hogy kevesebb füst legyen a levegőben, vagy a füst intézi majd el, hogy kevesebb ember legyen a Földön.” A globális felmelegedés már komoly veszélyt jelent, még akkor is, ha sokan – talán ki nem mondott érdekekből, tevékenységük folytatása, kutatásaik anyagi fedezete miatt – ellenvélményeket fogalmaznak meg, próbálnak mindnyájunkat megnyugtatni. Az utóbbi évtizedekben tapasztalt rohamos felmelegedés semmiképpen nem illik bele a geológusok és környezeti szakemberek által meghatározott, több százézer évre visszavetített földi hőmérséklet-változásba. A mostani felmelegedés nemcsak mértékében, hanem gyorsaságában is „túltesz” a régmúltban lezajlott hőmérsékleti ingadozásokon.

Ennek a globális felmelegedésnek legfőbb oka az emberi tevékenység – önös, a környezettel (amelynek szerves része vagyunk) nem törődő érdek – miatt a légkörbe kerülő szennyező anyagok egész sora. Talán a legnagyobb mennyiségben a fosszilis tüzelőanyagok (földgáz, kőolajszármazékok, szén) elégetésének eredményeképpen keletkezett szén-dioxid kerül a levegőbe, és a többi szennyező anyaggal együtt, néha szinergikus hatással, számottevően megnöveli a légkör üvegházhatását, és ezzel az átlaghőmérsékletet. A műholdfelvételek az utóbbi

évtizedben bizonyítják, hogy például a grönlandi jég- és hópáncél legalább 20 százalékkal csökkent, emelkedik a tengerek és óceánok szintje. Tavasszal korábban tevődik a rovarok és a puhatestűek megjelenése és szaporodása, ezzel károsodik a vándormadarak visszaérkezése utáni költés és fiókanevelés, mintegy „fogyókúrás diétára” szorítva a madársereget, csökkentve számukat.

végveszélybe juttatta a természet egy részét. Kétségtelen, hogy a mai technológiák zöme hosszú távon ökológiai károszhoz, sőt majdhogynem katasztrófához vezethet. Az ésszerű megoldás elvét ma már képesek vagyunk megfogalmazni: mindenekelőtt „természetesebb” technológiákra van szükség, amelyeknek termékeit, melléktermékeit és hulladékait, amelyek sok alkalommal a



Ha Földünk átlag hőmérséklete még 3–3,5 °C-ot emelkedik, akkor a szíók számára az Alpokban a jelenlegi sípályáknak csak egyharmada marad meg. Sarki körülményeket igénylő több állatfaj sodródik veszélybe: jegesmedvék, pingvinek stb. Sorolni lehetne még mindazokat a káros hatásokat, amelyeket a globális felmelegedés okoz.

Mi a megoldás? Lényegében az, hogy mindenhol és mindig a természet javára kell cselekedni. A társadalom egyik legfontosabb feladatának kell tekinteni a kedvező és eredeti természeti feltételek fenntartását és létrehozását mindenhol, ahol ember él. Mindenki számára világos, hogy az élővilág megmentését, környezetünk tisztaságának megőrzését nem bízhatjuk másra, főként a véletlenre nem. A környezetbiológia hivatott arra, hogy a műszaki tudományokkal karöltve a magunk és utódaink számára elfogadható környezetet teremtsen. Végző soron: csak „egy Földünk van”!

Az elszaporodott és a modern tudomány-technika eszközeivel felszerelt ember

környezetbe kerülnek, a természet saját eszközeivel képes legyen „megemészteni”. Emellett szükséges a szennyező anyagok kibocsátását megelőzni, csökkenteni vagy megszüntetni.

A technológia nem képes egyedül megoldani az ökológia valamennyi kérdését, sőt a legfőbb baj abból származik, hogy a tudomány csak akkor kapcsolódott be, amikor a technológia már elkövette a bűnt. A tudomány és technika az élővilágtól ellesett, tökéletesített megoldásokat kell hogy alkalmazzon. Az élővilág tele van hasznosításra váró ötletekkel. A bionika feladata ezeket az ember szolgálatába állítani. Ily módon lehetőség van az ökológiai egyensúly fenntartására, az ember és környezet számára a mindkettőjük megmaradását biztosító viszony megőrzésére.

Ennek érdekében a tudománynak sokkal behatóbban kell megismernie a világot, és az erkölcsnek kell felelősebben kormányoznia tetteinket, mert a természet-ember kapcsolat válsága is abból adódott, hogy az

előtt tettünk szert bizonyos tudásra és hatalomra, mielőtt gyakorlásának minden következményét előre láttuk volna.

Az ember–természet kapcsolat az ember számára kikapcsolódást, pihenést jelent. Ennek a pihentető hatásnak egyik leggazdagabb forrása az ember és természet sok száz-ezer évre visszamenő, rendkívül mély kapcsolata. Gazdag viszonyról van szó, amely során ős szülünk, a teremtetett Természet az ember minden érzékszervén át ezer meg ezer üzenettel szól hozzánk. Üzenet szól hozzánk az erdő zúgásában, a nádas suhogásában, a napfénynek a víz tükrén való játékában, a csikorgó hó vakító fehérségében, a tavaszi zöld rügy fakadásában, a hó alól kibúvó virágokban és még ezer és ezer hason-

ló jelenségben. De vajon megértjük ezeket az üzeneteket? Minden bizonnyal igen, még ha nem tudjuk mindig is szavakba foglalni. Nagy költőink, zenészeink és képzőművészeink tolmácsolásából megértjük vagy legalább átérezzük ezeket az üzeneteket. A természettel való kapcsolat révén egy életen át és egy életre szólóan élményekkel gazdagszik az ember. Ezért szeretjük a természetet, és ezért kell mindent elkövetnünk megvédelése érdekében. Ha ilyen módon szervezzük életünket és tevékenységünket, a Föld még hosszú ideig lesz otthona boldog nemzedékeknek, amelyek csak elismerően fogják értékelni és alkalmazni a ma emberének eredményeit. Ne engedjünk teret a felelőtlen, hányaveti és életterünket romboló tetteknek.

AZ ERDÉLYI MAGYAR ORVOSMIGRÁCIÓ ÚJABB HULLÁMAI

■ Az 1989-es politikai fordulatot követő években jelentős bevándorlási hullám érkezett Magyarországra a Marosvásárhelyen végzett orvosok és fogorvosok köréből. Jóllehet ezt a tényt a hétköznapi tapasztalatok sokszorosan visszaigazolták, a jelenség első szakszerű feldolgozása csak későn jelent meg. [1]

Bár a kilencvenes években legnagyobb számban a Marosvásárhelyi Orvosi és Gyógyszerészeti Egyetemen (MOGYE) kiadott diplomák kerültek honosításra Magyarországon, ezt a jelenséget részletesebb feltárás nem követte. E tényre az anyaországban nem figyeltek különösebben oda, pedig a MOGYE Magyarország határain kívül az egyedüli olyan felsőoktatási központ, ahol magyar nyelvű orvoscépzés történik. Annál élénkebben foglalkoztatta az erdélyi magyar közvélelényt az egyre nagyobb méreteket öltő erdélyi magyar orvosmigráció. A Kárpátokon túli kihelyezésre és gyakorta az azzal összefüggő külföldi, elsősorban magyarországi távozásra már a hetvenes években felhívták a figyelmet a szakemberek, és szociográfiai kötetekben is időszerűnek bizonyult a téma. [2]

A nyolcvanas évek kényszerű hallgatását követően a marosvásárhelyi orvosegyetem elismert tanárai a kilencvenes évek elején/közepén különböző tanulmányokban, kötetekben foglalkoztak a marosvásárhelyi magyar nyelvű orvos- és gyógyszerészképzés kérdéseivel, a Marosvásárhelyi Orvosi és Gyógyszerészeti Egyetem történetével. [3, 4, 5]

Orvosi és gyógyszerészeti képzés Marosvásárhelyen

■ A kezdetektől egészen 1990-ig külön karokon folyt az általános orvosok és a gyermekorvosok képzése, majd 1990 után jött létre az egységes orvoscépzés. Szovjet mintára 1948–1951 között önálló Közegészségügyi Kar is létezett. A Fogorvosi Kar 1948-ban ugyan megkezdte a működését, viszont a sajnálatos egészségügyi politika miatt 1951-ben megszűnt a magyar nyelvű fogorvoscépzés, és a hallgatók Kolozsváron folytatták és fejezték be tanulmányaikat. Kilenc évvel később, 1960-tól a Marosvásárhelyi Orvosi és Gyógyszerészeti Intézet ismét kibővült a Fogorvosi Karral, kezdetben hatéves, majd ötéves képzéssel, amely az 1990-es években

útból hatévesre bővült. [6] A Gyógyszerészeti Kar működése sem volt folytonos, mivel 1986–1989 között nem vettek fel új hallgatókat. [7]

Az eredendően csak magyar nyelvű Orvostudományi és Gyógyszerészeti Felsőoktatási Intézetet 1962-ben a romániai oktatáspolitikai kényszerűvé változtatta, majd elkezdődött a magyar szak fokozatos elsovasztása. A magyar hallgatók aránya az 1984/85-ös tanévtől kezdve kevesebb mint felére csökkent, és a rövid idő alatt bekövetkező drasztikus változások miatt a diktatúra utolsó évében, 1989-ben alig több mint tucatnyi hallgatót vettek fel a magyar tagozatra. [8]

A romániai rendszerváltást követő helyzetben fokozatosan javult ugyan a magyar hallgatók aránya, de nem a kívánt mértékben. Kezdetben ugyanis az erdélyi fiatalok jelentős része nem a romániai felvételi vizsgákon vett részt, hanem magyarországi (orvosi) egyetemekre jelentkezett. Felvételük után áttelepültek Magyarországra tanulmányaik folytatása érdekében.

A magyar orvosok elvándorlása

■ Az 1989-es rendszerváltozást követően Romániában az a mondás járta, hogy minden harmadik magyar orvos elhagyta a hazáját. Becslések szerint 1994-ig közel 2800 Marosvásárhelyen végzett orvos és gyógyszerész keresett munkát külföldön, elsősorban Magyarországon, közülük mintegy ezeröttszáz az 1990-es évek elején távoztak. [8] Bár a fenti adatok kissé túlbecsültek, jól jelzik az orvosexodus valós helyzetét és az abból következő problémákat. Kétségtelen tény, hogy a Romániából elvándorló értelmiségiek körében első helyen az egészségügyben dolgozók állnak.

Az orvosok fokozott elvándorlásának okai között a volt szocialista országokban máshol is probléma a szakképzés nehézsége és korlátozottsága, a jövedelmi viszonyok és a szabadságjogok helyzete, azonban Romániában a magyar orvosok vonatkozásában külön ki kell emelni a kihelyezések rendkívül hátrányos gyakorlatát.

Az 1950-es évek végéig a Marosvásárhelyen végzetek számára az erdélyi megyékben, tartományokban kínáltak fel állásokat,

majd az évtized végén az akkori rektor önként (vagy rábeszélésre) vállalta, hogy orvosokat küld az elmaradott moldvai egészségügyi viszonyok javítására. Viszonylagos javulást követően, az 1980-as években felerősödött Románia homogenizálási politikája. Ez egyrészt a központi irányítás alatt álló kihelyezési rendszert érintette, másrészt azzal járt, hogy Marosvásárhelyen a felvételi vizsgákra tömegesen jelentkeztek az Erdélyen kívüli területekről.

Egy marosvásárhelyi kutatócsoport vizsgálta az Intézet végzőseinek kihelyezését 1972–1989 között. Ebben az időszakban az ország szinte minden megyéjébe helyeztek magyar anyanyelvű orvost, többségüket a Kárpátokon túlra, főleg Moldvába. Egyes években a Kárpátokon túlra helyezettek száma jóval meghaladta az átlagot. Így például 1984-ben a kihelyezés a magyar anyanyelvű új diplomások 88,23 százalékát érintette. Nyilvánvaló, hogy a kihelyezési gyakorlat nemcsak az asszimilációt, hanem (menekülési útként) elsősorban az elvándorlást ösztönözte. [9]

Újabb kutatások a végzetek magyarországi kitelepüléséről

■ 2009-ben a budapesti és a marosvásárhelyi orvosegyetemek professzorai közös kutatást végeztek, amelyben újabb, hitelesen alátámasztott számadatokkal szolgálnak a Marosvásárhelyi Orvosi és Gyógyszerészeti Egyetemen végzett magyar orvosok magyarországi kitelepüléséről. [10] A továbbiakban a kutatás módszertanának lényegét, legfontosabb eredményeit és következtetéseit ismertetjük.

Rövid módszertan

Magyarországban az orvosok/fogorvosok (a továbbiakban orvosok) nyilvántartásának átfogó rendezésére kormányrendelet adott utasítást, amely elrendelte az orvosok kötelező nyilvántartásba vételét. [11] Ennek megfelelően 1960-ban országos keresztmetszeti adatfelvétel történt, amely azóta is jogfolytonosan működik. Később hatályba lépett ugyan a Magyar Orvosi Kamarát létrehozó törvény, de ez csak az alapnyilvántartás és a működési nyilvántartás kettéválását

eredményezte. [12] A honosított diplomák esetén a nyilvántartás adatokat szolgáltat az oklevelet kibocsátó egyetemről – esetünkben a Marosvásárhelyi Orvosi és Gyógyászati Egyetem (MOGYE) –, valamint a diplomaszerezés évéről.

Marosvásárhelyen a dékáni hivatalok szolgáltatják a végzetek létszámával kapcsolatos adatokat, amelyek a legutóbbi évek kivételével az egyetem egyik kiadványában is megtalálhatóak. [13] A kutatók a potenciálisan Magyarországra kivándorlók köréhez sorolták a magyar nyelvű oktatásban részesülők mellett azon magyar nemzetiségűeket is, akik román tagozaton végeztek.

Jóllehet a MOGYE diplomásainak körében Magyarország számít kiemelt célsországnak, a román és magyar nyelvű évfolyamokból kivándorlás más országokba is történt. Kezdetben az orvosok és fogorvosok Németországot, Svédországot, Izraelt és az Egyesült Államokat részesítették előnyben, újabban az Egyesült Királyságban, Olaszországban, Kanadában és a világ számos más táján is megjelentek.

Eredmények

A 2009 márciusában elvégzett keresztemszeti vizsgálat szerint Magyarországon a működési engedéllyel rendelkező orvosok száma 33 211, és közöttük 2544 főnek van honosított diplomája, ami 7,66 százalékos aránynak felel meg. Fogorvosok esetében a teljes működő létszám 5524, és körükben 9,2%-os a honosítottak részesedése ($N = 509$).

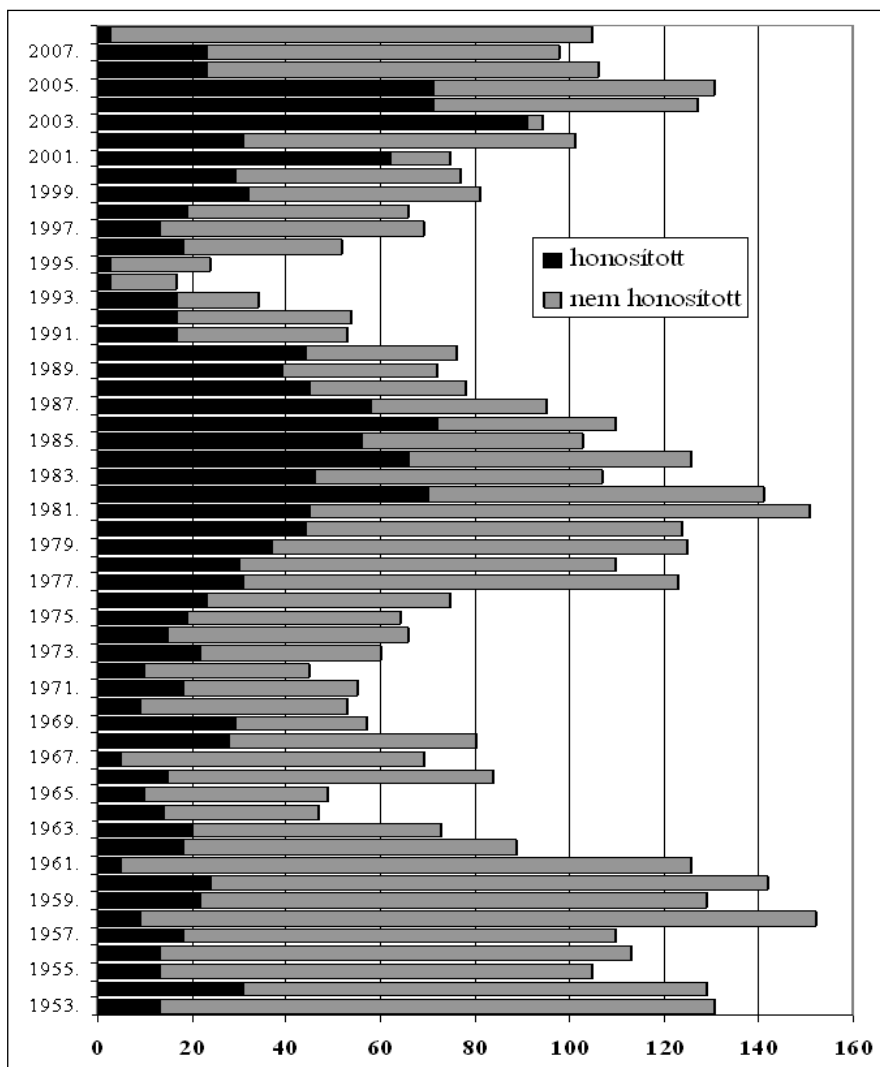
Másrészt Magyarországon 1953 és 2008 között összesen 3486 orvosi diploma honosítása történt, amiből Marosvásárhely részesedése $N = 1629$, azaz 46,73 %. A statisztikai elemzés alapján két csúcs figyelhető meg. Az első csúcs 1990-ben jelentkezett ($N = 629$), az 1989-es magyarországi és romániai rendszerváltozást követően. A második csúcs 2005-ben volt tapasztalható, egy évvel azután, hogy Magyarország csatlakozott az Európai Unióhoz. Az 1990-es hullámban 629 orvosból 415 (65,98%) volt marosvásárhelyi, 2005-ben pedig 190-ből 95 (50,0%). Ezek az adatok az évenkénti honosítások számát jelzik.

A Marosvásárhelyről honosított összes orvos diplomáinak kiadási évét megvizsgálva az egyes évek bevándorlásának évfolyamok szerinti összetételét is megállapíthatjuk, és azt is kiszámíthatjuk, hogy az egyes évfolyamok milyen arányban képviseltetik magukat Magyarországon. Az összesített adatok szerint az 1953–2008 között Marosvásárhelyen végzett magyar orvosok létszáma $N = 5012$ a 9375 végzetből, a Magyarországon honosítottak száma $N = 1629$. Egyszerű számítással megállapítható, hogy a MOGYE 1953–2008 között végzett magyar hallgatóinak 32,5 százaléka Magyarországra telepedett, és ott folytatott, folytat orvosi tevékenységet.

Évfolyamos bontásban a 32,5 százalékos számtani átlag jelentősen eltérő egyedi arányszámokból áll össze, amelyeknek értéktartománya 3,97 százaléktól (1961-es évfolyam) 96,8 százalékig (2003-as évfolyam) terjed. Az utóbbi szám azt jelenti, hogy a 2003-ban végzett évfolyam csaknem teljes egészében (94 orvosból 91) Magyarországon dolgozik.

