

Hozzászólás Kovács E., Pikó B.: A vallásfüggőség mint egy lehetséges új viselkedési addikció vizsgálata serdülőkorú populációban című cikkéhez

Az *addikció* mint fogalom viszonylag új keletű mind az orvosi, mind a közszótárakban (közelebbről az idegen szavak és kifejezések magyarázatát nyújtó szótárakban). *Brencsán János Új orvosi szótára* (Akadémiai Kiadó, Budapest, 1983) még nem tartalmazza, noha az Angol–magyar orvosi szótár második, függelékekkel bővített kiadásában (Terra, Budapest, 1975) már mind az „addiction”, mind az „addictology” kifejezések, illetve azok definíciói is szerepelnek. Előbbi tekintetében jelesül és kizárólagosan a „drug”-reláció került abban meghatározásra, úgy mint „kábitószerek szedése, kábitószerrabság, toxicomania”. Külön említést érdemlő, hogy a kifejezés hiányzik a BNO-10-ből (Népjóléti Minisztérium, Budapest, 1995) is, azt az F10–F19 kategóriában nyilván a „dependencia” helyettesíti. (Még mindig csak valamely „szer”-re értendő a függőséget; ám például a „kóros játékszenvedély” még az előző kategórián kívüli, „viselkedészavar-szindrómák [F50–F59] közé került benne besorolásra.) *Vallásfüggőségről mint egy lehetséges új viselkedési addikcióról* e sorok írója ez ideig nem hallott, nem olvasott, arról elsőként az Orv. Hetil., 2015, 156(18), 731–740. oldalakon megjelent cikkéből értesült. Lévéen pedig maga is addiktológiából szakorvosi bizonyítvánnyal rendelkező; helyel-közzel annak ismeretében, hogy miként terebélyesedett ki a hazánkban 1992-ben, az Amerikai Egyesült Államokban csak a rákövetkező évben(!) külön specialitásként elismert tudományág kompetenciaköre, nem kis meglepetéssel olvasta a közleményt, közben is, azt letéve is, azon morfondírozva, ugyan mekkorára növeszti felségterületét e szakterület!

A cikk hosszas bevezetőjében a szerzők ugyan kellő körültekintéssel avatják be az olvasót a témába – arra is kitérve, hogy az idők folyamán mely formákkal bővült a viselkedési addikciók spektruma; arra is, hogy a diagnosztikus rendszerek máig nem tartalmazzák hivatalos kórformaként (tehát „a szó szoros értelmében véve” betegségként) azok széles körét; mi több, a közleményük címe is „mint egy lehetséges új” függőségfajtáról árulkodik, tehát korrekt –, mégis, bizonyos tekintetben hiányérzete

támad az olvasónak, bizonyos tekintetben kételye, bizonyos tekintetben pedig olyan érzése, hogy megálljt kéne parancsolni az addiktológia „bekebelezési mohóságának”...

Noha a „vallásosság” a cikk 4 megadott kulcsszavának egyike, annak definíciója mintha hiányozna a szövegből. Lévéen, hogy könyvtáramnak az tartozéka, az ide vonatkozó szócikket a Katolikus lexikon (A Magyar Kultúra, Budapest, 1933) IV. kötet 439. oldaláról idézem: „**Vallásosság**, az az erény, mely a vallási kötelességek és főleg az istentiszteleti cselekmények lelkiismeretes gyakorlására indít. Cselekményei részben belső: áhítat, imádat, belső istentisztelet; részben külső: térdhajtás, kalaplevétel, imádság, áldozat, fogadalom, eskü, ünnepek megülvése. A vallásosság, erénye, bár nem isteni, hanem csak erkölcsi erény, mégis az isteni erényekhez méltóságban legközelebb áll, mert tárgya ugyan nem maga az Isten, de az Isten tisztelete.” Nos, ha – miután a szerzők a vallási hovatartozás tekintetében a fiúk és lányok közel háromnegyedét római katolikusnak találták – a fenti definíciót akár csupán a római katolikusokra leszűkítve máig érvényesnek tartjuk, máris kérdésként fogalmazható meg, hogy vajon a szerzők által is használt hétfokozatú skálán „7 = nagyon vallásos értéket kapott” jószerével töredékhányad vallásfüggőnek minősíthető-e, és nem „csupán” hithű, hite szerint, vallási meggyőződésből „vallásos”? Jogos-e a mintába került, római katolikus vallású fiúk 8,9%-át, a lányok 5,4%-át „addikt”-nak minősíteni, az összes válaszadó 16,2%-át pedig az addikció szempontjából veszélyeztetett, rizikócsoportba sorolni? Hogy pedig e sorok írója a részletek boncolgatásával ne növelje hozzászólása terjedelmét fölöslegesen, még egy konkrét kérdést vet fel: A „Minta” leírásában a szerzők e vonatkozásban csupán arra térnek ki, hogy abba négy szegedi középiskola diákjai kerültek be. Arra nem térnek ki, hogy mely gimnáziumok diákjai kerültek a mintába. Tudni a reprezentativitás szempontjából távolról sem mellékes, hogy történetesen mintájukba bekerültek-e a piarista gimnázium diákjai (akiknek, téltelezzük fel, az átlaghoz képest sokkalta nagyobb hányada „rizikócsoportba tartozó”, netán egyenesen „vallásfüggő”), vagy nem. Továbbgondolva: mivel hazánkban és szerte a világon, az oktatási intézmények nem kis hányada „egyházi”, az, hogy a szerzők a „Módszer” idevágó alfejezetében elmulasztottak e körülményre kitérni, egymagában kételyeket ébreszt, vajon véletlenszerű mintavételük alapján kapott eredményeik érvényesek-e akár csak a Szegeden

iskolába járó „serdülőkorú populációra”(?).

