A magyar gyermek- és ifjúságpszichiátria fejlődésének legfontosabb akadályai

Kalmár Sándor

Magánrendelő, Kecskemét

A szerző megállapítja, hogy egyre súlyosabb akadályok tornyosulnak a fiatalok egészséges személyiségfejlődése előtt, amelynek következtében jelentősen megnövekedett a gyermekpszichiátriai ellátásra szoruló gyermekek száma. Felértékelődött a gyermek- és ifjúságpszichiátria szerepe, amely ma Magyarországon csak formális, hiányos, és nem tudja biztosítani a bizonyítékokon alapuló orvoslás elvei szerinti optimális gyermekpszichiátriai ellátást valamennyi rászoruló gyermek részére. Kiemeli, hogy a pszichiátriai zavarok első manifesztációjának 75%-a serdülőkorban és fiatal felnőttkorban jelentkezik. A különböző törvényekben és jogszabályokban foglaltak ellenére számos hiányosság nehezíti a gyermekek egészséges felnőtté válását, amelyek közül a gyermek- és ifjúságpszichiátria fejlődésének a legfontosabb akadályait elemzi. Hangsúlyozza a kulcsszemélyek tevékenységének szerepét, ismerteti a hazai gyermekpszichiátriai ellátás helyzetét és gondjait. Részletesen felsorolja az általa legfontosabbnak tartott ellentmondásokat, hiányosságokat és akadályokat, majd javaslatokat fogalmaz meg a jelenlegi krízishelyzet feloldására, amelyek segítségével hatékonyan és gyorsan lehetne javítani a jelenlegi tarthatatlan helyzeten. Külön kiemeli (1) a társadalom és a gyermekekkel foglakozó személyek és intézmények felelősségét, és az érdektelenséget a kompetens hatóságok körében. (2) A pedagógustársadalom válsága következtében kialakult, a szülők, a pedagógusok, az egészségügyi dolgozók, de az egész népesség körében előforduló szomatikus, mentális, kulturális és spirituális tudatlanságot. (3) A mentális zavarban és betegségben szenvedő gyermekek és kezelésük holisztikus szemléletének a hiányát. (4) Az idegrendszer működése ismeretének jelentőségét és hiányát a gyermekpszichiátriai ellátásban. (5) A gyermek- és ifjúságpszichiátriai ellátás bizonyítékokon alapuló orvoslás alapjaira helyezését, amelynek alapfeltétele az organikus idegrendszeri elváltozások és a mentális működések közti kapcsolat megértése és elfogadása. (6) A kulcsszemélyek saját kompetenciahatárainak a betartását. (7) A gyermek- és ifjúságpszichiátria ellátó, fekvő- és járóbeteg-ellátó intézményrendszerének azonnali teljes országos kiépítését. (8) A gyermekpszichiátriai szakvizsga reformját. (9) A jelenleg hiányzó, képzést és szakképzést elősegítő, korszerű tankönyvek és kézikönyvek megírását és az internethasználat előnyeit – ezekhez részletes javaslatokkal szolgál. (10) A mentális prevenció szinte teljes hiányát az oktatásban és az egészségügyben. (11) A lehetséges és megvalósítható lehetőségek figyelmen kívül hagyását. A gyermekpszichiátriai ellátás akadályainak leküzdése csak elhivatott gyermekpszichiáterek és gyermekpszichológusok, okos szülők, jól képzett házi gyermekorvosok, védőnők, kitűnő pedagógusok és egyéb elhivatott kulcsszemélyek összehangolt tevékenységével megvalósítható.

(Neuropsychopharmacol Hung 2016; 18(2): 093–109)

Kulcsszavak: gyermekpszichiátria, kulcsszemélyek, mentális tudatlanság, biológiai-pszichológiai-kulturális-szociális-spirituális modell, kompetenciahatárok, organikus idegrendszeri változások szerepe.

Amikor az ENSZ 1959. november 20-án tíz pontba foglalta a gyermekek jogait, és amikor az 1979. évet az ENSZ a gyermekek évének jelölte ki, bizonyára az alkotók nem gondolták, hogy megállapításaik a következő évezred első évtizedeiben sem veszítenek aktualitásukból. Mivel az első gyermekpszichiátriával foglalkozó úttörők között szerepelt néhány tanító is – pl. Schnell János –, veszem a bátorságot, hogy mint

tanító, pszichiáter és társadalom-orvostani szakember tegyem meg észrevételeimet a kérdés megoldása érdekében. Súlyos akadályok tornyosulnak a magyar fiatalok egészséges fejlődése, az egészséges felnőtté válás, és az egészséges magatartás kialakulása előtt, amelynek számos oka és bizonyítéka ismeretes (Nyilatkozat 1958; Kalmár P, 2011; Kalmár S, 2011a.b.c. 2013a.b.c. 2015a. 2016a.b.c).

A gyermekek egészséges személyiségfejlődése számos pilléren nyugszik.

1. Legfontosabb az egészséges idegrendszer, de ismerni kell a beteg idegrendszer tüneteit is. Széles körű ismeretekkel rendelkezünk az idegrendszer, az érzékszervek fejlődésével, a mozgásfejlődéssel, a percepció, az éberség, a tudat, a kognitív funkciók, az affektivitás, a kommunikáció, az elmeműködés organikus neurológiai, biokémiai elváltozásaival kapcsolatban, amelyek nem tükröződnek a gyermekpszichiátriai könyvek többségében. Az egészséges idegrendszer- és szomatikus fejlődés elengedhetetlen feltétele az ép személyiség kialakulásának.
2. A testi fejlődés mellett elengedhetetlenül fontos a mentális fejlődés részletes ismerete az egyes szakaszok kríziseinek és azok megfelelő megoldásának ismeretével. Erikson személyiségfejlődési kríziseinek helyes megoldása elengedhetetlen feltétel a következő krízis helyes megoldásához (Hilgard, 1962). A gyermekpszichiátriai könyvek jelentős része ezt vagy ismertnek feltételezi, vagy nem tulajdonít neki jelentőséget.
3. Megfelelő kulturális fejlődés. A jelenlegi iskolarendszer a súlyos nevelési hiányosságaival ezt sem tudja biztosítani, ezért nem tud sem a gyermekek, sem a felnőttek jelentős része megfelelően viselkedni (Kalmár, 2016c).
4. Spirituális fejlődés. Annak ellenére, hogy Magyarországon évtizedek óta foglalkoznak egyes pszichiáterek és pszichológusok a spiritualitással, a gyermekpszichiátriai irodalomból szinte teljesen hiányzik a spiritualitás mint fogalom, legfeljebb a pszichotikus állapotoknál említik a vallási téveszmét. A szülőknek, a gyermekpszichiátereknek, pedagógusoknak és valamennyi gyermekekkel foglalkozó hivatás és foglalkozás munkatársainak a vallást és a spiritualitást nem lenne szabad figyelmen kívül hagyni. Tudomásul kell venni a vallás, a spiritualitás, a személyes hit erejét, amely hatással van az ember fizikai, szomatikus, biológiai, mentális, pszichés, szociális és kulturális fejlődésére, amely elengedhetetlen fontosságú a személyiség fejlődésében, nélküle az ember képtelen a világban boldogulni, és hiánya az ember kiteljesedésének a korlátja. A felnőtt pszichiátria ezt már felismerte, alapkérdésnek tekinti, és önálló fejezetet szentel neki A pszichiátria magyar kézikönyve ötödik kiadásában (Füredi, Németh, 2015). A magyarországi középiskolások körében végzett spiritualitás-vizsgálat a nagy szórás ellenére alacsony spiritualitást mutat. Egyes középiskolákban a spiritualitás magas szintje elérte fiúknál az 52%-ot, lányoknál a 61,9%-ot. Más iskolákban a spiritualitás teljes hiánya elérte fiúknál az 52,8%-ot, lányoknál a 44.13%-ot (Kalmár, 2015f).

A szülők, a pedagógusok, az egészségügyi dolgozók, de az egész népesség körében előforduló mentális, kulturális és spirituális tudatlanság – amelynek hátterében elsősorban a pedagógus társadalom válsága áll – egyre nagyobb mértékben járul hozzá a gyermekek mentális zavarainak kialakulásához. Ma már a pszichiátriai zavarok első megjelenésére 75%-ban serdülőkorban és fiatal felnőttkorban kerül sor (Németh, 2014), ennek ellenére a gyermekpszichiátriai kezelésre és gondozásra szoruló gyermekek jelentős része nem jut el a megfelelő szakemberekhez, és nem kapják meg a megfelelő, korunk tudására épülő, evidenciákon alapuló segítséget (Balázs, Miklósi, 2015).

A gyermek nem csupán miniatűr felnőtt test, hanem egy különleges, egyedi, bonyolult, komplikált kifinomult, több dimenziós állandóan fejlődő fizikai, biológiai, szomatikus, mentális, pszichés, kulturális, szociális és spirituális lény. Törékeny és gyenge teremtés, idegen, nincs igazán otthon ebben a világban, ezernyi veszélynek és szenvedésnek van kitéve, és állandó küzdelmet folytat a fizikai, mentális, kulturális-társadalmi és metafizikai dzsungelekben, amelyek egy részét maga az ember hozta létre (Hankiss, 2006). Teljesen kiszolgáltatottan, éretlenül, félbemaradtan a fejlődésében, önállóan életképtelenül, magatehetetlenül, de hatalmas egyéni testi és lelki adottságokkal jön a világra. Megismerkedik a szülői házzal és annak szellemével, de individualitása következtében azzal csak feltételesen azonosul, és csak a nevelés segítségével válik életképessé. Ha az otthon és az iskola kusza, nem nyújt biztonságot, akkor a világ bizonytalanságának az érzését kelti. Mindez hihetetlenül megnöveli a nevelés jelentőségét, amelynek során időt és lehetőséget kell biztosítani a gyermekeink számára, hogy a születéstől a felnőtté válásig tartó krízisek során ne korlátozzuk, hanem segítsük kifejlődni bennük az érdeklődést, a kíváncsiságot, hogy képesek legyenek arra, hogy önmagáért élvezni tudják az életet.

A felnőtté válásig tartó út rendkívül göröngyös, azon számos buktató, biológiai-pszichológiai-szociális és spirituális krízis található, amelyet a gyermek az okos felnőttek, az egészséges család, a szakszerű és elhivatott egészségügyi és oktatási-nevelési intézmények munkatársai segítségével tud csak leküzdeni, és egészséges ép személyiségű felnőtté válni (Kalmár, 2011c). Mára a családok száma jelentősen csökkent, a nagycsaládok szétestek, az oktatási intézményekben válság alakult ki, ahol nincs egységes értékrend, nincs egészségtan tanítás, háttérbe szorult a nevelés, és a szülőket senki nem tanította meg arra, hogyan kell a gyermekeiket mentálisan gondozni, nevelni. Ez a tanítási és nevelési hiányosság is felelős a szülőkben keltett nagymértékű elbizonytalanodásért és szorongásért. Ha a felnőtteknek nem sikerül a gyermekek helyes nevelése, a gyermek megbetegszik és a kialakuló mentális és pszichiátriai zavarainak kezelése érdekében gyermekpszichiáter segítségére szorul.

Az utóbbi évtizedekben a hazai egészségügyben bekövetkezett kedvezőtlen változások nem hagyták érintetlenül a gyermek- és ifjúságpszichiátriai ellátást sem. A hazai gyermekpszichiátriai ellátás formálisan még jelen van, de a valóságban alig működik. Nincs mentális egészségnevelés, nincs mentális és gyermekpszichiátriai prevenció sem.