Az egyes évekre leképzett adatok grafikai bemutatása által egészében áttekinthetjük az 1953–2008 közötti orvosi migráció eredményeit és jelenségeit (1. ábra). Szám szerint alátámaszthatjuk a nyolcvanas évek magasabb elvándorlási hullámát, amelyet a rendszerváltást követően újabban követtek. Ráadásul megállapítható, hogy a kétezres évek közepének kivándorlási statisztikái magasabbak a diktatúra éveiben mért adatoknál. Megállapíthatjuk, hogy nemcsak a szakmai nehézségek és az emberjogi hátrányos helyzet kedvez, kedvezett az értelmiség elvándorlásának, hanem a csábító anyagi és professzionális érvényesülési lehetőségek is. Ráadásul manapság Magyarország nem annyira csábító a Marosvásárhelyen diplomázottak számára, és amennyiben lehetőség adódik más országokban munkát vállalni, azok válnak egyre inkább célországgá.

Amennyiben az egyes évek belső migrációs dinamikáját kívánjuk feltárni, célszerű külön meghatározni az 1990-es és 2005-ös csúcs évfolyamos összetételét (2. és 3. ábra). Az 1990-es évben történt honosítások mö-



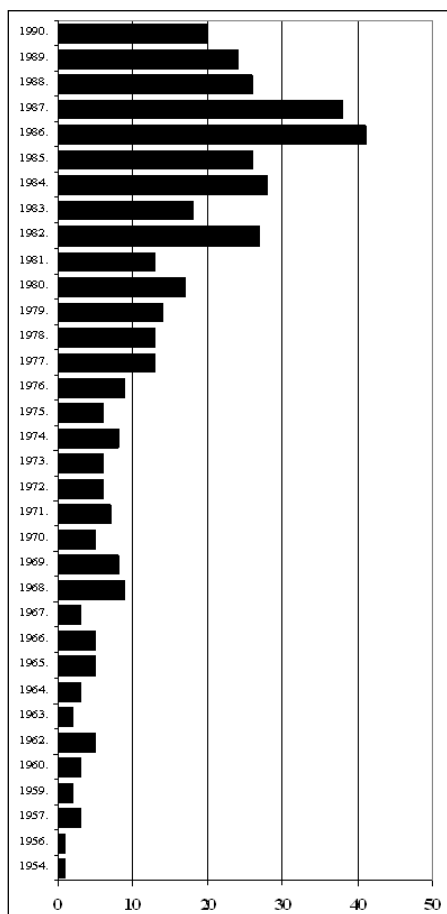
1. ábra: Marosvásárhelyi magyar orvosok évfolyamok szerinti létszáma 1953–2008 között (N = 5012) és a Magyarországon honosítottak (N = 1629) részesedése

gött igen széles évfolyamos összetételt találunk, amely az 1953-as diplomától az 1990-es diplomáig terjed, bár kétségtelen, hogy a csúcst az 1986-ban és 1987-ben végzettek képviselik. Ezzel szemben a 2005-ös évben honosított 95 orvos túlnyomó többsége (N=80) 2003-ban és 2004-ben végzett.

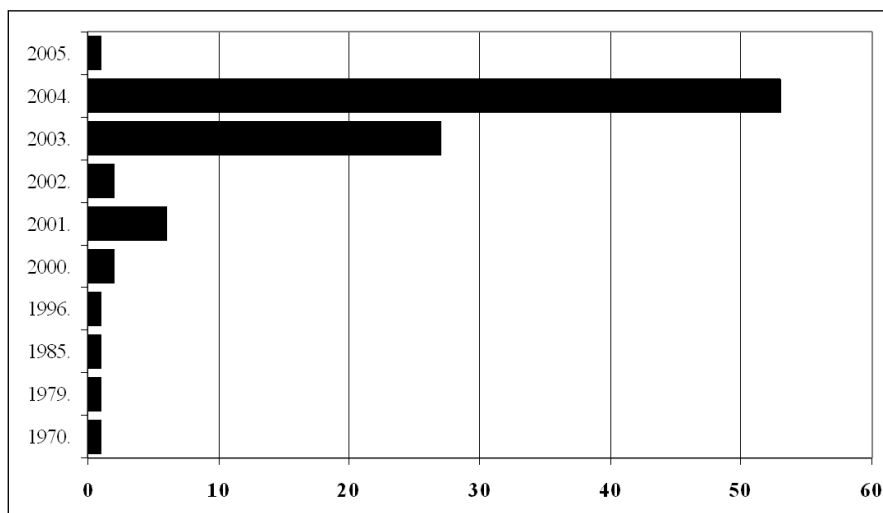
Az 1972–2008 közötti időszakban 647 fogorvos érkezett Magyarországra, és közöttük Marosvásárhely részesedése (N = 340) 52,55%-ot jelentett. A legnagyobb arányban (36:22) az 1968-as évfolyam van jelen Magyarországon. A fogorvosok esetében a bevándorlási hullámok hasonlítanak az orvosi

mintához, azonban a kétezres évek csúcsa nem 2005-ben, hanem két évvel később jelentkezett. A marosvásárhelyi fogorvosok döntő szerepet a maguk 103-as létszámával (74,1%) csak az 1990-es csúcs (N = 139) kialakításában játszottak. A második csúcst elsősorban más országokból érkező fogorvosok alakították ki.

Évfolyamos bontásban a honosított és a Marosvásárhelyen végzett fogorvosok aránya jelentős különbségeket mutat. Másikülönben 1965–2008 között összesen 1825 fogorvos szerzett diplomát a Marosvásárhelyi Orvosi és Gyógyszerészeti Egyetemen, kö-



2. ábra: Magyarországon 1990-ben honosított marosvásárhelyi diplomás orvosok (N = 415) évfolyamok szerinti megoszlása.



3. ábra: Magyarországon 2005-ben honosított marosvásárhelyi diplomás orvosok (N = 95) évfolyamok szerinti megoszlása.

zülük 964 magyar anyanyelvű, többségük magyar nyelvű oktatásban részesült. A végzetkekből 340 személy települt át Magyarországra, ami több mint egyharmad részt tesz ki (35,94%).

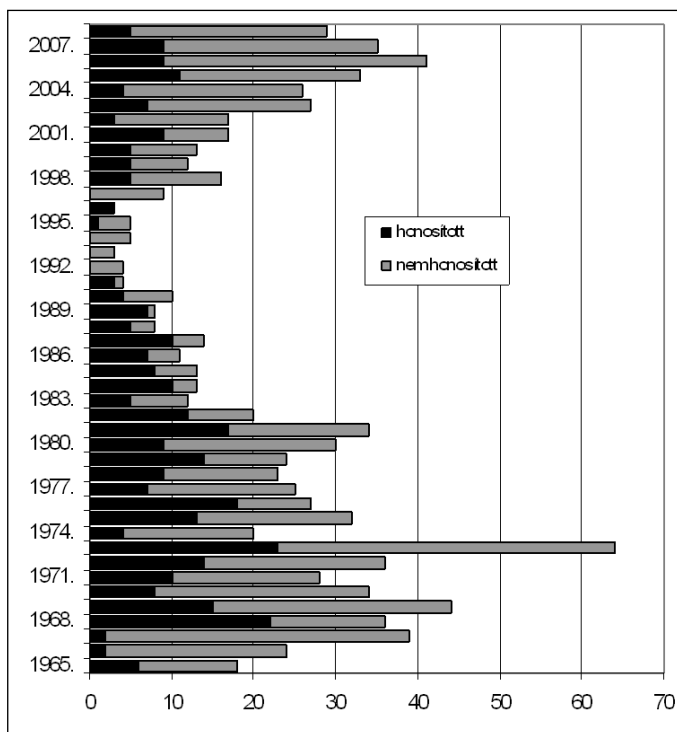
Az évek szerinti adatokat a 4. ábra tartalmazza.

A fogorvosok között csak az 1990-es csúcs évfolyamos összetételét (5. ábra) célszerű megvizsgálni, ugyanis az orvosokat érintő 2005-ös évi csúcs kétéves fáziskéséssel jelentkezett, de jelentős létszámot ekkor sem képviselt (N = 14).

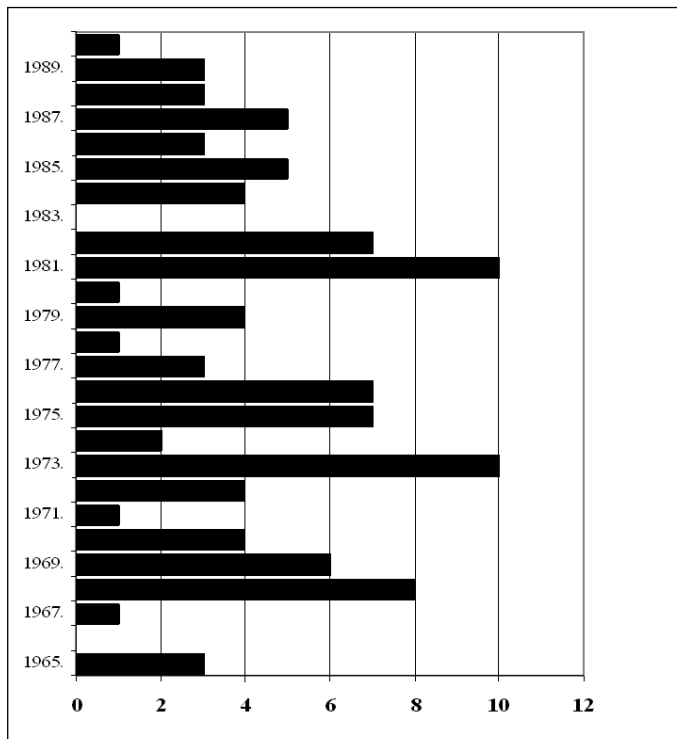
Az 1990-es évben honosított MOGYE-diplomák mögött igen széles skálán mozgó évfolyamos összetételt találunk, amely az 1965-ös évtől az 1990-es évig terjed. Két évfolyam nincs képviselve a honosítottak között, az 1966-os és az 1983-as, ami véletlenszerű jelenségnek tekinthető, bár kétségtelen, hogy egyik esetben sem volt jelentős a kiadott diplomák száma (24, illetve 12).

Következtetések

Az összesített adatok birtokában mind az orvosok, mind a fogorvosok tekintetében megállapíthatjuk, hogy a Marosvásárhelyi Orvosi és Gyógyszerészeti Egyetem saját méreteihez képest igen jelentősen hozzájárul a magyarországi egészségügyi ellátás fenntartásához. A magyar orvosok csaknem harmada és a fogorvosok több mint harma-



4. ábra: Marosvásárhelyi magyar fogorvosok évfolyamok szerinti létszáma 1965–2008 között (N = 964) és a Magyarországon honosítottak (N = 340) részesedése



5. ábra: Magyarországon 1990-ben honosított marosvásárhelyi diplomás fogorvosok (N = 103) évfolyamok szerinti megoszlása

da dolgozott vagy jelenleg is dolgozik a magyarországi egészségügyi ellátásban.

Kutatásunkkal igazoljuk az utóbbi évtizedek hétköznapi tapasztalatait, és konkrét

adatokkal alátámasztjuk a Magyarországra irányuló romániai magyar orvismigráció méreteit.

Ábrám Zoltán

■ IRODALOM

1. Balázs Péter: Külföldi orvosok bevándorlása Magyarországra az 1980–90-es évtizedben. *Lege Artis Medicinae* (LAM), 2002. 12. 32–42.
2. Cseke Péter: Magyar orvosok közt Moldvában. In: Uő.: Látóhegyi töprengések. Kriterion Könyvkiadó, Buk., 1979; és Uő.: Hazatérő szavak. Szociográfiai riportok. Püski, Bp., 1993. 97–113.
3. Barabás Béla – Péter Mihály – Péter H. Mária (szerk.): A marosvásárhelyi magyar nyelvű orvos- és gyógyszerésképzés 50 éve. A Magyarságkutatás könyvtára, Bp., 1995. 285–318.
4. Szöllősi Árpád: A Marosvásárhelyi Orvosi és Gyógyszerészeti Egyetem 1945–1995. Mentor Kiadó, Marosvásárhely, 1995.
5. Genersich Antal emlékkönyv születésének 150. évfordulója alkalmából. Adatok a romániai magyar orvosok és gyógyszerészek munkásságáról. Szerk. Tankó Attila – Péter Mihály, Genersich Alapítvány, Bp., 1994. 91–95.
6. Bocskay István: Fogorvosképzés Marosvásárhelyen. In: Tankó Attila – Péter Mihály: i. m. 1994. 96–98.
7. Revista de Medicină și Farmacie – Orvosi és Gyógyszerészeti Szemle, MOGYE, 2005. 51. 1–75.
8. Brassai Zoltán: Az erdélyi magyar nyelvű orvosképzés történeti vonatkozásai és jelenlegi gondoljai. In: Tankó A. – Péter Mihály: i. m. 91–95.
9. Péter Mihály: Adatok a Marosvásárhelyi Orvosi és Gyógyszerészeti Intézet végzőseinek kihelyezéséről. In: Barabás B. – Péter Mihály – Péter Mária: i. m. i. h.
10. Balázs Péter – Ábrám Zoltán: Marosvásárhelyi orvosok a magyarországi orvosi karban. *Magyar Epidemiológia*, 2009. 6. 95–110.
11. A Magyar Népköztársaság Elnöki Tanácsának 1959. évi 8. számú törvényerejű rendelete az orvosi rendtartásról.
12. 1994. évi XXVIII. törvény a Magyar Orvosi Kamaráról.
13. Revista de Medicină și Farmacie – Orvosi és Gyógyszerészeti Szemle, MOGYE, 2005. 51. 87–164.

FALUSI URBANIZÁCIÓ ÉS VÁROSI RURALIZÁCIÓ A SZÉKELYFÖLDÖN

Visszatekintés a szocialista életmódváltás következményeire

■ A volt szocialista országok városainak kialakulása nem egy organikusan lezajló folyamat eredménye volt, hanem a tömegesen bevándoroltak vagy betelepítettek térfoglalása, ami a központosított hatalom számára lehetővé tette a lakosság hatékonyabb ellenőrzését. A „sokoldalúan fejlett szocialista társadalom” eszméje tehát nemcsak a települések formáját igyekezett megváltoztatni, hanem a lakosság összetételét és életvitelét is.

Miként zajlott le a vizsgált korszakban az életmódváltás? Milyen gondokat vetett fel falun az elvándorlás és városon a betelepedés? A helyi sajtóban megjelent olvasói levelek, valamint a szerkesztőségek által készített interjúk és cikksorozatok szemrevételezése, a

bennük rejlő információk egybevetése a levéltári forrásokkal és a vonatkozó szakirodalommal immár lehetővé teszi, hogy árnyaltabb képet alakítsunk ki a Hargita és Kovászna megyei társadalmi változásokról is.

Mobilitás és migráció

■ A városba költözésnek és az ingázásnak régi hagyománya van tájainkon.¹ A második világháború után viszont megváltoznak a mozgást befolyásoló tényezők. Már nem a spontán megélhetést biztosító időszakos elvándorlásokról beszélünk, hanem egy tudatos állampolitikáról. A hetvenes években a legfelsőbb pártvezetés rögeszméjévé – s eképpen a tervgazdaság részévé is válik, hogy

a román társadalomnak modern városokban kell nemzeti létét kiteljesítenie. Következésképpen: „urbanizálni kell mindenáron”.² Ez lehetőséget adott arra, hogy az 1968-as területi-közigazgatási átszervezéssel olyan települések is központokká váljanak, amelyek azelőtt semmilyen vagy nagyon kis urbanizációs hagyománnyal rendelkeztek (idetartozik a tárgyalt két megye is). Betelepítésekkel, településösszevonásokkal próbálták megoldani ezek létszámnövekedését. A. Gergely András szociológus erre a folyamatra a következő magyarázattal szolgált: „Az ilyen mértékű gyarapodást és városnővekedést, a kiemelések és összevonások mértéktelen tömegét csakis a központosító, bürokratikus hatalom erősítésének szándéka magyarázhatja, városteremtő ésszerűség nem.”³

Egy emberöltő sem kellett hozzá, s egyes települések lélekszáma meg többszöröződött, a félreeső falvak pedig elnéptelenedtek.⁴ A felmérések szerint míg 1960–1970 között a városokba való bevándorlás 23,91 százalékot mutatott, 1977-re ez az arány már 35,82-re emelkedett.⁵ A településösszevonások mértéke a hetvenes években olyan magasra szárnyalt, hogy a városok már nem tudták kielégíteni a lakásigényléseket, nem tudták megoldani a közművesítést, a peremterületeken is nélkülözhetetlen közszolgáltatásokat. Ez jelentősen csökkentette a beígért életminőséget.

A vidéki lakosság a jobb tanulási és megélhetési feltételek megszerzését remélte a városoktól, amiért azzal fizetett, hogy elszakadt hagyományos életközösségétől, gyökértelessé vált. A korábban domináns kapcsolatok (család, szűkebb rokonság) helyét a másodlagos, interperszonális viszonyok vették át.⁶ A közszférában jelentkező problémákat egyre inkább az állami intézményektől várták, így érzékelhetően háttérbe szorult a hagyományos rokoni alapon való megoldási stratégiák rendszere.⁷

A hatalom tudatosan úgy próbálta alakítani a társadalom és a család belső viszonyát, hogy az előnytelen életmódbeli változások is a modernizációs folyamat részének tűnjenek. Ennek az egyik eklatáns példája volt a nők tömeges „beléptetése” a munkapiacra, ami jelentős mértékben megvál-

toztatta a korábbi klasszikus patriarkális viszonyokat. A domináns családminta a kétkeresős forma lett, aminek „bűvöletében” az állami intézményeknek át kellett volna venniük a hagyományos funkciók egy részét.⁸

Szembetűnő, hogy a városra kerülő fiatalok későbbre halasztják a családalapítást, mint a faluban maradó társaik. Ez azzal magyarázható, hogy a beköltözött ifjúság a munkástelepeken elmagányosodik, idegen környezetben nehezzé válik számára az ismerkedés, beilleszkedés akadályozza a falusi értékítéletét.⁹ „Tapasztalni lehet azt is, hogy az iparosításnak, a fejlődésnek nem mindig sikerül magával ragadnia az embereket. Pontosabban: számtalan falusinak ad munkát a város, de ezek a bejáró vagy beköltözött új iparosok néhol megrekedtek szellemekben a falu szintjén. Két lánnyal beszélgetek erről-arról: alig-alig tudnak valamit mondani szabadidejük eltöltéséről, arról, hogy mit csinálnak munkaidő után. A készruhágyárban dolgoznak, albérlésben laknak. Saját bevallásuk szerint néha elmennek moziba, máshová nem járnak. Az úgynevezett szórakozási lehetőségbe nagyon kevés dolgot sorolnak. Társaságuk nincs, barátnőkhöz nem járnak – nincs társasági életük.”¹⁰

Megváltozott az ismerkedési szokások értékrendje is, amit különböző felmérések is bizonyítottak. G. Vári Marianna ankétja arra volt kíváncsi, hogy milyen a lányok párvalasztási szokása. A csíkszeredai Készruhágyár 17–25 év közötti női dolgozóinak a következő kérdésekre kellett válaszolniuk: Hogyan képzeled el a férjét? Mennyiben talál ez az elképzelése arra, akivel pillanatnyilag együtt jár? Mi a véleménye a házasság előtti szexuális kapcsolatról? Megengedhetőnek tartja-e a válást? Milyen esetekben? Olvasása-e a különböző lapok házasságra vonatkozó tanácsait?