A szerzők a „Következtetések” fejezetét azzal zárják, hogy „egy megfelelő szintű, optimális vallásosság/spiritualitás megtalálása lehet a cél a serdülők szocializációs folyamatában”. Némi iróniával megfűszerezve: a cél számos más korosztályra vonatkozóan és számos más tekintetben is nemesnek mondható, megtalálása-elérése azonban inkább csak fantazmagória (akár lakosságmérletekben az optimális testsúly elérése).

A cikk mondandója sok vonatkoztásban továbbgondolkodásra, további következtetések levonására készlet. Meglehetősen közismert, hogy kultúrkörünkben, azon belül hazánkban a vallásosság általában is erősen visszaszorulóban. Nem így helyenként és/vagy bizonyos vallások, illetve felekezetek esetében. (E sorok írója 2013 februárjában egy konferencia résztvevőjeként az Egyesült Arab Emírátsokban járt. Annak egyik, orvosi egyetemmel rendelkező városában, vendéglátójától, *Ernest Adeghate* anatómusprofesszortól arról értesült, hogy mind helyben, mind Emírátsok-szerte intenzív mecsetépítési program zajlik, azzal a céllal, hogy 500(!) méterenként épüljenek és – a hívők közös vallásgyakorlására – álljanak rendelkezésre imahelemek. Vajon egy arra irányuló felmérés a serdülőkorú populációban majd hány százalékát találja a fiataloknak a „lehetséges új viselkedési addikció” terhelteinek, illetve veszélyeztetettjeinek?) Mármost azon hazai „igehirdetők” (katolikus papok, református és evangélikus lelkészek, a zsidó vallás rabbinusai stb.), akik hivatásuknál fogva megpróbálják „menteni a menthetőt”, akik saját vallásgyakorlásuk vonatkozásában a „hetes skálán” nagy valószínűséggel a „7 = nagyon vallásos” kategóriába kerülnének, csak nem minősülnek hovatovább „függő”-nek, és mint ilyenek kerülnek be előbbutóbb kollektíven a BNO-ba (besorolandó a Mentális és viselkedészavarok főcsoport valamely tételébe)?

Egy szó mint száz: e sorok írója – úgy is mint addiktológiából „honoris causa” szakképesítéssel rendelkező – kicsit úgy érzi, ingoványos talajra téved az, aki függőnek vagy a függőség szempontjából veszélyeztetettnek, „rizikósnak” minősíti a vallását életvitelszerűen vagy „nagyon” gyakorlót (istentisztelet, templomba gyakorta vagy rendszeresen járó, imádkozót). Közte azon írókat, költőket, színészeket, tudósokat vagy akár orvosprofesszorokat, akik nagy nyilvánosság előtt bevallottan istenhívők, vallásosak, és akik számára a hitük egyúttal remény; akik magukénak érzik

a költő, *Nagy Gáspár* Utolsó szalmaszál című verséből vett sorokat: „A remény sohasem hamvadó, Ha az utolsó szalmaszál Abból a jászolból való.”

Péter Árpád dr.

Válasz dr. Péter Árpád hozzászólásához

Az addiktológia szakterületének bővülése, kiteljesedése napjainkra megkérdőjelezhetetlen. Számtalan tanszékcsoport, tudományos szakkönyv, folyóirat és műhely működik, amely a viselkedéses függőségek – „behavioral addictions” – témakörét állítja fókuszába. Nemzetközi szinten már jóval korábban megindult a tudományos diskuszió: Amerikában például a '80-as évek elejétől (*Alexander és Schweighoffer, 1988*), az Egyesült Királyságban pedig *Mark Griffiths* a '90-es évek közepén helyezte előtérbe e terület létezésének relevanciáját (*Griffiths, 1996*). A magyar addiktológiai szinten a 2000-es évektől fedezhető fel, hogy a tradicionális értelemben vett kémiai addikciók mellett, a viselkedéses addikciók mibenlétéről kezdtek publikálni a hazai elismert kutatók (vö. *Demetrovics és Kun, 2007; Elekes, 2009; Németh és Gerevich, 2000; Rácz, 1999 és 2001*, vagy például a hazánkban megrendezett Nemzetközi Konferencia a Viselkedéses Addikciókról, vagy a *Journal of Behavioral Addictions* 2012 óta az Akadémiai Kiadó gondozásában).