A KSH adatok évek óta az ellátás súlyos hiányosságára utalnak, bizonyítva, hogy a pszichiátriai kezelésre szoruló gyermekek nem kapják meg a szükséges alapvető ellátást sem, és ezért senki sem tesz semmit. A rendszerváltás legnagyobb vesztesei a gyermekek. Jogaikat a családoknak, a felnőtteknek, az óvodáknak, iskoláknak, illetve az államnak kellene biztosítania. Magyarország Alaptörvénye írja: „Minden gyermeknek joga van a megfelelő testi, szellemi és erkölcsi fejlődéshez szükséges védelemhez és gondoskodáshoz" (XVI. cikk (1).). „Mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez" (XX. cikk (1).). „Az egészség nem csupán a fogyatékosság és a betegség hiánya, hanem a teljes testi, lelki, (pszichés) szociális (kulturális, társadalmi, egzisztenciális) és spirituális jól-lét állapota" (WHO). De hiába ratifikálta a gyermekek jogairól szóló egyezményt a magyar parlament, hiába hirdette ki 1991-ben a LXIV. törvényben a gyermek jogairól szóló, New Yorkban, 1989. november 20-án kelt egyezményt (Egyezmény a gyermekek jogairól, 1989). Ma hazánkban a gyermekek jelentős része nem ismeri a jogait. Nem biztosított minden gyermek számára emberi méltóságának a tiszteletben tartása, egészséges testi, lelki, kulturális és spirituális fejlődése, nem mindenki számára biztosított az elvárható minőségű egészségügyi alapellátás. Az ország legnagyobb részén egyáltalán nem biztosított a teljes körű, bizonyítékokon alapuló gyermekpszichiátriai ellátás, az egészséges testi, lelki, kulturális és spirituális táplálkozás, az egészséges, tiszta környezet. Jelentős azoknak a gyermekeknek a száma, akik mennyiségileg és/vagy minőségileg éheznek, nem biztosított számukra a szociális biztonság. A mentális és pszichiátriai betegségben szenvedő, ellátásra szoruló mintegy félmillió veszélyeztetett gyermeknek csupán töredéke részesül megfelelő ellátásban, és a problémával kapcsolatos ismeretek hiánya, valamint az illetékesek jelenlegi hozzáállása semmi jóval nem kecsegtet. Magyarországon 1999. évben 41 gyermek- és ifjúsági pszichiátriai gondozóban 110 gyermekpszichiáter dolgozott, a betegmegjelenések száma 258 022 volt (158 034 fiú és 99 988 lány), 2010. évben összesen 47 gyermekpszichiáter (25 férfi és 45 nő), és a nyilvántartott betegek száma 13 958 beteg volt (9 212 fiú és 4 746 lány). A gyermek- és ifjúságpszichiátriai gondozók száma 41%-kal, az országban dolgozó gyermekpszichiáterek száma 57,3%-kal csökkent. A következő években a dolgozó gyermekpszichiáterek száma már nem szerepel a statisztikai évkönyvekben, csupán az országban nyilvántartott szakvizsgával rendelkezők száma, függetlenül attól, hogy hol dolgoznak. A 2013. évben a nyilvántartott gyermekpszichiáterek száma már 159 volt, annak ellenére, hogy nem szereztek 119-en gyermekpszichiátriai szakvizsgát. A gyermekpszichiátriai gondozókban nyilvántartott gyermekek száma 2013-ban 12 025 volt (7 543 fiú és 4 482 lány). Ez a szám 1 933 gyermekkel kevesebbet jelent 2010. évhez viszonyítva (13,85% csökkenés). A gyermek- és ifjúságpszichiátriai gondozók betegforgalma 155 166 fő volt (100 541 fiú és 54 627 lány) (KSH Évkönyvek). Ez a betegforgalomban 39,9% csökkenést jelent 1999. évhez viszonyítva. Hasonlóan jelentős csökkenés tapasztalható a látogatások számában is. A Vetró Ágnes által kimutatott 24,8% 2013. évben közel fél millió (495 480) kezelésre szoruló magatartás- és pszichiátriai zavarral küszködő gyermeket jelent (Vetró, 1997). A ténylegesen nyilvántartott betegek száma ennek mindössze 2,4%-a. Hol van az ellátásra szoruló 97,6%, azaz 483 455 gyermek? Mindezek azt bizonyítják, hogy az ellátás hiányos, és a pszichiátriai kezelésre szoruló gyermekek nem kapják meg a szükséges alapvető ellátást sem. A családok és a pedagógus társadalom is válságban van, ami nehezíti a gyermekek egészséges személyiségfejlődését. Egyáltalán nincs mentális prevenció sem az egészségügyben, sem az oktatási intézményekben. Tovább nehezíti a helyzetet az egységes értékrend hiánya az oktatási intézményekben, valamint az iskolai nevelés és egészségtan

tanítás hiánya miatt kialakult óriási mértékű mentális, kulturális és spirituális tudatlanság.

A helyzet tarthatatlansága miatt sürgősen komplex intézkedések sorát kell meghozni, amelyek közül elsősorban a gyermek- és ifjúságpszichiátriai helyzet legfontosabb ellentmondásait, lehetőségeit és feladatait, valamint a fejlődés akadályait próbáljuk meg feltárni.

A felnőtt pszichiátriai ellátás hiányosságainak elemzésénél feltárt alábbi okok a gyermekpszichiátriai ellátás fejlődésének is akadályai: 1.) A fogalmak tisztázatlansága. 2.) Szomatikus, neurológiai, mentális, kulturális-szociális, spirituális tudatlanság. 3.) Szervezetlenség a mentális nevelésben és a gyermekpszichiátriai ellátásban. 4.) Értékválság a társadalomban, annak ellenére, hogy a Bölcsek Tanácsa már 2008-ban létrehozta a Lényeges, Állandó, Örök Értékek Skáláját és azt eljuttatta az oktatási rendszer irányítóinak. 5.) A mentális prevenció szinte teljes hiánya mind az oktatásban, mind az egészségügyben. Nincs órarendszerű egészségtantanítás az iskolákban. 6.) Nemtörődömség és önzés. 7.) Érdektelenség a kompetens hatóságok körében. 8.) A lehetséges és megvalósítható lehetőségek figyelmen kívül hagyása (Kalmár, 2015d).

A JELENLEGI GYERMEKPSZICHIÁTRIAI ELLÁTÁS LEGFONTOSABB ELLENTMONDÁSAI ÉS AKADÁLYAI

A gyermekpszichiátriai zavarok és betegségek megértésében, és így a gyermekpszichiátria fejlődésében is a legtöbb ellentmondást ma az okozza, hogy figyelmen kívül hagyjuk a következő tényeket:

(1) Az egészségi állapot és az egészségügyi ellátás mennyiségi és minőségi megítélésében óriási egyenlőtlenségek találhatóak az országon belül, társadalmi csoportokon belül, szinte minden területen. A részletek megtalálhatóak a KSH és a WHO adatbázisában valamint számos közleményben (egészségi állapot, halálozás, reménytelenség, oktatási-nevelési hiányosságok, egészségügyi ellátás és a gyermek- és ifjúságpszichiátriai ellátó szolgálat hiányosságai, a társadalom, gazdaság, mentális-kulturális színvonal, a spiritualitás szintje stb.).

(2) Hazai és nemzetközi statisztikai adatok igazolják a magyar népesség önpusztító magatartását, amelynek következtében szinte minden halálok roszszabb nálunk, mint az EU-15 tagállamokban. Mindezek gyökere a kora gyermekkori nevelési, ellátási hiányosságokban és a mentális egészségtan tanítás hiányában keresendő.

(3) Nincsenek a gyermekek mentális állapotára vonatkozó, megbízható, részletes és pontos, országos epidemiológiai statisztikai adatok, azokra a jelenlegi gyermek- és ifjúságpszichiátriai ellátó szolgálat szabályozatlan dokumentációjából következtetni sem lehet.

(4) Az elmúlt években keletkezett, a gyermekek egészségével foglalkozó próbálkozások, programok, a WHO különböző stratégiáinak a magyarországi adaptációja nem jutott el soha a megvalósulásig.

(5) Figyelmen kívül hagyjuk, hogy a gyermek legalább négy egyenlő részből áll, amely részek csak didaktikai céllal választhatóak szét:

a. Fizikai, neurobiológiai, biokémiai, szomatikus rész.
b. Mentális, pszichés rész. A születéstől a felnőtté válás folyamatának (szubjektív) pszichológiai leírásait jól ismerjük, azonban az egyes fejlődési szakaszokról, azok egészséges és kóros elváltozásainak idegrendszeri morfológiai, biokémiai és funkcionális eltéréseiről kevés, a gyakorlatban hasznosítható, természettudományos, organikus neurológiai ismerettel rendelkezünk.
c. Kulturális, társadalmi, szociális rész. Az ember kultúrája mélyen gyökerezik az idegrendszerben, és ez határozza meg, hogyan észleljük a világot.
d. Spirituális rész. A misztikus és spirituális élmények mindig idegrendszeri változásokon alapuló módosult tudatállapotban nyilvánulnak meg. A spiritualitást objektíven nem tudjuk érzékelni, annak érzékszerve a hit. A korszerű gyógyítás holisztikus alapelve az embert biológiai, pszichológiai, kulturális és spirituális egységnek tekinti, és azt csak didaktikai céllal választja szét, tiszteletben tartva mind a négy rész specialitását (Kalmár, 2013a).

(6) Mind a négy rész, ugyanúgy, mint az egészség, szoros kapcsolatban van egymással. Az ember megértése az érzékszerveken keresztül szerzett információk által lehetséges, amelyekhez hozzátartozik a gondolkozó készség, amely a külvilággal való kapcsolat elsődleges, alapvető közege.

(7) Helytelen viszonyulás a gyermekpszichiátriához. A gyermek, és így a gyermekpszichiátria aspektusai: 1. szomatikus, neurológiai, biológiai, biokémiai; 2. pszichés, mentális; 3. kulturális, filozófiai, szociális, társadalmi, gazdasági, szociológiai, politikai, történelmi, mitológiai; 4. spirituális. A viszonyulás a különböző aspektusokhoz lehet 1. pozitív, komplex, holisztikus: mind a négy aspektust egyenlőként elfogadva, egymás megállapításait tiszteletben tartva; 2. ambivalens: a saját nézőpontját aránytalanul felnagyító, másokat figyelmen kívül hagyó, azok eredményeit tagadó, a holisztikus szemléletet tagadó; 3. negatív: egyes aspektusokat vagy azok részletét elszakítva

a többitől, azokat jelentéktelennek feltűntetve, a saját szempontokat egyedülállóan fontosnak tartva. Ennek a négy aspektusnak az aránya mindig befolyásolta a gyermekpszichiátria helyzetét és identitását, és amikor eltért a pozitív, holisztikus viszonyulástól, mindig veszélybe sodródott. Jelenleg is ennek vagyunk a tanúi.

(8) Nem ismeretesek még olyan részletes, teljeskörű biokémiai, ideg-kórszövettani, endokrinológiai vagy egyéb adatok, amelyek alapján elkülöníthetőek volnának a különböző gyermekpszichiátriai betegségek. Tudjuk, hogy a legkülönbözőbb külső-belső, fizikai, szomatikus, genetikai, toxikus, mentális, pszichés, kulturális, szociális, egzisztenciális és spirituális okok pszichiátriai zavarokhoz vezethetnek a gyermekeknél is, de nincs elég ismeretünk a biológiailag megalapozott diagnózis felállításához, és nincs megbízható biológiai markerünk a differenciáldiagnózishoz.

(9) Nem ismerjük a személyiségfejlődés részletes, egyes szakaszokra jellemző organikus idegrendszeri változásait, ezért azt csupán szubjektív módon, hermeneutikai módszerekkel magyarázzuk. Ha sikerül felderíteni az egészséges személyiségfejlődés és a kóros fejlődés tüneteinek organikus neurológiai alapjait, biokémiai elváltozásait, akkor lesz lehetőség új diagnosztikai rendszer és az elváltozások pszichofarmakológiai kezelési módszereinek a kidolgozására, valamint több pszichiátriai betegségben szenvedő gyermek meggyógyítására (Kalmár, 2015e).

(10) Figyelmen kívül hagyjuk a személyiségfejlődés biológiai, pszichológiai, kulturális és spirituális kríziseit. A különböző személyiségfejlődési modellek általában szubjektívek, és a folyamatok során tapasztalható elváltozások biológiai hátterének a magyarázatát meg sem kísérelik, annak ellenére, hogy a nem megfelelő krízismegoldások pszichopatológia tüneteit rendre felsorolják.

