

A kommunikáció gyógyító ereje, avagy a görbe vonalról, amely egyenesbe hozhat mindent

Jelige: JUH176

Dolgozat lezárása: 2013. november 3.

Tartalomjegyzék

1.	Bevezetés.....	1
1.1.	A téma relevanciája.....	1
1.2.	A kutatás célja, módszertana	4
2.	A humor.....	5
2.1.	A humor definiálása	5
2.2.	Humor típusai, a humorforrások felosztása.....	6
2.2.1	A viccek.....	6
2.2.1.	A spontán társalgási humor	7
2.2.2.	A véletlen humor	8
2.3.	Humorstílusok	8
2.3.1.	A kapcsolatépítő humorstílus (Affiliative humor)	9
2.3.2.	Énvédő humorstílus (Self-Enhancing humor).....	9
2.3.3.	Agresszív humorstílus (Aggressive humor).....	9
2.3.4.	Énleértékelő humorstílus (Self-Defeating humor)	9
2.4.	A humorérzék fogalma és annak fejlődése	10
3.	A nevetés és a mosoly	12
3.1.	A nevetés és a mosoly definiálása.....	12
3.2.	Ragályos-e a nevetés?	14
4.	A nevetésterápiáról.....	16
4.1.	A nevetés és a humor élettani hatásai.....	16
4.2.	A nevetésterápia és eszközeinek bemutatása	17
4.3.	A nevetés erősíti-e az egészséget vagy maga a jókedv?	20
5.	Empirikus megfigyelés: a nevetésterápia eszközeinek alkalmazása a bohócdoktorok munkája során	22
5.1.	A kulturális szignálok kommunikációs eszközként való alkalmazása.....	23
5.2.	A nem verbális csatornák	24
5.2.1.	Mimikai kommunikáció	24
5.2.2.	Kommunikáció a tekintet révén	25
5.2.3.	A vokális csatorna	25
5.2.4.	A gesztusok	25
5.2.5.	A térköszabályozás kommunikációs aspektusai.....	26
5.3.	A verbális csatorna	27

5.3.1.	A kapcsolatfelvétel szakasza	27
5.3.2.	A kapcsolattartás szakasza	29
5.3.3.	A kapcsolat lezárása	31
5.4.	A bohócdoktorok kommunikációját segítő művészetterápiás és egyéb eszközök ...	31
5.4.1.	A zene.....	31
5.4.2.	Lufik, bábok, szappanbuborékok	32
5.4.3.	Bűvészmutatványok	32
5.4.4.	Az eszközök nem rendeltetésszerű használata	33
5.5.	További megfigyelések	33
6.	A Patch Adams nevéhez kapcsolódó nézetek alkalmazhatóságának lehetőségei és korlátai.....	36
6.1.	Patch Adams nézetei	36
6.2.	Patch Adams elképzeléseinek korlátai, különös tekintettel a nevetésterápia adaptálására	37
6.2.1.	Az ellátás ingyenessége.....	37
6.2.2.	Az alternatív gyógymódok alkalmazása	38
6.2.3.	Az egészségügyi dolgozók általános egészségügyi állapota.....	38
6.2.4.	A konzultációs idő kibővítése és a páciens barátként való kezelése.....	39
6.2.5.	A nevetésterápia orvos-beteg kommunikációba való beillesztésének lehetőségei és korlátai	40
7.	Befejezések, következtetések, konklúzió	42
8.	Felhasznált szakirodalom	44

Ábrajegyzék

1. ábra A saját zsebből finanszírozott gyógyszerészeti kiadások (bal oldal) és az egy főre jutó gyógyszerészeti kiadások növekedése (jobb oldal) %-ban kifejezve a 2009-es évre vonatkozóan	1
2. ábra Az egy főre jutó gyógyszerfogyasztás (ezer Ft/fő).....	2
3. ábra A vizsgált nemzeteken belül az azon megkérdezettek %-os aránya, aki 'nagyon boldog'-nak vallották magukat.....	3
4. ábra A humorstílusok és a humorelméletek viszonya	10
5. ábra Az orvosok és a lakosság hálapénzhez kapcsolódó attitűdjei	37
6. ábra A paternalizmus elfogadásának/elutasításának megoszlása (n=389 fő).....	39

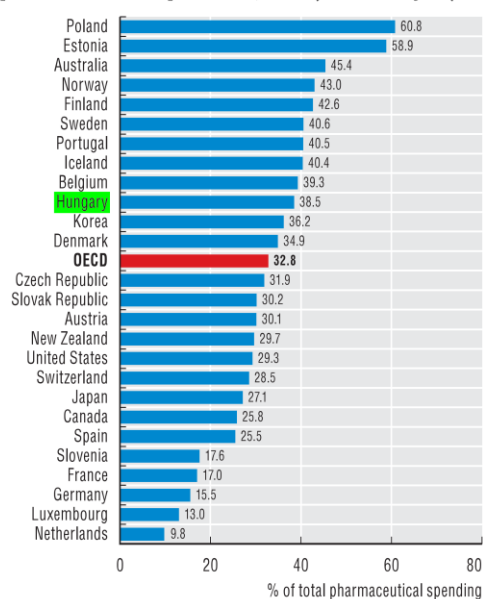
1. BEVEZETÉS

„Két hatalmas ellensége van mindenféle bacilusnak. Az egyik a napfény, a másik a jóízű nevetés” (Eötvös, 2007:316.). „Nincs jobb orvosság a boldogságnál. Maximum a nevetés” (Dr. House, 2006). „Csipetnyi humor elég ahhoz, hogy meggyőződj: az az idegen arc egy-egy embertársadat takarja” (Eva Wydra Hoffman, s.a.). Ez csupán néhány kiragadott gondolat aközül a szinte végtelen számú idézet közül, melyek a nevetés és a humor egészségügyi állapotra és emberi kapcsolatokra gyakorolt pozitív hatását hivatottak alátámasztani. A nevetés gyógyszer, ez szinte már közhely, de akkor miért nem alkalmazzuk gyakrabban és miért nem használjuk a hagyományos nyugati gyógyászati módszerek kiegészítőjeként ezt az ingyenes gyógykezelést?

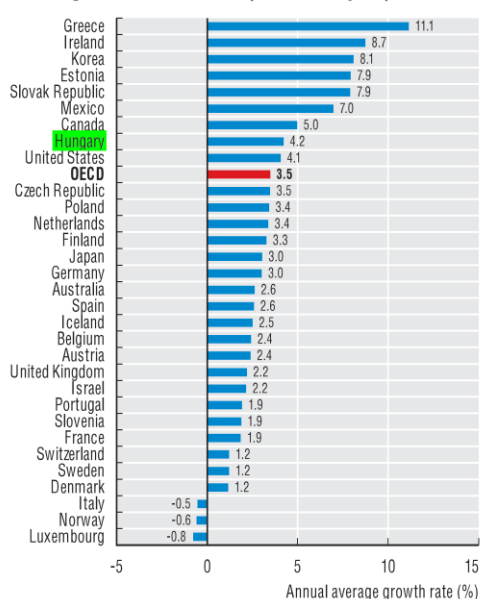
1.1. A téma relevanciája

Annak ellenére, hogy Magyarországon a gyógyszerkiadások lefaragását célzó kormányzati intézkedések hatására a gyógyszerpiac 4,5 %-kal zsugorodott (Haiman, 2013), hazánk még így is előkelő helyet foglal el a GDP-hez viszonyított gyógyszerfogyasztás tekintetében, ugyanis a bruttó hazai össztermék mintegy 4,2 %-át költjük el évente a patikákban, amely összeg 38,5 %-át saját zsebből kénytelenek finanszírozni a páciensek (OECD, 2011) (1. ábra).

7.4.2 Out-of-pocket expenditure as a share of total pharmaceutical expenditure, 2009 (or nearest year)



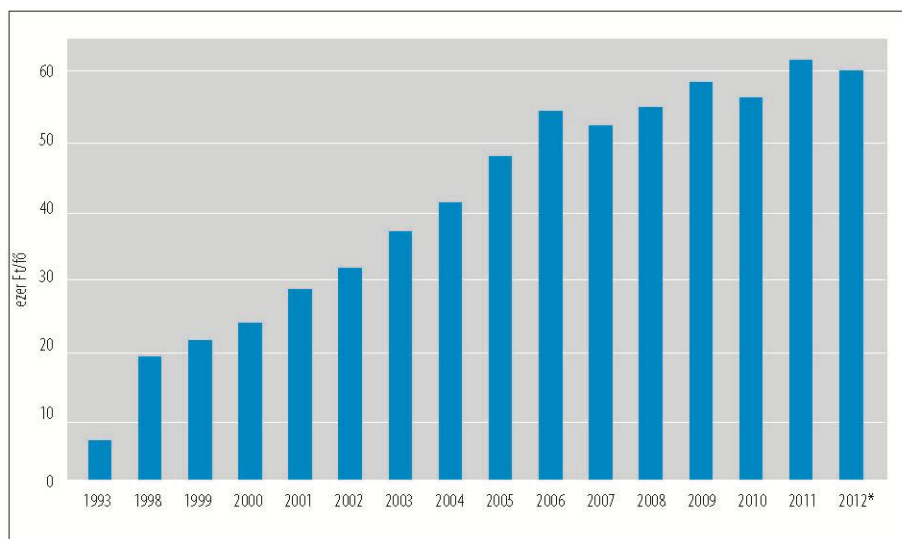
7.4.3 Growth in real per capita pharmaceutical expenditure, 2000-09 (or nearest year)



1. ábra A saját zsebből finanszírozott gyógyszerészeti kiadások (bal oldal) és az egy főre jutó gyógyszerészeti kiadások növekedése (jobb oldal) %-ban kifejezve a 2009-es évre vonatkozóan

Forrás: OECD, 2011

Hiába próbálja tehát lefaragni a kormány az orvosságokra fordított kiadásokat és megreformálni a gyógyszerfinanszírozási rendszert, az egy főre jutó gyógyszerfogyasztás – néhány átmeneti csökkenéstől eltekintve – évről évre növekszik (2 ábra).