A Kovács–Pikó szerzőpáros az elmúlt évtizedben a vallásosság témakörének szentelte figyelmét, illetve hathatósan vizsgálta a vallásosság és spiritualitás egészségvédő szerepét fiatalokban, nagy mintás adatfelvételeken (vö. *Kovács és Pikó, 2009; Kovács, Pikó és Fitzpatrick, 2011; Pikó, Kovács és Kriston, 2011; Pikó és Fitzpatrick, 2004; Pikó, 2010*). Az adatfelvételek a szegedi középiskolákra reprezentatív, úgynevezett többlépcsős rétegzett mintavételt alkalmazva, ahol az első lépésben random módon iskolákat választottunk a szegedi középiskolák véletlenszerű listájáról, felkértük őket a kutatásban való részvételre, majd a közreműködő intézményekben az osztályok váltak mintavételi egységgé. Előfordult, hogy az egyházi oktatási intézmények a válaszmegtagadók körébe kerültek, így a nem egyházi középiskolák diákjai kerültek lekérdezésre.

Kutatásaink során a vallásosságot objektív és standard mérőeszközök segítségével vizsgáltuk, ez a szociológiában, vallásszociológiában elfogadott módja a vallásosság

érzetének vizsgálatára. A jelenségek operacionálizálása a szociológia módszertanának alapköve (*Babbie, 2003*), így a vallásosság jelenségének módszertanára is bevett mérőeszközök állnak rendelkezésünkre. Kétségtelen azonban, hogy a vallásfüggőség tekintetében ezek a valid mérőeszközök még nem állnak rendelkezésünkre. Éppen ezért használtuk fel a *Terry és mtsai* által kifejlesztett szűrőkérdőívet, amely bármely viselkedéses függőség detektálására alkalmas, és formáltuk azt a vallásfüggőség mérésére. Jelen kutatás tekinthető egy pilot projektnek, ahol megkíséreltük kimutatni a mai magyarországi standard mérőeszközök segítségével a jelenség előfordulását.

A szerzők korábbi kutatásaikban a vallásosság és spiritualitás fogalmainak tisztázására szintén törekedtek (vö. *Kovács, 2013*), ahol a vallásosság megközelítését *Valuch Tibor és Tomka Miklós* fogalmai alapján a következőképpen használják: „Vallásosság az értékrend, a világkép szerves része, és meghatározza mindennapjaink történéseit ... az egyén mennyire tartja magát vallásosnak, milyen szinten gyakorolja a vallását, hogyan vélekedik a vallásról, mennyire követ vallásos értékeket, jár-e vallási rendezvényekre.” Emellett a spiritualitás alatt a következőket értik: „A spiritualitás alapvetően a transzcendenciához kötődik, közel áll a szellemvilághoz, a természetfeletti erőkhöz, de az egyéni útkereséshez vagy a létkérdésekhez is kapcsolódik.” De kiválóan szemlélteti az elmúlt évek terminológiai diskurzusát a *Máté-Tóth András és Nagy Gábor Dániel* által szerkesztett, 2008-as kötet címe: *Vallásosság/változatok. Vallási sokféleség Magyarországon*.

Kutatásainkban nem értékítéletet kívántunk mondani az egyes vallásokra vagy felekezetekre nézve, hanem a vallásosság és spiritualitás, tehát a transzcendens világ felé fordulás, kötődés objektív megvilágítására törekedtünk. Emellett, a szerzők természetesen rendkívül fontosnak tartják, hogy a jelenség további feltárása érdekében további nagy mintás adatfelvételek, reprezentatív vizsgálatok kerüljenek előtérbe – nem csak fiatalokban! –, valamint az egyes felekezeteken, vallási mozgalmakon belüli nagyobb mintás kutatások történjenek. Hiszen mindezek adhatnának igazán megbízható képet a mai magyar társadalom vallásossággal kapcsolatos védettsége és veszélyeztetettsége szempontjából.

Felhasznált irodalom

Alexander, B. K., Schweighoffer A. R.: Behavioural addictions. *Can. J. Psychol.*, 1988, 29, 151–163.

Babbie, E.: The practice of social research. [A társadalomtudományi kutatás gyakorlata.] Balassi Kiadó, Budapest, 2003. [Hungarian]

Demetrovics, Zs., Kun, B.: Behavioural addictions. In: Demetrovics, Zs. (ed.): *Fundamentals of addiction*, [Viselkedési addikciók. In: Demetrovics, Zs. (szerk.): *Az addiktológia alapjai I.*] ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2007. [Hungarian]

Elekes, Zs.: Health risk behaviours and measurements. [Egészségkárosító magatartások és mérési módszerek.] Corvinus Egyetem, Budapest, 2009. <http://tat.kelte.hu/file/Elekes.pdf> [Hungarian]

Griffiths, M. D.: Behavioural addiction: an issue for everybody? *J. Workplace Learning*, 1996, 8(3), 19–25.

Kovács, E., Pikó, B.: Religiousness among Hungarian secondary school students. [Vallásosság magyar középiskolások körében.] *Társadalomkutatás*, 2009, 27(1), 27–49. [Hungarian]

Kovács, E., Pikó, B.: Religiousness as a protective factor against adolescent substance use. [A vallásosság mint a serdülők szerfogyasztásának védőfaktora.] *Addiktológia*, 2009, 8(2), 147–161. [Hungarian]

Kovács, E., Piko, B., Fitzpatrick, K. M.: Religiosity as a protective factor against substance use among Hungarian high school students. *Subst. Use Misuse*, 2011, 46(10), 1346–1357.