(11) A személyiségfejlődés egyes szakaszainak helyes krízismegoldása a továbblépés feltétele. Az egyes szakaszokban kialakult szokások egész életre szólnak. Például az alapvető egészségügyi szokások nagy része óvodás korban alakul ki (fürdés, tisztálkodás, fésülködés, meghatározott alkalmakhoz kötött kézmosás, fogmosás, evőeszköz használat, önálló testi táplálkozás, szoba és ágytisztaság stb.), azonban a lelki táplálkozás és higiéné háttérbe szorul, pedig ebben a korban alakul ki a kezdeményezőkészség vagy annak hiánya és a bűntudat is. A rossz krízismegoldás óvodáskorban kiöli a gyermekből a kreativitást, és ez ma jól látszik a középiskolás korúaknál tapasztalt nagyfokú motiváció hiányban.

(12) Különösen súlyos a serdülőkor helytelen kezelése. A személyiségfejlődés ötödik szakasza a serdülőkor, ahol a hangulatzavarok, a depresszió felismerésének és megfelelő kezelésének elmulasztása megnehezíti a felnőttkori pszichés zavaroknak a gyógyítását (Osváth 2012). A serdülőkori mentális zavarok, pszichopatológiai tünetek felismerésében fontos szerepe van a pedagógusoknak, mert a szülők mellett ők töltik a legtöbb időt a gyermekekkel és nekik kell leghamarabb észrevenni a gyermekek érzelmi, hangulati, magatartásbeli változásait és a pszichopatológiai, pszichoszomatikus tüneteket is. Ez ma nem minden iskolában történik meg (Pászthy, 2005). Örkényi és munkatársai vizsgálataikban azt találták, hogy a 7., 9. és 11. osztályos lányok 30%-a, a fiúk 17%-a számolt be jelentősebb hangulati problémákról (Örkényi, Kökönyei, Balogh, 2005).

(13) Figyelmen kívül hagyjuk, hogy az idegrendszer struktúrája és funkciói, az elmeműködés, a fizikai, kémiai, biológiai szociális, társadalmi és spirituális környezet egymástól elválaszthatatlan, egyik sem érthető meg a környezetéből kiszakítva.

(14) Valamennyi gyermekpszichiátriai zavarnak – ugyanúgy, mint a felnőtt pszichiátriai zavaroknak és pszichopatológiai tüneteknek – organikus neurológiai elváltozás az alapja. Bizonyítja ezt, hogy egyrészt ezek a pszichiátriai zavarok befolyásolhatóak, kiválthatóak, csökkenthetőek vagy megszüntethetőek biológiai vagy kémiai anyagok, gyógyszerek adásával, amelyeknek a hatásuk mellett vannak mellékhatásaik (Kalmár, 2014).

(15) A gyermekpszichiátria és a gyermekneurológia egymástól elválaszthatatlan. Ma számos orvos, köztük gyermekekkel foglalkozó pszichiáter és pszichológus nem foglalkozik a gyermekeknél található, főleg finomabb tünetek vizsgálatával, így azokat nem is ismerik fel. A gyermek-neurológiai tünetek felismerése csak orvostól várható el.

(16) Nem vesszük figyelembe a percepciózavarokat. Minden ember ugyanebben a világban létezik, de mindenki másként látja és tapasztalja meg a világot az idegrendszere, a pszichés állapota, az érzékszervei és a tudása függvényében. Tudunk a túlhalló gyermekekről, akiknek a hallása szélesebb hullámsávok hallására képes. Az ember megértése az érzékszerveken keresztül szerzett információk által lehetséges, amelyekhez hozzátartozik a gondolkozó készség, amely a külvilággal való kapcsolat elsődleges, alapvető közege. A pszichopatológiai tünetek mögött mindig megtalálható valamilyen percepciózavar, amely az idegrendszer szerkezeti vagy működési zavarának a következménye, annak ellenére, hogy sem a pszichopatológiai és pszichotikus tünetek, sem a percepciózavarok nem mindig jelentenek pszichi-

átriai betegséget és gyakran előfordulnak egészséges gyermekeknél és felnőtteknél egyaránt (Kelleher et al., 2013; Kalmár, 2010a).

(17) Az orvostársadalom nagy többsége sem felnőttkorban, sem gyermekkorban nem ismeri fel a pszichiátriai zavarokat, azokat sokszor nem tekinti betegségnek, ennek következtében a pszichiátriai zavarban szenvedő gyermekeket (és felnőtteket) az esetek legnagyobb részében nem tekinti betegnek. Ezeket a betegeket nagyon sok megaláztatás és frusztráció éri. A felnőtt lakosság hatalmas hányada is küszködik pszichiátriai zavarokkal és korántsem kapják meg azt az ellátást, amit az orvostudomány a mai állása szerint tudna biztosítani a számukra.

(18) A háziorvosi rendelők betegeinek igen nagy hányada pszichiátriai betegség – legtöbbször depresszió vagy szorongás – miatt keresi fel az orvosát, ahol ez nem kerül felismerésre és kezelésre sem. A bizonyítékokon alapuló orvoslás ma már bebizonyította, hogy a szív és agyi érrendszeri betegségek önálló rizikótényezője a depresszió, és hogy a depressziós betegek közül nagyságrenddel többen halnak meg szívinfarktus következtében, mint a nem depressziósok. A depresszió rendkívül nagymértékben károsítja az immunrendszert is. A rendkívül nagyszámú felnőtt pszichiátriai beteg a betegségét a gyermekkorában kezdte, ahol a megfelelő kezelést nem kapta meg. Gazdag irodalma van a gyermekkorban előforduló depressziós megbetegedéseknek.

(19) Egy 25 évvel ezelőtt oktatási céllal megjelent gyermekpszichiátriai kiadványban (DSM-III-R) még nem szerepel a hangulatzavar, mert azt feltételezték, hogy „csak megalázott, kishitű, szomorú, csalódott, passzív, bűntudatos, magányos, lehangolt, kirekesztett, szorongó, lassú, sírós, gátolt" gyermek létezik, depressziós zavarban szenvedő nem (Karczag, 2005).

(20) Téves az a gondolat, hogy a depressziót nem lehet felismerni a fiataloknál, mert a gyermekek és a fiatalok mind verbálisan, mind metakommunikatív módon jelzik a tüneteiket, csak okosan kell kérdezni és odafigyelni a gyermekre. Saját vizsgálataink és mások felmérései igazolták, hogy a középiskolás és egyetemista tanulók között a depressziós és szorongásos tünetek előfordulása aggasztóan magas.

(21) Magas a pszichoszomatikus megbetegedések száma a gyermekeknél, és a számuk növekvő tendenciát mutat a KSH adatai szerint. A pszichoszomatikus tünetek jelentős részéről a pedagógusoknak – és a szülőknek – fogalmuk sincs, ha mégis felismerik, nem tudják kezelni (Volentics, 2005).

(22) Az oktatásban és képzésben, de sokszor a betegellátásban sem használunk jól meghatározott, pontos fogalmakat, pedig számos értelmező szótár ma már hozzáférhető (Kalmár S, Kalmár P, 2007; Ozsváth, 2011).

(23) A gyermekpszichiátria az orvostudományon belül létező pszichiátria önálló ága, a gyermek- és serdülőkori mentális zavarok szaktudománya. Elsősorban a gyermekek és fiatalok normális testi, idegrendszeri, lelki, személyiség, kulturális, szociális és spirituális fejlődésével, nevelésével, tanításával, a mentális és viselkedészavarok tanulmányozásával, tüneteivel, betegségeivel, diagnózisával, komplex biológiai, pszichológiai, szociális, spirituális kezelésével, gondozásával és a patológiás elváltozások megelőzésével foglalkozik. Szoros kapcsolatban van valamennyi idegtudománnyal, a gyermekneurológiával, de a gyermekgyógyászat más ágaival is. A felnőtt pszichiátriában található elváltozások gyökerei a gyermekpszichiátriában találhatóak meg és a csak felnőtt korban előforduló pszichiátriai zavarokon kívül a gyermekpszichiátriában is előfordulnak, azonban a megjelenések formáit és tartalmát, valamint a kezelési módszereket az életkori sajátosságok jelentősen módosítják. A BNO-10 a gyermek- és fiatalkori pszichiátriai zavaroknak önálló fejezetet szentel (Ozsváth, 2011).

(24) Figyelmen kívül hagyjuk a történelmet. Emil Kraepelin már 1893-ban, holisztikus megközelítéssel három csoportját különböztette meg a pszichiátriai betegségek rendszerezésének. Ideális esetben a három csoport pontosan fedné egymást, azaz a hasonló okokból eredő betegség-eseteknek ugyanazok lennének a tünetei, és ezért a tetemeken ugyanazokat az anatómiai és patológiai elváltozásokat fedezhetnénk fel. Első: patológiai-anatómiai alapon való felosztás. Második: eredet szerint való rendszerezés. Harmadik: klinikai tünetek alapján történő besorolás (Földényi, 1992). Számos mai gyermekpszichiátriai könyv egyoldalúan közelíti meg a gyermekpszichiátriai zavarokat. Érdemes lenne ezen elgondolkozni, és változtatni rajta. A jelenlegi konszenzusra épülő, leegyszerűsítő nozológiai rendszerek (BNO-10, DSM-5) nem alkalmasak a gyermekpszichiátriai zavarok pontos meghatározásához (WHO-MPT, 1994).

(25) Tekintettel arra, hogy a mentális- és viselkedészavarok megértéséhez szükséges a gyermek négyes aspektusát figyelembe venni, érthető, hogy a gyermek fejlődésével, nevelésével, a szomatikus, mentális, kulturális és spirituális viselkedésének kutatásával, tanulmányozásával, a prevencióval a tudomány szinte minden területe foglalkozik, azonban a kórisme megállapítása, a betegek kezelése, gyógyítása és gondozása mindenkor orvosi feladat.

(26) A gyermekpszichiátria területén dolgozó más irányú végzettséggel rendelkező kulcsszemélyek nem minden esetben tartják be a saját szakmájuk szabályait, nem veszik figyelembe, nem tartják tiszteletben más szakterületek szabályait, törvényszerűségeit.

(27) Fontosabb kulcsszemélyek a gyermek és ifjúságpszichiátriában: gyermekpszichiáterek, gyermekorvosok, egészségügyi dolgozók, pszichológusok, szülők, rokonok. Bölcsődei gondozónők, védőnők, csecsemők és gyermekek ellátásával foglakozó szakemberek, óvónők, pedagógusok, oktatási intézményekben dolgozó egyéb szakemberek, papok, apácák és lelkészek, gyermek és ifjúságvédelmi szakemberek, gyermekekkel foglalkozó szociális területen dolgozó szakemberek, igazságügyi dolgozók (rendőrség, ügyészség, bíróság stb.) állami és politikai vezetők, média szakemberek, gyermekekkel és fiatalokkal foglalkozó szakemberek képzését biztosító főiskolák és egyetemek munkatársai, gyermekekkel foglalkozó szakemberek tovább-képzésével foglalkozó intézmények munkatársai stb.

(28) Veszélyt jelent, ha egyes kulcsszemélyek túllépik a saját kompetenciahatáraikat és beleavatkoznak a gyógyítási folyamatba, akár úgy, hogy lebeszélik a beteget a gyógyszerszedésről, akár úgy, hogy zsebből gyógyszerelnek (Kovács, 2012). A gyógyítás, a gyógyszeres kezelés mindenkor a gyermekpszichiáter feladata.

(29) Veszélyt jelentenek a magukat alternatív terapeutáknak nevező kuruzslók, akik ellen a „szakma válasza erőtlen védekezés a lélektanban jól ismert és teljesen hatástalan módokon (áttolás, kivetítés, tagadás stb.)" (Rajna, 2013).

(30) Nincs egységes értékrend sem az orvosok, sem a gyermekekkel foglalkozó kulcsszemélyek között (Csermely et al., 2009).

(31) A gyermekpszichiátriai kulcsszemélyek jelentős része megfelelő tudás hiányában csak a saját álláspontját ismeri el, az ettől eltérőeket nemcsak figyelmen kívül hagyja, de sokszor elutasítja.