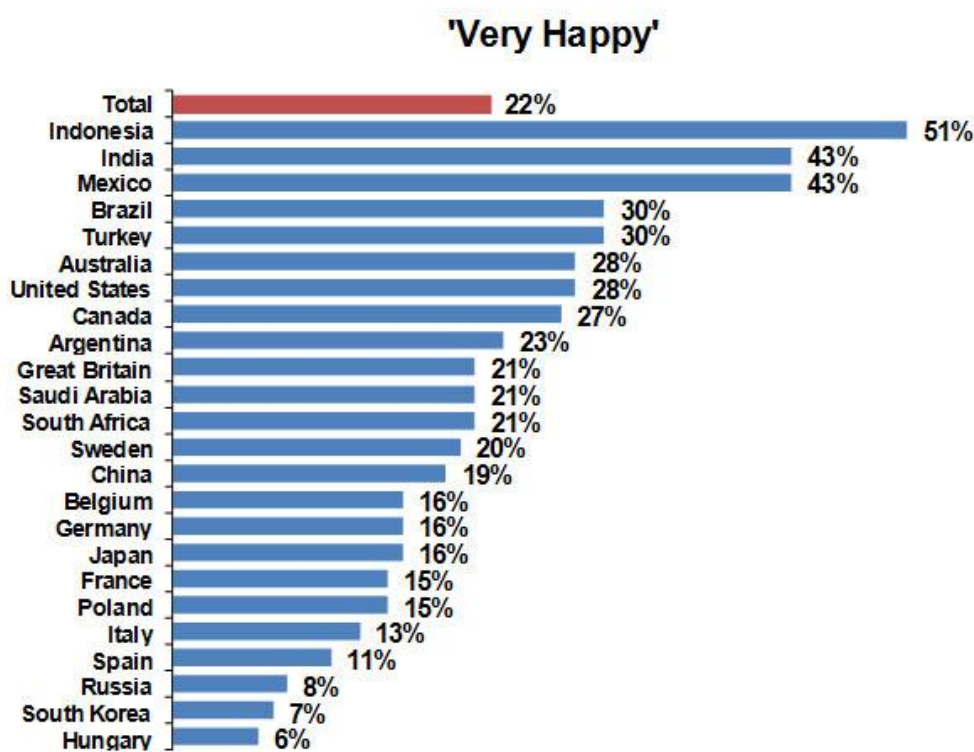
2. ábra Az egy főre jutó gyógyszerfogyasztás (ezer Ft/fő)

Forrás: Fekete, 2012

A sikertelenség egyik forrása véleményem szerint ott keresendő, hogy a rendszer átalakítását célzó döntések mindig csupán pénzügyi jellegűek, amelyek egyáltalán nem garantálják az egészségügy színvonalának javulását. Ezen intézkedések helyett/mellett egy jóval átfogóbb reformcsomagra lenne szükség, mely nem csupán a lakosságra hárítja át a növekvő költségeket, hanem alternatív gyógymódok bevezetésével egyfajta kiegészítést vagy lehetséges opciót nyújt a hagyományos nyugati orvoslás eszközeinek javítására, illetve alkalmazásuk mérséklésére. Ilyen kiegészítő alternatíva lehet a nevetésterápia szélesebb körben történő felhasználása, mely – mint azt a későbbiekben látni fogjuk – optimális, hatásos és nem utolsó sorban ingyenes alkotóeleme lehet a gyógyítás folyamatának.

Gordon Claridge már 1970-ben megalkotta a teljes gyógyszerhatás fogalmát, miszerint a gyógyszerek hatékonyságát a farmakológiai hatáson kívül még számos egyéb körülmény (a gyógyszer sajátosságai, a beteg személyiségjellemzői, az orvos attitűdjei, sőt a beteget körülvevő környezet) is befolyásolja (Claridge, 1970). Helman mindezt kiegészítette a makrokörnyezetből származó tényezőkkel (a gyógyszerszedés kulturális, gazdasági szociális és politikai háttere), melyek szintén hatással lehetnek egy gyógyszer hatékonyságára (Helman, 2001). Összességében tehát elmondható, hogy nem csupán a kezelés módja, de az orvos, a páciens körülvevő mikro- és makrokörnyezet, valamint a beteg lelki állapotának milyensége is hozzájárul a gyógyulás folyamatához.

Gondolatébresztőként álljon itt egy, az Ipsos által elvégzett felmérés eredménye, mely 2011-ben készült, 18 687 felnőtt bevonásával, akik 24 különböző országból kerültek ki. Eszerint a vizsgálat szerint a magyar válaszadók mindössze 6%-a érezte magát "nagyon boldognak", így boldogság tekintetében a vizsgált országok között az utolsó helyen végeztünk (3.ábra). A felmérésből ugyan nem vonhatóak le messzemenő következtetések például a magas gyógyszerfogyasztási ráta és a boldogtalanság összefüggéseire vonatkozóan, ugyanakkor azt már számos kutatás bizonyította, hogy a közérzet, a boldogságérzet és a jól-lét hatással vannak az általános egészségügyi állapotra valamint az egyén egészségészelelésére (Nordenfelt, 1993; Kropp - Skrabski, 2000), ezáltal közvetetten befolyásolják a gyógyszerzsükségleteket is. Ennek megfelelően a mosoly, a nevetés és a humor, illetve egészében véve maga a nevetésterápia talán olyan eszköz lehet az orvosi szakmában, amely a beteg általános közérzetére hatva befolyásolni tudná a páciens egészségi állapotát és egészségészelelését is.



3. ábra A vizsgált nemzeteken belül az azon megkérdezettek %-os aránya, aki 'nagyon boldog'-nak vallották magukat

Forrás: Ipsos, 2011

1.2. A kutatás célja, módszertana

Dolgozatom alapvető célja a nevetésterápia bemutatása, a hozzá kapcsolódó kommunikációs fogalmak ismertetése és rendszerezése, valamint a terápia hagyományos orvos-beteg kommunikációba való beilleszthetőségének és az adaptálás korlátainak vizsgálata.

Hazánkban a nevetésterápia alkalmazása leginkább a bohócdoktorok munkásságában érhető tetten, így a nevetésterápia gyakorlati megvalósulását az ő tevékenységük megfigyelésén keresztül tanulmányozom. Ezen empirikus vizsgálat keretében a hazánkban működő két bohócdoktor alapítvány munkatársait kísértem el összesen öt vizitre, melyeken alkalmam nyílt megfigyelni a nevetésterápia gyakorlati alkalmazását és a nyugati orvosláshoz való viszonyulását is. Az ezen elemzésből származó megfigyeléseim ismertetését követően arra próbálok választ adni, hogy kommunikációs szempontból beilleszthető-e a nevetésterápia a hagyományos orvos-beteg kommunikációs modellbe.

Mivel a nevetésterápia nyugati orvoslásba való adaptálása legátfogóbban és legmarkánsabban Patch Adams egészségügyi modelljében valósul meg, így a dolgozat záró részében a Patch Adams-i rendszer magyar (tágabban értelmezve pedig a nyugati) egészségügyi gyakorlattal való kompatibilitását vizsgálom, különös tekintettel a nevetésterápia alkalmazhatóságára.

Mielőtt azonban rátérnék a megfigyeléseim eredményeinek és a következtetéseim bemutatására, szeretném ismertetni és kategorizálni azokat a kommunikációs eszközöket, fogalmakat és jelenségeket, amelyekre a nevetésterápia módszertana épül.

2. A HUMOR

2.1. A humor definiálása

Annak ellenére, hogy a humor és a humoros szavak egyértelműen pozitív jelentéssel bírnak a köztudatban (példaként elég megemlíteni, hogy a humoros egyéneket embertársaik általában egyéb olyan jó tulajdonságokkal is felruházzák, mint a kedves, extrovertált, jó képzelőerővel bíró, barátságos, intelligens (Cann - Calhoun, 2001), a humor és főleg az, hogy mit is nevezhetünk humorosnak meglehetősen homályos. Ennek egyik lehetséges okát Clifford Geertz Sűrű leírás című tanulmányában találhatjuk meg. Eszerint az antropológusok által megfigyelt és vizsgált cselekvések, viselkedések és szimbólumok több jelentéssel bírnak, ezek elemzése pedig „jelentések találgatása (vagy annak kellene lennie), a találgatások értékelése és magyarázó következtetések levonása a helyesebb találgatásokból - nem a jelentés világának felfedezése és testetlen tájainak feltérképezése” (Geertz, 2001:214.).

Geertz módszertanát alapul véve, tehát egy jelenségről csak akkor tudjuk megmondani, hogy humoros-e, ha sűrű leírást végzünk, tehát nem csupán leírjuk, hanem értelmezzük is a látott jelenséget valamint megismerjük a szituációban résztvevők saját magukról alkotott véleményét.

Ebből következik, hogy „a humor a jelenségek egyik értelmezési lehetősége, tehát szinte bárminek lehet humoros olvasata, ha a jelenség megfigyelője az értelmezési lehetőségek közül ezt az olvasatot választja” (Kapitány – Kapitány, 2007:352.).

Hasonló gondolatot fogalmaz meg Bagdy Emőke és Pap János is, szerintük ugyanis „a humor állapot, hangulat, életfilozófia, amelyben nem kell feltétlenül nevetni, de a dolgok mélyén mindig ott a derű és a jókedv, az élet ellentmondásait felismerő, bölcsen megmosolygó és kinevető, de mégiscsak elfogadó szemlélet” (Bagdy – Pap, 2011:139.).

Sajnos dolgozatom terjedelmi korlátai miatt az egyes tudományágak szemszögéből megalkotott humorelméleteket nem áll módomban bemutatni, ugyanakkor három, a kutatásom szempontjából is fontos elméleti keretet szeretnék mindenképpen kiemelni, illetve röviden ismertetni:

- Az összeférhetetlenség elmélet elsősorban kognitív szempontból közelíti meg a humort: eszerint egyes helyzeteket azért érzünk humorosnak, mert azok összeegyeztethetetlenek a korábbi elvárásainkkal (inkongruencia). Schopenhauer szerint például a nevetés akkor jelentkezik, ha a vázolt helyzet és a valós lehetőségek

közötti összeférhetetlenség nyilvánvalóvá válik. Az összeférhetetlenség tehát szükséges, de nem elégséges feltétele a humornak (Samson, 2008).

- A felsőbbrendűség elmélet egyik képviselője, Hobbes szerint azért tartunk valakit vagy valamit viccesnek, mert ez felsőbbrendűségi érzést nyújt számunkra a humor középpontjában állóval szemben (Ewin, 2001).

Hasonló gondolatot fogalmaz meg Csányi Vilmos is, aki szerint „az agresszió sokszor ölti magára a humor formáját vagy jelenik meg csúfolódásként” (Csányi, 1999:175.).

- A megkönnyebbülés elmélet Anna Freud által vált ismertté, aki a humort a belső pszichológiai munka egyik eszközének tekintette, mely egyfajta elhárító és szorongásszabályozó mechanizmusként szolgál a feszültség levezetéséhez, mégpedig a humorra adott válaszreakció, a nevetés által (Freud, 1994). Ezen elmélet tehát a mentális egészséget hozza összefüggésbe a humor és a nevetés hatásaival.

Összefoglalva az eddigieket: kommunikációs megközelítésben a humort olyan konnotációs kódnak tekintem, amely a tudat értékelő, morális, emocionális részére hat (Horányi, 2006).

2.2. Humor típusai, a humorforrások felosztása

Mivel a humor mind a formális, mind az informális kapcsolatainkban nagy számban van jelen, nehezen megragadhatónak tűnik, hogy tulajdonképpen mit is tartunk humorosnak. A későbbiekben látni fogjuk, hogy az egyének humorészlelése meglehetősen eltérő, ugyanakkor a kommunikációs interakciókban megjelenő humorforrásokat Rod Martin, pszichológus-professzor nyomán három kategóriára bonthatjuk: a viccek, a spontán társalgási humor és a nem szándékos, véletlenszerű humor (Martin, 2007).

2.2.1 A viccek

Martin a vicceket olyan előre megalkotott, humoros anekdotáknak tekintette, amelyeket az emberek megjegyeznek, majd továbbmesélnek egymásnak. Szerinte a viccek jól felismerhető, kétrészes felépítéssel rendelkeznek. A bevezető fázisba (setup) tartozik a vicc összes mondata az utolsót kivéve. A mesélő ezzel a résszel különféle elvárásokat alakít ki a hallgatóságban a vicc lehetséges kimenetelét illetően. A vicc másik része a csattanó (punch line), amely váratlanul, játékos formában teljesen megváltoztatja a hallgatóságban kialakult értelmezési keretet az oda nem illőségével, váratlanságával (Martin, 2007), és amely a humor működésének elengedhetetlen kelléke (Forabosco, 1992).