Kovács, E.: The role of traditional sociocultural protective factors in youth problem behavior. Doctoral dissertation. [A tradicionális szociokulturális védőfaktorok szerepe a fiatalkori problémaviselkedésben. Doktori értekezés.] Budapest, 2013. [Hungarian]

Máté-Tóth, A., Nagy, G. D.: Religiousness/versions. *Religious spectrum in Hungary*. [Vallásosság/változatok. Vallási sokféleség Magyarországon.] JATE Press, Szeged, 2008. [Hungarian]

Németh, A., Gerevich, J. (eds.): *Addictions*. [Addikciók.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2000. [Hungarian]

Pikó, B. F., Fitzpatrick, K. M.: Substance use, religiosity, and other protective factors among Hungarian adolescents. *Addict. Behav.*, 2004, 29(6), 1095–1107.

Pikó, B. (ed.): *In searching for protective factors. Prevention of harmful habits and health promotion in adolescence*. [Védőfaktorok nyomában. A káros szenvedélyek megelőzése és egészségfejlesztés serdülőkorban.] L'Harmattan Kiadó, Budapest, 2010. [Hungarian]

Pikó, B., Kovács, E., Kriston, P.: Spirituality – religion – health. *Youth's mental*

health in light of the indicators of spiritual well-being. [Spiritualitás – vallás – egészség. Fiatalok mentális egészsége a spirituális jóllét mutatóinak tükrében.] *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 2011, 12(3), 261–276. [Hungarian]

Pikó, B., Kovács, E., Kriston, P.: Multi-coloured religiosity and spirituality in

youth: From religious faith to mental health. [Sokszínű vallásosság és spiritualitás ifjúkorban: A vallásos hittől a lelki egészségig.] *Társadalomkutatás*, 2011, 29(4), 422–443. [Hungarian]

Rácz, J.: Addictology: Symptomatology and interventions. [Addiktológia. Tünettan és intervenciók.] HIETE, Budapest, 1999. [Hungarian]

Rácz, J.: Chemical and behavioural addictions. In: Buda, B., Kopp, M. (eds.): *Behavioural sciences*. [Kémiai és viselkedéses addikciók. In: Buda, B., Kopp, M. (szerk.): *Magatartástudományok*.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2001. [Hungarian]

Kovács Eszter dr. és Pikó Bettina dr.

PÁLYÁZAT

A Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi és Gyógyszerész-tudományi Karai Öregdiák Szövetsége pályázatot hirdet egyetemi diplomát szerzett kollégák és egyetemi hallgatók számára.

A pályázat témája:

Fejezetek az 1940-ben, a XXVIII. törvénycikk alapján létesített Szegedi Egyetem történetéből

(Pl. Az orvosképzés történetének fontos eseményei, A gyógyszerész-képzés mérföldkövei, Diplomás egészségügyi szakdolgozó-képzés, stb.)

Formai követelmények:

A pályázatokat 2 példányban kell beküldeni és mellékelni kell CD lemezen vagy más adathordozón az elektronikus formátumot is. Terjedelme maximum 60 oldal (ábrákkal, táblázatokkal, képekkel, irodalmi hivatkozásokkal együtt). További formai követelmények: A/4-es lap, egyik vagy mindkét oldalán maximum 50 sor, és legalább 2 cm margó a jobb és bal széleknél.

A pályázatok benyújtási címe:

Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi és Gyógyszerész-tudományi Karai Öregdiák Szövetsége (Szemészeti Klinika címén), 6720 Szeged, Korányi fasor 10–11.

A pályázatokhoz mellékelni kell egy saját névre megcímezett válaszborítékot, és ezen kívül a pályázó elérhetőségének megadását is kérjük (telefonszám, e-mail cím).

A benyújtás határideje: 2015. október 30.

Pályázati díjak (a Makói Sanitas Bt. támogatásával):

I. díj:	100 000 Ft
II. díj:	50 000 Ft
III. díj:	20 000 Ft

A pályázatok elbírálásáról és eredményéről a pályázók 2015. november 10-ig értesítést kapnak. A díjak átadására előreláthatólag 2015. novemberében, a hagyományosan megrendezésre kerülő „Szent-Györgyi Napokon” kerül sor, amelynek pontos időpontjáról az érintetteket külön értesíteni fogjuk.

További információk az Öregdiák Szövetség postai címén, a (06-20) 954-8199 telefonszámon, vagy a következő e-mail címen érhetők el: vegh.mihaly@med.u-szeged.hu

Dr. Végh Mihály
elnök

Dr. Sahin-Tóth István
alelnök

Dr. Ember József
alelnök

Endokrinológia

A gynecomastia kezelési ajánlásainak alapvonalai (Handlungsempfehlung nach der Leitlinie, „Gynäkomastie“)

Wirth, S. (Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, HELIOS Klinikum Wuppertal, Universität Witten/Herdecke, Heusnerstr. 40, 42283, Wuppertal, Németország): *Monatsschr. Kinderheilkd.*, 2015, 163(3), 267–268.