A válaszokból levont következtetések: a) legtöbbjük kedvességet, ügyességet ígér a jövőbeli társától, legyen jó a családjához, vagyis ne igyon, ne dohányozzon, ne dolgozzon életveszélyes munkahelyen; b) a jövőbeli férjnek ne legyen nagyobb végzettsége; megértésről, közös érdeklődési körrel szó sincs; c) nem említi senki a szerelmet, ami pedig nem lebecsülendő kelléke a

zavartalan házaseletnek; d) egyetlen anyagi érdekeltségű válasz sem volt; e) mindenki elutasította a válást, kivéve, ha az elkerülhetetlen; f) általában nem értettek egyet a házasság előtti szexuális élettel.¹¹

A városi civilizáció más életformát követel. Meg kell tanulni városi környezetben élni, a tömbházakban egymást tiszteletben tartani, alkalmazkodni a belső rendhez, a szabadidőt ésszerűen és célszerűen felhasználni.¹² Hogy milyen nehézségekkel járt ez a folyamat, erről mindenekelőtt a lakóbizottságok panaszaiból értesülünk.¹³ A kézdivásárhelyi Állomás utca 47-es számú tömbháza egyik lakójának leveléből olvassuk: „Elégedettek vagyunk a lakással, a világításra, a vízellátásra panaszkodunk igazán nem lehet. Annál zavaróbb azonban a zaj és a tavasztól ősziig terjengő utcai por. Hetven gyerek lakik ebben a blokkban, s néhány szülő bizony nem sokat törődik velük. Alig fordul elő, hogy – különösen délután – csend legyen a környékünkön. Legutóbb a lépcsőházat tették tönkre, a lakók saját költségükön hozatták rendbe...”¹⁴

A vidékről beköltözött lakóknak olyan egyszerűnek tűnő dolgokat is meg kellett magyarázni, mint a közterhek rendszeres kifizetése, a lakossági gyűléseken való részvétel, az önadó-hozzájárulás.¹⁵ A lakók egy részével semmiképpen sem lehetett megérteni, hogy a különféle szolgáltatásokat ki kell fizetni – panaszkolta egy sepsiszentgyörgyi lakóbizottsági tag. Például a 7-es tömbház D lépcsőházának harminc lakója közül mindössze ötnek nincs hátraléka, az egyhavi 1100 lejes költséghez viszonyítva háromszoros az elmaradás. Ennek következtében fizetése képteleneké válnak a szolgáltatási vállalatokkal szemben, ráadásul még a lakásgazdálkodási vállalat is a valós fogyasztásnál jóval több fűtőanyagot próbált számlázni.¹⁶

Interregionális migráció

■ A migrációs folyamatok egyik legfontosabb térségi sajátossága az úgynevezett interregionális migráció, amely során távoli vidékről toborozták a munkaerőt az ipari fejlesztésekhez, s ehhez különféle juttatásokat, engedményeket (letelepedési segélyt, kedvező bérezést stb.) helyeztek kilátásba.¹⁷

Az előző évtizedhez hasonlóan a hetvenes években Erdély-szerte intenzívvé vált a Kárpátokon túli román lakosság betelepítése a többnyire magyar és százsz ipari központokba, ez jelentősen megváltoztatta a lakosság nemzetiségi összetételét.¹⁸ A népességeveredést elsősorban a román többségű szomszédos települések lakóinak beáramlása, másodsorban pedig az említett tervszerű betelepítések következménye határozta meg.

Nem szabad viszont elfelejteni a jelentős kivándorlási tényezőket sem. Az ötvenes évektől törvények által próbálták korlátozni a lakosság mobilitási lehetőségét. A legfontosabb rendelkezések közül a következőket említhetjük meg: 1957-es rendelet a tanácsok jogkörébe utalta a lakóhely-változtatások engedélyezését, 1968-tól minisztertanácsi határozat szabályozta a betelepüléseket, 1971-től csak az költözhetett más településre, aki az adott helységben lakással rendelkezett. Ez tette lehetővé a zárt városok létrejöttét. 1976-ban meghatározták a nagyvárosokba való költözés feltételeit is: 14 kijelölt nagyvárosban csak azok telepedhettek le, akiket hivatalból áthelyeztek, vagy szakmailag szükség volt rájuk. Ilyenek voltak például a szüleikhez költöző fiatalok, a gyermekeikhez költöző szülők, valamint a tartalékos tisztek és altisztek.¹⁹

A román betelepülőket még azzal is ösztönözték, hogy amennyiben hajlandók voltak valamelyik erdélyi városba költözni, munkahelyet és lakást biztosítottak számukra, ugyanakkor a diplomásoknak 5–10 havi átlagbért megfizető letelepedési segélyt is adtak, ami 15–30 ezer lej jelenthetett.²⁰ Ezzel szemben pedig a magyar értelmiségieket a Kárpátokon kívülre helyezték, és ha nem töltötték ott a szakmai gyakorlatként kitűzött 3–5 évet, elveszíthették diplomájukat. Vécsei Károly elemzése szerint 1910 és 1977 között az erdélyi románság növekedési üteme elérte a 87 százalékot, míg a magyarság száma 20 százalék körül stagnált.²¹ Az 1977-es népszámlálást figyelembe véve Kovászna és Hargita megyékből 107 ezer személy települt ki (20,4%), míg más közigazgatási egységekből 67 ezer személy települt be (12,8%). Feltehetően a kivándorlók 90 százaléka magyar, a bevándorlók ha-

sonló aránya pedig román, legalábbis ezzel magyarázható, hogy a Székelyföldön a tárgyalt időszak alatt a románság számaránya 202,7 százalékkal nőtt.²²

Ennek feltűnő példája Marosvásárhely, Székelyföld egyetlen kijelölt zárt nagyvárosa, amelynek lakossága a nyolcvanas években meghaladta a százezer főt. Az RKP Maros megyei bizottságának egyik titkos jelentéséből tudhatjuk meg: „Ahhoz, hogy Marosvásárhely municípiumban a románok száma a következő két évben elérje vagy éppen meghaladja az összlakosság 50 százalékát, szükséges elérnünk kb. 7600 román nemzetiségű személy szocialista egységekben való alkalmazásának jóváhagyását (családonként átlag 3 személyt számítva, ez összesen 22 800 személy), hogy a következő öt éves terv végéig a municípiumban a román nemzetiség az összlakosság 58–60% legyen. Marosvásárhely, 1985. nov. 1.”²³

Balánbánya esetében is megmutatkozik a lakosság beolvasztásának kísérlete, hiszen a betelepítések következtében megváltozik a város etnikai arculata. 1966-ban a 4646 lakosból 2124 románt és 2493 magyart jegyeztek fel, míg az 1977-es népszámlálás 12 161 lakosból már 8190 románt és 3949 magyart regisztrált.²⁴

Habár nem jelentek meg erre vonatkozó hivatalos adatok a helyi sajtóban, bizonyos utalásokat mégis találhatunk a nemzetiségi változásokról. Ilyen jelzés volt például a helységek polgármestereinek vagy vállalatok magyar vezetőinek román anyanyelvű személyekkel való lecserélése, amelyek akarva-akaratlanul megjelentek a sajtóban. De megemlíthetjük a megyei építkezési vállalatoknál dolgozó, Kárpátokon kívülről jövő munkásokat is. „Az építőtelepen szatmáriakat találni, Ilfov megyeieket, bukarestieket, konstancaiakat. Immár tíz esztendeje, hogy összeforrt közösségről beszélnek, és joggal. De hisz egyazon utat jártak eddig. Feltételezhetően ezentúl is.”²⁵

Az infrastruktúra fejlesztése kapcsán az újságírók érzékeltetik, hogy a két, többségében magyar megye a hetvenes években felgyorsult beruházások ellenére sem részesül a szomszédos román megyékkel azonos központi juttatásban: „Kétféle megyei út léte-

zik: az egyik alig látható, a másik járhatóan... Aztán másra kanyarítjuk a szót, amire már nehezebb választ keresni: miért, hogy a szomszédos megyékben jobbak a megyei utak, miért, hogy ha megyei úton futunk ki a megyénkből, a szomszédban betonúton folytathatjuk tovább utunkat?! Kezdeti nehézségek? De hát könyörgök, a meggyesítés-től már 18 esztendő is eltelt. Anyagihiány? De hát másoknak sem jut több, mindenki adott lehetőségek között gazdálkodik a rendelkezésére álló javakkal. Hogy az idén nagyobb hangsúlyt fektetnek a műszaki előírások, a minőségi követelmények betartására? Hogy kikísérleteztek egy új technológiát, ami az almási tufát használja útépitésre? Beharangoztuk ezt már a tavaly is, de mit ér, ha nem hasznosítják. [...] Érvünk, vitatkozunk, mindenki védi a maga igazát, az út-ügy természetesen a magáét, s mindenre van magyarázat.”²⁶ Ezzel egy időben a falvakban korlátozták a magánlakások építését, az urbanizálódás számára kiszemelt vidéki településeken viszont kétszintes házakat (blokklakásokat) emeltek.²⁷

A városi életforma „rákfenéi”

■ A szocialista sajtópropaganda mindent megtett az urbanizáció népszerűsítéséért, viszont nem tudta és néha nem is akarta elhallgatni az ezzel járó nehézségeket sem. Az urbanizálódás előnyei közé sorolják: a) a közegészségügyi viszonyok javulását;²⁸ b) a komfortosabb lakásokat (meleg víz, távfűtés, villanyhálózat); c) a korszerű úthálózatot; d) a szórakozási, sportolási és tanulási lehetőségeket. A hátrányos hatások között leginkább a) a levegőszennyeződés, b) a zsúfoltság, c) a zöldövezet hiánya szerepelt.

A városi életforma akaratlanul is magával hozta a civilizált társadalom „rákfenéjét”: gyakorivá váltak a deviáns jelenségek, a bűnözés és az alkoholizmus.²⁹ Az újságokban és a megyei pártiratokban többször is foglalkoznak az említett kérdéssel.³⁰ Csíkszentdomokoson például az egyik nagy verekedés, ami a romák és a helyiek között tört ki, halálos áldozattal végződött.³¹ Egy levélíró szóvá teszi, hogy a Virág utca sarkán randalírozó részeg huligán bántalmazott egy hetvenéves embert, és senki sem

avatkozott közbe.³² Az egyik felcsíki faluba udvarolni járó legényt „hagyományból” megkésélték.³³

Cikkük egész sorát olvashatjuk a rendetlen családi körülményekről, a gyakori válásról, a családon belüli erőszakról,³⁴ a térségre jellemző öngyilkosság hullámról.³⁵ A hatóságok is próbálták megakadályozni, féken tartani a túlkapásokat, ezért számos rendeletet hoztak, amelyek szabályozták a társadalom minden szegmensét (a kocsmák nyitási és zárási idejét, minden rendezvény bejelentését a helyi milícián stb.). Hargita megyében 1968-ban 1002, 1969-ben 992, 1970 első harmadában pedig 660 bűnesetet regisztráltak a hatóságok.³⁶ Első helyen a közvagyon és a közügyek megsértése állt, utána a személyek ellen elkövetett kihágások, a lopás (főleg a falopás), közlekedési kihágások, végül pedig a gyilkosság és az erőszak.³⁷ A rendelkezések közül megemlíthetjük az 1975. számú dekrétum 15. cikkelyét, amely kimondta: „Azokat a személyeket, akik nyilvánvalóan ittas állapotban utcán, parkban vagy egyéb nyilvános helyen tartózkodnak, 200-tól 2000 lejig terjedő pénzbírság sújtja...”³⁸ Több ilyen kihágásról is olvashatunk: december 4-én S. I. csíki negyedi lakos, ittas állapotban megbotráncoztató viselkedése és az őt felelősségre vonó rendőr szidalmazása miatt 3500 lej bírságot fizetett. Dec. 6-án S. T. Viitorului utcai lakos be akart menni egy esküvőre fenntartott Szemerja negyedi vendéglőbe, szidalmazta a pincéretet, összetörve az ajtóüveget, ezért két hónap húsz napra ítélték. Egy székelykeresztúri lányt három hónap szabadságvesztésre ítélték, mert ittas állapotban szexuális kapcsolatra csábított férfiakat.³⁹

Ezeknek az eseményeknek a megelőzésére a Hargita megyei napilap szerkesztősége által 1983 júliusában szervezett kerekasztal-megbeszélésen arra a következtetésre jutottak, hogy többet kell foglalkozni a fiatalokkal, és már az iskolában erősíteni az egészségügyi nevelést, a felvilágosító munkát. A körorvosokat időnként be kellene erről számoltatni. A milíciának és az ügyészségnek – a tömeg- és társadalmi szervezetek bevonásával – gyakrabban kellene ellenőrzéseket tartaniuk a munkahelyen és a közét-

keztetési egységekben. Túl sokan tartózkodnak délelőtt, munkaidőben a vendéglőkben, cukrászdákban – főleg a fiatalok; az intézmények, a vállalatok vezetősége nézzen utána – olvasható a sürgős tennivalók között –, milyen indokkal engedik ki az alkalmazottakat, és azok hol töltik az időt.⁴⁰

A városok „ruralizálódása”

■ Hogy mi tette lehetővé mégis a két székelly megye nemzeti identitásának megőrzését? A csíkszeredai Kommunikációs Antropológia Munkacsoport (KAM) kutatásai alapján tudható. Az intézetben olyan tanulmányok születtek, amelyek a hargitaiság fogalmának a meghatározásával, valamint a szocialista urbanizáció, a megyei elit, a társadalmi migrációk elemzésével foglalkoznak.⁴¹ Az urbanizációt tekintve Bíró A. Zoltán több stabilizációs stratégiát is felsorolt, ezek a székelyföldi városokat jellemezték, és szorosan összefüggtek a falusi életmóddal: „Kutatásunk során ezzel a névvel jelöltük azokat a környezetbeélési, környezetépítési módokat, amelyek az életformaváltás sodrába belekerült egyén, család, kisközösség mindennapi világépítési gyakorlatában a falu világára jellemző modell szerint játszódnak le.”⁴² Csíkszereda esetében az urbanizáció következménye az lesz, hogy a „falu elfoglalja a várost”,⁴³ hiszen a megyésítést megelőzően nem rendelkezett nagyvárosi jelleggel, és így a betelepülők formálták át a megveszékhelyet.

Ennek a szélsőséges eseteként említik a „városok ruralizálódását” vagy „rurbanizálódását”, amely olyan életmódbeli elemeket tulajdonít a betelepülő városlakóknak, amelyek sajátosságai révén az urbanizálódott életformát is veszélyeztetik.⁴⁴ Ez a társadalom elszakadt a hagyományos életformától, hiszen amint láttuk, a legkisebb településen is nyomon követhetőek a hatalom szimbólumának specifikus jelei. Ezek alapján elmondhatjuk, hogy az urbanizáció és a félurbanizáció is azt a célt szolgálta, amit a szocializmus eszméje megkívánt tőle, vagyis a falu és a város különbségének megszüntetését. Ezt hangsúlyozta Ceaușescu is: „Ezeknek az előirányzatoknak a megvalósulása meggyorsítja a falu és a vá-

ros közötti, a mezőgazdasági és az ipari tevékenység közötti lényeges különbségek eltűnésének folyamatát, biztosítja társadalmunk fokozottabb homogenizálását, szilárd alapot teremtet nemzeti különbség nélkül a haza minden állampolgára jogegyenlőségének érvényesüléséhez, egész népünk anyagi és szellemi jóléte gyarapításához, civilizációs színvonalának állandó emeléséhez.^{34,35}

Hargita és Kovászna megyében a tárgyalt több mint húsz esztendő alatt elindult egy visszafordíthatatlan folyamat, amely urbanizálódó, öntudatosodó társadalmat hozott létre, és amelyre nagy kihívások várnak a jelenlegi globalizálódó világban. Ugyanakkor felvetődik a kérdés, hogy miként éli meg ez a társadalom a napjainkra egyre jellemzőbb gazdasági nehézségeket, a munkanélküliséget, az újból elkezdődő elvándorlás általános hatásait.

Demeter Csanád

■ JEGYZETEK

1. Lásd Oláh Sándor: A Székelyföldi migráció előtörténetének áttekintése. Elvándorlók. Vendégmunka és életforma a Székelyföldön. Szerk. Bodó Julianna. Pro-Print Könyvkiadó, Csíkszereda, 1996; Vécsei Károly: A vándorlás és a nemzeti struktúrák. Magyarok és nemmagyarok Romániában. Státus Könyvkiadó, Csíkszereda, 2002.
2. Gagy József: Fejezetek Románia 20. századi társadalomtörténetéhez. Mentor Kiadó, 2009. 146.
3. A. Gergely András: Nemzetiség és urbanizáció Romániában. Héttorony Kiadó, Bp., 1988. 51.
4. Germuska Pál: Ipari város, új város, szocialista város. Korall 2003. május, 251–256.
5. Vécsei Károly: i. m. 67.
6. Geambaşu Réka: Hová lett a szocialista család. Korunk 2004. 3. 26–40.
7. Bodó Júlia: Átjárás technikák a szocializmusban a társadalom privát és hivatalos szférája között. Fényes tegnapunk. Tanulmányok a szocializmus korszakáról. KAM – Regionális és Antropológiai Kutatások Központja, Pro-Print Könyvkiadó, Csíkszereda, 1998. 42–56.
8. Geambaşu Réka: i. m. Uo.
9. Szirmai Viktória: A településszociológia alapja. Településtudományi felsőoktatási füzetek VII. Bp., 1994. 22.
10. Megyei Tükör, 1972. január 12.
11. Hargita, 1969. november 19.
12. Hargita Kalendárium, 1983.
13. A lakóbiztonság szerepéről lásd részletesebben Arhivele Naţionale Direcţia Judeţeană Harghita (ANDJHR), fond 586, dosar 6/1970. 217–220. f.
14. Megyei Tükör, 1972. január 12.
15. Ónadó fizetése járult a város olyan problémáinak rendezéséhez, amit állami költségvetésből nem tudtak fedezni. Lásd részletesebben a Megyei Tükör 1972. január 15-i számát.
16. Megyei Tükör, 1970. augusztus 22.
17. A. Gergely András: i. m. 52.
18. Barabás Béla – Diószegi László – Enyedi Sándor – Sebők László – R. Süle Andrea: A romániai magyarság története 1919–1989. Magyarságkutató Intézet, Bp., 1990. 127.
19. Uo. 59.
20. R. Süle Andrea: Terület és településrendezési tervek Romániában. Régió 1990. 1. 31–43.
21. Vécsei Károly: i. m. 77.
22. Uo. 55–56.
23. Európai Idő 1990. febr. 16.
24. Varga E. Árpád: Erdély etnikai és felekezeti statisztikája I. Kovászna, Hargita, Maros megye. Népszámlálási adatok 1850–1992 között. Pro-Print Könyvkiadó, Bp., Csíkszereda, 1998. 247–301.
25. Hargita, 1971. február 12.
26. Hargita, 1986. július 3.
27. Hunya Gábor: i. m. 164.
28. A hetvenes évekre megépült háromemeletes új csíkszeredai poliklinika több mint 200 szobát, 55 orvosi rendelőt foglal magába, és 120–130 egészségügyi dolgozónak biztosít munkahelyet. Lásd részletesebben Dr. Bachner István – Balogh László – Málnási Levente: Fejezetek a csíki egészségügy történetéből. Alutus Kiadó, Csíkszereda, 2008. 103–125.
29. Megyei Tükör, 1968. márc. 16.
30. A hatóságok igyekeztek jó képet nyújtani a romániai társadalomról, ezért korlátozták a deviáns jelenségekről szóló cikkek számát és tartalmát. 1971. október 14-én leállítják Fodor Sándor alkoholizmusról írt cikkét, azzal az indokkal, hogy az egész román társadalmat rossz fényben tünteti fel. (ANDJHR, fond 248, dosar 2/1971, 27 f.) Sokszor a párttagság elvesztéséhez is vezetett, ha kiderült valakiről, hogy alkoholist, erre jó példa Hálgeanu Ioan esete, akit eltávolítanak Hargita megye szakszervezeti titkárságáról hiányzásai és züllött élete miatt. (ANDJHR, fond 586, dosar 7/1970, 55–59 f.)
31. Hargita 1968. november 19.
32. Hargita 1968. november 1.
33. Hargita 1970. január 8.