(32) Nincs hatékony kommunikáció a gyermekpszichiáterek és az egyéb kulcsszemélyek között a megoldásokat illetően. Különösen igaz ez, ha a gyermek elleni szexuális abúzus kérdése vetődik fel.

(33) A gyermekek elleni abúzusok esetében sem a szülő, sem a gyermekpszichiáter, sem a gyermekpszichológus, de az óvónő sem mindig képes a megfelelő magatartásra, a kívánt szakvélemény megadására, amely aztán elősegíthetné a rendőrség vagy ügyészség munkáját, ezért ezeknek az eseteknek a jelentős része felderítetlen marad, és csak a későbbi életkorban jelentkező pszichiátriai problémák és zavarok, öngyilkos és önsértő magatartás, valamint a fiatal felnőttek elmondása utal a gyermekkori cselekményre. 24 esetből csupán egy esetre derül fény, és az elkövetők jelentős hányada nem részesül büntetésben (Horvát et al., 2011). A hivatalos statisztikai adatok alapján 2006-2010 között felderített gyermekek elleni szexuális bűncselekmények elleni eljárás során az elkövetők 22,6-45,35% részesült büntetésben. Sajnálatos módon a szexuális abúzusokról hivatalos, megbízható, pontos statisztikai adatok nem állnak rendelkezésre.

(34) Magyarországon alig néhány évtizede van önálló gyermek- és ifjúság pszichiátria, azonban a kezdeti óriási lendület a fejlődésben korán derékba tört, és a gyermekpszichiátriát befolyásolni képes negatív erők mindent megtettek ennek az elsorvasztásáért. Egyre növekszik a mentális zavarok száma már gyermekkorban, egyre súlyosabb a mentális tudatlanság.

(35) A mentális nevelésre és a gyermekpszichiátriai ellátásra növekvő igény ellenére egyre nagyobb mértékben romlik a nevelés színvonala, sorvad az ellátó szolgálat.

(36) Az egészségpolitika nem veszi észre a helyzet súlyosságát, de a gyermekpszichiátriai szakma is enervált, nincs egységes véleményen, a különböző területeken dolgozó gyermekekkel foglakozók közt sokan a saját, szűklátókörű véleményüket tartják egyedül üdvözítőnek, elutasítva a bizonyítékokon alapuló orvoslás szabályait.

(37) Figyelmen kívül hagyjuk, hogy a gyermekpszichiátriai tüneteknek, betegségeknek van egy objektív része, amely organikus idegrendszeri elváltozásokon alapul és természettudományos módszerekkel vizsgálható, és van egy szubjektív része, amely pszichés és kulturális, szociális megalapozottságú, inkább szociológiai, spirituális jellegű, és csak hermeneutikailag vizsgálható, természettudományos módszerekkel nem. Az ember és a világegyetem kizárólag természettudományos módszerekkel ma még teljesen nem ismerhető meg, de a kvantumelmélet megmagyarázhatja az eddig nem ismert pszichopatológia és a tudatosság misztériumát. A misztikus és spirituális élmények idegrendszeri változásokon alapuló módosult tudatállapotokon keresztül nyilvánulnak meg és a hitünk dönti el, hogy annak tartalmát elfogadjuk-e vagy sem. Az ősi beavatási szertartásoknál különféle anyagokat alkalmaztak, amelyek az idegrendszeri hatásukon keresztül módosították a tudatállapotot.

(38) Az orvosok, pszichiáterek és gyermekpszichiáterek és egyéb, a gyermekekkel foglalkozó kulcsszemélyek között jelentős az anatómiai, élettani, neurológiai, neurobiológiai, neuropszichofarmakológiai és pszichológiai ismeretek hiánya. Ennek oka az orvos-

képzés problémái közt keresendő, mert a hallgatók a tanulmányaik során nem tudják megfelelő módon elsajátítani a központi idegrendszer felépítésével és működésével kapcsolatos információkat (anatómia, élettan). Megfelelő alapok nélkül nem lehetséges a kóros agyi elváltozások megismerése, és sem a neurológiai, sem a pszichiátriai, gyermekpszichiátriai betegségek hátterének megismerése (Osváth, 2013).

(39) Nem tud érvényesülni a holisztikus testi-biológiai, pszichológiai, kulturális-szociális és spirituális modell, amelynek következtében számos gyermekpszichiáter, pszichológus és egyéb kulcsszemély nem fogadja el az idegrendszer szerepét a mentális és viselkedészavarok kialakulásában, a neuropszichofarmakonok szerepét a gyógyításban, és a betegek helyett csupán a tüneteket próbálja kezelni, szubjektív módszerekkel. A modern idegtudományi kutatások igazolják, hogy a kiváltó okoktól függetlenül hasonló központi idegrendszeri változások következnek be, ahogyan a farmako- és pszichoterpiás beavatkozások is közös agyi folyamatokon keresztül fejtik ki gyógyító effektusukat (Osváth, 2013).

(40) Az orvosok és egyéb egészségügyi dolgozók körében is gyakori a neuropszichofarmakológiai gyógyszerekkel kapcsolatos ismerethiány, amelynek következtében sokszor (etikátlanul!) megrémisztik a betegeket azzal, hogy egyes gyógyszerek valójában drogok, hagyják abba a szedését, mert veszélyesek és függőséget fognak okozni náluk. Különösen veszélyes ez a szorongó és depressziós gyermekek esetében, akiknek a kezelése mindenkor gyermekpszichiáter feladata.

(41) Óriási a jelentősége és a szerepe a központi idegrendszer struktúrájának és funkciójának, a neuropszichológiának és a neuropszichofarmakológiának mind a gyermek-, mind a felnőtt pszichiátria fejlődésében (Kalmár, 2014).

(42) Ma még kidolgozatlan a gyermekpszichiátriában is a sürgősségi pszichofarmakoterápia. Nincs sem európai, sem hazai irányelv, nincsenek kidolgozott protokollok, nincs olyan magyar nyelvű, korszerű gyermekpszichiátriai kézikönyv, amely a kérdéskörrel tudományos megalapozottsággal foglalkozna (Szegő et al., 2014).

(43) Sem az egészségpolitika, sem az oktatáspolitika nem biztosítja minden gyermek egészséges személyiségfejlődését, nem teszi meg a szükséges megelőzési erőfeszítéseket a gyermekek mentális egészségvédelme és mentális egészségtan oktatás mielőbbi bevezetése érdekében, pedig ennek a társadalmat érintő negatív következményei nagyon súlyosak.

(44) Az egészségtan-tanítás hiánya mellett súlyos probléma az iskola alkalmazottainak – és sokszor a szülők – negatív példamutatása. Mindannyian emlékszünk arra, hogy gyermekkorunkban milyen áhítattal ittuk a szüleink szavait az esti mesemondás során. A szülők, a pedagógusok, de valamennyi kulcsszemély viselkedése, magatartása, szavai, fontos kulturális, mentális-pszichológiai és spirituális táplálék a gyermek számára az egészséges személyiségfejlődés szempontjából. Az iskolai egészségnevelés alapvető feltétele a pedagógus mintaadó személyisége és mentálhigiénés felkészültsége, tudása (Meleg, 2002).

(45) Több évtizedes erőfeszítések ellenére még ma sincs egységes Mentális Prevenciós Stratégia (Kalmár, 2015 a. b.). A különböző pályázati pénzeket felhasználó programok hatékonyságának ellenőrzését és a felhasználásának értékelését a mai napig nem készítette el a pszichiátriai vezetés.

(46) Nincs a parlament által elfogadott lelki egészségvédő stratégia (Bitter et al., 2012).

(47) Nincs olyan internetalapú lelki egészséghálózat, amelynek honlapján mindenki megtalálhatná a számára szükséges és hasznos információkat. Ezt a hálózatot a virtuális országos gyermek- és ifjúságpszichiátriai intézetnek kellene működtetnie.

(48) Hiányzik az egyéni prevenciós kezdeményezések és vizsgálatok támogatásának hiánya, még akkor is, ha az nemzetközi támogatást élvez és súlyos problémák felderítését szolgálja.

(49) Súlyos probléma a mentális prevenció teljes hiánya.

(50) Hiányzik a virtuális országos gyermek- és ifjúságpszichiátriai intézet, hasonlóan a felnőtt virtuális országos pszichiátriai intézethez, és senki sem foglalkozik a megvalósításával. Ez az intézet nagyon sokat segíthetne a szülőknek, az orvosoknak és egészségügyi dolgozóknak, a pedagógusoknak és valamennyi kulcsszemélynek a tanításban, nevelésben, krízisintervencióban, képzésben és továbbképzésben egyaránt. Ezen a honlapon – a ma még nem létező, gyermek- és ifjúságpszichiátria magyar kézikönyvét e-könyv formájában hozzáférhetővé lehetne tenni az érdekeltek számára.

(51) Nincs szervezett internetalapú krízisintervenciós ellátás sem a gyermekek sem a felnőttek részére, pedig a világban már van számos követendő példa.

(52) Hiányos a gyermek és ifjúsági pszichiátriai ellátás intézményrendszere, különösen vidéken. A WHO és az Egészségügyi Minisztérium által előírt minimum rendelet követelményeit ilyen tendencia mellett az elkövetkező évszázadokban sem lehet elérni.

(53) Nincsen hatékony szupervízió. Jelenleg nincsen országos szakfelügyelő gyermek és ifjúságpszichiáter főorvos és csak három régióban van regionális gyermek- és ifjúságpszichiáter szakfelügyelő főorvos.

(54) Nincs egységes, szakmailag elismert, korszerű dokumentációs rendszer a gyermek- és ifjúságpszichiátriai ellátó szolgálatoknál. Egyes magánrendelők orvosai ma is papír-kartonon dokumentálnak (vagy úgy sem).

(55) A jelenlegi szervezettség a gyermek- és ifjúságpszichiátriai társadalomban hiányos, formális és felszínes, a rend szerepét egyre inkább a káosz foglalja el (Kalmár, 2015d).

(56) A gyermek- és ifjúságpszichiátriai kutatások széttagoltak és hiányosak, nincs együttműködés az egyes szakemberek között. Szinte semmilyen támogatásban nem részesülnek a nyugdíjas szakemberek. Különösen hiányosak a gyermekpszichofarmakológiai kutatások.

(57) Megnehezítik a fejlődést a népesség körében oly nagymértékben megtalálható előítéletek, a stigmatizáció, az elutasító attitűd a pszichiátriával szemben, amely főleg nevelési hiányosságokon alapuló szomatikus, mentális, kulturális és spirituális tudatlanságon alapul (Kalmár 2011a, b). A Brüsszeli Paktum ötödik prioritása a stigmatizáció elleni küzdelem, de ez ügyben sincs kellő hatékonyságú fellépés (Brüsszeli Paktum, 2008).

(58) A családok és a szülők nincsenek felkészítve gyermekeik mentális (kulturális, szociális, spirituális) nevelésére, az iskolákban a pedagógusok sem nem felkészültek, sem nem érdekeltek a nevelésben, pedig egyetlen nemzetnek sincs jövője, ha nem neveli a saját ifjúságát. Azokban az országokban, ahol a mentális egészségre való nevelés része a tantervnek, kevesebb a felnőttek között a pszichiátriai zavarokkal küszködők száma.

(59) A lakosság jelentős része nem ismeri el, hogy gyermekkorban lehetségesek pszichiátriai rendellenességek, hangulatzavarok, szorongásos zavarok, depressziós rendellenességek, és hogy ezeket lehet gyógyítani.

(60) Súlyos problémát jelent Magyarországon a mentális tudatlanság, civilizációnk negatív mellékterméke, amely ellen jelenleg hatékonyan nem sokan folytatnak tevékenységet, és ezt senki nem kéri számon az oktatási- nevelési rendszeren, amely ma átlagon felüli költségeken, átlagon aluli szinten, átlagon felüli egyenlőtlenségeket hoz létre (Cohen, 2006; Kalmár, 2011a, b).