Martin szerint a viccek felismerését nagyban megkönnyíti az is, hogy a mindennapi kommunikációban általában valamilyen verbális vagy nonverbális ráutalás (pl. „És az ismeritek, hogy..?”), vagy szófordulat („Nyuszika sétál az erdőben...”) előzi meg őket (Martin, 2007).

A viccek többségét általában egy társalgási szituációban meséljük el az éppen folyó beszélgetés témájához kapcsolódóan, ugyanakkor mégsem sorolhatóak a spontán társalgási humor kategóriájába, hiszen egyrészt előre megalkotott konstrukciókról van szó, másrészt pedig a beszédkontextusból kiragadva, önállóan is működnek, így számos szöveggörnyezetben hatásosan alkalmazhatók (Long – Graesser, 1988).

Freud pszichoanalitikus megközelítése szerint ugyanakkor a vicc a tudatalattiból származik (Freud, 1995). „Freud szerint az elménkben cenzorok működnek, és ezek tudat alatt akadályozzák meg, hogy oda nem illő dolgokra gondoljunk. A viccek azonban ki tudják játszani ezeket a cenzorokat, és ez szellemi energia felszabadulásával jár, ami jó érzést és nevetést vált ki a hallgatóból” (Kerémi, s.a.). A nevetés nyomán kialakuló öröm hatására a tudatalatti elfojtás feloldódik (Freud, 1995).

2.2.1. A spontán társalgási humor

Rod Martin és Nicholas Kuiper naplójeljegyzésekre épülő kutatásából kiderült, hogy a napi átlagos nevetés mindössze 11 %-a származik viccekből. A fennmaradó rész 17 %-át a média által közvetített humor teszi ki, de a nevetések túlnyomó többsége (72 %-a) a társalgások során megjelenő spontán humorból ered (Martin, 2007).

Ezen humorforrások már jóval kontextusfüggőbbek a viccnél, környezetükből kiragadva esetenként teljesen elvesztik értelmüket vagy kevésbé humorossá válnak („Ott kellett volna lenned”) (Martin, 2007).

A spontán társalgási humornak számos forrása lehet, melyeket legrészletesebben Debra Long és Arthur Graesser foglalt össze. Ők 11 olyan kategóriát különböztettek meg, amelyek egy interakció során humorforrássá válhatnak, ezek: az irónia, a költői kérdésekre adott válaszok, a szójátékok, az önleértékelés, a szatíra, a szarkazmus, a túlzás vagy elbagatellizálás, az ugratás, a komoly kijelentésekre adott szellemes válaszok, az ismert kifejezések átformálása és a szóviccek (Long – Graesser, 1988).

Azonban még az ő felsorolásukat sem lehet teljesen tekinteni, hiszen a társalgási szituáción belül csupán a verbális kommunikációs aktusokat tekintették humorforrásoknak, az olyan nonverbális eszközöket, mint a szándékos grimaszolás, furcsa, eltúlzott gesztusok és

viselkedési formák nem, pedig ezen megnyilvánulások is a nevetés tárgyává válhatnak (Martin, 2007).

2.2.2. A véletlen humor

Mindazon humorforrások tartoznak ide, amelyek elkövetése nem szándékos. Két típusra bonthatjuk őket Alleen Nilsen és Don Nielsen nyomán, mégpedig fizikai és lingvisztikai típusokra (Nilsen – Nielsen, 2000).

A véletlenszerű nyelvi humor egyes eseteit összefoglalóan nyelvbtlásoknak nevezzük. Ilyen humorforrás lehet a rossz szótalálás, a metatézis, kontamináció, szavak újakezdése, megakadás, a freudi elszólás és a két szó kezdőbetűinek felcserélése (spoonerism) típusú hibák (Nyelv és Tudomány, 2011).

A fizikai humor kategóriájába csakis az olyan véletlenszerűen bekövetkező események (pl. elbotlás) tartoznak, amelyek nem okoznak komoly sérülést a baleset elszenvedőjének. Az állítás Ramachandran, a tükroneuronokat kutató idegtudós nevéhez fűződik, aki szerint a véletlenszerű események bekövetkeztekor hallatott nevetés az agy jelzése a külvilág felé, hogy nem áll fenn veszélyhelyzet. Az agyunk egyik fele ugyanis ebben a helyzetben észleli a lehetséges veszélyt, a másik fele viszont érzékeli, hogy ez hamis jelzés és ezt nevetéssel jelzi (Ramachandran, 1998).

A véletlen humornál - akárcsak a vicceknél - az elvárt viselkedésformától való meglepő eltérés, az inkongruencia szolgál a nevetés alapjául. Ezek a humorforrások is erősen kontextusfüggőek és humorfaktoruk megítélése is egyénfüggő (Nyelv és Tudomány, 2011).

2.3. Humorstílusok

A humor humorforrásokon alapuló osztályozásánál talán már érzékeltük, hogy a humor nem csupán pozitív, építő jellegű lehet. Rod Martin és társai nevéhez fűződik a Humor Stílus Kérdőív (HSK) kidolgozása, amely a humor egyénre jellemző alkalmazásának mértékét mutatja be négyféle humorstílus mentén. A társak felé irányuló humornak két változata lehet, mégpedig pozitív (kapcsolatépítő) és negatív (agresszív). A másik dimenzió az önmagunkra irányuló humor, mely szintén pozitív (énvédő) és negatív (énleértékelő) faktorra bontható (Martin, 2007).

2.3.1. A kapcsolatépítő humorstílus (Affiliative humor)

A társak felé irányuló, pozitív humorstílus, amely az egyének humorizálásra való hajlandóságát mutatja meg. Célja a társas kapcsolatok fejlesztése, az esetleges feszültségek oldása, vagy éppen mások szórakoztatása (Martin, 2007).

2.3.2. Énvédő humorstílus (Self-Enhancing humor)

A szintén pozitív, de már önmagunkra irányuló énvédő humorstílus a humoros életszemlélet - készség egyénre jellemző mértékét méri. Ezen humorstílus segíti a pozitív önkép kialakulását, és növeli stresszel való megküzdési képességet (Martin, 2007).

2.3.3. Agresszív humorstílus (Aggressive humor)

A személyközi humoralkalmazás negatív típusa az agresszív humorstílus, melynek célja elsősorban a humorizáló hatalmi erejének kinyilvánítása. Martin szerint a legjellemzőbb megnyilvánulásai az olyan viselkedésformák, mint a mások kritizálása, a humor általi manipulálás és a humor támadóeszközként történő alkalmazása, de ide sorolja az olyan eszközöket is, mint a kényszeres, illetve nem megfelelő helyzetben való humorizálás. Ez a humorstílus erősen kapcsolatromboló hatású (Martin, 2007).

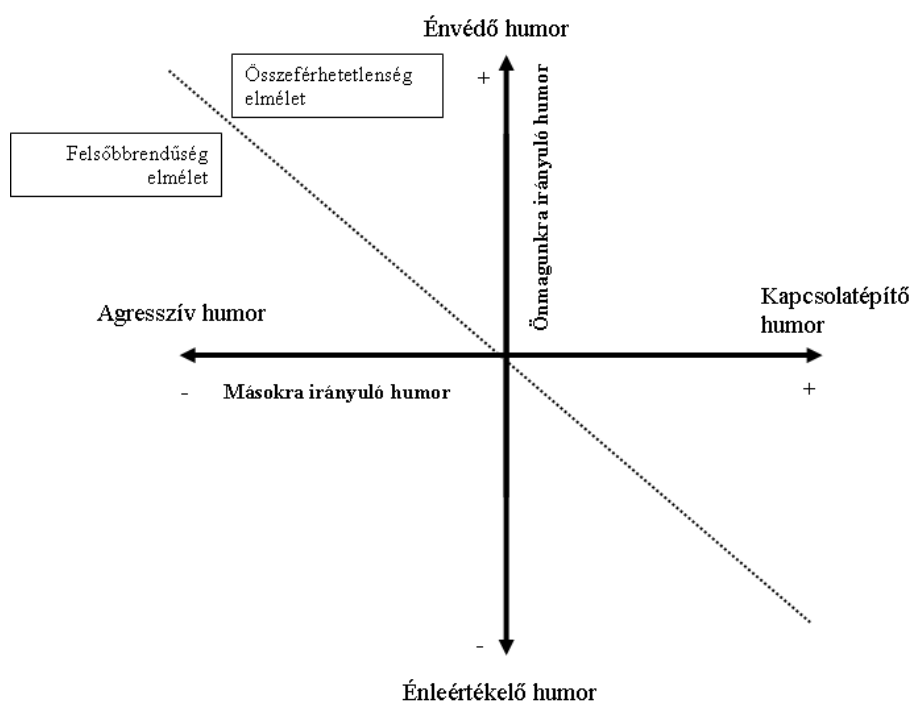
2.3.4. Énleértékelő humorstílus (Self-Defeating humor)

Az önmagunkra irányuló humorstílus dimenziójának negatív típusa az énleértékelő humorstílus, mely során a humorizáló egyén kárára történik a nevetés (kinevetés). Ezen humorstílus alkalmazásának célja mások figyelmének a megszerzése, illetve az esetleges negatív érzelmek leplezése, csakhogy ezt az egyén önmaga kárára, saját nevetségessé tétele árán éri el, mely az önkép sérülését vonhatja maga után (Martin, 2007).

Thomas Ford előítéletes normaelmélete (prejudiced norm theory) is a lenéző, agresszív humorban rejlő veszélyekre hívja fel a figyelmet. Szerinte a humoros kontextus olyan enyhítő, komolytalan közegéül szolgál a lenézésnek, amely elfedi magának a diszkriminációnak a tényét. A komolytalan közeg hatására a hallgatóság a lenéző humort már tréfaként interpretálja, megfeledezve azokról a normákról, amelyek hatására az ilyen diszkriminatív megnyilvánulásokat esetleg kritikusan szemlélné. A lenéző humor tehát tulajdonképpen legitimálja a diszkriminációt (Ford – Ferguson, 2004).

Ugyanakkor ezen humorstílusok nem különülnek el élesen, Martin korrelációs kapcsolatot talált a kapcsolatépítő és az énvédő, valamint az agresszív és az énleértékelő humorskálák értékei között, sőt az agresszív humor gyengén korrelált a kapcsolatépítő és az

énvédő humorstílussal is, azaz a pozitív humornak is lehetnek olykor agresszív elemei (4. ábra) (Martin, 2007:212.).



4. ábra A humorstílusok és a humorelméletek viszonya

Forrás: Cruthirds et al., 2012 alapján saját szerkesztés

Láthatjuk tehát hogy a humorforrásoknak és a humorstílusoknak több típusa létezik, melyek eltérő hatást gyakorolnak mind a személyközi kapcsolatokra, mind magára a személyre. Ugyanakkor a destruktív humorstílusok az ön-és kapcsolatromboló hatásuk miatt nem járulnak hozzá a nevetés pozitív hatásaihoz, így a továbbiakban a humor fogalma alatt jórészt csupán a jóindulatú humorstílust tárgyalom.

2.4. A humorérzék fogalma és annak fejlődése

Paul McGhee a humorérzék kialakulásának négy fő, életkorhoz kötődő fázisát különítette el (McGhee, 1979).

Két éves korig még nem beszélhetünk humorhasználatról, ekkor ugyanis a gyermek még a Piaget meghatározása szerinti szenzomotoros szakaszban van, azaz még nem képes leképezni a világot, azt csak saját szempontja szerint érzékeli és nem tudja megkülönböztetni a látszatot a valóságtól (Piaget, 1970).