34. Megyei Tükör 1973. április 14.
35. Hargita 1986. június 26.
36. ANDJHR, fond 586, dosar 6/1970, 184 f.
37. Uo.
38. Megyei Tükör 1975. december 15.
39. Megyei Tükör 1975. december 15.
40. Hargita 1983. júl. 6.
41. Lásd bővebben: Fényes tegnapi. Tanulmányok a szocializmus korszakáról. KAM – Regionális és Antropológiai Kutatások Központja, Pro-Print Könyvkiadó, Csíkszereda, 1998.
42. Biró A. Zoltán: Szocialista urbanizáció 1968–1989. Antropológiai Műhely, 1994. 2. 113.
43. Uo.
44. Ion Aluag: Sociologia comunităților. Studia (Sociologie), 1998. 20–22.
45. Nicolae Ceaușescu a XII. pártkongresszuson elhangzott jelentéséből.

EGY ŐSI HÁZASSÁGKÖTÉSI RÍTUS SZÉKELYFÖLDI KÉTARCÚSÁGA, AVAGY A NÉPI JOG KÜLÖNLEGES ESETE

■ *Lehetett-e a székelységnek saját házasságkötési szertartása?*

Minden bizonnyal: ez pedig a kontyolás rítusa lehetett. Ám a feltételezés bizonyítás nélkül semmivel sem több, mint pusztán kérdőjel.

A kontyolás szokása nem ismeretlen: a lakodalomnak szentelt néprajzi leírások többsége figyelmet szentelt ennek a rítusnak is, és úgy határozzák meg mint „az asszony-nyá válás végső mozzanata”.¹ Csíkszentdomokoson az asszonnyá avatás, vagyis a menyecskének az asszonyok sorába való befogadása rítusára a lakodalom keretében, éjfél után kerül sor.²

A bekontyolás mint beavató rítus

■ A leányos háztól asszonyi küldöttség érkezik: keresztanyák, rokonok. A lakodalmas gazdától kérnek bebocsátást, mert „szeretnének a menyasszonnyal pár szót váltani”.

A menyasszony és vőlegény bérma-keresztanyjai vagy keresztanyjai a meny-asszony elé mennek, és kiszólítják az asztal mellől: „Gyere közénk, mert mi is kenyérrel s sóval élünk!”

Kimenetele előtt a menyasszony elbúcsúzik barátnőitől, a koszorúleányoktól.

Leszótított szobába, rendszerint a nyári konyhába viszik a menyasszonyt, és bezárják maguk mögött az ajtót. Az új menyecske

leveti menyasszonyi ruháját, asszonyi ruhát vesz magára, majd leültetik kontyolásra. A kontyoló asszony lebontja a koszorút, majd keresztet vet a menyasszony fejére, „az én kezemet meg ne átkozd, hogy békontyoltalak” – mondja, majd jobb felé indítva a hajfonatot³ megcsinálják a kontyot. Amikor kész van, keresztet vet a menyecske fejére, mondván: „Az Atyának és Fiúnak és Szentlélek Istennek segedelmével menj az életnek!” Utána felkötik a kontyolókendőt, amit az anyósától kap ajándékba.

Régen az új asszony köszöntővel fordult a kontyoló asszonyokhoz: „Dicsértessék, asszonysereg! Fogadjanak bé társaságokba, hogy vegyek részt gondnokságokba. Ezután magok közt találom helyemet. Isten éltesse minnyájukat!”⁴

Nem részletezem a menyasszony elbújtatásának és a vőlegény által való keresésének betétjátékát. A beavató rítus további mozzanata a fontos.

A bekontyolt menyecskét visszavezetik a násznép körébe, az új asszony pohárköszöntőt mond, majd *kontylével* (pálínkával, amiből az első litert a leányos háztól hozzák a kontyoló asszonyok, a többi innen pótolják) és kürtöskaláccsal kínálják sorra, az ültetés rendje szerint, a násznépet, és minden-kivel kezét fog. A töltögetést az új ember

végzi. „A kontylevet kötelező elvenni mindenkinél, akkor is, ha nem kívánja. Ennek az értelme az, hogy a fiatalok, mos má mint házasemberek megtisztelik a házasságot.”⁵ Kiemelem, hogy nagyon fontos profán rituális viselkedésről van szó, tehát nem öncélú mozzanat. Mai szóval a kontylé elkínálása az új pár első igazi diplomáciai lépése, melynek célja az új család és a jelen levő valamennyi vendég és általuk valamennyi család közti kapcsolat felvétele, a kínálók és megkínáltak egyazon helyzetbe való hozatala szó- és együttevési mágia által.⁶

A kontyolókat megvendégelik, egy nótát húzatnak a tiszteletükre, és megtáncoltatják őket. Sokáig, hagyományosan egy ún. *németre* táncolták ezt a táncot, amit a násznép is énekelt. Tartalma, üzenete miatt az első szakaszt idézem belőle:

Menyecske, menyecske,
Ne menj az erdőbe (re),
(Mer megmar a kégyó)
Szerelem képibe.

A menyasszony új társadalmi helyzetéből adódó igen érdekes nemi tilalom, tabu fogalmazódik meg itt, ami diszkréten azt jelzi, hogy ez a mozzanat valóban sorsfordító volt, tehát üzenni kellett, itt és most, az egyetemes kígyó-jelképpel,⁷ a népi kultúra sajátos tiltó nyelvezetével az ettől arrafelé érvényes új viselkedési normát.

Bakó Ferenc palócföldi feljegyzése is fontos számomra: „A házások magánéletében jogilag az elhálás fejezte be a házasságkötés cselekményeit, de a falusiak szemében a lány hajviseletének,⁸ ruházatának megváltoztatása, a *kontyoló* és az öltöztetés jelentette az új, asszonyi korcsoporthoz való tartozást. Amikor az új menyecske főkéntben vagy hátrakötött kendőben megjelent a nyilvánosság előtt, az a perc jelentette számára az asszonnyá fogadást.”⁹ Faragó József még egyértelműbbé teszi a rítus jelentőségét: „A hivatalos és egyházi esketésen kívül az asszonnyá levésnek a felkontyolás az igazi népi szertartása.”¹⁰

Talán elegendő, ha most annyit összegzünk, hogy a bekontyolás igen érdekes példája az átmeneti rítusok egyik sajátos straté-

giájának, Eliade megfogalmazásában a szakaszos átmenetelnek. A leányt, aki időközben két esküvői rítuson – polgári és egyházi – esett át, most újra eltávolítják korábbi állapotától, és beavatják, talán most avatják be igazából új társadalmi állapotába: asszony lesz, asszonyi jeleket – hajviselet, ruházat – ölt magára. Hangsúlyosan nőnemű szempontú beavatás.

A bekontyolás mint „mentőöv” (eltávolító és egyesítő) rítus

■ Csíkszentdomokoson a bekontyolásnak azonban egy másik rendeltetése is ismert. Máshonnan származó adatok hiányában, illetve egy 17. századi feljegyzés alapján csaknem merem hinni, hogy a bekontyolás a Székelyföldön a házasságkötés önálló népjogi szokása/rítusa volt. Kivételes élethelyzetekben érvényességét, pontosabban soron kívüli alkalmazhatóságát a mai napig elismerik, mivel a kikényszerítő helyzetek nem avultak el, de azért is, mert az ember mindig hajlamos vétségét enyhíteni, megpróbálja elfogadtatni deviáns helyzetét a közvéleménnyel, akár egy „törvényen kívül került” valamikori profán rítussal is. És ami különleges, hogy ebben a kérdésben létezik, ugyan nem elégtétellel nyugtázott, inkább zsörtölődéssel, nemtetszéssel, de mégis létezik egy elfogadott közösségi konszenzus.

Azt már Arnold van Gennep megállapította az átmeneti rítusoknak szentelt könyvében, hogy az egyén mindenik sorsfordulója alkalmával az érintett közösség viszonylagos nyugalma is megbolydul. A lét mindennapi folytonossága, monotonája – függetlenül attól, hogy melyik következik be: születés, házasság, halál – törvényszerűen megszakad, amit helyre kell állítani minél hamarabb azért, hogy a közösség tovább működhessen. Ezt az állapotot azonban – Van Gennepel ellentétben – nem tekintem krízisállapotnak. Kutatásaim arról győztek meg, hogy a krízisállapot sokkal inkább abból keletkezik, ha a változást, az átmenetelt, nem rituálisan, nem a hagyományok és nem az erkölcsi normarendszer szerint hajtják végre. Más szóval, ha az egyén vét a hagyomány ellen. Ilyen törvénytelen állapot volt például a keresztleletlen gyermek tartása a

házban. Ha a közösségi szabályok működnek, a közösség békében van, kedélyállapota jó, közérzete produktív. Ha az egyén betartja a közösség által elfogadott normarendszert, akkor a közösség részt vesz az egyén ünnepén (minden átmenetel egyben ünnep is), tudomásul veszi sorsa változását, ünnepélyessé és emlékeztetéssé teszi az átmenetelt, lelki szolidaritást vállal az egyénnel és közvetlen hozzátartozóival, ezért anyagilag is támogatja, segíti, és végül mindezek által olyan hangulatot teremt, illetve hoz létre tagjai között, mely a közösség kohézióját erősíti. Ez pedig egyformán egyéni, kisközségi és társadalmi érdek. A paraszti közösségek semmiképpen nem fogadták el az egyén sorsfordulókkal szembeni zavaros, bizonytalan helyzetét, viszonyulását, amelyek kikezdehetik, erodálhatják a közösségi létbiztonságot. „A paraszti kultúra kizárja az alternatív értelmezési és cselekvési lehetőségeket. S ezáltal erősíti a közösség tagjainak biztonságérzetét.”¹¹ Turner jegyzi meg, hogy „a szabályok a megmutatkozó viselkedések nagy részében biztosan csökkentik a devianciát és az excentricitást”.¹²

A csíkszentdomokosi közgondolkodásban, az emberi sorsfordulókkal összefüggésben, három olyan alapvető azonosítottam, melyeknek érvényt szerezni mindenki tartozik: 1. A gyermek családban szülessen. 2. A házasság nyilvános udvarlás, az egyén és a család – nemritkán csak a család – érdekeinek megfelelő párválasztás nyomán, családi jóváhagyással, egyházi és közösségi elvárás szerint jöjjön létre. 3. Az ember, az egyén ne avatkozzon be a Teremtő munkájába, ne dobja el az életet saját kezével, a méltósággal, munkával leélt életért kapja meg a végtisztességet. Ezek az alapelvek a szokások intézménye, illetve a szokások programjai által és nekik köszönhetően realizálódnak. A szokások a mi törvényeink! Minden közösség szokásrendszere egyben jogrendszere is. Ezért etnikai, vallási, regionális, lokális jegyei is vannak. De egyetemesek is, hiszen alapvető emberi szükségleteket elégítenek ki. Tárkány Szűcs Ernő írja, hogy „a népszokások formájában léteznek belső, önálló jogi szabályok, melyeket mindenki követni tartozott”.¹³ Azt már Ortutay írja, hogy „a társadalmi maga-

tartásnak minden árnyalatában, a kézfogástól kezdve a házasságkötésig, a viselkedések, szokások gesztusai mögött a közösségi normarendszer, e paraszti törvény dirigált. Az egyén életét születéstől a haláláig ez a törvény rajzolta föl.”¹⁴ A normarendszerek együttes hatása – hiedelmek, vallás és vallás-erkölcs, közerkölcs – révén az egyént sokkal összetettebb félelmek tartják vissza a szabályszegéstől; ha vét, elégedetlenséget gerjeszt a közösségben, és pszichésen sokkal bonyolultabban éli meg vétkének következményeit. Fél az Istentől, a haláltól, a törvénytől, a szégyentől.¹⁵

A címhez igazodva bennünket a párválasztás, a házasság szokásai ellen vétők érdekelnek, ezek közül is leginkább a leányszóktetés.

A leánylopás/szóktetés szokása nem egyértelműen a letűnt időké: múltja és jelenidejűsége van. Tárkány Szűcs Ernő a leánylopást Erdély-szerte gyakorolt szokásként írja le, László Gyulára utalva Csíkra vonatkozóan pedig azt írja: „Csík megyében még nemrég is gyakorolták a szülői beleegyezés ellenére való leányszóktetést.”¹⁶ A szóktetésről statisztika nem készült, de adatközlőim szerint talán ma több leányt visznek el szóktetéssel, mint korábban.¹⁷ Az okok sokfélék: a leány megesett, de nemritkán tudatos válasz is a házasságot ellenző szülői tiltásra. Egyik módja a szülők által ellenzett házasság kierőszakolásának. Más szóval egy módja a vágy érvényesítésének, és nem is kicsi áron. „A leány sokszor elszökik, mert máshoz erőltetik. Még az oltárról is elszökik. Volt eset, hogy a lakodalom előtt elszökött, a lakodalmat vissza kellett mondani, de olyan is volt, hogy a lakodalom folyt, s kontyolás előtt (!) elszóktették a menyecskét.” A szóktetés oka lehetett a szülők vagyoni helyzete, ami miatt a lakodalom költségeit nem tudták állni. Ilyenkor a szóktetés színlelt: a két család közös meggyezésével történik, mivel a szóktetés szegénye kisebb volt, mint a szegényes lakodalomé. A szóktetés szegénye a leányé, a család valamelyest felmentődik alóla. „A családnak nem volt módja nagy lagzit csinálni, hát egyszerűen megszóktették a leányt egy vacsorával. Megjácodták.” A szóktetés má-

sik oka a versengés, rivalizálás a leányért: „A szöktetést azért is csinálják, nehogy a leány másé legyen. Pláne, ha többen udvarolnak. Az egyik megelőzi az egészet.” „A leány, ha készen volt a pernével, sokáig nem lehetett nyegezsálni, met ellopták. Olyan legények voltak, hogy a táncba, míg a másik, amelyik odavitte, egy kicsit félrenézett, addig a leánt elvitték... Akkor kellett aztán aggyák, nem volt mit csináljanak.” „A leányt sokszor a guzsalyasból lopták el, s aztán izenték a szüleinek, hogy immá igrák meg a kontylevet, met a leányt békontyolták.”

A bekontyolás mint mentőöv-rítus alkalmazásának érzékeltetésére egy szöktetés-narratívát idézek a sokból:

„A kisebbik leányom megszökött. Nem azét, met úgy vót, csak kiverte az eszit egy idősebb legény. Elszöktette. De az nekünk annyit csinált, tanár úr, idegileg tönkrementünk, s mindenképpen. Három hónapig nem mertünk kimenni az utcára. Annyira szégyelltük magunkat, hogy minket ilyen csapás ért.

[...] Ugye, még gyermek vót: 15 éves három hónapos. Ennyi volt. S ezt szégyelltük. Nem azt, hogy elszökött, me azelőtt es szöktek el, azután is, csak az időt, hogy mit mond más, hogy még gyermek.

S most mindig jó haza, s panaszkodik. S mondom, tudod mit: ettél-e? »Nem!« Eszel-e? »Nem!« Na, akkor szépen szedd essze magadot, s eredj haza. Te kerested magadnak. Nekünk szót nem fogadtál, itt helyed nincs. Isten segíjen!

Most is így vagyunk. Csak olyan távol. Pedig má 24 éve annak, hogy elvitte innen az a jómadár.

Úgy volt, hogy mennek fel A. B.-ni névnapolni. Intem tátának, hogy igen-e vagy nem (ti. elengedjük-e, vagy nem). Me ötölte mindent megkérdeztünk. S intette, hogy igen. »De fenyítsd meg!« S mondtam, te fenyítsd meg. Itt volt a fiú es. S mondom, ha 11-re nem lesztek itthon, akkor apád utánatok megy.

Jó, ők tizenegyre itthon jelentkeznak, azt fogadták. Várjuk. Eljő tizenkettő.

– András! – szólítom az uramot. Ő aludt. De én nem tudtam, annyira izgattam

magam. Nehogy valami baj legyen. Ne, ki-maradt, s nem jőnek.

Telt az idő. Egy óra... két óra... András!

– Hallgass, aszongya, me ferverem az álladot!

– Még te vered fel az enyémet?! Aztán ott esszemorogtunk. S mondom, ötöjz fel, s menj biciklivel gyorsan utánuk. S aszongya, hazajőnek, ha akarnak.

Eccer négy órakor kopognak az ajtón. S menyek, hogy nyissam ki. S kit látok? Egy férfit. Nem a szerető volt. Egy másik. Mondom, hol van E.? Azt mondja, »J. néni, jőjenek, met D. elvitte E.-t ki, nálik«. S mondom, oda miért? Fel voltam haraguva. S azt mondja: »azér küldtek engem, hogy magik mind a ketten jőjjenek ki«.

Én akkor voltam olyan beteg, hogy lettem rosszul hamar. Én oda visszavágyódtam az ágyra. A fiú, a küldönc, oda leült a kicsi székre, s azt mondta András bácsi neki: »addig ülsz ott, amíg J. néni helyre nem jó«.

Eccer magamhoz jöttem. Fázok. S há há-lóingesen csak úgy vissza vagyok bukva. S az ott ült. S mondom: »Te Jóska, itt mit keressz?«

Azt mondja, »há nem tudja-e?« S mondom, nem. Úgy kezdtem gondolkodni, hogy mi van, vigyázkodtam, hogy András bácsi hol. S azt mondja a legény: »András bácsit ne keresse, met ő má kiment, s jőjön ki maga es«.

– Hát én mét menjek ki, te Jóska?

– Azét, aszongya, met *bé akarják kontyolni*¹⁸ [kiemelés tőlem] Emerkát.

Én vettem hamar, ahogy tudtam, gyengén felőtöztem, megmosakodtam, szedtem magamot, s egy jó *komakísérőt* a kezembe (még most es tartok ott, az ajtósarkánál egyet!), s elindultam. Ez olyankor volt, a munkások mentek má munkába. Hajnalba! Nézték, megálltak. Aztán a kicsi palló alá eldugtam a palcát, s kimentem. Há András bácsi áll az ajtónál. A kisasszony [gúnyosan], a menyasszony ott az ágy előtt ül. Azok az ördögök, akik úgy akarták, hogy békontyolják, azok es ott. Odamentem, szétvettem őket, s gyere csak ki.

– Ki engedte meg neked, hogy így csinálj? Nem szégyelled magadot? Egy pufot le, s még egyet. S mondom, tessék, itt a kontyfésűm, s fűsűjje meg a fejét. *Még nem volt*

békontyolva [kiemelés tőlem] Met az apja megtépte ő es. S akkor mondom:

– Jősz-e utánam, vagy elől mensz? Én követlek tégedet. Elöl mensz száz métert, s én menyek utánad. S azt mondta, »Jó, édesanyám«.

Mikorra megfűsülködött a leányka, akkorra kisántikált félmezítláb, félcsizmába a vőlegény, s azt mondja: »ha elviszi Emerkát, erre a fűzfára akasztom fel magamot«. S mondom: »azonnal! Meg van engedve. De Emerka a miénk«. Neki még az idő hol áll? Nem szégyelled magadot? Te vagy 26 éves, s ő 15! S aztán ott szidtam, de annyi volt.