A praepubertas korban a fiúk nagy részében észlelhető átmeneti mérsékelt emlőduzzanat. Egyes fiúkban az emlőduzzanat, amely féoldali is lehet, igen feltűnővé válhat, gondot okoz a szülőknek és pszichés problémát a gyermeknek. A gynecomastia a nemi érés progressziójával gyakorlatilag visszaféjlődik, kezelésre nincs szükség. Gondos kezelést igényel azonban, ha a here infantilis marad, mert felvetődik a hypogonadismus valamely formájának a lehetőség.

A pubertáskori gynecomastia, amely átlagosan 14 éves korban jelentkezik különböző megjelenési formákban, a pubertáskorúak mintegy 60%-ában figyelhető meg. Az emlőben elhelyezkedő csomók átmérője csak ritkán nagyobb 3,5 cm-nél, és az esetek nagy részében nem nyomásérzékenyek. A nemi szervek fejlődése és működése eltérést nem mutat. Nagyon ritka esetben a pubertáskori gynecomastia spontán nem fejlődik vissza, hanem felnőttkorban is megmarad.

A gynecomastia megjelenési formája egy- vagy kétoldali lehet. Nagyon fontos, hogy a fiziológiás és patológiás formáit elkülönítsük egymástól. A fiziológiás forma egyben záró diagnózist is jelent. Csak akkor beszélhetünk pubertáskori gynecomastiáról, ha az közvetlenül és kizárólag a pubertáskori életkorral hozható összefüggésbe. Differenciáldiagnózisként krónikus megbetegedések, tumorok és gyógyszerek szerepelhetnek, de oki tényezők lehetnek exogén anyagként az ösztrogéntartalmú szerek (hajlakk, hajsampon). Természetesen genetikai kiegészítő vizsgálatok is segíthetik a diagnózis felállítását (például Klinefelter-szindróma gyanúja esetén).

Németországban a gynecomastia kezelésének irányvonalait illetően az ajánlásokat a Német Orvosi Tudományos Szakbizottság határozta meg, figyelembe véve a Német Gyermekendokrinológiai és Német Diabetológiai Társaság, illetve a Német Gyermek- és Ifjúsági Orvosok Társasága javaslatait.

Schmidt Orsolya Anna
orvostanhallgató

Kardiológia

Étrend-kiegészítők a szív-ér rendszeri betegségek megelőzésében (Nahrungsmittelergänzung in der Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen: Keine Empfehlung ohne Wirksamkeitsbeleg)

Weingärtner, N., Elsässer, A., Weingärtner, O. ([Dr. O. Weingärtner] Abteilung für Kardiologie, Klinikum Oldenburg, European Medical School Oldenburg-Groningen, Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg, Németország; e-mail: O.Weingartner@aol.com): *Dtsch. Med. Wochenschr.*, 2014, 139(27), 1423–1426.

Európában minden második ember cardiovascularis (CV) megbetegedésben hal meg. Ezen megbetegedéseknek jelentős része elkerülhető lenne az életmód és a táplálkozási szokások megváltoztatásával: a rendszeres fizikai aktivitás és a kiegyensúlyozott táplálkozás csökkenti a szívinfarktus kockázatát, viszont az egészségtelen életmód, valamint a kedvezőtlen táplálkozás hatására akkor is nő a CV-kockázat, ha az illető személy mentes a szív-ér rendszeri betegségeitől és azok kockázati tényezőitől.

A gyógyszerekkel ellentétben a funkcionális élelmiszerek (azaz az egészségvédő hatásúnak tekintett, vitaminokkal és ásványi anyagokkal dúsított élelmiszerek) esetében nem követelmény a hatás bizonyítása, így kételyek merülhetnek fel egészségügyi hatásuk tekintetében.

A *fitoszterinek* állítólagos koleszterinszint-csökkentő hatása nemcsak a fitoszterin mennyiségétől függ, hanem a koleszterin-anyagcsere genetikai eltéréseitől is: így példának okáért az apolipoprotein *ApoE4*-génjére homozigóta betegek koleszterin-

szintje fitoszterinpótlás mellett erőteljesebben csökken, amihez jelentősen emelkedett fitoszterinkoncentráció is társul. Az örökölt phytosterinaemia hívta fel a figyelmet arra, hogy a fitoszterinek növelhetik a szív-ér rendszeri megbetegedések kockázatát.

Összességükben az étrend-kiegészítőként adott fitoszterinek ártalmasak lehetnek. Az ACC és az AHA frissített irányelvei nem ajánlják a fitoszterinek alkalmazását a koleszterinszint kezelésében.

A halolajból kivont hosszú szénláncú *ómega-3-zsírsavaknak* egészségmegőrző hatást tulajdonítanak, és ez a különböző nemzetközi tudományos társulatok irányelveiben is megjelenik. Egyes vizsgálatok ugyanakkor beszámolnak az ómega-3-zsírsavak kedvezőtlen hatásáról.

Nagy adagban az ómega-3-zsírsavak csökkentik (a potenciális CV-kockázati tényezőnek tekintendő) szérumtrigliceridszintet.