A McGhee által tárgyakra irányuló inkongruens cselekvés szakaszának nevezett fázisban a gyerekek már képesek a világot mentális sémákba ágyazottan szemlélni (McGhee, 1979).

A harmadik fejlődési szinten a gyermek képessé válik az inkongruencia felismerésére, értelmezésére és a nyelvi humor használatára, megértésére (McGhee, 1979).

Nagyjából hét éves kor után lép a gyermek a többszörös jelentések szakaszába, ekkor képessé válik mások szemszögének megértésére és a valóság komplexebb adaptálására (McGhee, 1979). Tehát már erre az időszakra kialakul a felnőttkorra is jellemző humorérzék.

Arra a kérdésre, hogy ez a kialakult humorérzék fejleszthető-e Lynn Cherkas ikerkísérlete adta meg a választ, amely során kiderült, hogy a humor észlelésének képessége csupán kis részben előre determinált, a nevelés, a családi környezet jóval nagyobb befolyással bír a humorérzék fejlődésére (Cherkas, 2000).

3. A NEVETÉS ÉS A MOSOLY

3.1. A nevetés és a mosoly definiálása

Charles Darwin volt az első, aki tanulmányt írt az érzelmek és az arc kifejezések összefüggéseiről. Az arc kifejezéseket Darwin veleszületett, tehát nem kulturálisan meghatározott válasszmintázatoknak tekintette (Darwin, 1963).

Ezzel szemben Ekman kutatásai rávilágítottak arra, hogy csupán hat (öröm, bánat, harag, félelem, meglepetés, és undor) olyan alapérzelem és hozzájuk tartozó érzelmkifejezési mimika létezik, amelyek, egyetemenlegesen, kultúrától függetlenül felismerhetők (Ekman, 2007). Az egyik ilyen genetikailag determinált, nem tanult arc kifejezés a mosoly és a nevetés. Ezt a tényt támasztja alá, hogy a siketen és vakon született csecsemők is tudnak mosolyogni (Eibl-Eibesfeldt, 1989). A nevetés azonban komplexebb folyamat mint a mosoly, hiszen a nevetéshez a légzőrendszer bizonyos fejlettségi szintje szükséges, ezért a nevetés csupán néhány hónappal később alakul ki az újszülötteknél (Bagdy – Pap, 2004).

Az előzőekben tehát láthattuk, hogy mind Darwin, mind pedig Ekman az arc kifejezéseket az érzelmek megnyilvánulási formájának tekintette. Ekman már egyértelműen kommunikációs jelenségként említi a mimikát, melyek *„lényegében viszonyulást, érzelmi állásfoglalást jelző kommunikációk, ezeknek a mindennapi érintkezésekben nagy szerepük van, bár használatuk és percepciójuk nagyrészt nem tudatos”* (Buda, 1988:99.).

Silvan Tomkins, a hatáselmélet atyja még ennél is tovább megy: szerinte ugyanis azok a fizikai reakciók (elsősorban az arc kifejezések), amelyeket egy adott stimulus kivált az azt megtapasztaló személyből, nagyban meghatározzák a szubjektív érzékelés- és érzelemélményt (Ostrowsky, 2003). Tomkins kilenc (öröm, érdeklődés, meglepetés, düh, undor, bűz érzete, bánat, félelem, szégyen) olyan hatást különített el, amelyekhez szerinte genetikailag meghatározott fizikai reakciók rendelhetők. Ezen reakciók pontos leírását is megadta, az örömhöz például a mosoly és a nevetés mimikáját rendelte, amelyet az ajkak szélesre és felfelé húzódásaként jellemzett. A kilenc érzelmi hatást további három kategóriába sorolta aszerint, hogy pozitív (öröm, érdeklődés), negatív (düh, undor, bűz érzete, bánat, félelem, szégyen) vagy semleges (meglepődés) érzetet keltenek-e az emberekben (Ostrowsky, 2003).

Tomkins hitte, hogy ezen a hatások befolyással bírnak az emberek lelki állapotára is. Éppen ezért szerinte az optimális mentális egészség elérése érdekében maximalizálni kell a pozitív érzelmi hatásokat és minimalizálni a negatívakat. Ezt pedig úgy tudjuk elérni, hogy az

örömhöz és érdeklődéshez kapcsolódó arckifejezéseket használunk akkor is, amikor éppen nem ezen két pozitív érzést éljük át (Nathanson, 1997).

A nevetést és a mosolyt tehát a közvetlen emberi kommunikáción belül nonverbális kommunikációs jelenséggént tárgyalom, Ekman és Tomkins nyomán pedig részben az örömhöz, mint alapérzelemhez kapcsolódó arckifejezéseknek tekintem őket. Azért csak részben, mert a nevetést és a mosolyt - ahogy azt az előző fejezetben is láthattuk – különféle humorforrások is kiválthatják. Ezen kívül van egy harmadik ok is, amely a nevetés és a mosoly mögött húzódik: mégpedig a társadalmi-kommunikációs motivációk. Robert Provine megfigyelte, hogy társaságban mintegy harmincszor többet nevetünk, mint egyedül. Vizsgálatai szerint a nevetések mindössze 10-15 %-nak kiváltója a humor, a fennmaradó rész inkább a kapcsolatteremtéshez kötődik (Pease – Pease, 2006).

A mosoly és a nevetés, mint társadalom-kommunikációs jelenség kapcsolatteremtő és fenntartó valamint feszültségoldó hatással bír és egyben atmoszférateremtő is, hiszen olyan metakommunikációs eszköz lehet a kommunikáló felek között, amely rokonszenvet, barátságot, megértést, szeretetet közvetíthet.

A mosoly és nevetés kommunikációs jelenséggént történő értelmezésekor a velük járó élettani és hanghatásokról valamint mimikai változásokról így ír Dearbon: *„A nevetésben és többé-kevésbé a mosolyban a rekeszizom rendszerint úgy tizennyolc körüli rángógörcse és az arcizmok többségének összehúzódása jelentkezik. A száj felső része felemelkedik, és a szájug felfelé húzódik. A felső szemhéjak felemelkednek, a szemöldök is egy kicsit, ugyanúgy, mint a szemöldökköz bőre és a felső ajkak, míg a külső szemzugok jellegzetes ráncba futnak. Az orrlukák kitágulnak és megnyúlnak felfelé, a nyelv elől kissé szétlapul, az orcák kikerekednek, és valahogy felfelé húzódnak; s egyeseknél az orrcimpa megnyúlik előre. Az alsó állkapocs remeg, vagy valahogy megfeszül (kétségtelenül azért, hogy minden lehető levegőt megkapjon a kitágult tüdő) és a fej – erőteljes nevetésnél hátravetül, a törzs kiegyenesedik s teljesen hátrafeszül addig (és ez rendszerint hamar bekövetkezik), ameddig a rekeszizom és a járulékos hasizmok kimerülése-fájdalma erőteljes, megfelelő hajlítását nem okozza a fájdalom enyhítésére. Az egész arteriális érrendszer kitágul, a bőr hajszálereinek, az arc a nyak s néha a fejtető és kéz kipirulását okozó hatásával. Ugyanezen okból a szemek kissé kidüllednek, és működésbe lépnek a könnymirigyek; rendszerint csak éppen hogy a szemek ragyogjanak, de néha oly mértékben, hogy a könny a megfelelő csatornákon kicsordul”* (Dearborn, 1900:852.).

Dearborn leírása ugyanakkor nélkülözi azokat az akusztikai jelzéseket, amelyek lényegében megkülönböztetik a mosolyt a nevetéstől. Az erre vonatkozó információkat Bagdy Emőke és Pap János definíciójában találjuk meg:

„Viselkedésünket nevetéssé a légzés megváltozása, a különleges, szaggatott légzésforma teszi. Talán ez a legfőbb biológiai érv a nevetés mellett, hiszen az általában egyetlen modalitásra épülő mosolynál csak az arcizmok aktívak, miközben a szaggatottan áramló levegő hatására a nevetés akusztikai jelenség is. Legfőbb sajátossága, hogy a gégefőben a peremhangok jönnek létre, amelyek leginkább az ajtórésen beáramló, fel-felsikító szél hangjára emlékeztetnek. A hirtelen kilégzéskor keletkező, a hang-szalagok zárlatán áttörő hangok (explozívák) sajátos akusztikai atmoszférát teremtenek. A nevetések két fő típusa a zajszerű artikulálatlan, és a beszéd-, énekszerűen artikulált. Az artikulált nevetés is jelentős mennyiségű zajt tartalmaz. Hogy a nevetés artikulált, azaz „ha-ha-ha-ha”-szerű legyen, a hangszalagokat rezgésbe kell hoznunk, a szájüreget megfelelő nyelvállással meg kell formálnunk. A szájüreg alakja, a nyelv állása és a szájnyílás mérete dönti el, hogy „ha-ha”, „ho-ho”, „he-he” vagy „hi-hi” hangokat hozunk-e létre” (Bagdy – Pap, 2004:410.).

3.2. Ragályos-e a nevetés?

Talán már magunk is észrevettük, hogy ha valaki ránk mosolyog, hajlamosak vagyunk minden ok nélkül visszamosolyogni. Ulf Dimberg, aki az agytevékenység arcizmokra gyakorolt hatását vizsgálta a kísérletében résztvevő 120 alanynak különböző állapotokat tükröző (dühös, vidám stb.) arcokról mutatott képeket és közben utasította őket, hogy mosolyogjanak vagy vágjanak dühös arcot. Az utasítások gyakran eltértek attól, amit az alanyok éppen a képeken láttak. A kísérletből kiderült, hogy a résztvevőknek nehezükre esett mosolyogni ha dühös arcot láttak, de könnyedén vágtak dühös arcot miközben éppen dühös arckifejezéseket mutattak nekik. Dimberg ezzel bizonyította, hogy az arcizommozgások egy része ösztönös és az akarat ellenére a látottakat tükrözi vissza (Dimberg, 2000).

Ramchandran a nevetés ragályosságát is az agyban lévő tükörneuronokkal magyarázza. A tükörneuronok olyan idegsejtek, amelyek akkor aktiválódnak, ha nem közvetlenül élünk át valamit, hanem éppen nézzük azt a személyt, aki átéli az élményt. Ramchandran a tükörneuronok két típusát különbözteti meg: az egyik a mozgás utánzását, a másik az érzelmek átélését segíti. Míg utóbbira a véletlen humor esetében láttunk példát (vö. 2.3.3 fejezet), addig az előbbit a mosoly ragályossága szemlélteti. Ramchandran szerint ugyanis a látott arckifejezések automatikusan aktiválják az agy arckifejezések felismeréséért felelős

területét, illetve a tükörneuronokat, amelyek aztán tükörreakciót eredményeznek, automatikusan lemásolva a látott arckifejezéseket (Ramachandran, 2009). Éppen ezért fontos például, hogy a betegeket körülvevő egészségügyi dolgozók és a szülők gyakran nevéssenek vagy legalább mosolyogjanak, hiszen ezáltal a páciensek kedélyállapotára is hatással lehetnek.

Az eddigiekben összefoglaló jelleggel ismertettem a humor, a nevetés és a mosoly dolgozatom szempontjából relevánsnak tekinthető értelmezéseit, valamint definiáltam a hozzájuk kapcsolódó legfontosabb fogalmakat. Láthattuk, hogy a humor sok forrásból származhat, illetve több stílusban nyilvánulhat meg. A nevetést és annak „szelídebb” (Séra, 1983:26.) verzióját, a mosolyt elsősorban nonverbális (meta)kommunikációs eszköznek tekintettem (és tekintem továbbra is a dolgozatom folyamán), amely részben a humorra és az öröme adott mimikai reakció, részben pedig a társadalmi kommunikációs elvárásoknak való megfelelés eszköze. Mivel az öröm forrásai egyénileg eltérőek, sőt az öröm forrásául szolgálhat maga a humor is, ezért dolgozatom további részében a nevetés és a mosoly fogalmát a humor által kiváltott és a társas kapcsolatok érdekében létrehozott mimikai reakcióként tárgyalom.