Megfogta a lejánkát s cipelte. Én húztam az ajtó felé, ő húzta vissza. Aztán azt mondta eccer az uram: »ereszd el. Hadd el, aszongya, legyen elege a D.-kből, me én ismerem«. Na, ott hagytuk. Így volt. Szégyellünk. Ugye, leányka volt. Azt hittük, a földbe belésüllyedünk. András bácsi még jobban. *Békontyolták, s ott kellett hagynuk* [kiemelés tőlem].

Ketten tátával, mint két bánatos valaki, hazajöttünk. Annyit bántott [sírva fakad], tanár úr. Olyan tanuló volt, hogy az öt közül egyik sem volt olyan. S ilyen disznyóságot csinált.

De hányszor megverődött! A férje részeseges kancsó. Most is, pedig má idős. S hazahaza jött [ti. Emerka]. Éjjel es. De nem hagytuk itt maradni. Az uram megmondta: »ennek legyen vége!« Aztán többet nem jött haza a naccságánk. Me úgy híttuk. Az uramnak ő volt a szeme fénye.” (N. 67)

Itt jön be a népi jog különös és sajátos esete, ami szerintem nem más, mint a házasságkötés egyik lehetséges ősi rítusának átmentődése épp a hagyománytól eltérő párválasztási mód által. A szoktetők első, „mentő” dolga, hogy *békontyoltassák* az ellopott leányt, s ezáltal menyecskévé, tehát feleséggé tegyék.¹⁹ Ennek kivitelezésére hívtak/hívnak meg egy bizalmas szomszéd-asszonyt, aki vállalja a rítust, és nem szivárogtatja ki az „összeesküvést”, vagy a legény az anyját kéri fel a rítus elvégzésére, és esetenként, hogy külső tanú is legyen, meghívják, szintén bizalmi alapon, a legény keresztszüleit is. Mindenképpen hiteles női személy végezhet és végezheti a bekontyol-

lást, hisz ő garantálja a szertartás hitelességét.²⁰ Csíkszentdomokoson, a népi jog elve szerint, „a leányt, ha egyszer odavitték a legényes házhoz, s békontyolták, onnat el nem hozhassák”.²¹ Ezt igen jól példázza a fenti és sok más hasonló történet: hivatalos jogi úton követelhettek anyagi kártérítést a lakodalom költségeiért, de a leány erőszakos visszaszerzésével többet nem próbálkozhattak. Mivel a népi jog nem ad lehetőséget a fellebbezésre, a *békontyolás* ténye előtt megadták magukat. „A leány, ha a legény kapuján bément, a küszöböt átlépte, s békontyolták, az onnat többet el nem jött, ki nem jöhetett, met avval megesett személy lett. A békontyolás annyit tett, mintha felcsinálta, magáévá tette vóna [kiemelés tőlem].”

A *békontyolás* egykori jogi és erkölcsi súlyát, történelmi, de érvényességi felsőrendűségét illusztrálja szerintem az a tény is, hogy a leányszöktetést meg lehetett/meg lehet ejteni a lakodalom idején (éjszakáján) most is, annak ellenére, hogy a polgári és egyházi esküvő már megtörtént, de semmi esetre sem a ma ismert kontyolás mint menyecskeavató rítus után. Tehát a leányszöktetés erkölcsi-jogi időzítésében a szokásjogi rítus fontosabb szempont.

A párválasztásnak, házasságkötésnek ezt a módját a törvény nem szentesíthette gyorsított eljárással. Így elfogadhatónak tartom azt, hogy egy pogány rítus népi szokásjogi rangra emeléséről van szó a kivételes párválasztási, házassági esetekben attól fogva, hogy a házasság szentesítése az állami és egyházi intézmények illetékessége lett. Ezt csakis az tehetette lehetővé, hogy a bekontyolás házasságkötő szertartás lehetett már a székely törzsi élet idején. Később átkerült, mint sok más hasonló rítus, a lakodalom belső szokásrendjébe: asszonnyá/menyecskévé avató szertartás lett belőle, különálló beavató rítusként él tovább, de a bemutatott kivételes (törvénytelen!) esetekben önálló, sőt autonóm jogi rítusként tölti be szerepét. A törvénytelen feleségszerzés ad hoc esketési/esküvői szertartása. A menyasszonyi koszorút mint jelt, dísz és szimbólumot a vétség miatt mellőzni kell – ez a szankció! –, az illegitím átmenetelt viszont mégis kell legi-

timizálni: erre a bekontyolás rítusa és a fejkendő felkötése a megoldás. De egyben üzenet is a közösség felé, hiszen „a bekontyolás vagy bekeszkenődés... tárgyasítás a nő új státusát”.²² Más szóval vizuálisan megjelenítette azt, amit a közösségi kommunikáció más eszközeivel nem lehetett elmondani, közölni: a leány többé nem leány, belépett az asszonyok sorába. Az elszöktetett, aztán bekontyolt leány rítusa felmenti az így létrejött kapcsolatot az „összeálltak” minősítéstől, ideig-óráig elfogadtatja, a család és közösség szemében megtűrhetővé, de ami ennél is fontosabb, és ez jogi szempont, visszafordíthatatlanná teszi a sorsfordulatot.

Íme, miben látom a kontyolás/bekontyolás rítusának kétcárúságát.

A kontyolás mint eltávolító/beavató rítus hajdani fontosságára utal a kontyoló rítust kísérő szöveg tartalmi súlya: életre szóló üzenete van, de az a gesztus, illetve testbeszéd is, hogy a bekontyolt menyecske a násznépet pálinkával, kaláccsal kínálja, és a násznép minden tagjával kezét fog. Kisebb körben, de a szöktetés alkalmával gyorsan megejtett bekontyolás után is ez történik. Feltételezésemben Tárkány Szűcs is megerősít: „A kontyolás társadalmi státusváltozást jelző funkciójára következtetni enged az is, hogy a megesett leányokat is felkontyolták, többnyire komaasszonyok vagy barátnők. Ez tehát még ebben az esetben is a nyilvánosságra tartozott.”²³

A szöktetés jelenségének visszaszorítására szolgál az erőteljesen erkölcsi, etikai, társadalmi, de anyagi vonatkozású szankció. A szöktetéshez társított bekontyolás csak enyhít a vétségen, de nem menti fel az elkövetőt a vétség teljes súlya alól.

A bekontyolás a székelység sajátos házasságkötési rítusa?

■ Nyitott kérdés marad számomra a már említett feltételezésem, hogy a házasságkötésnek kontyolással végrehajtott módja a magyarságon belül valóban csak székelylelődi gyakorlat volt-e, és a Székelylelődön belül is meddig terjedt. Én Csíkszentdomokoson bukkantam rá, a többi csíki, gergyói, háromszékel falvakban nem tudnak róla (igaz,

szokáskutatás sem történt igazában), tudtommal a szakma sem említi.²⁴

Kérdésemre, ha nem is teljes aspektusaira, egy 1631-ben, Marosvásárhelyen készült tanúkihallgatás jegyzőkönyve meglepő adatokat szolgáltat.²⁵ A vallatás tárgyát két székelylelődi fiatal, a vásárhelyiek által úgy tűnik nem elismert, nem elfogadott násza képezi. Fontos megjegyezni, hogy a 17. századból való tanúvallomásokot tartalmazó gyűjtemény igen sok „paráznákról szól”, akik természetesen magyarok, mégis csupán ennek a pernek a vádlottjait és a vétség közreműködőit következetesen *székelylelők*nek nevezik, mintha tudatosan el akarnának határolódni az elkövetőktől.

A törvénytelen nászt elkövető két székelylelődi fiatal (származási helyük nem derül ki, egy halovány utalás történik Háromszékelre) előbb Bácski Györgynél „hálának, de akkor semmi gonoszt nem cselekedtenek.” Aztán „Szabó Miklósnak mentenek aratni, s ott ismerkedtek meg egymással – annak utána úgy mentek osztán Fazakas Mártonni, s ott lett, mi lett közöttük.”

Hogy mi lett, arról Fazakas Mártonné vall a törvény előtt: „vásárnap virradólag együtt hálának... az én pajtámban – még én magam vonám be az pajta ajtaját.” A vásárhelyiek megütközését azzal vezették le, hogy szintén egy székelylelődi asszonnyal rövidesen bekontyoltatták a leányt, s attól fogva, ahogy egy másik tanú vallotta „hálottam, hogy urának hitta az asszony a legényt, s az legény is feleségének hitta”. Egy másik tanú lényeges arculati, alaki változást vesz észre: „Bizony leány vala tegnap, gylcs vala a fején, s most kontya vagyon.”

Komlósi Gergely azt állította, hogy „az kert mellett látta, hogy kontyolják volt be azt az asszonyt”. Bácski Györgyné pedig arról beszél, hogy „az székelylelődi asszony volt, aki bekeszkenődte volt”. Szegedi Györgyné is „székelylelődi nyoszolyóasszonyokról” tesz vallomást [kiemelések tőlem].

Fazakas Mártonné vallomása más fontos néprajzi adatot is tartalmaz számunkra: a „kontyolódás”, „keszkenődés” és más ruha felvétele után az új pár „a korcsomába ment s ittanak ott”. Amikor azt kérdezte „pironogató” szándékkal a székelylelődi Forgács András-

tól, akinek felesége volt „nyoszolyóaszsonya az menyecskének”, hogy „miért nem esküdttették volt össze őket mán azelőtt”, vagyis hogy miért ezt a módot választották, azt mondták, hogy „hiszen jobb, hogy azt mi igyuk meg, az kit az papnak fizetnénk”. Aztán arra is kitér részletező vallomásában, hogy „kérdem, hogy hol csináltad, te legegény, ezt a menyecskét ilyen hamar?, az azt monda, »Isten adta asszonyom, hiszen így szoktak az emberek élni.«”

Tehát az egyházi esküvő rendelete már meg volt honosodva, de helyette a bekontyolást választották 68 évvel a tridenti zsinat után is, és azzal legitimizálták új helyzetüket, egyértelműen a szokásjogra hivatkozva, fenntartva annak folytonosságát: „hiszen így szoktak az emberek élni.”

Hangsúlyozom, az elkövetők és valamennyi közreműködő neve mellé a törvényeségi jegyző tudatos következetességgel ragsztotta oda a *székely* jelzőt, és ezzel elhatárolódott és elkülönítette őket a peres iratok többi, amúgy Erdély más térségeinek magyar szereplőjétől. Ezzel a gesztussal azt a benyomást kelti, hogy a többi parázna esettel szemben illet csak a székelyek követtek el (közülük is talán a csíkiak és háromszékiek), de azt is sugallja, hogy Forgács Gergelyekkel – ők voltak a tettesek – szolidarizáló székelyek ott-honosan, nem tudatlanul mozognak a többi erdélyi magyartól elutasított szokásban. Vagyis az ő tettük nem jellemző a többi magyarra. A perirat szerint eljárásukat az elkövetők a székely népi jog szerint természetesnek, alkalmasabbnak, viszont az intézményi jog és a marosvásárhelyi közítélet pedig természetellenesnek tekinti.

Ha számba vesszük a marosvásárhelyi „nász” elemeit és mozzanatait, rájövünk, hogy csaknem egészében fűdi a csíkszentdomokosi bekontyolós házasságkötés rítusát, illetve arra, hogy a házasságkötés rítusának egyházi változata előtti népi rítust szélesebb körben gyakorolták, és elégséges volt, de az urbánus környezetben már elutasított-

ták, noha Marosvásárhely szerves része volt a Székelyföldnek.

Mind a marosvásárhelyi, mind a valamennyi csíkszentdomokosi szoktetéses nászra a gyorsított eljárás jellemző: hiányzik a tartós udvarlás, az elvlasztó rítusok sora – ismerkedés, háztűznéző, szülői konszenzus, jelentkezés, hozomány kiadása stb. –, más szóval az átmeneti szokás szakaszainak végigjárása. Ennél fogva hiányzik a közösségi validáció. De nem hiányozhat a közösség felé tett kommunikációs gesztus. Ezt a funkciót tölti be az általam feltételezett ősi házasságkötési rítus: hajviselet és ruha megváltoztatása. Kiemelkedő szerepet játszik a kommuniót létrehozó mágia: a rituális együtt evés és ivás.

Hogy a bekontyolás valóban érvényes, a székelység (feltételezhetően) autonóm házasságkötési rítusa volt (liminális rítus), ami európai környezetben menyecskeavató rítusként épült be a lakodalom mint nagyszabású ünnep színjátékszerű szerkezetébe, amellet szól még a rítust ma is kísérő áldásformula, amit Csíkszentdomokoson a kontyoló asszony mond, és amely a székelység (magyarság) ősi imamódjára – az istenség közvetlen megszólítása – vall: „Áldjon meg az Isten észvel, sok szerencsével s jó családdal; az Isten adjon nektek jó szerencsét, ne bánd meg, hogy most a kontyot a fejedre rakjuk; az Atyának és Fiúnak és Szenlélek Istennek segedelmével menj az életnek.” Az sem elhanyagolandó szempont a kontyolás házasságkötő funkciója mellett, hogy amennyiben a menyecske sorsa rosszra változott, elkeseredésében a kontyolás és kontyoló lett az átok megcélzottja és nem a polgári vagy egyházi esküvő, nem a jegyző és nem a pap. „Ha nem találja el a házasságot, olyan es van, megátkojza azt, aki békontyolta: Átkozott legyen az a kéz is, aki engem békontyolt. A szülők így átkoznak: A két keze s lába törött volna le, hogy ne tudott volna odamenni, aki a szoktetett menyasszonyt békontyolta.”²⁶

Balázs Lajos

■ JEGYZETEK

1. Bakó Ferenc: Palócföldi lakodalom. Gondolat, Bp., 1987. 209; Némethné Fülöp Katalin: A párta is kontyvá változott! Esküvői öltözet a népviseletben. In: Lakodalmi szokások. Mátka, menyegző. (Szerk. György Erzsébet) Planétás Kiadó, Bp., 2001. 84–93. itt: 84–85; Gráfik Imre: Házassági szokások az erdélyi Mezőségben. In: Lakodalmi szokások... 45–49. itt: 47.
2. A magyarság körében ez az idő eléggé eltérő.
3. A női hajviselet változása miatt ez egyre ritkábban történik, marad csupán a fejkendő felkötése.
4. Balázs Lajos: Az én első tisztességes napom. Párvalasztás és lakodalom Csíkszentdomokoson. Kriterion Könyvkiadó, Buk., 1994. 145.
5. Uo.
6. Bővebben Balázs Lajos: A vágy rítusai – rítusstratégiák. A születés, házasság, halál szokásvilágának lelki hátteréről. Scientia Kiadó, Kvár, 2009. 378–379.
7. Lükő Gábor a kígyó erotikus szimbólumnak nevezi (Lükő Gábor: A magyar lélek formái. Táton Kiadó, Bp., 2001. 66.), Róheim pedig a férfi nemiszerv szimbólumának (Róheim Géza: Magyar néphit és népszokások. Universitas reprint, Szeged, 1990. 90.). A Bibliában elbeszélte bűnbeesés Évának kígyó általi elcsábításáról szól. Vulcánescu szerint a kígyó felgerjeszti a nemi vágyat (Romulus Vulcánescu: Mitologie română. Ed. Academiei R.S.R., Buc., 1987. 522.). Meglepő hiedelem/tiltás párhuzamot találtam Sumner könyvében: „A Brit-Guayanában élő makuszik tiltják a nőknek havi vérzés alatt..., hogy belépijenek az erdőbe, mert egy szenvedélyre gyulladt kígyó esetleg megmarhatná őket.” William Graham Sumner: Népszokások. Gondolat, Bp., 1978. 762–763.
8. Van Gennep a hajviselet megváltoztatását is az átmeneti rítusok közé sorolja. A hajviselet formája jelezni képes a viselő életkorát, társadalmi állapotát, valamilyen csoportba való tartozását. Vö. Arnold van Gennep: Rituale de trecere. Polirom, Iași, 1996. 147–148.
9. Bakó Ferenc: i. m. 210.
10. Faragó József – Nagy Jenő – Vámszer Géza: Kalotaszegi magyar népviselet. Kriterion Könyvkiadó, Buk. 1977. 209.
11. Keszeg Vilmos: A kör szemantikája és szerkezete. Művelődés 1997. 50. 4. 34–37. itt: 37.
12. Victor Turner A liminális és a liminoid fogalma a játékban, az áramlatban és a rituáléban. A komparatív szimbológiáról. In: Határtalan áramlás. Színháztudományi távlatok Victor Turner kultúrantropológiai írásaiban. Kijárat Kiadó, Bp., 2003. 11–53. itt: 51.
13. Tárkány Szűcs Ernő: Magyar jogi népszokások. Gondolat, Bp., 1981. 8.
14. Ortutay Gyula: Parasztágunk élete. Officina, Bp., 1937. 18.
15. Arra a kérdésemre, hogy bűnös-e, aki elteszi magzatát, egyik adatközlőm így válaszolt: „Isten s ember előtt! Isten előtt bűn, ember előtt szégyen. Gyilkosnak tartsuk. Úgy örökké utána gondolunk, amikor lássuk az úton. Aztán elvegyül, de mégis, úgy kísérik szemmel az emberek, örökké eszibe juttassák.”
16. Tárkány Szűcs Ernő: i. m. 261. A szerző László Gyula A honfoglaló magyar nép élete című, 1944-ben megjelent könyvére reflektál.
17. Adataim a hetven-nyolcvan-kilencvenes évekre vonatkoznak, de egészen frissekkel is rendelkezem.
18. Bővebben Balázs Lajos: A vágy rítusai... 447.
19. A tridenti zsinatig (1563) nem volt szükséges az egyházi aktus a házasság érvényesítéséhez. „A házasság népi jellegű volt és a család keretén belül maradt.” William Graham Sumner: i. m. 612.
20. Gazda – Haáz könyvében olvasható, hogy a kontyolásnak minden időben ceremóniamestere volt: „cempelasszony, kontyoló asszony vagy avató asszony.” Gazda Klára – Haáz Sándor: Székelyek ünneplőben. Színek és formák a székelyföldi viseletben. Planétás, Bp., 1998. 32.
21. Az ókori Indiában és Rómában, a germánok körében ősidők óta „...a házasság jogi követelményei attól a pillanattól fogva léptek életbe, mihelyt a házaspár ráborították az ágytakarót. Ezt kellett a tanúnak tanúsítaniuk.” William Graham Sumner: i. m. 606.
22. Gazda Klára – Haáz Sándor: i. m. 32.
23. Tárkány Szűcs Ernő: i. m. 400. A szerző egy Zemplén megyei presbiteri jegyzőkönyvet is idéz egy megesett leánnyal kapcsolatban, akit „...a Helység bírái a Falu Házánál felkontyoltak...” (Uo.) Néhány erdélyi román faluban, de inkább az Érc-hegységben a megesett lányt egy kerítéshez, nyárfához vagy akácfához vitték, bekontyolták, háromszor megkerülték, miközben mondták: Isten szolgálja, esküdj meg a kertsással, nyárfával vagy akácfával. Ezzel a rítussal elismerik asszonynak. Az a viselkedési szabály jár ki neki, mint a megözvegyült asszonynak. (Vö. Simeon Florea Marian: Nunta la români. Studiu istorico-comparativ. Editura Saeculum, Buc., 2000. 518–519.) Csíksóban az elsőként vagy elsőként leányról szokták mondani, hogy: „Az is férjhez ment a kert- vagy kapusához.”
24. Például a Lakodalmi szokások... c. tanulmánykötetben négy tanulmány is foglalkozik a kontyolással, leányszoktatással, egy külön a szoktatás szokásjogi vetületeivel, de egyik sem tesz említést a kontyolás általam leírt valamilyen változatáról.
25. Vigh Károly: Asszonyok és férfiak tüköre. Tanúvallomások a 17. századból. Pallas-Akadémia Könyvkiadó, Csíkszereda, 1999. 109–112.
26. A tanulmányban idézett szövegek csíkszentdomokosi gyűjtéséből valók. Bővebben Balázs Lajos: Az én első tisztességes napom...