Egyelőre hiányoznak azok a vizsgálatok, amelyek végleg tisztázhatnák az összes fontos kérdést.

Hasonló a helyzet a *vitaminokkal, nyomelemekkel és egyéb kiegészítőkkal*.

A mediterrán diétával foglalkozó PREDMED vizsgálat szerint a *rendszeres testmozgás* bevezetése, konzervek helyett sok *friss gyümölcs és zöldség*, valamint a *halételek* gyakoribb fogyasztása pozitív hatással van az egészségre.

Az étrend-kiegészítőkkal kapcsolatban esedékes lenne egyértelmű bizonyítékok publikálása. A hatástalanság, esetenként a káros hatás lehetősége miatt óvakodni kell az efféle termékek *általános* ajánlásától.

Főbb gyakorlati következtetés:

- A CV-megbetegedések primer és szekunder prevenciójának bizonyítottan fontos eleme az életmódváltás, amelynek középpontjában a fokozott fizikai aktivitás bevezetése, több friss gyümölcs, zöldség, hal fogyasztása áll.
- Az étrend-kiegészítők hatásosságára nézve nincsenek egyértelmű bizonyítékok.
- A potenciális ártalmak és az egyes termékek között esetleg fellépő kölcsönhatások miatt kívánatos lenne szigorításokat érvényesíteni az étrend-kiegészítők forgalmazásának engedélyezése előtt.

Fischer Tamás dr.

Onkológia

A terhességgel társult onkológiai betegségek epidemiológiája (Epidemiologie von schwangerschaftsassozierten onkologischen Erkrankungen)
Hackethal, A., El-Safadi, S., Muenstedt, K., et al. (Queensland Centre for Gynaecological Cancer, Women's Hospital, Brisbane, Queensland, Ausztrália): **Geburtsh. Frauenheilk.**, 2013, 73(11), 1075–1077.

A terhességgel társult onkológiai betegségeken a terhesség alatt és a postpartalis 12 hónapban észlelt daganatok értendőek. A képkötő és invazív eljárások korlátozott alkalmazása miatt a kórismezés a postpartalis időszakra tolódott. Fejlett országokban 1000–2000 terhességre számítható egy onkológiai betegség. Új Dél-Walesben (Ausztrália) 100 000 terhességre 137,3 onkológiai beteg jut. A betegség előfordulása a szülés utáni első két hónapban a leggyakoribb. A terhességgel társult onkológiai betegségek 49%-kal gyakoribbak, mint az a 15–44 év közötti átlagos női lakosságban várható.

A malignus melanoma gyakorisága 1/100 000 terhesség. A malignus melanomák egyharmada egyébként a reprodukciós korban fordul elő. Németországban 2007–2008-ban, 100 000 15–45 éves nőre számítva 2,1–23,0 malignus melanoma jutott.

Az emlőrák gyakorisága 1/3000–10 000. Az összes emlőrák 0,2–3,8%-a terhességgel társul. Az emlőrákosok 25%-a a szülésképesség korában fordul elő, és ennek körülbelül 3%-a terhességben.

A cervixrák a leggyakoribb onkológiai betegség, 1200–10 000 terhességre egy jut. E betegség előfordulása Kanadában 3,3/100 000 szülés. A méhnyakrákosok 1–5%-át terhességben kórismézték. A praemalignus cervixelváltozások gyakorisága 130/100 000. Ezek 15%-a a terhesség alatt progresszív.

A petefészekrák gyakorisága 1/12 500–100 000 terhesség. A terhesség alatt diag-

nosztizált petefészek-daganatoknak csak 0,93%-a malignus. A terhesség alatti malignus ovariumtumorok közel fele csírasejt-tumor.

A lymphomák előfordulása 1/1000–6000 terhesség. A Hodgkin-lymphomák lényegesen gyakrabban fordulnak elő, mint a non-Hodgkin-lymphomák. Terhességben a B-sejtes lymphomák a leggyakoribbak.

A leukaemiák előfordulása 1/75 000–100 000 terhesség. Az akut myeloid leukaemia a leggyakoribb. Az idült leukaemia egyébként az idősebbek betegsége.

Az endokrin carcinomák gyakorisága 17,4/100 000 volt Ausztráliában 1994 és 2008 között.

Jakobovits Antal dr.

Pszichiátria

Fizikaiaktivitás-intervenció a mentális betegségekben: szisztemás áttekintés és metaanalízis (Physical activity interventions for people with mental illness: A systematic review and meta-analysis)

Rosenbaum, S., Tiedemann, A., Sherrington, C., et al. (AEP, The George Institute for Global Health, Lv 13, 320 Kent St, Sydney, 2000, NSW, Ausztrália; e-mail: srosenbaum@georgeinstitute.org.au): **J. Clin. Psychiatry**, 2014, 75(9), 964–974.