4. A NEVETÉSTERÁPIÁRÓL

A nevetés és a humor terápiás céllal történő felhasználása nem ismeretlen az orvostudomány berkeiben. Már maga Hippokratész is meg volt győződve arról, hogy a betegek kedélyállapota befolyásolja a gyógyulást, éppen ezért a Kos szigetén működő kórházában színészekből és bohócokból álló társulatot is foglalkoztatott (Warren, 2005). Hippokratész ugyanis a betegségeket lelki diszharmóniának tekintette, amely a pozitív orvos-beteg kapcsolat által helyreállítható. Ehhez az elképzeléshez kapcsolható az a tőle származtatott mondás is, miszerint *„nem a betegséget, hanem a beteget kell gyógyítani!”* (Hippokratész, s.a., idézi Molnár 2012).

De mit is jelent a humor terápiás céllal történő felhasználása?

Az Amerikai Alkalmazott és Terápiás Humor Egyesület (American Association of Applied and Therapeutic Humor's (AATH)) által elfogadott definíció szerint *„terápiás humornak tekinthető bármely olyan beavatkozás, amely fejleszti az egészséget és hozzájárul a regenerálódáshoz azáltal, hogy arra ösztökél, hogy az abszurd és képtelen élethelyzeteket is játékos felfedezésnek tekintsük. Ez a beavatkozás javíthatja az egészségi állapotot vagy kiegészítő kezelésként elősegítheti a gyógyulást, illetve megkönnyítheti a küzdelmet, legyen szó fizikai, érzelmi, kognitív, szociális vagy akár spirituális eredetű betegségről”* (AATH, 2000).

4.1. A nevetés és a humor élettani hatásai

Gil Greengross, pszichológus szerint *„a humorral és a nevetéssel kapcsolatos egyik legelterjedtebb hiedelem az, hogy e két dolog jó hatással van az ember egészségére”* (Greengross - Miller 2011:190.).

Ezen meggyőződés erősségét bizonyítja az a Diana Mahony és társai által elvégzett kérdőíves felmérés, amelyben az alanyoknak – nem sejtve a teszt valódi célját – azon állításokat kellett aláhúzniuk, amelyekkel maximálisan egyetértettek. A válaszadók túlnyomó többsége azzal az állítással, miszerint *“A humor a legjobb gyógyszer”* anélkül értett egyet, hogy az állítást bizonyítékkal is alá tudta volna támasztani (Mahony et al., 2001).

A humor és a nevetés gyógyító ereje tehát mindaddig csupán hiedelem marad dolgozatomban is, amíg tudományos kutatási eredményekkel és tapasztalatokkal nem támasztom alá a humor, a nevetés és az egészségügyi állapot közötti korrelációs kapcsolatot. Éppen ezért álljon most itt néhány élettani kutatás eredménye arra vonatkozóan, miként is válhat e két kommunikációs eszköz gyógyszerré.

A nevetés egészségre gyakorolt legjelentősebb hatása a feszültség- és stresszoldás. Nevetéskor ugyanis endorfin szabadul fel agyban, amely örömeztető okozó és fájdalomcsillapító hormonként ismert, emellett csökken az olyan stresszhormonok koncentrációja a vérben, mint a kortizol és az adrenalin és a dopamin. A nevetés ezáltal csökkenti a stresszt, enyhíti a fájdalomérzetet, emellett a humor révén létrejövő öröm –melyet Dunbar az érintés hatására kialakuló örömeztethez hasonlított – a boldogságszint növelését okozza, ezáltal közvetetten az életminőség észlelését is befolyásolja (Dunbar, 2011).

Nevetéskor megváltozik a légzés, a tüdőbe több vér jut, így a vérnyomás más érterületeken csökken, a szervezetbe jutó többletlevegő hatására pedig nő a vér oxigénellátottsága (Fry – Savin, 1988). Emellett növeli az olyan tumor- és betegségölő sejtek aktivitását, mint a Gamma-interferon vagy a T-sejtek (Bennett, 2003).

Egyes kutatások pozitív korrelációt mutattak ki a humor és a váladékképző immunoglobulin-koncentráció növekedése között, ami az immunrendszer védekezési mechanizmusaiban játszik szerepet. A nyálban lévő immunoglobulin segít a légzőszervi megbetegedések és a megfázások megelőzésében (Lefcourt et al., 1990).

Kazuo Murakami és társai pedig a nevetés és a vércukorszint közötti kapcsolatot vizsgálták. Egyik nap a vizsgált 19 diabéteszes alanyuk egy negyven perces, mindenféle humoros tartalom nélküli, monoton előadást kellett végighallgatniuk, majd a következő nap ugyanezen 19 páciensnek egy negyven perces vígjátékot játszottak le. A vizsgálatban résztvevő személyek ugyanazon ételeket fogyasztották a vizsgálatok alatt, ennek ellenére azon a napon, amikor a vígjátékot nézhették meg a vércukorszintjük kivétel nélkül alacsonyabb volt az előző napinál (Murakami, 2003).

A nevetés mellett az azt kiváltó humor is pozitív hatást gyakorol a testünkre. Javítja a memóriát és a tanulékonyságot (Schmidt, 1994) valamint fokozza a kreativitást (McGhee, 1999).

Láthatjuk tehát, hogy a humor és a nevetés számos pozitív élettani hatást gyakorolhat a testünkre, de ezek közül is talán a legfontosabb a már említett kedélyállapot-javító szerepük, amellyel segítenek a betegség elleni küzdelemben és a betegség miatt felbomlott lelki egyensúly helyreállításában.

4.2. A nevetésterápia és eszközeinek bemutatása

Bár a nevetés jótékony hatásaira alapozva számos terápiás módszer fejlődött ki (az otthon végezhető nevetésterápiától kezdve a joganevetésen alapuló hahotaklubokig (pl. Magyar

Hahota Klub), mégis a nevetésterápia egészségügybe való integrálhatósága a nevetésterápia bohócdoktorok által történő alkalmazásán keresztül figyelhető meg leginkább, így a továbbiakban ők állnak majd dolgozatom középpontjában.

Annak ellenére, hogy a bohócdoktorság fogalma Patch Adams nevéhez kötődik, az első „Bohócterápia részleget” (Clown Care Unit) Michael Christensen hozta létre 1986-ban New Yorkban, amikor is a Big Apple Circus alapítójaként és művészeként először látogatott meg bohócruhába bújva kórházban fekvő betegeket. Példáját követve számos bohócdoktor alapítvány alakult világszerte, többek között Magyarországon is, mégpedig 1996-ban a Piros Orr Bohócdoktorok Alapítvány. 2000-ben egy 8 főből álló csapat – főként szakmai felfogáskülönbségek miatt – kivált a szervezetből és megalapította a Magyar Bohócok a Betegekért Alapítványt. A két csapat hasonló módszerekkel dolgozik, az egyetlen különbség, hogy amíg a Piros Orr Bohócdoktorok Alapítvány elsősorban a Michael Christensen által kijelölt művészeti utat követik, addig a Magyar Bohócok a Betegekért Alapítvány inkább Patch Adams-hez köti magát és ennek megfelelően a terápiás látogatások során az orvosi vonal is hangsúlyosan megjelenik az előadásukban (Kárász, s.a.).

A bohócdoktorok tehát nem hivatásos orvosok, hanem olyan speciálisan képzett előadóművészek (a bohócdoktorrá válást egy minimum három hónapos felkészítés előzi meg, amely során az improvizációs-és bohóctechnikákat, valamint a kórházi munka speciális fogásait sajátítják el a kiválasztottak), akiknek a célja a kórházban fekvő betegek lelkiállapotának, életminőségének a javítása. A felkészülés alatt kerül sor a bohóc karakterének kialakítására, mely – ahogy azt majd a későbbiekben látni fogjuk – meghatározó része a bohócdoktorságnak. A bohóckaraktereket a szakirodalom alapvetően 3 csoportra bontja (Clown Doctors, s.a.):

- Fehér arcú bohóc (Pierrot) – a klasszikus értelemben vett bohóc, intelligencia jellemzi, bizonyos értelemben tragikus alak
- Auguste bohóc – kevésbé intelligens, inkább mulatságos, bolondozó, színes alak
- Személyiség bohóc – ezen bohóctípus valamely foglalkozás, emberi tulajdonság vagy állapot karakterét, jellemvonásait ölti magára, a legjellemzőbb ilyen például a csavargó.

Ezen bohóckarakterek mindegyikével találkoztam megfigyeléseim során, sőt előfordult, hogy valamely két karakter összemosódva jelent meg (szigorúan véve minden bohócdoktor személyiségbohóc is amellettt hogy mókásabb vagy tragikusabb karaktert öltenek magukra, hisz alapvetően mindegyikük orvosi szerepbe bújik). A karakter egyfajta kiindulópontként

szolgál a bohócdoktoroknak ahhoz, hogy milyen kommunikációs eszközöket és humorforrásokat használjanak az interakció során.

Eszközeik között főként a feljebb már ismertetett verbális és nonverbális humorforrások szerepelnek, de gyakran kölcsönöznek módszereket a művészetterápia olyan ágaitól, mint a zeneterápia, tánc- és mozgásterápia, képzőművészeti terápia és drámaterápia (pszichodráma) vagy az ezek egyfajta integrált formáját képező játékterápia (Kárász, s.a.).

A humor és a nevetés emberi testre gyakorolt hatásait a fejezet első részében már tisztáztam, ugyanakkor az is némi magyarázatra szorul, hogy hogyan lehetnek hatásos kiegészítői a nevetésterápiának a lelki gyógyításban a különféle művészetterápiás eszközök.

A test és a lélek viszonyának és összefüggéseinek értelmezése alapvetően filozófiai kérdés, mely tudományágon belül is két értelmezés jött létre (Paksi, 2010). A dualista elmélet két különálló entitásként értelmezi a pszichét és a szómát, ezen belül is kialakultak különféle irányzatok, mégpedig aszerint, hogy milyen kölcsönhatásban áll egymással a lélek és a test. Az egyik leghíresebb ilyen irányzat, az interakcionizmus képviselője, Descartes már kauzális kapcsolatot feltételezett a test és a lélek között (Ryle, 1974).

Ezzel szemben a monista elméletek tagadják a megosztottság létezését, irányzattól függően csak a materiális, csak a mentális szubsztanciák vagy egy harmadik létező létezését fogadják el (Tözsér, 2008).

A két elmélet közti megosztottság hívta életre a máig leginkább elfogadott nézetet a fiziokratizmus, amely elismeri a mentális jelenségek létezését, ám azokat fizikai eredetűnek tekinti azt. Az ezen belül kialakuló azonosságelmélet a mentális állapotokat tulajdonképpen az agy különböző állapotaival, tehát a fizikai állapotokkal azonosítja (Ryle, 1974).

Az azonosságelmélet legfőbb kritikája a sokszoros realizálhatóság, azaz, hogy a fizikai és mentális szinthez nem lehet kizárólagos és egyértelmű fizikai szinteket rendelni (Paksi, 2010). Ezt a nézetet osztja a funkionalista megközelítés is, miszerint a mentális állapotainkat nem az határozza meg, hogy mely fizikai állapotokkal azonosak, hanem hogy milyen szerepet töltenek be az életünkben (Block, 1980).