(61) A háziorvosok és házi gyermekorvosok jelentős része nem rendelkezik megfelelő (gyermek-) neurológiai és pszichiátriai ismeretekkel, éppen ezért nem is végeznek mentális prevenciót és gondozást. A háziorvosi morbiditási statisztikák nem tartalmaznak pszichiátriai adatokat.

(62) A háziorvosi szolgálat munkáját segítő kezdeményezések nem kapnak támogatást a háziorvosi szolgálatot felügyelő szakfőorvosi hálózattól.

(63) Nincsen ismeretünk arról, hogy a pedagógusok mennyire ismerik önmagukat, mit tudnak a saját testi-lelki egészségükről, hogyan élik meg a konfliktussal teli mindennapjaikat, milyen problémamegoldó módszerekkel rendelkeznek, pozitívan gondolkoznak-e önmagukról, a környező világról, a jövőjükről, milyen tényezőknek tulajdonítanak jelentőséget az életminőségük alakításában, mit tesznek vagy nem az egészségük megőrzése érdekében. Ha egy pedagógus nem ismeri önmagát, nem tud, vagy nem akar szembenézni a problémáival, akkor a megoldási módok kereséséért sem fog semmit se tenni, és ezt a példát fogja mutatni a rábízott gyermekeknek (Meleg, 2002).

(64) Az iskolákban a pedagógusok többsége nem veszi észre a gyermekeknél jelentkező pszichopatológiai és pszichoszomatikus tüneteket, vagy ha észreveszi, azt a gyermek rosszaságának tartja és bünteti érte. Amelyik pedagógus észreveszi, az sem tud a pszichiátriai zavarral küszködő gyermekkel mit kezdeni, mert egyrészt nincs ilyen irányú tudása, ez nem is a feladata, de nem is tudja hová küldeni. A pedagógus társadalom válsága külön könyvet igényel (Kalmár, 2011c, 2015a, b, 2016c).

(65) Nevelési hiányosságok és az egységes alapértékek hiánya figyelhető meg számos iskolában (Csermely et al., 2009). A már serdülőkorban egyre elhatalmasodó önpusztító magatartás-formáknak fontos okai a nevelési hiányosságok. Ma az egészség nem érték. Egy a közelmúltban végzett vizsgálatunk nyolc középiskolában azt mutatta, hogy van ma Magyarországon olyan középiskola, ahol a lányok 52,9%-a naponta 5 szál cigarettánál többet szív (Kalmár, 2013b).

(66) Nem vesszük észre, hogy a kora gyermekkori lelki sérülések – amelyek többsége mögött nevelési hiányosság húzódik meg – képezik az alapját annak a súlyosan hiányos hatékonyságnak és egyéb pszichopatológiai tünetek előfordulásának, ami ma a középiskolások körében megtalálható.

(67) Súlyos gond a fiatalok öngyilkossága, önsértő magatartása. A 15-24 éves korosztály halálozásában első helyen szerepel az öngyilkosság több mint 20%-kal. (Afrikában a vezető halálok a 10–19 éves korcsoportban az AIDS.) Az öngyilkossághoz vezető út a kora gyermekkori lelki sérülésekkel kez-

dődik. Európában a serdülők mintegy 20%-nál megjelent az önsértő magatartásforma (Balázs, Kapornai, 2012; Horváth, Mészáros, Balázs, 2015; Kalmár, 2015c, 2016a).

(68) Figyelmen kívül hagyjuk már gyermekkorban a reménytelenség megjelenését, amelynek ma még nem ismerjük a biokémiai hátterét, de tudjuk, hogy jelentős szerepe van az öngyilkos magatartás kialakulásában. Saját vizsgálatainkban azt találtuk, hogy középiskolás tanulóknál hét iskolában vizsgálva a fiúknál 25%-44,4% közötti volt az enyhe reménytelenség, 8,2%-51,65% közötti volt a magas és súlyos reménytelenség aránya. Nyolc iskolában vizsgálva a lányoknál 14,7%-38,2% közötti volt az enyhe reménytelenség, 1,5%-41,2% közötti volt a magas és súlyos reménytelenség aránya. Nem véletlen a fiatalok magas öngyilkossági halálozása.

(69) Az egyetemekről és főiskolákról kikerülő tanítók, tanárok mentális ismeretei hiányosak, a tanárok jelentős része nem ismeri sem a gyermekeket, a gyermekek biológiai, pszichológiai, spirituális fejlődésének a kríziseit és azok nem megfelelő megoldásának a következményeit. Nem tudnak a gyermekeknek segíteni a gyermekek fejlődési kríziseinek a megoldásában, nem ismerik sem a pszichopatológiai és magatartás tüneteket, sem a pszichoszomatikus tüneteket, így azokat kezelni sem tudják, ezzel súlyosan károsítva a gyermekek fejlődését.

(70) Mentális egészségnevelés nélkül nem nevelhetünk egészséges, boldog felnőtteket. Az iskolában kell megtanulni minden gyermeknek, hogy az életnek van értelme, az élet célja az ember lehető legteljesebb önkifejezése meggyőződése szerint, és a biztonságérzés megszerzése, a saját azonosság fenntartása, az emberben rejlő képességek és ösztönök kifejezésre juttatása a legkevesebb kudarc árán. Minden embernek szüksége van valamilyen célra az életben, amit tiszteletben tart, és büszke, hogy dolgozik érte, mert csak így maradhat egészséges. Mindenkinek meg kell találni a módját, hogyan szabadulhat meg a felgyülemlett negatív energiáktól anélkül, hogy embertársaival összeütközésbe kerülne, és ha lehet, megnyerje jóindulatukat és megbecsülésüket. Minden értelmes emberi törekvés a boldogság megközelítésére és a szenvedés megszüntetésére irányul. Kopp Mária és Skrabski Árpád a magyar népesség életkilátásairól írt tanulmányukban fogalmazták meg, hogy az élet értelme élmény nem csak magában foglalja a sikeres megküzdés, megbirkózás képességét, hanem azt is, hogy az egyén bízik abban, hogy a változó körülmények között képes a megfelelő erőforrásait mobilizálni és erős „társadalmi tőkével" is rendelkezik. Az élet értelmébe vetett hit az életkortól, nemtől és iskolázottságtól független testi és lelki egészségi védőfaktor. Azonos életkörülmények között a társadalmi átalakulás negatív hatásai sokkal kevésbé érintik azokat, akik úgy érzik, életüknek van értelme (Kopp, Skrabski, 2006).

(71) Az iskolai prevenció lehetőségeinek figyelmen kívül hagyása annak ellenére, hogy ez lehetne a leghatékonyabb eszköz az egészséges személyiségfejlesztés maximális biztosítása érdekében.

(72) Az iskolai egészségnevelés elképzelhetetlen egészséges szemléletű pedagógusok nélkül, pedig ezekből ma egyre kevesebb van. A pedagógus személyisége és az általa közvetített pozitív vagy negatív minta megkerülhetetlen. Minden pedagógus közvetve vagy közvetlenül nevel egészségre vagy annak az ellenkezőjére (Meleg, 2002).

(73) Az egészséges életmódra nevelés hozzásegít az egészséges testi és lelki állapot örömteli megéléséhez. A pedagógusok jelentős része ma nem ösztönzi a tanulókat arra, hogy legyen igényük a helyes táplálkozásra, a mozgásra, a stressz-kezelés módszereinek alkalmazására, hogy legyenek képesek lelki egyensúlyuk megóvására, társas viselkedésük szabályozására, a konfliktusok kezelésére. Az iskola feladata, hogy a családdal együttműködve felkészítse a tanulókat az önállóságra, a betegség-megelőzésre, továbbá a szabályok betartására a közlekedésben, a testi higiénében, a veszélyes körülmények és anyagok felismerésében, a váratlan helyzetek kezelésében. A pedagógusok nem motiválják és segítik a tanulókat a káros függőségekhez vezető szokások kialakulásának a megelőzésében (Nemzeti Alap Tanterv, 2012. 10 642. o.).

(74) Tudomásul kell venni, hogy az iskolákban csak az tanítható meg, amit tanrend szerint, rendszeresen tanítanak és számon kérnek a tanulóktól. Az egészségnevelést, különösen a mentális egészségnevelést laikusokra, osztályfőnökökre bízni a legsúlyosabb jele a tudatlanságnak. Az is ellentmondásos, hogy egészségtantanár-képzés van, de egészségtan tantárgy nincs ma már az iskolákban (Kalmár, 2011c, 2016c).

(75) Az egészségtan legalább olyan fontos, mint a többi tantárgy, a magyar nyelvtől a matematikán keresztül az erkölcstanig. Nem a biológia, nem az osztályfőnöki óra témája, azt órarendszerűen, rendszeresen tanítani kell, ahogyan az Alaptanterv ezt elő is írja (sajnos oly módon széttagolva, hogy alig követhető). Az orvosegyetemeken tanítanak anatómiát és élettant, de aki csak anatómiai és élettani ismeretekkel rendelkezik, az még nem orvos és nem tud gyógyítani. A legkitűnőbb biológia tanár sem alkalmas egészségtan tanítására, hacsak nem rendelkezik egészségtan tanári végzettséggel is.

(76) Addig nem beszélhetünk megelőzésről, amíg nincsen megint tanrend szerint tanított egészségtan tanítás az iskolákban. Apáczai Csere János (1625–1659) óta tudjuk, hogy az egészségtan tanítása elengedhetetlenül fontos. (Az Apáczai Csere János díjat évente 60 pedagógus kaphatja meg. Akik eddig megkapták, mit tettek az egészségtan tanítás bevezetése érdekében?) Pápai Páriz Ferenc (1649–1716) *Pax corporis* című könyvében számos hasznos egészségmegőrző tanácsot javasol. Bene Ferenc orvos, egyetemi tanár (1775–1858) már 1833-ban az *Elementa medicinae practicae* című művében szükséges és égető problémának nevezte a diákok egészségtanra való oktatását. Fodor József (1843–1901) 1876-ban, az első magyar közegészségügyi törvény elfogadása előtt kezdeményezője volt az iskolaorvosi hálózat megteremtésének, és az egészségügyi ismeretek széles körű terjesztésének.

(77) Elfelejtjük Fodor József szavait: „Az egészség védelme nem csak orvosi, de nevelési feladat is. Ha többet nevelünk, kevesebbet kell gyógyítanunk."

(78) Székely József Iván akadémikus szerint az iskolai egészségnevelés csődje a magyar nép fizikai hanyatlásához vezet.

(79) 2002-ben Bács Kiskun megyében a katonai sorozásnál 4044 fiatalt találtak alkalmasnak és 1738 fiatalt alkalmatlannak. Ez 42,98%. Az alkalmatlanok 38,78%-a neurológiai és pszichiátriai rendellenesség miatt volt alkalmatlan. Ezen fiatalok többsége egészséges kisgyermekként született, és az élete első két évtizedében károsodott anélkül, hogy a megfelelő gyermekpszichiátriai ellátást megkapta volna.

(80) Nincs szervezett önsértő és öngyilkos magatartás és megelőzés kutatás a gyermekpszichiátria területén sem, annak ellenére, hogy ez súlyos probléma serdülőkorban (Csorba, 2005), és évek óta a korcsoporton belüli halálozásokat vizsgálva a 15–24 korcsoportban az öngyilkosság a vezető halálok, több mint 20%-os értékkel.

(81) A krízishelyzet megoldására utaló közlemények és előadások rendre visszhang nélkül maradnak, azok megvalósítása nem történik meg.