ZSIGMOND ANDREA

A SZÍNHÁZ ÉS A SZAVAK 2.

Beszéljünk róla?

(A szakmai beszélgetés – például a Deszkán)

■ A műalkotások mindenféleképpen buzdítanak bennünket – Rilke, Brecht, Gadamer és mások szerint is ezt teszik. Rendben, legyen. Ez a műalkotások dolga. Azaz... várunk csak! Nem durva és tapintatlan ez a viselkedés? Hogy a műalkotások csak úgy felszólítanak bennünket mindenféleképpen; hogy megmondják nekünk, hogyan kellene élni?

A helyzet, valljuk be, kényelmetlen. Még akkor is, ha kijön a jó eredmény, azaz megér(in)teni véljük az alkotást és általa magunkat, ha úgy érezzük, meggrázkódtatásban volt részünk, és kimozdítva pozícióinkból tényleg felülbíráljuk addig nyomorult önfeledtségben vagy önrejtettségben tengett életünket. Egyszóval megtörténik velünk, aminek meg kell történnie.

Akkor is – csak úgy ideszólt nekünk a műalkotás, hogy figyelj, valamit rosszul csinálsz?... Ráadásul nyilvánosan tette. Ezek mégiscsak személyes dolgok, sőt: intímek. Vagyunk mi annyira jóban?

A műalkotás nem törődik ezzel, csak odajön, és a szemedbe mondja. Illetve egy idő után te mész oda, hogy a szemedbe mondja. Ráadásul tömegesen. Ezt hívod színháznak.

Van ebben valami különös. Hogy hagyod magad. Hogy egyszer csak eldobod a lepled. Úgy látszik, szükséged van erre a pimaszra. Halmozottan – mert fesztiválra is elmész. Ahol tényleg dömping van műalkotásból, azaz folyamatos lemeztelenedés várható. Ráadásul majdhogynem nyilvánosan – mert mégiscsak ott ül körülötted egy csomó másik ember...

A műalkotás tapintatlan támadásaival szemben az idők során többféle stratégiát fejlesztettünk ki. 1. Eleve hátrítón viszo-

nyulunk hozzá, így tökéletesen védve vagyunk. 2. Olyan szűkre állítjuk a sávot, melyen a találkozás létrejöhetne, hogy az előadás nagy eséllyel kívül esik rajta. 3. Kritikus álláspontra helyezkedünk, vagyis a lehető legmagasabbra tesszük a mércét. 4. Hagyjuk, hogy a műalkotás hozzáérjen csupasz önmagunkhoz; de könnyeinket a tapsrend előtti vaksötétben egy sunyi mozdulattal letöröljük. 5. Kitérjük karunkat a műalkotás felé, sőt e találkozás tanút, a többi nézőt is bevesszük az ölelésbe. Tettünk, imígyen megsokszorozódva, igazolást nyer, ráadásul egyúttal megszüntettük a fürkésző idegenek táborát.

Az előző bekezdésben megpróbálkoztunk a tisztába tévessel – de valljuk be, a számok nem tudnak rendet hazudni a köztünk és a műalkotások között lévő bonyolult viszonyba. Bonyolult, ezért folyton megérteni próbáljuk. Leírásokat, magyarázatokat gyártunk hozzá; kritikát írunk belőle, esszét, tanulmányt. Boncolgatjuk e viszonyt otthon vagy a kocsmaasztalnál, ketten vagy többen, az alkotók előtt vagy a hátuk mögött. A fesztiválok ráadásul formalizált keretet is biztosítanak ehhez. Beszélgessünk, mondják, tessék, fejtük meg e kusza terep összefüggéseit. Üljünk szembe egymással, vagy üljünk körbe, és öntsünk tiszta vizet poharainkba.

E beszélgetések igénye tehát abból fakadt, hogy találtunk valamit, ami életbe vágó. Mert hát akármiről nem szervezünk beszélgetéseket. De a művészet, az fontos dolog. Mert segít abban, hogy megértsük magunkat. Ám a beszélgetések többnyire nem erről szólnak, dehogy! Szemérmesek vagyunk, magunkról hallgatunk, tisztán csak a

kontinuum másik végéről, a művekről lehet szó, kváziobjektíven. (De míg azokról beszélünk, valójában azt mérlegeljük: mi ez a valami, ami az életembe tör? Megérdemli ezt a kegyet? Felér hozzám?)

A művekről, művek csoportjáról tesszünk tehát kijelentéseket. Debrecenben, a kortárs magyar drámák köré szervezett Deszka fesztiválon például ilyeneket hallhattunk: „A novella a legveszélyesebb csúszda a dráma felé” – Szörényi László; „A színházban muszáj hatásvadásznak lenni – Shakespeare és Csehov is a legprimitívebb hatásokkal élt, amit költőként vagy prózaíróként soha nem csináltak” – Spiró György; „Irodalom az, amit kiadnak könyvben” – Verebes Ernő; „Magyarországon nincs idealizmus, csak tét nélküli ironizálás, így nem lehet” – Kiss Csaba; „Lehet, hogy ötven-száz év múlva csak egyszemélyes színházak lesznek, közönség se lesz, mindenki színész lesz” – Verebes Ernő; „A színháznak kötelező politizálnia” – Jászay Tamás.

Az ilyen nagy ívű kijelentések izgalmasak, mert egyetemes érvénnyel kecsegtetnek: az egyedi esetekre, a hallgatóság fejében cikázó példákra mind érvényesnek mutatkoznak. Az elvont és az egyedi, az egy és a sok közti feszültség munkál bennük. Ráadásul ott van az Ember, a vátesz, aki az igazságot meglátta, kimondja. Meg az Ember, aki megérti az eszmét, vagy szembeszegül vele; aki én vagyok. Tömérdék nagyszerűség.

Más kijelentések azért izgatóak, mert az általánost egy alannal kötik össze. Az igazság és a másik ember viszonyáról, mindkettőnk titkáról fellebben a fátyol ilyenkor, vagyis a pletyka öröme, a bulvár szele is megcsap minket. „Azt mondta nekem egyszer Keresztury Dező, hogy Németh Lászlót Molnár Ferencsel kellett volna keresztezni” – Szakonyi Károly; „Petőfi boldogan otthagya volna a költői pályát a színésziért” – Szörényi László; „A Móricz-trilógia segített nekem jobban érzékelni a világot” – Csizmadia Tibor; „A *kaméliás hölgy*ben meg akartam fogalmazni a női lelket. A darab felénél rájöttem, hogy ez a nő én vagyok” – Kiss Csaba; „A szöveg vágása intim dolog; mindig éjszaka csinálom, egyedül” – Vidnyánszky Attila; „Báthory Zsigmond utolsó monológját abból csináltam

meg, hogy én hogyan fogok az egri színház éléről elmenni” – Csizmadia Tibor.

Ilyenkor már rendesen érzékeljük a tragikumot vagy a komikumot: „Vidéki városban elfogy a közönség” – Csizmadia Tibor. Élvezzük, valljuk be! A következő kijelentésekben is, mivel bennük nem egy, hanem már több alkotó személye bukkan fel, tapsikolva a viszonyítás, az összezapás lehetőségét sejtjük: „Gothár Péter türelmes rendező volt, sokszor megmondta, hogy én mit is akartam írni” – Vinnai András; „Amikor nem dolgozunk együtt, akkor is együtt dolgozunk” – Vinnai András Bodó Viktorról, „a *Motel*t az infantilizmus hajtotta, most kezdünk normálisak lenni”; „Egy örült hajsza” – mondta Tasnádi István Bodó Viktorról, majd: „akkor térjünk vissza a rendes drámához”; „A legnagyobb drámákat színészek írták, Shakespeare, Molière, mert ők ismerték a szakmát” – Spiró György; „Az élő szerző a jó szerző”, „Rossz sűgő voltál, mert a színpadot nézted, nem a példányt” – Csizmadia Tibor Márton Lászlórol; „Ki vagyok én? A halott szerző személyes ismerőse” – Márton László; „Hogy bírják az írók a szöveg vágását?! Hubay Miklós azt mondta: többet nem jövök próbára. El lehet menni cigarettázni olyankor” – Vidnyánszky Attila.

Látjuk tehát, hogy majdhogynem színházi előadássá fajul a beszélgetés, az anekdoták komédiává változtatják. A beszélgetők hajlamosak a humor mezébe rejtőzni, a hallgatók hajlamosak élveteg magatartásba burkolózni. Elvesztődik a beszélgetés tétje: eredetileg a megértésre törekedtünk. Az igazságot kerestük mindannyian. A műalkotással való találkozás élményét akartuk meghosszabbítani, a találkozásét, ami elvezet valahová; ami a megértés által megváltoztat. Ami esemény-szerű – mondaná Visky András. Amiben nem sablonokat ismételtünk, nem, hanem a beszélgetésben születik meg valami – mondaná Láng Zsolt. Ott és akkor. Itt és most.

A beszélgetésben úgy szembesülünk egymással, mintha műalkotásokkal ülnénk szemben. Szép körben. Ebben a keresésben ne legyenek leosztva a szerepek játszókra és nézőkre – mindannyian játszó és nézők legyünk. Keresők, akik e kereséshez lemeztelenedünk.

Négyszemközti beszélgetésekben hangzott el a Deszkán, a témákat belülről ismerő személyek között: „én tudom azt, hogy része vagyok az elitnek, de azt mélységesen lenézem”; „a vásárhelyi egyetem: állandó dicséretfelhőbe burkolt lustaság”; „a kolozsvári egyetemnél szét-

esettebbet még nem láttam, a munkamorál és a képzettség szintjén”; „én ilyen vagyok igazából, nagyon kicsi és nagyon szomorú”.

Azt hiszem, ennyire őszintén kellene beszélgetnünk. Olyankor is, amikor többen vagyunk.

AZ ÜVÖLTÉS HELYÉRŐL

Krasznahorkai László – Max Neumann:

ÁllatVanBent

...minden aspiráció a végtelenre: csapda...

KRASZNAHORKAI LÁSZLÓ

■ Mibe fér bele egy üvöltés? Egyáltalán a helye felől kellene-e elgondolni azt, ami a kitörésből, a korlátok, a határok áthágásából, a helyek, a formák, a szabályok szétzúzásából nyeri létezését? Artikulálatlan üvöltés – mondjuk, miáltal jellemezzük is azt, ami a kultúra, a civilizáció minden humanizáló, megszelídítő, alakot adó törekvése ellenére az emberi létezés gyakori velejárója. Kezdetben vala az üvöltés – így kezdődik az emberiség titkos Bibliája, amelynek kötésebe a számtalan alkotó közül olyanok helyezték el apokrif evangéliumaikat, mint Hieronymus Bosch, Francisco Goya, Edvard Munch, Franz Kafka, Samuel Beckett, Allen Ginsberg és most Krasznahorkai László és Max Neumann.

A művészet reflektív terében azonban az üvöltés nem marad teljesen artikulálatlan. Szóljon bármennyire ellentmondásosan: az üvöltés alakot, formát kap, miáltal különös módon részévé válik annak, ami ki akarja zárni magából. De ez már az az általános mátrix, amelyben minden igazi alkotó szellem benne áll. Fél lábbal a kultúrában, a humanusban, de a másikkal a kultúraalattiban, az embertelenben. És megpróbál közlekedni, átjárni, átvinni, mert a legmélyebb kulturális tudás részét képezi – amit még régi korok jól ismertek –, hogy csak úgy tudjuk valóban helyén tartani a rosszat, a gonoszt, a megtörtet, a meggyötörtet, ha szembenézünk vele; nem kizárjuk, hanem beépítjük életünkbe.

Az alakot kapó üvöltés pedig elhelyezhető, leírható és értelmezhető. Persze csak óvatosan, csínján kell bánni azzal a sok irodalomelméleti és képzőművészeti tudással, amit Krasznahorkai és Neumann közös könyve talán szándékolatlanul is megidéz. Hisz ahol az üvöltés a tét, ott minden tudásnak valahol torzulnia kell, ahogyan Edvard Munch *Sikoly* című képen a sikoltót körülölelő térnek és horizontnak, ahhoz, hogy végül semmilyen korlát ne védjen attól, ami üvöltés formájában kitör, elszabadul. Mert ez valahol a megjelenítési erőről is szól, amelynek van egy szintje, ahol cserbenhagyunk értelmező foglaimaink, és minden egyes tétova gondolat csak jobban hozzáláncol ahhoz, ami igazi alkotás formájában létrejött.

Végül is egy különös párbeszédéről van szó. Egyik alkotó, Max Neumann német festőművész védtelen, szinte primitív képein, míg Krasznahorkai László író a tőle megszokott vagy talán ebben a könyvben szikárabb, kattogóbb, de mégis indázó, az ismétlésekben elmélyülő, hosszú mondatain keresztül próbál bevinni minket egy olyan szintre, ahol a lemeztelenített Rosszal találkozhatunk. Képre szöveg következik, majd megint kép, rá megint egy szöveg, és így tovább, tízennégy rövid felvonáson keresztül, mindössze harmincegy oldalon zajlik egy két médiumon keresztül celebrált pokoli teremtes. Egy kép felmutat valamit, amire reagál a szö-

veg, ez a reagálás azonban nem tekinthető képleírásnak, ekphraszisznak, a szöveg nem rendelődik alá a képnek, hanem kiemel valamit a képek pecsétyszerű expresszivitásából, néha csak néhány alakszerű vonás, és ezekből a vonásokból építkezve íródna a szilánkszerű történetek – hogy miről? – az állatról, ami bent van. Nem egymást illusztráló médiumokról van tehát szó, hiszen a képekben mindig benne marad valami le nem írt, ahogy a szövegekben is teremődik a képekhez képest valami plusz, ez pedig megint csak dinamizálja a könyvet, megosztja, mintegy szétfeszíti, és ezáltal egy olyan térré változtatja, amelyben jelentéstartalmak feszülnek egymásnak.

Teremtésről beszéltem. De talán pontosabb vissza-teremtésről beszélni, mert nem a világszerűség horizontjai vázolódna fel a könyv lapjain, hanem ahogyan talán a poklot teremtették meg, valami felszámolódik, végletesen redukálódik: a kintiség bentiséggé, a tágasság szűkösséggé, a horizont bezártsággá, a szelídség dühvé, a lehetőségek végzetté, a kiszolgáltatottság gyilkos támadássá. Azonban lehet, hogy a felszámolás irányát csak az európai kultúrán nevelkedett olvasó látja bele a könyvbe, hiszen, noha a könyvben van szűkösség, van bezártság, van düh, támadás és végzet, ennek ellenére nem látjuk a visszavonás gesztusát, csak az eredményt, de azt kendőzetlenül.

Az európai kultúrának, legalábbis filozófiailag, sokáig nem volt eszköze a Rossz metafizikai elvének a körülhatárolására. A rossz a jó hiánya – így hangzott az a negatív meghatározás, ami tulajdonképpen a létet vontatta el a rossztól, és ezzel meghatározatlanná, kifürkészhetetlenné változtatta azt, ami különben nagyon is az emberi létezés velejárója. Mármost, amikor a művészet, saját metafizikai meghatározottságától vezérelve, megpróbálja megjeleníteni a Rosszat, szinte szükségszerűen a létezés rendjén túlra kell utalnia azt. Teszi mindezt ahelyett, hogy odafigyelne a hozzátartozásra, hiszen, ahogyan Krasznahorkai is állítja egyik interjújában, a Rossz az emberrel jelent meg a világban, az ember az, aki beve-

zette és megmászhatóan ott tartja a Rosszat a létezés rendjében.* Ezért talán a Rossz megjeleníteni akaró művészetnek az is elég lenne, ha hajszálpontosan leírná a 21. század átlagemberének egy szokványos napját.

De mit tett Max Neumann és Krasznahorkai László?

Max Neumann tulajdonképpen nem tett mást, mint egy alakot teremtett. A könyvben található első kép még szétmosódó alakja változik át a többi képen egy határozott sziluettet felmutató, kutyaszerű Lénnyé. A sziluett borzasztó energiákat koncentrálna magába. Hiányzik az első két lába, ez pedig azt a hatást váltja ki, hogy a lény csak egy feltartóztatatlan nekizúdulásban tud létezni, amit csak kihangsúlyoz testének áramvonalassága. Érezzük, a lény csak azért nem bukik orra, mert folyamatos ugrásban van, és csak így is tud létezni, ugrik, és megint ugrik, miáltal betör a létezésbe valami, talán maga a fékezhetetlen iszonyat. Egy folyamatos, fenyegető érzés kimerevített pontjaivá válna így a képek, különböző metszeteit képezve meg annak, ami különben láthatatlan.

Mivel megteremtették a gonosz őslenyomatát, azt gondolhatnánk, már könnyű dolga volt Krasznahorkainak. Ennek a lenyomatnak az energiáját kellett átvezetnie, kiterítenie, megszövegeznie. És ez valahogy így is működik, de közben létrejön az irodalomnak egy olyan minősége, amely hatásában talán csak a nagy holokausztirodalomhoz hasonlítható. Azonban Tadeusz Borowski, Jean Améry, Primo Levi, Paul Celan, Kertész Imre könyveiben az iszonyat elől menekülő képzelet még megtalálja fogódzóit, ha nem másban, a megformálás esztétikájában. Kertész Imre főművében a sorstalanság vállalása még nagyon is emberre méretezett feladatnak tűnik, ami Köves Gyuri ajkára a megbékélés árnyalatát varázsolhatja.

Krasznahorkai László már nem adja meg ezt az engedményt nekünk. Hiszen már gondolatainak kifejezési terepe is annyira redukált, hogy nem marad hely a kihátrálásra. Amit leír, az a bezártságból, korlátoltságból, a végesség irtóztatós szorí-

tásából kiszabaduló erő, amely csak a rombolásban, a pusztításban talál rá saját irányultságára. Mindehhez az emberi létezés törmelékei képezik meg a hátteret. Egy világvégi táj, újságot olvasó, szép tisztán ragyogó cipőcskét hordó, védtelen emberárral. Akiknek pusztulniuk kell. Mert az az erő, ami csak egyik végességből egy másik végességbe vezethet át, el fogja törölni őket. Az üvöltés rombolásba fordul át, de miután a rombolás teljesen felemészti tárgyát, az erő nem szóródik szét a csillagtalan éjszakában, hanem kettéosztódik, és mint két súlyos, fekete vasgolyó, egymás felé kezd gurulni.

A két egymás felé guruló vasgolyó már az interpretáció képe. Mi más lenne ez, mint az iszonyat elviselésének az eszköze. Mert oda nem lehet beállni, ahol a végső erők összeérnek. Ezért van szükség újabb hasonlatokra, amelyek újabb és újabb haladékokat adnak nekünk, mielőtt a nálunknál nagyobb eltörölne bennünket. Ezt a haladékokat kapjuk meg Krasznahorkai László és Max Neumann szép könyvétől is, amelynek sikerül az, ami sok más könyvnek nem: úgy adni haladékokat, hogy közben az ne váljon önbecsapássá. Ne fordítsd el a fejed – üzenik. A Rossz, a Gonosz itt van.

Itt is.