Ez a filozófiában tapasztalható kettősség sokáig hatással volt - és talán máig hatással van - az orvostudományra és a gyógyítás folyamatára (Buda, 2011). Ma is megfigyelhető ugyanis az a gyakorlat, hogy a kezelések során csupán a szómát, azaz a testi tüneteket kezelik, figyelmen kívül hagyva a lelki okokat.

Ugyanakkor egyre több sikeres élettani kutatás irányul annak bizonyítására, hogy a psziché és szóma hatással vannak egymásra (Mitchell, 2008).

Erre legkézenfekvőbb bizonyítékul a pszichoszomatikus betegségek létezése szolgál. A pszichoszomatikus betegségekben szenvedő páciensek betegnek érzik magukat, ugyanakkor a kivizsgálás során semmilyen betegségre, szervi elváltozásra nem derül fény, ami a testi tüneteket, vagy legalábbis azok mértékét indokolná, ezen esetekben tehát a mentális problémák nyilvánulnak meg testi tünetekben (Pilling, 2008). Láthatjuk, hogy a fizikai és mentális egészség nem különálló létező, ha a lélek beteg, az kihathat a testre is, ugyanakkor ez fordítva is igaz, a betegségek érintik a lelki egyensúlyt is (Hárdi, 1995).

A művészetterápia alapgondolata éppen az, hogy *„a pszichés sérülés többnyire együtt jár az érzelmek felborulásával, az önkifejezés gátoltságával és a kapcsolatrendszeres beszűkülésével, s hogy ezek a művészi élmény tapasztalásán keresztül (passzív befogadás) vagy cselekvő részvétellel (kreatív aktivitás) enyhíthetők és oldhatók”* (Révai új lexikona, 1996).

Éppen ezért a művészetterápiás eszközök a nevetésterápia kiegészítéseként hatásosan kezelhetik a betegség során felborult lelki egyensúlyt. Greifenstein János, a Piros Orr Bohócdoktorok Alapítvány művészeti vezetője így foglalta össze a bohócdoktorok által alkalmazott nevetésterápia jelentőségét:

„Mikor a betegség megtámadja a testet, hadrendbe állnak az orvosok, és pirulával, injekcióval, műtéttel küzdenek a támadás ellen. Ám a betegség megtámadja a lelket is. Mégpedig igen alattomosan. A lélek betegsége mindig fertőző. Nem csak a beteg gyerek lelke sérül, hanem a szülőké, rokonoké, barátoké is. Mindenkié, aki személyes kapcsolatban van a beteggel. Nem kivétel ez alól az orvos és a nővér sem. Nekik még azzal a nehézséggel is szembe kell nézniük, hogy kórházban kell tartaniuk, meg kell szűrniük a gyereket (...) további lelki sebeket kell ejteniük a gyógyulás érdekében. Mi, bohócdoktorok nyugalmat próbálunk adni a betegség feldolgozásának lelki folyamatában. Igyekszünk megtalálni a kisbetegekben működő belső erőket, azokat „kézen fogjuk” és „megdolgoztatjuk”. A nevetés igen fontos gyógyszer, mert a lélekre fordított figyelemmel segít a gyógyulásban” (Greifenstein, s.a.).

4.3. A nevetés erősíti-e az egészséget vagy maga a jókedv?

Az, hogy az arckifejezések okozhatnak-e érzelmi állapot-változásokat már régóta a figyelem középpontjában áll, a kérdésre adott válaszelméleteket összefoglalóan faciális feedback-elméleteknek nevezzük. Már Darwin is foglalkozott az gesztusok hatásaival, szerinte az érzelmerkifejezés növeli a hozzá kapcsolódó emóció intenzitását, míg az elnyomás csökkenti azt (Darwin, 1963).

Ekman és társai már konkrétan az arcizmok érzelmekre való hatását vizsgálták. „*Arcunk közvetlen összefüggésben áll agyunk érzelmekért felelős területével, szavaink viszont nem. Amikor egy érzelem megjelenik, az arcizmok önkéntelenül is működésbe lépnek*” (Ekman, 2009:87.). Ugyanakkor ez az összefüggés fordítva is igaz, Ekmanéknak ugyanis azt is sikerült bizonyítaniuk, hogy bizonyos arcizmok ingerlésekor létrejönnek azok az érzelmek, amelyek az adott arckifejezéshez kapcsolhatóak (Ekman et al., 1983). Guillaume-Benjamin Duchenne francia fiziológus már 1862-ben vizsgálta a szemet körülvevő izomköteget (musculus orbicularis oculi), ami nevetéskor ráncokba fut össze, ugyanakkor akaratlagosan nem, vagy csak kevés embernél mozgatható (Klein, 2007). Ekmanéknak sikerült bizonyítaniuk, hogy mivel a szem környéki izmok ráncolódása akaratlagosan nehezen irányítható, ezért csak a valódi örömből származó mosoly tudja ezeket a nevetőráncokat előidézni (ezt a mosolyt Duchenne tiszteletére Ekman Duchenne- mosolynak nevezte el) (Ekman, 2007).

A kísérlet során Ekman megtanította az alanyainak, hogyan tudják edzeni a szem környéki izmaikat anélkül, hogy a kísérlet lényegét elárulta volna nekik. Egy idő után minél könnyedebben tudták irányítani a szemközti izmokat a résztvevők, annál gyakrabban számoltak be pozitív hangulatváltozásról. Emellett Ekman mérésekkel is dokumentálta alanyai agyi állapotait, miközben azok szándékosan idézték elő arcukon a mosolyt vagy a nevetést. Az eredmények olyan agyi áramlatokat jeleztek, mintha a mimikákat spontán öröm váltotta volna ki (Ekman – Davidson, 1993).

Ezzel függ össze a James-Lange érzelemelmélet is, miszerint az érzelmekeltő helyzetek bizonyos viselkedésbeli, idegrendszeri vagy testi válaszokat váltanak ki és ezen válaszok észlelése okozza az érzelmi élményt. A környezeti stimulusok tehát a testi változásokon keresztül váltanak ki érzelmeket, azaz nem azért nevetünk, mert boldogok vagyunk, hanem azért vagyunk boldogok, mert nevetünk (Oatley – Jenkins, 2001).

A korábban már említett faciális feedback-elmélet (facial feedback hypothesis) további kutatói (Izard, 1971; Tomkins, 1962; Tourangeau & Ellsworth, 1979; stb.) is hasonló eredményre jutottak és vizsgálatokkal alátámasztották, hogy az arckifejezések nem csak az érzelmek fizikai kifejeződései, hiszen visszafelé is hatnak, azaz maguk is befolyásolják az érzelmeket.

5. EMPIRIKUS MEGFIGYELÉS: A NEVETÉSTERÁPIA ESZKÖZEINEK ALKALMAZÁSA A BOHÓCDOKTOROK MUNKÁJA SORÁN

Ahhoz, hogy bizonyíthassam, hogy a kommunikáció és az olyan kommunikációs jelenségek, mint a nevetés és a humor fontos tényezői a gyógyítás folyamatának, mindenképpen szerettem volna bemutatni, hogyan is működik a nevetésterápia a gyakorlatban.

Ehhez kettő, Magyarországon működő bohócdoktor alapítványt, mégpedig a Magyar Bohócok a Betegekért Alapítvány és Piros Orr Bohócdoktorok Alapítvány munkatársainak bevetés közbeni kommunikációját figyeltem meg. Összesen 5 vizitre kísérhettem el 7 bohócdoktorukat. A vizsgálatok 3 kórházi helyszínen (Heim Pál Gyermekkórház, I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Madarász utcai Gyermekkórház) és egy idősök otthonában (Fővárosi Önkormányzat Dózsa György úti Idősök Otthona) zajlottak, az eredmények körülbelül 25 órányi vizit megfigyeléseit ölelik fel.

Bár a Magyar Bohócok a Betegekért Alapítvány és Piros Orr Bohócdoktorok Alapítvány lényegileg eltérő stílusú munkát folytat a vizitek során, mégsem éreztem szükségét annak, hogy munkásságuk kommunikációs aspektusait külön fejezetben tárgyaljam. A Magyar Bohócok a Betegekért Alapítvány munkatársai ugyanis, ahogy azt már feljebb említettem a Patch Adams-i metódus szerint dolgoznak, tehát közelebb állnak a hagyományosan elképzelt bohócdoktor figurához (bohócnak öltözött orvosként működnek), addig a Piros Orr Bohócdoktorok Alapítvány bohócainál már sokkal kevésbé hangsúlyosan jelenik meg az orvosi vonal (ők inkább orvosnak öltözött bohócként funkcionálnak). Ugyanakkor a kommunikációjuk során nagyon sok közös elemet és jellemvonást sikerült felfedeznem, így azt leszámítva, hogy a Piros Orr Bohócdoktorok Alapítvány sokkal gyakrabban él a művészetterápia bizonyos eszközeivel, míg a Magyar Bohócok a Betegekért Alapítvány ehelyett az orvosi eszközök használatát preferálja, az alapvető kommunikációjuk nem különbözik, ezért nem választottam szét a két szervezet bohócainak megfigyeléséből származó eredményeket.

Hasonló okok miatt nem különítem el az idősök otthonában zajló vizit alatt szerzett megfigyeléseimet is. Egyrészt ugyanis az alapvető kommunikációs eszközök használata itt is megegyezett a gyermekosztályokon tapasztaltakkal, másrészt azért, hogy a két helyszínen szerzett megfigyelések egymás mellett szerepelnek jobban kidomboríthatóvá válnak azok a különbségek, amelyek a két eltérő korcsoporttal való kommunikációt jellemzik.

A vizsgálatok során külső szemlélőként kísértem végig a bohócdoktorokat, a szituációknak nem váltam részesévé, sőt ügyeltem arra, hogy jelenlétemmel ne zavarjam a munkájukat és ne vonjam el a gyermekek/idossek figyelmét, így kisebb kórtermek esetén csak az ajtóból figyeltem meg a bohócdoktorok munkásságát. Az ezen vizitek során gyűjtött kommunikációs eszközökre irányuló megfigyeléseket és tapasztalatokat szeretném most a közvetlen emberi kommunikáció egyes csatornáin keresztül ismertetni.

5.1. A kulturális szignálok kommunikációs eszközként való alkalmazása

A nem verbális kommunikáció elméletein belül gyakori az a megközelítés, miszerint az ember külsőségei (öltözék, hajviselet, testdíszek, stb.) ugyanolyan metakommunikációs információt hordoznak, mint a mimika vagy a testtartás, ezért ezek is a nonverbális eszközök közé sorolandók. Ekman és Friesen például a nonverbális kommunikáció 5 fajtáját különböztette meg: 1.) emlékek 2.) illusztrátorok 3.) adaptáló jelzések 4.) szabályozók 5.) érzelemnyilvánítások. Ekmanék tehát az emlékeket, mint külsőre vonatkozó szignálokat is a nonverbális kommunikációnak tekintik (Ekman – Friesen, 1975).

Buda Béla nyomán azonban dolgozatomban ezeket elkülönítve kezelem, ugyanis annak ellenére, hogy ezen külsőségek valóban kifejezőerővel bírnak, statikusak, tehát az egész kommunikációs aktus alatt, sőt előtte és utána is információval szolgálnak a viselőjükről, ezért nem illenek a kommunikáció dinamikus jelzéscsoportjai közé (Buda, 1988).