(82) A magyarországi gyermekpszichiátriai témájú könyvek, tankönyvek hiányosak, egyoldalúak, a bizonyítékokon alapuló orvoslás követelményeinek nem mindig felelnek meg. Nincs ma (2016-ban) olyan magyar nyelvű gyermekpszichiátriai tankönyv vagy kézikönyv, amely önállóan alkalmas lenne a gyermekpszichiáterek képzésére, amely a gyermekpszichiátria holisztikus megközelítésén alapulva foglalkozna a gyermekpszichiátriai elváltozások részletes organikus idegrendszeri alapjaival, részletes genetikával, a pszichopatológiai fogalmak pontos meghatározásával, a korrekt etiológiával, epidemiológiával, természettudományos alapokon nyugvó új, korszerű nozológiai rendszer kidolgozásával, komplex bizonyítékokon alapuló terápiákkal és a részletes prevencióval. Hiányoznak a részletes és pontos gyógyszeres terápiás-protokollok, amelyek elengedhetetlenül fontosak a pszichológiai, mentális, kulturális, szociális, spirituális és nevelési beavatkozások mellett. A tankönyvben és/vagy kézikönyvben az egyes fejezetek a megírását különböző szakterületek szakértőire vagy szakértőiből összeállított csoportokra kell bízni, amely csoportokon belül minden szerző a saját kompetencia határait betartva végzi a munkáját. Ha a csoportok munkáját gyermekpszichiáter koordinálja, nem fordulhat elő, hogy az etiológiai fejezetből kimarad az idegrendszeri elváltozások ismertetése, vagy nem orvosi végzettségűek orvosi témakörökben laikusként nyilatkoznak, a terápiában mellőzik vagy bagatellizálják a gyógyszeres terápiákat, általánosítanak, és feltételes módban fogalmaznak. A legkitűnőbb könyvek értékét is megkérdőjelezi, ha csak egyetlen fejezetben nem orvosi végzettségű szerző orvosi kérdésekben foglal állást, nem is mindig korrekt módon.

(83) A nem orvosi végzettségű fejezet írójától nem is várható el, hogy orvosi témakörökben, gyógyszeres terápia meghatározásában nyilatkozzék, de ha mégis állást foglal, akkor is csak közhelyeket és általánosításokat ír le, amely nem segít sem az orvostanhallgatóknak, sem a szakvizsgára készülőknek, de a továbbképzést kereső gyermekorvosoknak sem. Külön probléma, ha ezt a könyv lektorai sem veszik észre. A legutolsó gyermek- és ifjúságpszichiátriai kézikönyv Vetró Ágnes és W.L.I. Parry-Jones szerkesztésében húsz évvel ezelőtt jelent meg (Vetró, Parry-Jones W.L.I. 1996).

(84) Még nem készült el a gyermek- és ifjúságpszichiátria magyar kézikönyve.

(85) Szükség lenne egy a gyakorlatban a nem gyermekpszichiáterek részére készített gyermek- és ifjúságpszichiátriai vademecum című könyvre, amely tartalmazná a sürgősségi gyermekpszichofarmakológiai ismereteket is, és amelyet gyakorlati haszonnal forgathatnának a gyermekorvosok, a sürgősségi betegellátó osztályok orvosai, a társszakmák orvosai és a kulcsszemélyek is.

(86) Nincs a gyermek- és ifjúságpszichiátriának rendszeres szakmai folyóirata, még virtuális formában sem.

(87) A gyermek- és ifjúságpszichiáter-képzés oly mértékben nehezített, hogy alig van arra mód, hogy valaki másodszakvizsgaként gyermekpszichiátriai szakvizsgát szerezzen. Nem hogy érdekeltség nincs

a rendszerben, de kifejezetten nehezített a szakvizsga megszerzése, pedig az Európai Orvosi Unió már 1994-ben alapszakvizsgának minősítette a gyermekpszichiátriát. A vidéki kórházaknak egyáltalán nem érdekük a gyermekpszichiáter képzés. Ha figyelembe vesszük, hogy a gyermek-lakosság mintegy kettő millió, egy gyermekorvosra kb. 650 gyermek, egy gyermekpszichiáterre mintegy 42 000 gyermek jut. Természetesen a fővárosban és a nagy városokban jobb a helyzet, de vidéken nem beszélhetünk gyermekpszichiátriai ellátásról.

(88) Egy-egy megyében alig egy-két gyermekpszichiáter található, az előjegyzésre heteket kell várni, az ellátásért néha 100 kilométert is kell utazni beteg gyermekkel. Vagy a rendkívül költséges magán gyermekpszichiátereket lehet igénybe venni a fővárosban és egyes egyetemi városban. Pszichoterápiáról pedig álmodni sem lehet.

(89) A jelenlegi finanszírozási rendszerben a gyermekpszichiátriai ellátásnak olyan magas a költségigénye és olyan alacsony a finanszírozása, hogy egyáltalán nem éri meg gyermekpszichiátriai osztályt működtetni.

(90) A pszichiátriai és gyermekpszichiátriai továbbképzések összehangoltságának hiánya, a kötelező továbbképzések elismerésének ellentmondásai, a különböző képzések, konferenciák, vándorgyűlések szervezettségének hiányosságai, ellentmondásai. Az egyes témakörök számos szekcióba történő szétaggoltsága következtében lehetetlen követni az ott elhangzottakat. Nem történik meg az egyes szekciókon elhangzott előadások részletes értékelése a különböző szakterületek szakemberei részéről.

(91) A jelenlegi továbbképzési rendszer elégtelen. Nincs internetalapú orvos- és pedagógus-továbbképzés, amellyel kapcsolatban számos közlemény, javaslat és előadás született, de ez ideig senki nem vette komolyan (Kalmár, 2009, 2010c, d, e, 2012).

(92) Nincs mentális nevelés a médiában, viszont a törvényellenes kuruzslások műsorait sem a szakma, sem a hatóságok nem kifogásolják.

(93) Hiányzik a média felelőssége, a médiában elhangzó téves nyilatkozatok korrekciója, a magukat szakembereknek kiadó laikusok téveszméinek a korrekciója. A pszichiátriai vezetés figyelőszolgálatának azonnal minden téves információ helyreigazítását kellene kérni.

(94) Az ország vezetői, a parlament képviselői, a politikusok egy része, számos média képviselői teljes mértékben tudatlanok a gyermekek mentális állapotával kapcsolatban, és a pszichiátriai szakma sem tesz meg mindent ezeknek a hiányosságoknak a pótlására.

(95) A politikai és szakmai vezetők annyira elfoglaltak a saját problémáikkal, hogy a népesség mentális állapotának a javítására már nem tudnak odafigyelni.

(96) Az egészségügyi kormányzat még nem jutott el odáig, hogy felismerje: a jövőnk záloga az egészséges fiatalság, annak ellenére, hogy az utóbbi időben szerencsére egyre többször lehet hallani azt a több ezer éves igazságot, hogy az ép test mellett az ép lélek mennyire fontos.

(97) A szükséges törvényi szabályozás hiányos, az elfogadott nemzetközi egyezmények, javaslatok betartását senki nem ellenőrzi.

a. A számtalan jogszabály ellenére sincs egységes szabályozás, amely előírná, mit kell tenni a mentális prevenció érdekében, a gyermekeink egészséges személyiségfejlődésének biztosításáért és a mentális zavarok kezeléséért. Ez okozza, hogy ma számos mentálisan és kulturálisan tudatlan, magát szakembernek tartó egyének és szervezetek, sokszor pszichiátriai ismeretekkel nem rendelkező orvosok, természetgyógyászok, kuruzslók és más laikusok is veszik a bátorságot, hogy tanácsokat osztogassanak, és a pszichiátriával szembeni ellenérzéseket fokozzák az amúgy is súlyos mentális zavarokkal küszködő népesség körében. Ebben súlyos a média felelőssége, amely szintén a tudatlanság és a szabályozatlanság áldozata.
b. Nincs az országgyűlés által elfogadott lelki egészségvédelmi stratégia.
c. Nincs az országgyűlés által elfogadott öngyilkosságmegelőző stratégia (Kalmár et al., 2012; Kamár, 2015a, c).
d. Nincs az öngyilkosság megelőzését szolgáló törvényi szabályozás.
e. Nincs az internet működését meghatározó törvényi szabályozás.

(98) Amennyiben az ország anyagi helyzete nem engedi meg az optimális szintű komplex nevelés és gyermek- és ifjúságpszichiátriai ellátás maradéktalan biztosítását, pontosan meg kell határozni, hogy a megelőzés és az ellátás területén mi biztosítható minden gyermek számára az iskolarendszeren és az egészségügyi ellátó rendszeren belül, és mi nem. (I. nincs ellátás, II. katasztrófaelhárítás szintje, III. minimális ellátás szintje, IV. szükséges ellátás szintje, V. optimális ellátás szintje. Érdemes lenne megvizsgálni, hogy a gyermekeink a fenti ellátási szintek közül melyikben, milyen arányban részesülnek.) Az állami oktatásban ugyanazt a nevelést és oktatást kellene megkapni a főváros luxus negyedében élő gyermeknek, mint a fővárostól több száz kilométerre élő, sokszor több-

szörösen hátrányos helyzetű – tanyasi vagy kistelepülési – gyermeknek. Ezt a régi idők egyházi iskolái tudták biztosítani, lehetőséget teremtve a szegény, de tehetséges gyermekek számára, akiknek a többsége ma az iskolából kikerülve „káromkodik vagy fütyörészik", pedig „minden más táján a világnak szent dalnok lett volna belőle". Az állami egészségügyi szolgáltató rendszeren belül minden gyermeknek meg kell kapni a szükséges, optimális gyermekpszichiátriai ellátást.

(99) Nem látszik a szándék a népesség körében fellelhető mentális kulturális és spirituális tudatlanság felszámolására.

(100) A problémákra figyelmet felhívó szavak és írások többnyire pusztába kiáltó szavak maradnak.

JAVASLATOK

1. El kell dönteni, hogy mikor kívánja a politika, a társadalom ezt a kérdést megoldani. Aktuális-e ma a gyermekpszichiátriai probléma felvetése és megoldása? Milyen mértékben? Ki kell jelölni azt az időpontot, amikorra legalább a III. minimális ellátás szintjét vagy a IV. szükséges ellátás szintjét minden gyermek számára tudjuk ténylegesen biztosítani. Minél később kezdünk neki, annál drágább árat fogunk fizetni érte.

2. Az együttműködés feltételeinek a kidolgozása. „Az ideg-elmeorvoslás szereplői egymásra vannak utalva. Szakmai kollégiumok, egyetemi szakmai grémiumok, orvos társaságok, az intézményrendszer egységei csak a folyamatos, kölcsönös érdekegyeztetés és együttműködés útján haladhatnak" (Rajna, 2013). A szakmai vezetésnek összefogással, mindenütt határozottabban és részletesen kidolgozott stratégiával kell az ország vezetőit megkeresni és érvényesíteni a gyermekek jogainak és ellátásának a megvalósítását. Ez a nevelést és a gyermekpszichiátriai ellátást is magában foglalja.

3. Sürgősen ki kell dolgozni egy krízis programot, a rövidtávú, a középtávú és a végleges megoldás terveit mind a főváros, mind a nagy városok, mind a vidéki gyermekek részére.

4. Haladéktalanul létre kell hozni (1) az országos gyermek- és ifjúságpszichiátriai intézetet, (2) a virtuális országos gyermek- és ifjúságpszichiátriai intézetet az országos intézeten belül. (3) Minden orvostudományi egyetemen létre kell hozni önálló gyermek- és ifjúságpszichiátriai tanszéket. (4) Minden megyében létre kell hozni, önállóan vagy a gyermekosztályokon belül gyermekpszichiátriai részlegeket. (5) Minden kórházban létre kell hozni a gyermekosztályokon belül gyermekpszichiátriai részlegeket, valamint a járó beteg ellátást biztosító gyermek- és ifjúságpszichiátriai gondozókat. Ahol ez nem történik meg, a mulasztókat felelősségre kell vonni. (6) Lehetőséget kell teremteni a házi gyermekorvosoknak a gyermek- és ifjúságpszichiátriai szakvizsga megszerzését követően a szakellátás biztosítására. (7) Egységes dokumentációs rendszert kell létrehozni, amely a magánrendelőkre is érvényes. (8) Legalább minden megyében nappali szanatóriumok létrehozása. (9) Biztosítani kell a fiatalkorúak büntetés végrehajtó intézményeiben az optimális gyermek és fiatalkorú pszichiátriai ellátást. (10) Biztosítani kell a gyermekpszichiátriai szociális háló és a speciális oktatást nyújtó intézmények kiépítését, ezek működésének összehangolását. (11) Elengedhetetlen a gyermekvédelmi és gyermekjóléti szolgálatok fejlesztése, valamint a gyermek- és ifjúságpszichiátriai intézmény rendszer közötti együttműködés hatékonyabbá tétele. A jelenlegi oktatási rendszer alkalmatlan a gyerekpszichiátriai betegségekben szenvedő gyermekek oktatására és nevelésére. A különböző szakterületek közötti együttműködés feltételei adottak, hiszen egy minisztérium felügyeli mind az egészségügyet és szociálpolitikát, mind az oktatást. (12) Külön figyelmet kell fordítani a mentális prevencióra mind az egészségügyben, mind az oktatásban. Az ország jövőjéről van szó! A felnőtt pszichiátriai osztályokhoz csatolni a gyermekpszichiátriai részlegeket ma Magyarországon lehetetlen, mert szinte mindenütt katasztrofális a pszichiátriai osztályok helyzete.