Tamás Dénes

DARABJAI RA HULLÓ EGÉSZ

Fekete Vince: *Védett vidék*

■ Költője válogatja ugyan, hogy kötetben miként akar megmutatkozni, versek egyszerű sorozatát választva-e vagy egymáshoz szemléleti-gondolati és szerkezeti vonatkozásban egyaránt szorosan kapcsolódó, könyvvé szervesülő versekben, de talán kor- vagy időszakokhoz is köthető egyik avagy másik kötettypus előnyben részesítése. Egy nyelvi műalkotásnak, egy versnek önmagában is teljes egésznek kell lennie, de bizonyára új, a más versektől nyert energiákkal is feltöltődik, ha egy könyv szerves részeként, azaz rész és egész egymás közötti viszonyrendszerében talál a maga helyére és szerepére. Utóbbi esetben a kötetben mint rendszerben való gondolkodás élvez előnyt a költő részéről, s az olvasó és értelmező is magára a struktúrára, a „beépített környezetre” figyel mindenekelőtt, s nem a „katedrálisokra” vagy „palotákra” mint különálló, magányos objektumokra tekint. Élvezetet és gyönyörűséget ez is, az is szerezhethet a szemlélőnek, minthogy emberi képzelő- és alkotóerő eredményei. S minden, mi emberi – tartották a régiek –, nem lehet idegen tőlünk.

Ezt a gondolatot legutóbb Fekete Vince verseskötete indította el bennem, kiváltképpen könyve két-három ciklusa, minthogy a *Vak visszhang* címűben olvasható az a két versfűzér például, amelyeket külön-külön egy-egy történet lírai megjelenítésének is tekinthetünk (*Vak visszhang*, *Védett vidék*), vagy a *Füvekben*, *fákban* ciklusban található az emberi sorsra reflektáló s egymáshoz szinte láncszerűen kapcsolódó verssorozat (*Tízezer éj*), illetve a *Lebegő foltokba* sorolt versek, amelyek kis lírai „szerelmes földrajznak” illenének be, amint megidézik a költőnek kedves természeti tájakat, a szülőfalut, valamint az udvar- és piacteres kisvárost.

Változás érhető tetten Fekete Vince költői pályáján, tekintetbe véve e ciklusokat, illetve versfűzéseket, legalábbis ami az építkezést és lírai látásmódot illeti. Egy-egy „történet” felépítésében például sok a homály és sejtetés. Figyelmet érdemel, ahogyan a költő kiválaszt, illetve mellőz bizonyos történéseket és érzéseket, vagy amint felidéz, illetve elhallgat emlékeket. Egyik versében képletesen meg is fogalmazódik ez a fajta látásmód, eszerint „van, amikor csak / a fákat látjuk,

csak az erdőt, és nem érezzük, / amit amúgy is tudunk magáról a hegyről, / hogy benne titkos barlangok hallgatnak, vagy tengerszemek / rejtőzhetnek”. (*Barlangok, tengerszemek*) Mélységes titkokat rejt magában az ember, amelyek összességükben felszínre talán sohasem kerülnek. Többnyire természeti elemekre és jelenségekre történő utalások és szabad asszociációk uralják ezeket a verseket, illetve ciklusokat, s ezek által próbálja a költő – József Attila szavaival szólva – mélyeiből kiemelni „a lélek homályos vidékeit”. Lelki folyamatoknak felelt meg így külső jelenségeket, mintegy szemléltetve az előbbieket. Mindezt a mindennapi folyó beszédhez közel álló, mondhatni puritán stílusban teszi Fekete Vince. Verseinek költőiségét ezekben az esetekben a váratlan „vágások” és utalások – találni montázsra épülő verset is a kötetben –, valamint a képzetársítások adják, továbbá az előadásmódok változtatása, amely eleven perspektívaváltásokat eredményez a verseken belül.

Erre az építkezés- és látásmódra például szolgálhat éppen az előbb idézett *Barlangok, tengerszemek* című szabadvers, amelynek témája egy szerelmi kapcsolatban beállt szakítás, s ezt a prózai folyó beszéd egyszerűségével írja le („Talán jobb lett volna, ha akkor egyből vége. Mert így szálanként tépdüstük ki magunkból pár év minden apró rezzenését”), de éppen a már idézett záró rész, a hegyek mélyében hallgató barlangokra való utalás által kap jelentéstöbbletet, tulajdonképpen esztétikai hatást kiváltó művészi erőre tesz szert a vers.

Egy szerelmi kapcsolat válságát jeleníti meg a költő a *Vak visszhang* című versfűzér darabjaiban, de a kötetben az ezt megelőző *Vihar előtt* című különálló költemény is mintha ezekkel a darabokkal tartana rokonságot: jellemző rájuk a sejtetés és homály, a hangnem visszafogottsága, az előadásmód tekintetében pedig a személytelen közlés váltakozik az én-formával, a személyessel, illetve az önmegszólítóval, amint az alábbi példák szemléltetik: „belátni az egész falut”, „nézni a vizet”, „néztem a patakot”, „azt gondoltam, megnyugszom”, „megpróbálok úgy nézni”. Amint látjuk, a vers hőse mintegy elejtve, egyetlen tagmondatban, de köz-

vetlen én-formában szól valamiféle nyugtalanságról – a metaforikus cím szerint egy vihar előtti lelkiállapotról –, és ama nyugtalanság megjelenítését természeti elemekre bízta, egy allúzióval oldja meg, mondván: „hosszan, idegesen remeg, gyűrűzik a víz”, illetve: „várni kell, míg lecsillapodik”. A nyugtalanság kiváltó oka valamiféle, a lírai énről hirtelen törő álmom, amely elsodorja „az ébrenlét minden követ”, azaz a bizonyosságot meghatározatlan időre bizonytalanság váltja fel: „Várni kell [...] míg új képet emel tükrére az idő.”

A *Védett vidék* című versfűzért alkotó laza szerkezetű szabadversekben egy szerelmi kapcsolat végét jelentő szakítást követhet végig az olvasó, s éppen ez teheti indokolttá az előadásban, a versbeszédben tapasztalható szaggatottságot. Nem a történet részletes kibontakoztatásában érdekelt úgymond a beszélő, hanem az elhallgatásában, mint-hogy annak töredékeit, szilánkjait mutatja fel a versfűzér miniatűr rajzaiban. Általános érvénnyel is kijelenthető, hogy az élet s a gondolkodás minden területén tapasztalható: darabjaira hull az egész. (Vö. *Hiába való*) Amit kimond, csak töredéke a történet egészének, amit megélt a lírai alany, s – idézve az egyik verset – ami nélkül már ő sem élhet. A mondottakat erősíthetik meg a versfűzér különböző helyeiről kiragadott részletek: „Valahogy napokig balul jött ki minden. És most ez is”, „Talán jobb lett volna, ha akkor egyből vége”, „Hallgattunk, mereven figyeltünk”, „szakítottam meg váratlanul a hosszú hallgatás utáni csendet”, „Csak a teste lett olyan, mint tengernyi homokban fuldokló”, „ez a fuldokló magával visz valamit”. Mindenik idézett mondatban benne van ama szerelem végének előrejelzése, illetve bekövetkezése.

A versek történeteinek helyszíne Fekete Vince szülőföldjének, a felső-háromszéki tájegységnek az elemeiből teljesedik ki, olyanokból, mint: domb ölében elnyugvó vidék, medence lent és körben hegyek, zölden viruló táj, meredek oldal, hegyi patak, erdő, erdei út, erdőalj, lankák, Kicsifenyő környéke, Vadorom, Réz-kút, Egres-kút, dombra kapaszkodó keskeny utcák, anyaölnyi dombocskák, borvízforrás, kert, végében

diófával, udvar körtefával, kis teraszos ház stb. Ez lenne hát a „védett vidék”, csak hogy maga a lírai alany számtalan szállal kapcsolódik ehhez, azaz hozzátartozik, s ezáltal már egy „lelkes” vidéknek mondható. Egy-másba épül táj és ember, s így a természeti táj nem is választható el az emberitől, ama belső vidéktől, amelyre Kányádi is gondolhatott, amikor leírta, hogy „vannak vidékek legbelül”. Egyrészt igaz, hogy „a tarka, domb ölében elnyugvó vidék magába szippantja, elnyeli, beissza testét” (*Felissza mind*), másrészt igaz az is, hogy a költő legbelül éppen ezt a vidéket s lakóit őrzi leghűségesebben: „Vagyok úgy most is / sokszor, százszor, / indulok reggel, / régi pásztor, // velük, akik már / rég meghaltak, / de jönnek mégis. / Velem tartnak...” (*Vadorom*)

Lírai hevületű versbeszéd, vagyis az előbbi versfüzérékétől eltérő előadásmód jellemzi a *Füvekben, fákban* című ciklusba foglalt *Tízezer éjt*, amely indítást Kányádi *Halottak napja Bécsben* című hosszú versének nyitó szakaszától kapott. „Befonnak egyszer téged is / valami pompás koszorúba” – hangzik a Kányádi-vers nyitánya. A lírai alany egyfajta objektív alapállást vesz fel ebben, kívülállóként aposztrofálja önmagát, s ugyancsak kívülállóként kezd beszélni Fekete Vince versének hőse, tehát önmegszólításként hangzik el a saját véges életét és az emberi létet az egyetemesség viszonyaihoz s a legfőbb, isteni princípiumhoz igazító számvetésben: „Lehúznak egyszer téged is / egy soha nem látott mélybe / hideg lesz lent és vaksötét / s a semmi körbe-körbe.” Az

egyetemesség perspektívájából („tízezer éj”) parálynak tetszik az ember, de nem jelentéktelennek, a maga személyesen elszenvedett megaláztatásai és megfélemlítései („milyen éj úristen és milyenek Ezek / félelmek hordái mardosó fehér fogak / szigorú szemek kékeseke acélosak”) ellenére is meg kell őriznie a szabadság és teljesség iránti igényét, amit a költő a következőképpen fogalmaz meg: „olyannak lenni mint az álom / járni át meg át a világon / hogy ne legyen csepp és ne szemcse / mi ne az egészet jelentse.”

A kötetcímül választott „védett vidék” tartalma tovább bővítendő, mivel hogy a természeti és lelki „táj” mellett irodalmiakat is bevon jelentéskörébe Fekete Vince azáltal, hogy modern és élő klasszikusokat, Kosztolányit, Radnótit, Vas Istvánt, Jékelyt, Kányádit idéző verseket is belefoglal az új kötetbe, nemkülönben a kor- és nemzedéktárs Lövétei Lázár Lászlót, akinek megrendítő erejű verset dedikált (*Film*), az egészet pedig egy olyan vers, a *Mert nem lehet...* kezdetű nyitja, amelynek Szabó Lőrincről származó mottója van: „mert rettenetes hogy az ember / útja oly silány s oly rövid / a földi portól a veszendő / húson át vissza a porig.” (*A hitetlen büntetése*) Ebben a kötetnyitó versben az emberi létezés titkait fürkésző, sőt e létezés törvényeivel pörölő költőt ismerjük meg Fekete Vincében, a kötet zárlatának pedig e versre írt variációját teszi meg a szerző, így is egy kerek egésznek tekinthető verseskönyv benyomását keltve az olvasóban.

Borcsa János

ÉLETMENTŐ KÖNYV KEZDŐKNEK ÉS HALADÓKNAK

Kovács Judit (szerk.): *Sürgősségi betegellátás*

■ Vaskos, tartalmas, szép kivitelezésű magyar nyelvű orvosi szakkönyv segíti ezentúl a sürgősségi ellátásban dolgozók munkáját. A több mint ötszáz oldalas orvosi „antológia” szerkesztője dr. Kovács Judit, a Maros Megyei Sürgősségi Kórházban működő Szív-érsebészeti és Transzplantációs Intézet aneszteziológus főorvosa, a könyv tervezője és felelős szerkesztője dr. Mezei Tibor.

Dr. Kovács Juditban pályafutásának kezdetén merült fel a gondolat: jó lenne fiataloknak, pályakezdő vagy sürgősségi ügyeletet teljesítő orvosoknak egy rövid, velős szakkönyvet összeállítani, hogy könnyen felismerjék, kórismézzék, felállítsák a differenciált diagnózist, és annak alapján lássák el, kezeljék a sürgősségi eseteket. Ebből az ötletből született meg többévi munkával a szakkönyv, amelyben 21 szerző foglalta össze szakterületének a sürgősségi ellátással kapcsolatos legfontosabb tudnivalóit. A könyv időszerűségéről, hasznosságáról és értékéről dr. Brassai Zoltán nyugalmazott egyetemi tanár, az MTA külső tagja ír a bevezetőben. A felgyorsult élettempó és az életmódváltozás következtében a sürgősségi ellátást igénylő betegek száma folyamatosan növekedik. Ennek hátterében a balesetek, mérgezések, öngyilkossági kísérletek gyakoribbá válása, a szívizominfarktus, valamint az agyvérzések számának ijesztő arányú megszaporodása áll. Ezért fontos a sürgősségi orvoslás témájával foglalkozó könyvek megjelentetése.

A diszciplína viszonylag fiatal, hisz 1950-ben hozták létre az Egyesült Államokban az első önálló sürgősségi szobákat, majd osztályokat, s később körvonalazódtak a járóbeteg- és a mentőorvosi szakellátás keretei. Magyar vonatkozású érdekesség, hogy Európában az elsők között alakult meg 1887-ben Budapesten az Önkéntes Életmentő Társaság, amelyet a nagyobb vidéki városok hasonló egyesületei követtek. Marosvásárhelyen az úttörő munkát a Megyei Mentőszolgálat, a Rohamentő-szolgálat és a Szív-érsebészeti Klinika vállalta a sürgősségi betegellátás és az intenzív terápiai hálózat kiépítésében, amit ma országosan is a legjobbak között tartanak számon.

A könyv szerzői a Marosvásárhelyi Orvosi és Gyógyszerészeti Egyetem oktatói, tanszékvezetői, akik az adott tudományág kiváló képviselői, s ezenkívül jó tollú szakemberek is. Az egyes fejezetek az újraélesztés, a sokk, a szívérrendszeri sürgősségek, a légzési elégtelenség, az akut hasi megbetegedések, nőgyógyászati, vese- és húgyúti, neurológiai sürgősségek, a lágvrészek és a csontok mechanikai sérülései, hematológiai sürgősségek, endokrin és metabolikus sürgősségek, akut mérgezések kérdéseit tárgyalják. A kötet könnyen áttekinthető, felsorolásszerűen tartalmazza a legfontosabb tudnivalókat, s az orvos számára eligazító információkat színes alappal emelték ki.

Bodolai Gyöngyi

CSEKE PÉTER AJÁNlja

■ „Vigyázzatok ma jól, mikor beszéltek.” A kommunista diktatúra vészorszakában ugyan csak indokolt volt Reményik Sándor intelme. Az írással sem voltunk másképpen: önfeljelentéssé válhatott minden szavunk, amin az elmeőrség, a gondolatrendőrség szeme megakadt. Könyvespolcomon sokasodó kiadványok bizonyítják: nem vigyáztunk eléggé, amikor beszélünk, amikor írtunk. „Meggondolatlan” óvatlanságunknak mégis sokat köszönhetnek az utánunk következő nemzedékek, akik remélhetőleg nincsenek, nem lesznek kiszolgáltatottjai olyan „perverz” rendszereknek, amilyeneket az alábbi szerzőknek sikerült túlélniük. Minden napvilágra kerülő újabb szekus-dossziéval, átmentett naplőfüzérrel, dokumentumgyűjteménnyel öntisztulásunkat segíthetjük elő.

■ Balázs Sándor: *Kiáltó Szó*. Volt egyszer egy szamizdat. Kriterion Könyvkiadó, Kvár, 2005.

■ Cseke Gábor: *Jelentések magamról*. Polis Könyvkiadó, Kvár, 2009.

■ Domokos Géza: *Apályban*. Napló – ezerkilencszáznolcvannolc. Pallas-Akadémia Könyvkiadó, Csíkszereda, 2004.

■ Fábián Ernő: *Naplőjegyzetek 1980–1990*. Közzétette, bevezetővel és jegyzetekkel ellátta Bárdi Nándor és Filep Tamás Gusztáv. Kriterion Könyvkiadó, Kvár, 2010.

■ Gáll Ernő: *Napló I. 1977–1990*. Sajtó alá rendezte Gáll Éva és Dávid Gyula. Az előszót írta Gálfalvi Zsolt. Polis Könyvkiadó, Kvár, 2003.

■ Cs. Gyimesi Éva: *Szem a láncban*. Bevezetés a szekusdossziék hermeneutikájába. Komp-Press Kiadó, Kvár, 2009.

■ Kántor Lajos (szerk.): *A Hívó Szó és a Vándor Idő*. Emlékezések, dokumentumok (1989. december 23. – 1990. április-május). Komp-Press – Kolozsvár Társaság, Kvár, 2010.

■ Kibédi Varga Sándor: *Az Üveghegyen túl*.

Erdélyi ki- és bevándorlók az ezredfordulón. Mentor Kiadó, Marosvásárhely, 2009.

■ Kiss János: *Négyszögletes igazság*. Naplőjegyzetek (1978–1980). Komp-Press Kiadó, Kvár, 2009.

■ Lőrincz György: *Besűgő voltam, szívem*. Pro-Print Könyvkiadó, Csíkszereda, 2008.

■ Máthé János: *Magyarhermány kronológiája*. Pro-Print Könyvkiadó, Csíkszereda, 2009.

■ Molnár János: *Szigorúan ellenőrzött evangélium*. I. Partium Kiadó, Nagyvárad, 2009.

■ Markó Béla: *Egy irredenta hétköznapijai* (Lehallgatási jegyzőkönyvek, 1986. április – 1989. december). Pallas-Akadémia Könyvkiadó, Csíkszereda, 2009.

■ Soós Viktor Attila – Szabó Csaba – Szigeti László (szerk.): *Egyházüldözés és egyházüldözők a Kádár-korszakban*. Luther Kiadó, Bp., 2010.

■ Szócs Géza – Farkas Wellmann Endre: *Amikor fordul az ezred*. Beszélgetőkönyv és dokumentumgyűjtemény. Ulpius-Ház Könyvkiadó, Bp., 2009.

AZ EGÉSZSÉGÜGY FÁJDALMAS MŰTÉTJE

■ Az elmúlt év kihagyhatatlan témája az egészségügyi reform, ezen belül a decentralizáció kérdése volt. Kétségtelen, hogy a két központi magyar napilap, a *Krónika* és az *Új Magyar Szó* kiveszte, mit is rejtenek eme jól hangzó, de meglehetősen idegennek tűnő szavak.

Már 2008 végén felbukkan egy konkrét hír a bukaresti megjelenésű *Új Magyar Szóban*, miszerint az Egészségügyi Minisztérium kidolgozza a rendszer decentralizációjára vonatkozó jogszabályt, amelynek értelmében a központi hatásköröket a helyi közigazgatásra ruháznák át. Pár hónapra rá már a törvény konkrét alkalmazási szabályait is olvashattuk a lapban. Ezzel egy időben a kolozsvári *Krónika* is igyekszik tudósítani az új egészségügyi rendszer mikéntjéről, s a folyamat beindulása után terjedelmes cikkel jelentkezik, címében gyanakvó kérdőjellel: *Csak ígéret a decentralizáció?* Részletesen kitérnek arra, hogy „a helyi és megyei önkormányzatok egyelőre semmilyen értesítést nem kaptak arra vonatkozóan, hogy a Boc-kormány hogyan is képzelte el az egészségügyi decentralizációt, illetve ez milyen pénzből valósulna meg”. Megemlítik, hogy az előljárók attól tartanak, a kormány csak áthárítja a feladatot, de pénzt nem ad majd a működésükre, s egyúttal azt kéri, utaljon ki pénzeket a plusz feladatokra. A *Krónika* munkatársa erdélyi megyékbe látogatott el, megtudni, milyen eredménye lesz az egészségügyi decentralizáció folyamatának. Legtöbben nem látták a folyamat végét, hiszen akkor még nem volt tisztázott, pontosan mi volna az önkormányzatok feladata. A Hargita Megyei Tanács módosította volna a rendeletet annyiban, hogy a kormány a finanszírozási kerettel együtt adja át az egészségügyi intézményeket. Szatmár és Kovászna megyében derülátón nyilatkoztak az előljárók, szerintük helyi szinten jobban átláthatóak az intézmények, azzal viszont mindannyian egyetértettek, hogy a nagyobb felelősség mellé több pénz szükséges. A *Krónika* később Balogh Levente vezércikkét hozza, amelyből kitűnik: „Ha a verbális decentralizációért díjakat osztanának, a román

kormánynak jó esélye lenne az első helyezés elnyerésére. Amennyit ugyanis az utóbbi néhány hónapban a Boc-kabinet tagjai beszéltek a jelenleg állami irányítás alatt álló intézmények önkormányzati irányítás alá rendeléséről, azzal már a maratoni számban is minimum dobogós helyezést érnének el.”