A bohócok öltözéke tulajdonképpen egy olyan információközvetítő eszköz, amely egyrészt tükrözi a bohóc személyiségét, másrészt figyelemfelkeltő hatású, harmadrészt pedig humorforrásként is szolgálhat.

Az előbbihez egy példa: a megfigyelésem során együtt dolgozhattam egy Dr. Bigyó nevű bohócdoktorral, akinek ruhája és haja is mindenféle színes gombbal és apró tárgyakkal volt teleaggatva. Karaktere is ilyen volt, bohókás, kissé szeleburdi, hóbortos.

A bohócdoktorok ruházata tehát a személyiségüket tükrözi, illetve támasztja alá, de megfigyelhetők olyan általános jellemzők, amelyek mindegyikük öltözködésénél felfedezhető. Ilyen például a színek és minták erőteljes használata és mixelése, a nőknél a színes szoknyák, a férfiaknál a nagy buggyos nadrág, és a hószétróger viselése. Szintén fontos kiegészítő a bohókás kalap, mely minden bohócnál más és más (a baseballsapkától a nyári kalapon át a sisakig terjedően). Az öltözék része a fehér köpeny, amelynek komolyságát a különböző kitűzők, díszek és a zsebekből kilógó bohóceszközök tompítják. A bohócköpeny ugyanakkor

csak a kórházi környezetben része a bohócok öltözködésének, az idősök otthonában például egyáltalán nem alkalmazzák, helyette frakkot és nagy színes szoknyákat hordanak.

A bohóccipő sem elmaradhatatlan része az öltözködésnek, a megfigyelt bohócok közül csupán két bohóc jelmezének képezte szerves tartozékát, a többiek feltűnőbb utcai cipőkkel helyettesítik azt.

A sminkek kevésbé hangsúlyosak, mint például a cirkuszi bohócok esetében, általában csupán az arc egy-egy részének kihangsúlyozását szolgálják (bozontos szemöldök, piros arc, szeplős orca).

A bohócmaszk leghangsúlyosabb része minden esetben a piros orr, amely mára már a bohócokdoktorok ismertetőjegyévé vált.

Az öltözködés színessége, az össze nem illő minták keverése a piros orr és a bohócmaszk tehát figyelemfelkeltő hatású, ugyanakkor olyan vizuális élményt nyújt, amely humorforrásként is működhet, részben azért, mert komikus kinézetet ad viselőjének, részben pedig azért, hogy a bohócok színességükkel a steril kórházi falak között inkongruens jelenséggé válnak, ezáltal váltanak ki nevetést a megfigyelőkből.

5.2. A nem verbális csatornák

5.2.1. Mimikai kommunikáció

A mimika fontos eszköztára a bohócokdoktoroknak, szélsőséges esetben vannak olyan beteg gyerekek, akik valamilyen okból kifolyólag nem látogathatók, így velük csak 'üvegen keresztül' vehetik fel a kapcsolatot. Ebben az esetben az arcjáték és a mozgás válik a bohóc egyetlen fegyverévé.

Az eltúlzott, felnagyított mimikai gesztusok, a grimaszolás önmagukban is humorforrásként szolgálnak, a verbális kommunikációval együtt használva pedig nyomatékosítják, sőt sok esetben módosítják a kommunikáció üzenetét.

Megfigyeléseim szerint a bohócokdoktorok az alapérzelmekhez kapcsolható gesztusok nagy részét eltúlozzák (*túl széles mosoly az örömnél, túlságosan felhúzott szemöldök az érdeklődés esetén*), ezáltal az arckifejezésük részben groteszké ugyanakkor mindenki számára egyértelműen egy adott érzelemhez kapcsolhatóvá válik. Humorforrásként használják azt az ellentétet is, hogy miközben valamit verbálisan kifejeznek, mimikájuk teljesen mást mutat.

Dr. Bigyó zenél az ukulelén, majd kérdezi Dr. Tiptopot, hogy tetszett-e a produkciója. Dr. Tiptop arcán az undor arckifejezésével (összehúzott szemöldök, felhúzott orr, elbiggyesztett száj) azt válaszolja: Nagyon ügyes voltál Bigyó!

5.2.2. Kommunikáció a tekintet révén

Buda Béla szerint a tekintet *„arról kelt képet, hogy a másik mit észlel, mit vesz észre, és ezáltal könnyíti a kontrollt a helyzet felett”* (Buda, 1988:103.).

Ugyanakkor a bohócdoktorok munkájában a tekintet kezdeményező, kapcsolatteremtő funkciója is fontossá válik. Különösen igaz ez az idősek otthonában fekvő olyan demens betegek esetén, akik már nehezen érzékelik a külvilágot. Az ilyen, esetek többségében fekvő pácienseknél a bohócdoktorok kommunikációjának kezdő lépése, hogy a beteg fölé hajolnak és a tekintetét keresve kezdenek beszélni hozzá.

5.2.3. A vokális csatorna

A vokális csatorna jelzései számítanak a legérzékenyebb indikátoroknak a pszichiátriai diagnosztikában, így a kiszűrésük és helyes értelmezésük nagyban segíti a viselkedés megértését (Buda, 2011). A bohócdoktorok beteggel való kommunikációjának vokális sajátosságai két szempontból is jelentőséggel bírnak.

Egyrészt általában a személyiségükhöz igazodnak, tehát ezek felerősítésével a karakterük is még inkább kidomborítható. *Például a szerepe szerint félős bohóc, Dr. Jázmin hangja remegős, halkabban beszél, míg az olyan szeleburdi bohócdoktor, mint Dr. Bigyó beszéde gyors és gyakran félbehagyja a mondatokat.*

Ezen felül a bohócdoktorok humorforrásainak eszköztárát is képezik a vokális csatornához tartozó olyan jelenségek, mint az érdeklődés fenntartása vagy fokozása érdekében tartott hosszú beszédszünet, a dadogás vagy a véletlen nyelvi hibák (vö. 2.2.3 fejezet).

Emellett a betegek beszédének vokális jellemzői a bohócdoktorok munkáját is segítheti, hiszen ezek helyes értelmezése képet adhat a velük szemben álló beteg lelki állapotáról is.

5.2.4. A gesztusok

Buda Béla nyomán a gesztus fogalma alatt a fej, a kezek és a karok mozgását valamint a testtartást és a térközsabályozást tárgyalom (Buda, 1988). A bohócdoktorok a gesztusokat, mint kommunikációs eszközöket egyrészt mondandójuk, karakterük felerősítésére használják, másrészt viszont gyakran humorforrásként is alkalmazzák őket.

A mondandóval ellentétben álló gesztusok (pl. *Dr. Tiptop bőszen bólogat, miközben éppen nemet mond Dr. Bigyónak*), illetve a gesztusok eltúlzása (*magyarázás alatt a hüvelykujj összeérintése a többi ujjal és közben a csukló erőteljes mozgása*) a verbális kommunikáció kiegészítéseként komikus vizuális élményt nyújthatnak.

Az érintés különösen fontos szerepet játszik a páciensekkel való kapcsolatfelvételben ugyanakkor a gyermekekkel való kommunikációban csak elvétve figyelhető meg (például az arc, kéz megsimogatása), míg a felnőtt pácienseknél (ezen belül is a nőknél) ez jóval gyakoribb, sőt kiegészül az érintés még személyesebb formájával, az öleléssel is, a férfiak esetében viszont csak korlátozottan és körültekintően alkalmazható, főleg ha két azonos nemű személyről van szó. Az ebből fakadó helyzetek ugyanakkor szintén humorforrásként szolgálhatnak, hiszen az idősök otthonában az is derűt váltott ki, amikor *Dr. Tiptop (férfi) bohóctársát, Dr. Szamócát (nő) utánozva meg akarta ölelni az egyik férfi lakót, aki hevesen ellenkezett és próbált minél távolabb húzódn* *Dr. Tiptoptól*.

A kórházban lévő felnőttekkel valamint az idősök otthonában élőkkel szemben alkalmazott leggyakoribb érintési forma a kézfogás, amely nemtől függetlenül bevethető, ezen kívül közvetlenebbé teszi a kapcsolatfelvételt.

5.2.5. A térközszabályozás kommunikációs aspektusai

Fontos néhány szót szólni a bohócdoktorok kommunikációja során megfigyelhető térközökről is. Allan Pease az alábbi négy személyes kommunikáció során megfigyelhető proxemikai zónát különített el:

- intim zóna (15 - 45 cm)
- személyes zóna (46cm- 1,22m)
- társadalmi zóna (1,22 m – 3,6 m)
- nyilvános zóna (3,6 m felett) (Pease, 1981).

Megfigyeléseim során a páciensekkel való kommunikációban a leggyakoribb a személyes zóna - használat volt, de előfordult, hogy a bohócdoktorok a páciensek intim zónájába is beléptek. Ennek többféle oka illetve következménye lehet. Az intim zóna megsértése egy idegennek számító bohóc által olyan váratlan húzás lehet, amely megzavarja a kommunikációban résztvevő másik felet és így kevésbé elutasító lesz, mintha a bohócdoktor az idegenektől elvárt társadalmi zónában maradna. Idős, demens pácienseknél pedig a tekintet és az érintés mellett az intim közelség lehet az, amely segít a kapcsolatfelvételben. A másik hasznos következménye lehet az intim vagy legalábbis személyes zónába való belépésnek,

hogy ezáltal a kommunikáció is sokkal közvetlenebbé, személyesebbé válik. Mivel a bohócdoktorok fő célja, hogy minden páciens úgy érezze, hogy külön figyelmet kap, ez csak úgy érhető el, ha a kommunikáció szabályait megsértve olyan távolságból létesítenek kontaktust a beteggel, ahonnan csak a barátok, szeretteik és a közeli ismerőseik szokták megszólítani őket.

5.3. A verbális csatorna

A verbális kommunikációs aktust és annak jellemzőit három szakaszra bontva tárgyalom.

5.3.1. A kapcsolatfelvétel szakasza

Ahogy azt már az előzőekben láthattuk a páciensek figyelmének megszerzése már a verbális kommunikáció megjelenése előtt megtörténik, vagy legalábbis elkezdődik a kulturális szignálok segítségével. Ugyanakkor a konkrét kapcsolatfelvételre csak a verbális kommunikációval kerül sor.

A kommunikáció nyitó szakaszát az ismerkedés fázisának nevezném. Ekkor ugyanis a kommunikációban résztvevő felek felméri egymást. Ez a szakasz különösen fontos a bohócok számára, ugyanis saját bevallásuk szerint is ez az a pillanat, amikor eldöntik, hogy milyen eszközzel próbálják nevetésre bírni a másik felet. A páciensek pedig megtudhatják, hogy ki is látogatta meg őket. Ebben a fázisban kerül sor ugyanis a köszönésre és esetleg a bemutatkozásra.

Balázs Géza öt kapcsolatfelvételre utaló, fatikus elemet különböztetett meg (Balázs, 1993: 29.), melyek mindegyikére találunk példát a bohócdoktorok kommunikációjának nyitó szakaszában, mi több, ezen felül ők további, ezen kategóriákba egyikébe sem sorolható eszközöket alkalmaznak a kapcsolatfelvétel fázisában:

- Konvencionális köszönésforma: a hagyományos köszönésformákon túl (*Sziasztok! Jó napot!*) a bohócok köszönése során előkerülnek az olyan archaikusnak és színpadiasnak számító köszönésformák, mint a *Kiskeziticsókolom!*, *Tengermély tiszteletem!* illetve a nem napszaknak megfelelő köszönés (*Jó reggelt kívánok-kal való köszönés a délutáni vizit alatt*) amelyek oda nem illőségükkel derűre adnak okot.
- Konvencionális köszönésforma és megszólításos köszönés: a bohócdoktorok a konvencionális köszönésformákat gyakran megszólításokkal is megtoldják, így a személyesség által meggyorsítható a beteggel való kapcsolatfelvétel.