Az utóbbi években a fizikai aktivitás – akár mint alternatív, akár mint segítő eljárás – egyre nagyobb szerepet kap a mentális betegségek, elsősorban a depresszió kezelésében. Mivel az Amerikai Egyesült Államok felnőtt lakosságának 5%-a súlyos mentális beteg, és 9,5%-a eléri a hangulatsbetegség kritériumait, a kérdés nagyon fontos. Korábbi áttekintés (*Cooney, G. M., et al.*: Exercise for depression. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2013, 9(9), CD004366.) és a korábbi vizsgálatok főleg a strukturált (tervezett, felügyelt) mozgásprogramokat elemezték, a jóga, a tai chi, az életvezetés ki-

maradt. A pszichiátriai komorbiditásokat sem vették figyelembe, holott a szkizofrének negyede depressziós is. Sok pszichiátriai beteg egyúttal metabolikus szindrómás, erős dohányos, dyslipidaemiás.

A talált 3818 közleményből 39 volt randomizált. Húszt elemzte a depresszió jelenlétét a pszichiátriai betegségekben. Nyolc a szkizofréniára, öt a mért fittségre, 11 antropometriai változásokra és hat az életminőségre vonatkozott.

Az edzésprogramok depresszióra gyakorolt hatását összefoglaló 23 tanulmányból nyolcban nagyfokú javulást említenek a kontrollhoz képest, romlást egy esetben sem. A szkizofréniatünetek is nagyfokban javultak, az antropometriai és a fittségi mutatók kisebb mértékben.

Az edzésprogram definiálása azonban legtöbbször igen hiányos; az ACSM-ajánlásnak megfelelő „mindenkinek ajánlott” vagy az attól eltérés ritkán volt dokumentálva; az intenzitásra vonatkozó információ alig van; a foglalkozások látogatottságát olykor nem dokumentálták; nem elemezték a pszichotrop szerek és a testmozgás kapcsolatát. A krónikus kardiometabolikus betegségek fizikaiaktivitás-rehabilitációs tapasztalataiból tudjuk, hogy a tervezett, felügyelt, progresszíven nehezedő testmozgás („edzés”) hatásosabb, mint a kevésbé strukturált.

(*Ref.: Úgy tanítjuk, hogy a „pszichés rendellenességek” [depresszió, szorongás] esetében az edzésprogram abban tér el a „mindenkinek ajánlott-tól”, hogy társas környezetben történjen. Különösen figyeljünk a szórakoztató, hangulatos, játékos jellegére a bemelegítés és a levezetés során is. A „mindenkinek ajánlott” a heti legalább 5×30 perc – de lehetőleg ennek duplája: heti 300 perc mérsékelt-közepes intenzitású aerob jellegű testmozgás, emellett heti két alkalommal a test nagy izomcsoportjait igénybe vevő rezisztenciagyakorlatok az erő és a metabolikusan aktív izomtömeg fenntartására. A bevezető és levezető gyakorlatok az ízületi mozgásterjedelem fenntartását, a mozgásügyesség fejlesztését szolgálják. A stretchingnek – szemben a versenysporttal – itt csekély a szerepe.*)

Apor Péter dr.

E. Carstens, T. Akiyama (eds.):

Itch: Mechanisms and Treatment

CRC Press, Taylor & Francis Group, 6000 Broken Sound Parkway, NW, Boca Raton, 2014
458 oldal
ISBN 13: 978-1-4665-0543-8

A gyakori, kízó és kimerítő hatású, de a fájdalomérzéshez viszonyítva kevésbé vizsgált viszketés hátterének az összefoglaló analízisét adja a könyv. A munkát 51 neves, az irodalomban jól ismert kutató írta, és 26 fejezetben foglalták össze a tünet elméleti és klinikai vonatkozásait. A viszketés kutatása területén végzett jelentős munkák felfedték a viszketés és fájdalom közötti különbségeket, de elhomályosították a kettő közötti megkülönböztetést.

A viszketés hipotéziséről szóló áttekintő fejezetben szó esik arról, hogy először a fájdalmat kezdték érzésnek felfogni, és később realizálták, hogy mindez specifikus neuronális érző és idegi apparátussal kapcsolatos. Szó van a „specifitási”, majd az „intenzitási teóriá”-ról. A viszketés megértésében előrelépést jelentett a hisztamin felfedezése (Dale, ~1910), majd az úgynevezett „triple response” (Th. Lewis, 1927) leírása, és később annak felismerése, hogy a hisztamin kiváltotta erythemában a calcium G-related peptid (CGSP) is szerepet játszik. Felfedezték a hisztaminnak egy speciális membránreceptorát (H1R), amely a viszketés csillapításában vált jelentőssé. Ma ismert, hogy sok sejtfeleség és a neuronok tartalmazzák a hisztamint, és ennek felfedezése révén az idegvégződések választását tovább lehetett tanulmányozni. A viszketésstimulációnak új formája került a kutatók érdeklődésének a látóterébe: az úgynevezett szőrös bab (cowhage bean) formájában (Shelley és Arthur, 1955), amelynek a tüskéi (mucunain) okozta sérülés nyomán nem alakul ki „triple response”. Egyértelművé vált, hogy a viszketésérzést a myelinhüvely nélküli C-rostok és a vékony myelinhüvelyes A δ -rostok közvetítik. Mikroneurográfias vizsgálattal állapították meg, hogy a C-rostok között van egy, a hisztaminra különösen érzékeny rostcsoport, a C-fibers insensitive for mechanical

stimuli (CMI, his+). A viszketés vezetés-feldolgozás molekuláris mechanizmusai keretében mutatták ki, hogy a H1R-ek és TRPV1 receptorok együtt fejeződnek ki az idegvégződésekben. A kutatások eredményei szerint két viszketési pálya létezik az egy fájdalomközvetítési pályával. Ugyanakkor figyelembe kell venni, hogy a viszketés molekuláris biológiai eredményei jelenleg ténylegesen az egerekre vonatkoznak. Az ismert speciestkülönbségek fényében sokat kell tenni azért, hogy ezeket az adatokat a humán neurobiológiában lehessen felhasználni.