Eközben az *ÚMSz* általánosságban foglalkozik a témával. Az állásfoglalást sugalló terjedelmes írás címe: *Központosított decentralizáció?* Ekkor már a kormány bejelentette, csupán 2010 januárjától lép alkalmazásba a törvény. A szerző kifejti: „A kormány elképzelésének megfelelően továbbra is állami – szakminisztériumi – ellenőrzés alatt maradnak az országos és klinikai kutatóközpontok, mindazok az egészségügyi létesítmények, amelyekben magas szintű orvosi tevékenység zajlik. Ez az elgondolás nem igazán teszi majd vonzóvá a helyi alárendeltségbe kerülő orvosi intézményeket, ahol – a gondolatmenetet folytatva – ezek szerint alacsonyabb színvonalú lesz az orvosi ellátás.” A szerkesztőségi álláspont szerint Emil Boc miniszterelnök azt nyilatkozta, erre azért lesz szükség, hogy országos szinten megőrizze a kormány a felügyeletet. „Akár arra is lehetne következtetni, hogy a decentralizációs folyamat ugyancsak központosított lesz” – szögezi le az *Új Magyar Szó*. A fent említett elemzést követő napon újabb terjedelmes cikkel jelentkezik a bukaresti kollégák, megszólaltatva több megyei kórház főorvosát, akik többnyire optimisták, bár leginkább a decentralizációt követő elbocsátásoktól tartanak.

2010-be érve mindkét lap a témával foglalkozó cikkei megsűrűsödnek. A *Krónika* már január 18-án megjelenteti a Cseke Attila egészségügyi miniszter sajtótájékoztatóján elhangzottakat, miszerint legkésőbb július végére a helyi önkormányzatok alárendeltségbe kerülnek a kórházak. Az *Új Magyar Szó* megszólaltatja Deme Juditot, a Kovászna megyei Közegészségügyi Hatóság vezetőjét, aki – Csekétől eltérően – év végére jósolja a decentralizáció befejezését. Ezt követően nyilatkoza-

tok sora került a két újság hasábjaira: az RMDSZ úgy látja, felgyorsult a folyamat, Cseke Attila szerint fájni fog, mint egy műtét, a háromszéki elöljárók szerint nagy terhet rótt az önkormányzatokra az állam, de szerintük jobb szolgáltatást, hatékonyabb menedzsmentet tudnak majd biztosítani.

Június közepén mindkét újság leszögezi: elkezdődött a decentralizáció, mivel az önkormányzatok és a megyei egészségügyi igazgatóságok hozzáálltak a kórházak adásvételi szerződéseinek aláírásához. A *Krónika* ismét felkeresi az érintetteket, akik konkrétabb tervekkel tudnak szolgálni a sajtónak. Legtöbb megye átszervezést tervez, legtöbbször azonban még mindig a fenntartási költségektől félnek. Elkezdődnek az 2009-ben megjósolt karcsúsítások, nyilvánosságra kerülnek a pénzühiányok. Több kórház és kezelő is veszélybe kerül, de novemberben a *Krónika* már optimistán nyilatkozik:

„Átszervezéseket, beruházásokat tervez az erdélyi és partiumi önkormányzatok zöme a három-négy hónappal ezelőtt kezelésükbe került kórházakban. A lapunk által megkérdezett megyei és helyi elöljárók úgy értékelték, a kórházdecentralizáció meghozta jótékony hatását, hisz helyben dönthetnek a lakosságot leginkább érintő egészségügyi ellátás mikéntjéről. A legfőbb gond a pénzühiány, a megyei tanácselnökök, polgármesterek különböző módokon próbálnak finanszírozást szerezni a zömeben leromlott kórházépületek felújítására. Ugyanakkor betegközpontú ellátás kialakítására törekednek, és a kórházakban jelenleg is dívó csúszópénzt is kiiktatnák. Az elöljárók közül egyedül Nagy István baróti polgármesternek volt oka panaszsra, mint mondta, a decentralizáció a városi kórház megszüntetését eredményezheti.”

Berszán Réka

ECHINOX RELOADED

■ Hosszú idő után megújult, elegáns formátumban került olvasói elé az *Echinox*. A rang kötelez, mondhatnánk, ha már a Cărturești és Humanitas bolthálózat terjeszti, mégsem jelenhet meg olyan formában, mintha (a beközöntött idézve) „egy fénymásoló műhelyben szerkesztenék a Horea úton”.

Az igényesebb dizájn ugyan nem elhanyagolandó tényező, amikor egy többnyire fiatal olvasókra számító papíralapú médiumot próbál piacra dobni valaki, a továbbiakban azonban arra fókuszálnék, ami a színes borítók között van.

A 2010/4–8-as szám súlypontja a kortárs angol irodalom. Az a kortárs angol irodalom, amelyről látszólag keveset tudunk, ám a sikeresebb regények állandó megfilmesítésének hála, ha nevek és szövegek szintjén nem is mozgunk benne otthonosan, a történetekben az átlag kelet-európai kultúrafigyaszto sem teljesen outsider.

A tematikus összeállítás, lévén hogy nem monográfia, nyilván nem nyújt teljes körképet a kortárs angol irodalomról (olyan jelentős nevek hiányoznak, mint Zadie

Smith, Doris Lessing, Martin Amis vagy a közelmúlt Man Booker-díjasai, Howard Jacobson vagy Hilary Mantel). Ha azonban a pohár teli felét nézzük, olyan írók egy (vagy akár több) művéről olvashatunk, mint Julian Barnes, Ian McEwan, a főleg ifjúsági íróként számon tartott Mark Haddon, Kazuo Ishiguro, Will Self, Salman Rushdie, Peter Ackroyd, Jeanette Winterson, Ciaran Carson, Graham Swift vagy A. S. Byatt.

Az itt közölt írások többsége egy-egy író legfrissebb regényének recenziója. Egyértelműen a franciás kultúrájáról és finom, intellektuális humoráról közismert Julian Barnes a legtöbbet vizsgált szerző. Nem véletlenül, hiszen román nyelven 1997 óta tizenhárom könyve jelent meg (összevetésképpen: magyarul csupán hat). Az ismertetések azonban nem csak a román fordításokra hagyatkoznak, Barnes legutóbbi, egyelőre csak angolul olvasható *Nothing to be Frightened of* című, a halál és a halálfélelem témáját kidolgozó, könyvhosszúságú esszéjéről is készült recenzió, az *Anglia*, *Anglia* című regény elemzése során kirajzolódó pályaképben pe-

dig az író román nyelvre még nem fordított novelláira is történik hivatkozás.

Az aktualitás igénye egyértelműen kiérződik az írásokból, olyannyira, hogy akár még bevallottan nem is olvasott könyvről is megkockáztatnak néhány gondolatot. (Például Lavinia Rogojină arról ír, hogy milyen lehet vagy nem lehet Ian McEwan 2010-es, *Solar* című, a globális felmelegedés témáját boncolgató regénye.)

Noha a kortárs angol írókat felsorakoztató dosszié célja nyilvánvalóan a listába szedés, rövid bemutatás, a szerzők több helyen túllépnek ezen, okos, figyelmes kritikái megjegyzéseik már egy szélesebb körű recepcióba illeszkednek. Jól kiegészíti a portré-, vagy recenziójellegű írásokat az a néhány általánosabb tanulmány az angol prózáról, közülük Carmen Veronica Borbély írását emelném ki, amely Francis Fukuyama *Our Posthuman Future* című, a biotechnológiai forradalom lehetséges hatásait vizsgáló könyve alapján az angol próza „gótikus hagyományát”, a „szörny” a „nem ember” motívumát boncolgatja, a Frankensteinről és a Jekyll-Hyde kettőstől Ishiguro *Ne engedj el* című regényének boldogtalan klónjaiig.

A jól sikerült tematikus összeállítások elkerülhetetlen velejárója, hogy súlyuknál, relevanciájuknál fogva valamiképpen beárnyékolják a lap többi részét. Az *Echinox* e száma esetében sem történt ez másként. Holott a 34. oldaltól a 49-ig is akad figyelemre méltó olvasnivaló mind a román, mind pedig a magyar oldalakon. Szépirodalmi közlések, kritikák (és nemcsak irodalomkritika, hanem zene, filmkritika is) olvashatók itt, valamint eszmefuttatás az Orbán János Dénes *Misimackójának* lehetséges célközönségéről vagy a különféle nyelveken való címadás kérdéseiről.

Elsősorban két interjút emelnék ki. Ancuța Bodnărescu Matei Floriant faggatja frissen megjelent *Și Hams Și Regrețel* című regényének apropóján a fantasyról, illetve a humor és a mese szerepéről. Jó hangulatú beszélgetés egy nagyon tudatos, saját stílu-

sát, irodalmi preferenciáit mindvégig komolyan vevő, ugyanakkor játékra, humorra fogékony fiatal alkotóval.

A magyar oldalak talán legerősebb publikációja ugyancsak egy interjú: ezúttal Serestély Zalán beszélget Jankó Szép Yvette-tel, a kortárs finn irodalom fordítójával, a finn szövegek fordításának, népszerűsítésének kérdéseiről. A beszélgetéshez a minimalista prózát író Rosa Liksom két rövid novellája nyújt hátteret.

A kérdező ezúttal is okosan, „nehéz” kérdéseket is vállalva kérdez, a fordító pedig merészen, szellemesen, könnyedén válaszol. Van-e közönsége Erdélyben a (fordított) finn irodalomnak? – hangzik el naivprovokatíván a kérdés, mire a válasz nem a recepció szűkössége felett való siránkozás, hanem a következő: „Hogy is lehetne széles, értő, kritikus hallgató/néző/olvasóközönséget remélni egy olyan közegben, ahol a finn irodalom és ezen belül persze a finn dráma egyelőre (értsd: természetesen) csak egy nagy (értsd: kis), összefüggő ködgomoly (és ez nem csak Erdélyben van így), egyének, szerzőegyénségek, művek nem különül(het)nek el, mert olvasni nem járnak el rosszul megvilágított, szeles helyekre akkora tömegek, mint egy Nightwish- vagy HIM-koncertre. Még szerencse, a szemorvosok szempontjából! Nincs Rosa Liksom, és nincs Kari Hotakainen, nincs Kristian Smeds, és nincs Laura Ruohonen, hanem csak »valami finnvagynorvégvagyhasonlóeszkimó«. Ezen a tagolatlanságon azért nem reménytelen egy picit változtatni a közeljövőben.”

Az 2010/4–8-as szám (illetve a beharangozott, a kortárs román próza körképét ígérő 2011-es első szám) azt jelzi, hogy az *Echinox* megpróbál hagyományának szellemében kilépni a diáklap-státus keretei közül, önálló arcúval (és naprakész honlappal!) rendelkező irodalmi/művészeti fórummá válni. (*Echinox* 2010/4–8)

Vallasek Júlia

ABSTRACTS

Zoltán Ábrám

■ ***The new waves of the Hungarian doctor's migration from Transylvania***

Keywords: *Transylvania, Hungary, Târgu Mureş, doctors, migration*

After the fall of Communism in 1989 a great number of Hungarian physicians and dentists immigrated in Hungary where the proportion of professionals from abroad is 7,66% among physicians and 9,20 % among dentists. It is statistically proven that the overwhelming majority of these doctors came out of regions populated by ethnic Hungarians in the Carpathian Basin and the greatest share of them graduated in the University of Medicine and Pharmacy of Târgu Mureş.

Péter Buchwald

■ ***Drug Discovery and Development: A Brief Review after a Century of Success***

Keywords: *pharmacology, drugs, scientific discovery, development*

Undeniably, the main reason behind the unprecedented medical progress of the last century was the discovery and the introduction of new drugs; the field, however, is now facing increasing difficulties. A brief review of the complex drug design and discovery process is presented together with some success stories as well as problems hampering future developments.

Csanád Demeter

■ ***Rural Urbanisation and Counter-Ruralisation of the Székely Land***

Keywords: *Romania, Székely Land, socialism, immigration, urbanisation*

The formation of the former socialist towns was not the result of an organic process, but a conquering of territories by those who immigrated in large numbers or were settled in these regions, which made possible for the government to control more effectively the population. The ideologists of the "all-round developed socialist society" tried to modify not only the shapes of the settlements, but wanted to change the population's compound and

their way of life. How did the people's way of life change in the analysed period? The readers' letters from the local press and the analysis of the interviews and series of articles from this period, as well as the comparison of the inner information with the sources of the archives offer a possibility to draw a picture of the social changes of Harghita and Covasna counties.

Bettina Pikó

■ ***Quality of Life and Health Promotion***

Keywords: *quality of life, health, consumer culture, health consciousness*

Quality of life became an issue in the 20th century in both public opinion and scientific life. Quality of life and health are closely connected since a new concept of health and illness emphasizes the biopsychosocial (and recently, biopsychosocial-spiritual, BPSS) origin of them. The author argues issues such as the human ecological concept of the quality of life; the relativism of quality of life; quality of life and health promotion in consumer culture. A new health consciousness may arise in today's society including a complex approach to human beings.

László Péter

■ ***Impoverishment in Romania – Facts and Processes***

Keywords: *Romania, impoverishment, poverty rates, middle class*

The article offers a picture on the Romanian impoverishment process during the last twenty years. Poverty rates and their complex causes are presented and described along with the typical periods which define the different faces of poverty. The author argues that there are three such periods: the transition years, the economic growth and finally the years of crisis. New poverty, the working poor and atypical poverty goes along with these. According to the conclusion, the relative poverty rates were constantly growing, and at this moment the newly formed middle class faces a real risk to become poor due to the high level of debt and salary cuts.

Judit Sántha

■ *Hungarian Medical Researchers in Sweden*

Keywords: *medical, research, health organizations, migration*

This article focuses on those Hungarian researchers who contributed to the medical research of Sweden from World War II to our days, including a brief presentation of the Swedish medical universities and the medical research of Sweden. Hungarians in general have arrived to Sweden in several waves, some of them directly after the war, others as refugees after the revolu-

tion in 1956, or in the eighties fleeing from Ceaușescu's regime in Romania. Some of them have been headhunted by Swedish health organizations to lead diverse screening projects in the seventies and the eighties. In the beginning of the nineties it became easier for Hungarians (from Hungary and the neighbouring states, where Hungarians constitute ethnic minorities) to work as PhD-students or guest-researchers in Sweden. In the article sixteen (of the contacted twenty-four) Hungarian researchers tell their story and comment on the Swedish research conditions.



SZÁMUNK SZERZŐI

Arafat, Raed (1964) – intenzív terápiás orvos, a bukaresti egészségügyi minisztérium helyettes államtitkára

Ábrám Zoltán (1963) – egyetemi tanár, Marosvásárhelyi Orvosi és Gyógyszerészeti Egyetem, EMKE-alelnök

Balázs Lajos (1939) – néprajzkutató, egyetemi docens, Sapientia EMTE, Csíkszereda

Berszán Réka (1985) – szerkesztő, Kézdivásárhely

Bodolai Gyöngyi (1952) – újságíró, Marosvásárhely

Bodó Márta (1963) – szerkesztő, PhD, Kolozsvár

Borcsa János (1953) – kritikus, irodalomtörténész, tanár, PhD, Kézdivásárhely

Iffy. Buchwald Péter (1963) – számítógépes gyógyszertervező, gyógyszerfelfedezői programigazgató, egyetemi oktató, Miami, USA

Csapody Miklós (1955) – irodalomtörténész, PhD, az MTA Történettudományi Intézetének munkatársa, Budapest

Cseke Áttila (1973) – jogász, szenátor, egészségügyi miniszter, Bukarest

Cseke Péter (1945) – irodalomtörténész, szerkesztő, egyetemi tanár, BBTE, Kolozsvár

Cseke Péter Tamás (1971) – szerkesztő, Bukarest

Demeter Csánád (1981) – történész, PhD, a Sapientia EMTE csíkszeredai oktatója, Szentgybára

Dézi Ildikó (1984) – újságíró, Kolozsvár

Farkas György (1941) – vegyész, Kolozsvár

Ferencz Zsolt (1986) – újságíró, Kolozsvár

Kass János (1927–2010) – képzőművész

Kántor Lajos (1937) – irodalomtörténész, az MTA doktora, Kolozsvár

Kenéz Ferenc (1944) – költő, Budapest

S. Király Béla (1957) – író, politikatörténész, filozófianár, Budapest

Kulcsár Gabriella (1952) – zenetanár, zenekritikus, doktorandusz, BBTE, Kolozsvár

Lászlóffy Csaba (1939) – költő, Kolozsvár

Péter László (1973) – szociológus, egyetemi adjunktus, BBTE, Kolozsvár

Pikó Bettina (1968) – orvos, szociológus, egyetemi docens, a Szegedi Tudományegyetem Magatartástudományi Intézetének kutatója

Rácz Éva (1974) – újságíró, miniszteri tanácsos, Bukarest

Sántha Judit (1960) – orvos, a Svédországi Magyarok Országos Szövetsége lapjának a szerkesztője, Stockholm

Tamás Dénes (1975) – doktorandusz, egyetemi tanársegéd, Sapientia EMTE, Csíkszereda–Sepsiszentgyörgy

Uray Zoltán (1931) – biológus, érdemes sportoló, az MTA külső tagja, Kolozsvár

Vallasek Júlia (1975) – irodalomtörténész, egyetemi adjunktus, PhD, BBTE, Kolozsvár

Zólyka Andrea Csilla (1978) – irodalomkritikus, PhD, Budapest–Kolozsvár

Zsigmond Andrea (1978) – kritikus, tanársegéd, BBTE, Kolozsvár

Támogatók



nka
Nemzeti Kulturális Alap



MINISTERUL
CULTURII ȘI PATRIMONIULUI
NAȚIONAL



MINISTERUL
CULTURII ȘI PATRIMONIULUI
NAȚIONAL

„Korunkban az egészségvédelemnek új perspektívát kell kapnia, amely figyelembe veszi a fogyasztói társadalomban uralkodó kulturális viszonyokat, az irányító értékrendszereket és társadalmi normákat. Az egészségvédelem középpontjába az életminőséget kell helyezni, amelyhez az út leginkább az egészségtudatosságon keresztül vezet. A valódi egészségtudatosság azt jelenti, hogy úgy alkalmazkodunk a külső és belső kihívásokhoz, hogy közben megőrizzük relatív egyensúlyunkat, harmóniánkat.”

(Pikó Bettina)

ISSN 1222 8338



4 LEJ • 500 FT

**NEW HEALTH CONSCIOUSNESS
NOUA CONȘTIINȚĂ A SĂNĂTĂȚII**