5. Az ÁNTSZ szerepének a növelése. Ha az ellenőrzések során figyelembe vennék a jelenlegi hatályos rendelkezéseket, a magyarországi pszichiátriai osztályok egy része azonnal bezárásra kerülne (Kalmár, 2010b). Az épületek többsége régi, lepusztult állapotban lévő, zsúfolt, ahol embertelen körülmények között, sokszor a folyosón is fekszenek betegek. Magyarországon néhány luxusbörtönben jobbak a körülmények és az ellátás. Az osztályok a súlyos szakdolgozói létszámhiány ellenére tele vannak alkohol-betegekkel, hajléktalanokkal, magatehetetlen, zavart idősekkel, akiknek, nincs megoldva a szociális helyzetük, és számos osztályon sorozatban követnek el bűncselekményeket, öngyilkosságokat. A szakmai vezetés nyilatkozatai, az ombudsmani vizsgálatok eredményei alapján ma nem minden pszichiátriai osztályon biztosított a betegek élete. Mindez számos szülőt, gyermeket és hozzátartozót jogosan visszariaszt a felnőtt pszichiátriai osztályra történő befekvéstől. A jelenlegi zsúfoltság miatt ezeken az osztályokon nincs lehetőség sem korszerűsítésre, sem újabb kórtermek kialakítására, sem arra, hogy a kisgyermekkel az édesanyja együtt maradjon, ha be kell feküdnie.

6. A gyermekgyógyászati, pszichiátriai, gyermekpszichiátriai és pszichológiai szakmai kollégiumoknak, a jelenlegi országos intézeteknek haladéktalanul ki kell dolgozniuk a komplex gyermek- és ifjúságpszichiátriai ellátás megoldásának rájuk eső részeit. Legfontosabb feladat minden megyében és nagyvárosban, minden kórházban kialakítani a gyermekpszichiátriai járóbeteg-ellátás megvalósítható minimum-feltételeit, és az ehhez tartozó járó és fekvőbeteg részlegeket, osztályokat. Ideális lenne 40-50 kilométeres körzeten belül gyermekpszichiátriai elérhetőséget biztosítani.

7. Fel kell kérni a mindenkori köztársasági elnököt, hogy legyen védnöke a fiatalok egészséges személyiségfejlődésének.

8. Fel kell kérni a mindenkori egészségügyet és oktatásügyet irányító minisztert, hogy egyrészt vegye figyelembe a saját maga által kijelölt szakmai kollégiumok javaslatait és valósítsa meg.

9. Sürgősen módosítsa a szakvizsgarendeletet oly módon, hogy a jelenleg gyermek és ifjúsági ellátást végző szakorvosoknak, gyermek háziorvosoknak és minden gyermekorvosnak legyen lehetőségük második szakvizsgaként gyermekpszichiátriai szakvizsga megszerzésére oly módon, hogy ez ne akadályozza a jelenlegi munkavégzésüket. A jelenlegi kitűnően működő házi gyermekorvosi hálózat orvosait érdekeltté kell tenni abban, hogy ráépített szakvizsgaként gyermekpszichiátriából szakvizsgát szerezzenek, a területükön gyermekpszichiátriai rendelést és gondozást végezzenek, és ezért megfelelő anyagi juttatásban részesüljenek az OEP részéről. A szakvizsga megszerzéséhez az elméleti tudást a virtuális országos gyermek- és ifjúságpszichiátriai Intézeten keresztül lehet a részükre biztosítani, ahol a közeljövőben elkészítendő, A gyermek- és ifjúságpszichiátria magyar kézikönyve és a gyermek- és ifjúságpszichiátriai vademecum című könyveket elektronikus formában lehetne a részükre biztosítani. Mindkét könyv szerkesztésével kapcsolatban vannak elképzeléseim. Az internet segítségével, ezzel a módszerrel jelentősen lehetne emelni a gyermek és ifjúságpszichiáterek számát. A jelenlegi szakképzési rendszer egyáltalán nem teszi lehetővé a munka melletti gyermekpszichiátriai szakvizsga megszerzését. Ha ezen nem változtatunk, az elkövetkezendő több-száz év sem lesz elegendő kellő számú szakember képzésére. A felnőtt pszichiáterek átképzése nem megoldás, mert tovább csökkentené az amúgy is alacsony létszámú és csökkenő tendenciát mutató felnőtt pszichiáterek számát, az egyetemről kikerülők részére pedig sem lehetőség sem motiváció ma Magyarországon nincs. Amennyiben ezzel a módszerrel a több mint háromezer csecsemő- és gyermekgyógyász legalább 20%-a ráépített gyermekpszichiátriai szakvizsgát szerezne, ez néhány év alatt hússzorosára növelné a jelenlegi gyermekpszichiátriai szakvizsgával rendelkezők számát, ugrásszerűen emelve az ellátás színvonalát. Bács-Kiskun megyében Kiskunhalason heroikus erőfeszítésekkel kiképeztünk két gyermekpszichiátert, akik közül egyik ma a felnőtt pszichiátriai részleget vezeti, a másik házi gyermekorvosként dolgozik. Szerencsére a tudásuk a megyén belül maradt, és legalább az ő területükön megfelelő szakellátást kapnak a rászoruló gyermekek. Ekkora pazarlást is csak mi engedhetünk meg.

10. Részletesen ki kell dolgozni a nevelés területén sürgősen bevezetendő feladatokat, amelyek közül a legfontosabb az egészségtan tanítás – ezen belül a mentális egészségtan – bevezetése az általános és középiskolákban. Azokban az országokban, ahol a mentális egészségre való nevelés része a tantervnek, kevesebb a felnőttek között a pszichiátriai zavarokkal küszködők száma. Az iskoláknak fontos feladataik vannak a gyermekkori mentális egészségnevelésben, a mentális zavarok felismerésében és a mentális prevencióban, amely ugyan nem elsősorban pedagógiai beavatkozást igényel, de a felismeréshez feltétlenül szükséges a pedagógus (Kalmár, 2016c). Az egészségnevelés, az egészségfejlesztés, a primordiális és elsődleges megelőzés elsősorban az iskolák, a pedagógusok feladata volna az egészségügyi intézmények mellett.

11. Létre kell hozni az interneten keresztül működtetett krízisintervenciós szolgálatot. Ahogyan a telefonon keresztüli pszichoterápia, hasznos, és ma már elfogadott a pszichiátriában ugyanúgy ezt a lehetőséget az iskolában az interneten keresztül is megvalósíthatjuk. Az internet tud segíteni a lelki problémákkal küszködőknek, még az öngyilkosságra készülőknek is, biztosítva azonnali, őszinte, intenzív segítséget. Egy iskolai mentális weboldal biztosíthatja a szükséges, folyamatos, naprakész információkat, a különböző segítséget nyújtó szolgáltatások nevét és elérhetőségét, a sürgősségi telefonszámokat, e-mail címeket, javasolt könyveket és szakfolyóiratokat, a stresszel küszködők részére hasznos weboldalakat a használók részére, valamint azt, hogy hogyan lehet jelentkezni önkéntes segítőnek, és hogyan lehet a weboldal működését támogatni. Az internet hatékonysága a hagyományos telefonos lelki segélyszolgálatoknak a többszöröse. 2000. évben kezdte meg a működését Izraelben a www.sahar.org.il. (Héber betűszó: jelentése: támogatás és meghallgatás a neten). Alapja az a gondolat, hogy az internet tud segíteni a súlyos lelki problémákkal küszködőknek, az öngyilkosságra készülőknek, biztosítva azonnali, őszinte,

intenzív segítséget. Izraelben nagyon alacsony az öngyilkosságok száma (100 000 lakosra 4-5 öngyilkos áldozat jut, szemben a magyarországi 24,9 értékkel), ennek ellenére a weboldal kiváló prevenciós segítséget nyújt. A hátránya, hogy kizárólag héber nyelven hozzáférhető. Havonta legalább tízezren keresik meg, (napi 300-350 kapcsolat) egy kapcsolat 45-60 percig tart, és ezek közül körülbelül ezer ember számára biztosítanak személyes kapcsolat-teremtési lehetőséget, akiknek a fele öngyilkossági problémával kereste meg a honlapot. Az ország hét milliós népességéhez viszonyítva ez óriás szám. A weboldal biztosítja a szükséges, folyamatos, naprakész információkat, a különböző segítséget nyújtó szolgáltatások nevét és elérhetőségét, a sürgősségi telefonszámokat, e-mail címeket, javasolt könyveket és szakfolyóiratokat, a stresszel küszködők részére hasznos weboldalakat a használók részére, valamint azt, hogy hogyan lehet jelentkezni önkéntes segítőnek, és hogyan lehet a weboldal működését támogatni (Barak, 2007). A hatékonyság a hagyományos hot-line vonalakénak a többszöröse (15,3% vs. 1,4%).

12. Át kell dolgozni az érdekeltségi és a finanszírozási rendszert oly módon, hogy ez a tevékenység is kapja meg a ténylegesen végzett munkáért járó azon összeget, amely képes biztosítani az európai és a minisztérium által előírt feltételeket, és képes eltartani a munkát elvégző dolgozókat akár az alapellátásban, akár a szakellátásban.

A nevelés szerepét külön könyvben részleteztem (Kalmár, 2016c). A gyermekpszichiátriai ellátás akadályainak a leküzdése csak a fent felsorolt akadályok kiküszöbölése esetén lehetséges, és csak a gyermekpszichiáterek, gyermekpszichológusok, okos szülők, jól képzett házi gyermek-orvosok, védőnők, kitűnő pedagógusok és egyéb elhivatott kulcsszemélyek összehangolt tevékenységével javítható. Szerencsére mindegyikből sok található az országban.

Jó lenne, ha nálunk egy gyermek legalább olyan fontos és értékes lenne, mint egy szál bánáti bazsarózsa.