Klinikai, különösen dermatológiai szempontból fontos a viszketés epidemiológiája; ez egy olyan tényező, amelyre vonatkozóan kevés adat van. A pruritus a dermatológiában a leggyakoribb tünet, de ez előfordul vesepanaszok (uremia), cholestasis, Hodgkin-kór, diabetes mellitus és mycosis fungoides stb. esetén. Fertőző betegségekben (pediculosis, bakteriális és vírusos betegségek, scabies) a viszketésérzés átmeneti jellegű. Bőrtünetek nélküli, úgynevezett drug induced pruritus fordul elő chloroquin és opioidok alkalmazása esetén.

Önálló fejezet foglalkozik az AD kórképpel, amelyben a viszketést a dermoepidermalis junctióban és az epidermisben lévő C típusú idegrostok szabad végződése mediálják. A perifériás idegek száma az AD-s betegek bőrében sűrűbb, és az ultrastrukturális képen az axonok kidudorodását figyelték meg sok mitochondriummal és a környező Schwann-sejtek elvesztésével. Az AD-ben az epidermis szöveti képre jellemző a sűrű idegrosthálózat, amely részben felelős a periférián a viszketés közvetítéséért. Ezt a hiperinnervációt feltehetőleg a keratinocyták termelte *elongációs faktor*, mint a nerve growth factor (NGF), illetve a *semaphorin 3A*, mint idegkinővést gátló tényezők eredményezik. Ma az a nézet, hogy az epidermalis beidegzést e két faktor egyensúlyozza a mátrixmetalloproteináz (MMP) kifejeződése révén.

Experimentálisan mutatták ki, hogy neurokinin/neuropeptid SP szintén szerepet játszik mint spinális transzmitter a viszketésben. Az eozinofilek óriási mértékben megnövelik az egerek hátsó szarvából izolált érzőneuronok elágazását. Újabb tény, hogy az eozinofilek hisztaminreceptorokat fejeznek ki, a H4R-t is ideértve. Az eozinofileknek az a képessége, hogy a neurotrofi-

nok, neuropeptidok és más citokinek révén a különböző trigger faktorokra válaszoljanak, az AD-s bőrben megfigyelhető viszketés új kortani szemléletét adja.

A klinikai részben szó esik a neuropathiás viszketésről, a viszketés perifériás neuronális mechanizmusairól, a proteinase activated receptor-2 (PAR-2), a Mas-G-protein (Mrgpr), illetve az interleukin-31 (IL-31) és oncostatin M viszketésben való szerepéről, a viszketés és fájdalom gerincvelői közléséről és a spinális kapcsolási hálózatról stb.

Külön fejezet tárgyalja a különböző perifériás opioidokat (a ligandjaikkal együtt) az egyes kórképek kialakulása és a viszketési panaszok csökkentésében. Az opioid receptorok G-protein-kapcsolt receptorok. Ezek három fő receptortípusból állnak a megfelelő ligandjaikkal együtt. A receptorok jelen vannak az epidermisben és dermisben lévő idegrostokban és a szőrtüszökben. Az AD-s betegekben a μ -opioid receptorral (MOR) kapcsolatos mRNA a hám subcornealis rétege alatt koncentrálódik, míg egészséges bőrben nagymértékben a suprabasalis rétegben fejeződik ki.

A hátsó gyöki neuronokban a szomatikus érzőrostok fájdalomvonatkozású nociceptorokból, viszketés vonatkozású pruriceptorokból, termoreceptorokból és mechanoreceptorokból tevődnek össze. A glutamát alapján egy gyors izgalmi neurotranszmitter, amely a gerincesek idegrendszerében működik. A transzporter proteinek családja, a vesicular glutamate transporter (VGLUT1-3) a glutamátot a szinaptikus hólyagcsákba juttatja, és ellenőrzi az izgalmi neurotranszmissziót. Mai tudásunk szerint a periférián jelentkező viszketés a fent jelzett rostokon át számos faktor közbeiktatása után a központi idegrendszerbe jut, és itt a corticalis területen dolgozódik fel.

A kitűnő, a legújabb vizsgálati eredményeket tartalmazó, modern szemléletű könyv igen olvasmányos. Minden kórfolyamatot (neuropathiás, uremiás, diabeteses viszketés stb.) kísérő pruritus esetében a terápiás lehetőségek is megemlítésre kerülnek. Számos új, a kutatás során előtérbe került fogalommal ismerkedhetünk meg, amelyek még árnyaltabbá teszik a viszketés értelmezését és az érzés jelzéseinek megértését.

Dr. Schneider Imre