Levelező szerző: Kalmár Sándor, Kecskemét, Károlyi u. 13. E-mail: kalm-r@t-online.hu

IRODALOM

1. Balázs J, Kapornai K. Öngyilkosság gyermek és serdülőkorban. In: Az öngyilkosság orvosi szemmel (szerk. Kalmár S, Németh A, Rihmer Z) Medicina, 2012.
2. Balázs J. Miklósi M. A gyermek és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve. Semmelweis Kiadó, 2015.
3. Barak A. (2007): Emotional support and suicide prevention through the Internet: A field project report. Computers in Human Behaviour 23; 971-984.
4. Bitter I, Vizi J, Harmatta J, Kurimay T, Németh A, Túry F, Rihmer Z, Koós T, Vandlik E, Füredi J, Kalmár S (2011) Lelki Egészség Országos Program. (LEGOP) In: Az öngyilkosság orvosi szemmel (szerk. Kalmár S, Németh A, Rihmer Z) Medicina, 2012.
5. Brüsszeli Paktum (2008) European Pact for Mental Health and Well-being, Brussels 12-13, June, 2008.
6. Cochen R. (2006) Miért kell megváltoztatni az oktatást, nevelést az intergalaxis korában. Új Pedagógiai Szemle. 9. 81-92.
7. Csermely P, Fodor István, Eva Joly, Lámfalussy S (2009) Szárny és Teher. Bölcsek Tanácsa Alapítvány.
8. Csorba J. (2005) Önsértő és öngyilkos magatartás serdülőkorban. Fejlesztő Pedagógia 16. évf. 5-6. 55-57.
9. Egyezmény a gyermekek jogairól. (1989) UNICEF.
10. Földényi L. Melankólia. Akadémia Kiadó, Budapest, 1992.
11. Füredi J. Németh A. A magyar pszichiátria kézikönyve. Medicina, Budapest, 2015.
12. Hankiss E. Félelmek és szimbólumok. Osiris Kiadó, Budapest, 2006.
13. Hilgard E.R. (1962) Introduction to Psychology, Harcourt, Brace & World, Inc. New York & Burlingame p. 479.
14. Horváth É. Lengyel J. Ónodi Molnár D. Tóth M. Gyermekek szexuális bántalmazása. Független Médiaközpont, Budapest, 2011.
15. Horváth L. O. Mészáros G. Balázs J. (2015) Serdülőkori nemszuicidális önsértés: aktuális kérdések. Neuropsychopharmacologia Hungarica. XVII/1; 14-22.o.
16. Kalmár P. (2011) Depressziós tünetek előfordulása adolescens korú fiataloknál Budapesten, a XV. Kerületben, 2011-ben. Health Development Egészségfejlesztés. Országos Egészségfejlesztési Intézet. LII. évfolyam, 5-6. Szám. 12-16. o.
17. Kalmár S, Kalmár P (2007) Pszichiátriai Szótár. Kalm-R Bt. Kecskemét.
18. Kalmár S (2009.) The Advantages and the Disadvantages of the Internet in Preventing Suicide. 21-40. In Internet and Suicide by Sher L. Vilens A. Nova Science Publishers, New York.
19. Kalmár S. (2010a) The role of the different disturbances of perception in the development of the psychiatric signs and symptoms. www.internetandpsychiatry.com
20. Kalmár S. (2010b) A magyarországi pszichiátriai ellátás helyzete és jövője népegészségügyi szempontból. Psychiat Hungarica 25. (2): 164-175.
21. Kalmár S. (2010c) Konfliktuskezelő és kommunikációs tréning lehetősége Internet alapú továbbképzési rendszerben. MPT. Délkelet Magyarországi Tagozat Tudományos ülése. Cserkeszőlő, 2010. nov. 26-27.
22. Kalmár S. (2010d) Az Internet lehetőségei a pszichiáter továbbképzésben és az öngyilkosság megelőzésében. MPT. Délkelet Magyarországi Tagozat Tudományos ülése. Cserkeszőlő, 2010. nov. 26-27.
23. Kalmár S. (2010e) Az Internet szerepe és lehetőségei az öngyilkosság megelőzésében. Aesculap Academia. Konferencia az öngyilkosság megelőzésének témakörében. Lélekben Otthon, 2010. nov. 29.
24. Kalmár S (2011. a.) About mental illiteracy: deficits of mental health promotion and primordial prevention in psychiatry. www.internetandpsychiatry.com
25. Kalmár S (2011. b.) Mental illiteracy. Conference of Personality and Spirituality. Sambata de Sus. 2-5, June, 2011.
26. Kalmár S (2011. c.) The relationship between education and mental health in adolescents in Hungary. Psihiatru+Ro., Bukarest.

27. Kalmár S. (2012) Az Internet lehetőségei az öngyilkosság megelőzésében. In Kalmár S, Németh A, Rihmer Z: Az öngyilkosság orvosi szemmel. Medicina Kiadó, Budapest, 2012. 354-375.
28. Kamár S, Németh A, Rihmer Z. (szerk.) (2012): Az öngyilkosság orvosi szemmel. Medicina Kiadó, Budapest, 2012.
29. Kalmár S. (2013a) The possibilities of suicide prevention in adolescents. A holistic approach to protective and risk factors. Neuropsychopharmacologia Hungarica. XV/1.
30. Kalmár S. (2013b) A hit hiánya, a nem kellő hatékonyság, a motiváció hiány, a negatív önértékelés, alkalmazkodási zavarok és fáradékonyság vizsgálata magyarországi középiskolásoknál. In: Czékus Géza: Motiváció – Figyelem – Fegyelem. Motivation – Attention – Discipline. (ISBN 978 86 87095-38-0), Újvidéki Egyetem, Magyar Tannyelvű Tanítóképző Kar, Szabadka. 666-682o.
31. Kalmár S. (2013c) A pszichiátria jövője: Út a kiúttalanságból. Szerkesztőségi levél. Neuropsychopharmacologia Hungarica. XV. évf. 2. szám.
32. Kalmár S. (2014) The Importance of Neuropsychopharmacology in the Development of Psychiatry. Neuropsychopharmacologia Hungarica. XVI . évf. 3. szám.
33. Kalmár S. (2015a) Az öngyilkosság megelőzés kihasználatlan lehetőségei Magyarországon. A MPT. XIX. Vándorgyűlése. Szeged, 2015. Január 28-31.
34. Kalmár S. (2015b) A háziorvosi szolgálat szerepe és lehetőségei az öngyilkosság megelőzésében. A MPT. XIX. Vándorgyűlése. Szeged, 2015. Január 28-31.
35. Kalmár S. (2015c) Az öngyilkos magatartás megelőzésében tapasztalt legfontosabb hiányosságok, ellentmondások és lehetőségek Magyarországon. Neuropsychopharmacologia Hungarica 2015. XVII. évf. 1. szám.
36. Kalmár S. (2015d) A magyar pszichiátria fejlődésének legfontosabb akadályai. Neuropsychopharmacologia Hungarica 2015. XVII . évf. 2. szám.
37. Kalmár S. (2015e) A neurológiai és neuropszichopharmakológiai kutatások jelentősége a személyiségfejlődés során tapasztalt elváltozások megértése és kezelése szempontjából. Neuropsychopharmacologia Hungarica 2015. XVII . évf. 2. szám.
38. Kalmár S. (2015f) Examinations of spirituality and the dimensions of spirituality among 932 students in eight different secondary schools in Hungary. www.internetandpsychiatry.com
39. Kalmár S. (2016a) Az emberi test megváltoztatására irányuló öncélú tevékenységek a szociálisan elfogadottól a patológiás formákig (a nem öngyilkossági szándékkal történő önsértésről). Neuropsychopharmacologia Hungarica, XVIII. (közlére elfogadva).
40. Kalmár S. (2016b) A háziorvos és a pedagógus szerepe az öngyilkosság megelőzésében (kézirat).
41. Kalmár S. (2016c) A nevelés szerepe az egészséges magatartás kialakításában és az önpusztító magatartás megelőzésében. Medicina Kiadó (kézirat).
42. Karczag J. (2005) Depresszió a gyermekkorban. Fejlesztő Pedagógia, 16. évfolyam 5-6. szám, 5-8.
43. Kelleher Ian, Corcoran Paul, Keeley Helen, Wigman Johanna T.W, Devlin Nina, Ramsay Hugh, Wasserman Camilla, Carli Vladimir, Sarchiapone Marco, Hoven Christina, Wasserman Danuta, Cannon Mary 2013. Psychotic Symptoms and Population Risk for Suicide Attempt. A Prospective Cohort Study. JAMA Psychiatry, 2013. doi:10.1001/jamapsychiatry. 2013.140.
44. Kopp M. Skrabski Á. Testi és lelki egészségünk összefüggései. Pázmány Péter Katolikus Egyetem. 2006.11.22.
45. Kovács Gábor (2012) Merre haladsz, magyar pszichofarmakológia? Neuropsychopharmacologia Hungarica 150 2012. XIV. évf. 3.
46. KSH Statisztikai Évkönyvek.
47. Meleg Cs. (2002) Iskolai egészségnevelés: a feladat újrafogalmazása. Magyar Pedagógia, 102. évf.1.szám 11-29.
48. Németh A. (2014) Quo vadis gyermekpszichiátria? Psychiatric Times Magyar kiadás.
49. Nyilatkozat a gyermekek jogairól (1958) UNICEF.
50. Osváth P. Az élstbiklus-krízisek jelentősége: pszichopatológia és öngyilkos magatartás. Neuropsychopharmacologia Hungarica. 2012. XIV. évf. 4. szám 266-272.
51. Osváth P. (2013) Merre tovább pszichiátria? Identitás, kompetencia és kooperáció – a XXI. Század kihívásai. Psychiatria Hungarica 2013, 28 (2) 111-121.
52. Ozsváth K. Pszichiátriai Lexikon. Oriold és Társai Kiadó, Budapest, 2011.
53. Örkényi Á, Kökönyei Gy, Balogh Á (2005) Serdülőkori hangulati problémák pszichoszociális háttér tényezői. Fejlesztő Pedagógia, 16. évfolyam 5-6. szám, 21-27.
54. Pászthy B (2005) Depresszió gyermek- és serdülőkorban. Fejlesztő Pedagógia, 16. évfolyam 5-6. szám, 12-15.
55. Rajna P. (2013) Agybeteg, idegbeteg, elmebeteg… Neuropsychopharmacologia Hungarica 2013. XV. évf. 2. szám.
56. Szegő A. Eleméry M. Faludi G. Kovács G. (2014) Sürgősségi pszichofarmakoterápia Magyarországon – előzetes adatok. Neuropsychopharmacologia Hungarica 2014. XVI. évf. 1. szám.
57. Vetró Á. Parry-Jones W.L.I. Gyermek- és ifjúságpszichiátria. Kézikönyv egyetemi hallgatóknak és szakorvos jelölteknek. Gyermekeink Lelki Egészségéért Dél-Magyarországi Alapítvány és Szent Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Szeged, 1996.
58. Vetró Á. (1997) Iskoláskorú gyermekek viselkedési problémáinak epidemiológiai vizsgálata Szegeden. Psyciatria Hungarica 12 (2): 193-2000.
59. Volentics A (2005) A depresszió előtünetei gyermek és serdülőkorban. Fejlesztő Pedagógia, 16. évfolyam 5-6. szám, 9-11.
60. WHO-MPT: (1994) BNO-10. A mentális és viselkedészavarok BNO-10 szerinti osztályozása. Globe Print. 346-430. o.

Major obstacles in the development of child and adolescent psychiatry in Hungary

The author ascertains that healthy personality development faces increasingly serious obstacles and consequently the number of children in need of mental healthcare is on the rise. Child and adolescent psychiatry has drawn increasing appreciation, however, it is only formal and deficient in Hungary today and cannot assure optimal mental care according to the principles of evidence-based medicine. The author emphasizes that 75% of the first manifestation of the psychiatric disorders occurs during adolescence and young adulthood. In spite of legal regulation, several deficiencies hinder the development of children into healthy adults. The author analyses the most important obstacles in the development of child and adolescent Psychiatry. The author emphasizes the role of keypersons, describes the situation of and problems faced by Hungarian child psychiatric care. The author lists in detail the most important contradictions, deficiencies and obstacles and outlines suggestions for resolving the present crisis. The author emphasizes (1) the responsibility of institutions, and people dealing with society and children, and the disinterest of competent authorities. (2) The somatic, mental, cultural and spiritual ignorance/illiteracy among parents, teachers, healthcare workers, and the general population partly related to crises among the pedagogues. (3) The lack of holistic approach to treatment of children suffering from mental disorder. (4) The importance and the lack of knowledge concerning central nervous system function in child psychiatry. (5) Application of evidence-based medicine in child and adolescent psychiatry based on understanding the relationship between central nervous system alterations and mental functions. (6) Respecting keypersons' competence limits. (7) Immediate development of inpatient and outpatient child and adolescent psychiatry in the whole country. (8) Reform of child psychiatry board exam. (9) Development of currently missing textbooks and handbooks and promoting benefits of internet use. (10) The almost complete lack of the permanent and systematic mental health prevention in education and healthcare, especially in primary health care. (11) The ignorance of possible and achievable opportunities. Overcoming the obstacles of child and adolescent psychiatry can only be achieved by a coordinated action of dedicated child psychiatrists, child psychologists, informed parents, well-trained pediatricians, district nurses, excellent teachers and other committed keypersons.

Keywords: child and adolescent psychiatry, key persons, mental illiteracy, biological-psychological-mental-cultural-social-spiritual model, role of central nervous system alterations