Az idősök esetében könnyebb dolguk van a bohócoknak, hiszen ott kevés új pácienssel kell megismerkedniük, így őket már könnyű név szerint megszólítaniuk. A gyermekek esetén azonban ez nem, vagy csak ritkán adott, így ott a megszólítás személyessé tételét más módszerrel kell megoldani. Ilyen lehet például, ha egy gyermeket egy véletlenszerűen kiválasztott névvel illetnek. Ez személyesebbé teszi a köszönést, ugyanakkor a név eltévesztése humorforrásként is szolgál.

Emellett ezen megszólítás speciális esetének is tanúja lehettem az egyik vizit során, amikor *a rendelő folyosóján találkoztunk egy kislánnyal, aki csak nehezen tudott beszélni az új fogszabályzója miatt. Elutasította a bohócdoktorokat, mondván, hogy most nem akar beszélgetni senkivel, mert úgy néz ki, mint egy vérfarkas. Ezt követően, akárhányszor elhaladtunk mellette a folyosón, a bohócdoktor úgy köszöntötte őt, hogy Jó napot vérfarkas kisasszony!* A kislány ezt követően már minden alkalommal mosolygott, amikor véletlenül találkoztunk vele a folyosón. Annak ellenére tehát, hogy bántó gúnynevekkel tilos megszólítani a kommunikációs partnert, ebben az esetben ez nem szolgálhatott sértődés alapjául, hiszen a kislány saját magát nevezte így és komikusnak, megtisztelőnek tartotta, hogy a bohóc ezt megjegyezte és emlékezett rá. Az improvizálás és a páciens humorstílusához való igazodás lényeges momentuma a bohócdoktorok munkájának.

- Köszönéspótló kijelentés és kérdés: a kapcsolatteremtés másik formája a köszönés mellett a köszönéspótló kijelentések és kérdések alkalmazása. Az idősök otthonában tett olyan kijelentések és kérdések, mint az *Ejj de csinos ma! Készül valahová? Milyen szép időnk van ma! Hű de szép tisztaság van itt!* illetve a gyermekkorházakban a *Te miért vagy itt? Mi ez a játék a kezekben?* típusú kérdések is kapcsolatteremtő funkcióval bírnak. Sőt egyes esetekben ezek a kérdések sokkal inkább kapcsolatteremtőek, mint a köszönés. *Egy idősök otthonában fekvő 97 éves nénihez is odament Dr. Tiptop és a hagyományos Kezét csókolom Kisasszony!-nyal köszöntötte a nénit, aki azonnal kérte a bohócot, hogy ne fárasza őt. Ugyanakkor a másik bohócdoktor Dr. Szamóca már egy teljesen más taktikával közeledett a hölgyhöz: Nem tetszik tudni, honnan lehetne itt vizet szerezni? A néni természetesen válaszolt, megnyílt, és a végén még a korával is viccelt, sőt nevetett, amikor a bohócdoktorok állították: nem néz ki többnek 45-nél.* Ezen kérdések/ kérések által a páciens hasznosnak érzi magát, nem a megszokott módon, tehát nem betegként közelítenek hozzá, ezáltal észrevétlenül is bevonódik a kommunikációba.

- Halmazott köszönésforma: abban az esetben megfigyelhető leginkább, amikor több eltérő életkorú személy tartózkodik egy helyiségben, illetve ha túlbuzgónak akarnak tűnni.
- Köszöntés, jókívánság: a köszöntés olyan jókívánságokkal való kiegészítése, mint például a Boldog születésnapot! derűt vált ki a kommunikációs félből, hiszen nincs aznap születésnapja, de ugyanakkor ez a tévedés kiindulópontja lehet egy beszélgetésnek.

Ezen öt fatikus elemen kívül a bohócdoktorok egyéb kapcsolat felvételére alkalmas eszközt is alkalmaznak:

- Konvencionális köszönésforma és bemutatkozás: gyakori az olyan antré a vizitek során, amikor a bohócdoktorok egy konvencionális köszönésformát bemutatkozással egészítenek ki. Az inkongruitás mint humorforrás itt is működik, hiszen a bohócdoktoroknak olyan komikus nevük van, amelyeket mindenképpen összeférhetetlennek tartunk egy doktori címmel (Dr. Tiptop, Dr. Lala, Dr. Baki, Dr. Bigyó stb.) ezáltal nevetségesnek hatnak.
- Konvencionális köszönés, bemutatkozás és kérdés: konvencionális köszönések és bemutatkozás után gyakran tesznek fel a bohócdoktorok a beszélgetés elindításának céljából kérdéseket, mint például: *Szia! Dr. Bigyó vagyok! Bejöhetek?, Helló! Én vagyok Dr. Lala! Megenegeded, hogy megvizsgáljalak?*
- Megszólítás: az olyan megszólításokat, mint a *Kisasszony! Professzor Úr!* stb. a bohócdoktorok a köszönés helyett használják, ezek gyors eszközei a kapcsolatfelvételnek, ugyanakkor önmagukban – akárcsak a többi köszönésforma - alkalmatlanok például egy beszélgetés elindítására.
- Megszólítás és nonverbális eszközök: hasonló a helyzet a megszólítások nonverbális eszközökkel való kiegészítése esetén. Ezek ugyanis még inkább nyomatékosítják a megszólítás üdvözlő jellegét. A *Kisasszony!* megszólítás kalapemeléssel vagy meghajlással való kiegészítése, vagy a rendelőben váró férfihoz való odamenetel *Professzor úr!* megszólítással és kézfogással alkalmasak ugyan kapcsolatfelvételre, sőt derűre adhatnak okot, de önmagukban nem szolgálnak a kapcsolat folytatásához alapul (ellentétben például a kérdésekkel)

5.3.2. A kapcsolattartás szakasza

A kapcsolatfelvétel után következik a kapcsolattartás szakasza. Fontos tudni, hogy a bohócdoktorok szereplése improvizatív jellegű, tehát soha nem dolgoznak előre megírt

forгатókönyv alapján. Mindig, személyre szólóan az adott pácienshez és szituációhoz igazodva alakítják a kommunikációjukat és választják ki a megfelelő kommunikációs eszközöket. Persze vannak olyan alapvető bohóctrükkök és kellékek a tarsolyukban, amelyekhez folyamodhatnak, illetve olyan kommunikációs eszközök és szófordulatok, amelyek illeszkednek karakterükhöz, de nagyrészt helyben dől el, hogy éppen mi történik az adott szituációban.

Ebben a fázisban is megfigyelhetők azonban olyan jellemvonások, amelyek nagyrészt általánosan igazak a bohócdoktorok kommunikációjára.

A verbális humorforrások a bohócdoktorok kommunikációjában a spontán társalgási humor és a véletlen humor. A társalgási humorhoz elengedhetetlen, hogy a másik résztvevő fél is aktivizálódjon és bevonódjon a kommunikációba, így a létrejövő beszélgetés során lehet spontán humoros társalgást kialakítani, melynek a célja a nevetés, idősebbek esetén pedig akár a kölcsönös humorizálás is lehet. Nem minden társalgási helyzetet kell azonban humorosan kezelni, főként az idősebb pácienseknél sok esetben az is jótékony hatású lehet, ha egyszerűen csak beszélgethetnek valakivel a régi időkről vagy a panaszairól, ekkor a bohócdoktor feladata lehet egyszerűen csak az is, hogy pozitív színben tüntessék fel az adott helyzetet. *Egy idősek otthonában élő páciens például már barátként köszöntötte a bohócdoktorokat és elpanaszolta nekik, hogy mennyire fél az előtte álló szemműtétől. A bohócdoktorok megnyugtatták, hogy ne a műtetre gondoljon, hanem arra, hogy utána még a fák legtetején lévő leveleket és az utcán tőle távolabb lévő csinos férfiakat is sokkal jobban fogja majd látni.*

A véletlen humortípuson belül itt a nyelvi humor lesz a mérvadó. Az olyan nyelvbotlások, mint a gyermekek nevének félrehallása (például *a Robi nevű kisfiú neve helyett Ropit hall a bohócdoktor*) megakadás egy nehezebb szó kimondásakor (például *a militarizációt csak sokadik nekifutásra sikerül kimondani*) és egyéb nyelvbotlások valamint a szavak nem rendeltetésszerű használata (*Bigyó, fessél egy hangulatot!*) is a humor forrásai lehetnek.

A vicceket a bohócdoktorok azok fent már említett degradáló, esetleg sértő mivolta miatt kerülik, a megfigyeléseim során, csupán egyetlen vicc hangzott el (és az is a gyermekek látogatása), mégpedig a „*Nyuszika megy az erdő szélén és leesik*”.

Hasonló a helyzet a humorstílusokkal is. A bohócok szigorúan kerülik az agresszív humort, ugyanakkor a többi humorstílus – az énléértékelő humort is beleértve – megfigyelhető a kommunikációjukban.

5.3.3. A kapcsolat lezárása

A kapcsolat lezárása minden esetben pozitív, sohasem búcsúként értelmezhető. A bohócdoktorok általában valamilyen, az adott helyzetben humorosnak mondható elkészönéssel búcsúznak. Például idősek otthonában: *Aztán ne menjenek sehova! Nyugodtan kérjék el a nővértől a telefonszámomat! Jó egészséget!* illetve a gyermekkorházakban a *Ne maradjatok túl sokáig!* vagy a *További jó szórakozást!* típusú mondatok.

5.4. A bohócdoktorok kommunikációját segítő művészetterápiás és egyéb eszközök

A bohócdoktorok a verbális és nonverbális kommunikációs humorforrások mellett egyéb, részben a művészetterápiától származó eszközöket is bevetnek azért, hogy mosolyra fakasszák a pácienseket vagy egyszerűen csak javítsák a közérzetüket.

5.4.1. A zene

Mindkét bohócdoktor Alapítvány esetében, minden helyszínen megfigyelhető volt, hogy a zene különösen fontos szerephez jutott a kommunikáció során: gyakran szolgált humorforrásként vagy kapcsolatteremtőként, ugyanakkor előfordult, hogy figyelemfelkeltő vagy nyugtató hatását használták fel.

A Magyar Bohócok a Betegekért Alapítvány vizitjei alatt például *Dr. Lala egy kórházi rappet adott elő, amibe bevonta a gyerekeket, akiknek különféle aláfestő hangokkal kellett segíteniük a produkciót.* Ebben az esetben a zene egyértelműen humorforrás, hiszen a dal vicces szövege mellett a bohóc előadásmódja és a gyermekek által kiadott hangok is komikusak voltak.

A Piros Orr Bohócdoktor Alapítvány bohócainak elengedhetetlen kellékévé vált az ukulele nevű hangszer, amely már kinézetével is humorforrásként szolgál, hiszen úgy néz ki, *mint egy gitár, ami összement a mosásban.* A hangszer ebben az esetben gyakran kapcsolatteremtő funkcióval bírt, hisz voltak olyan gyerekek, akik odamentek a bohócdoktorhoz és elkérték a hangszert, hogy játszassanak rajta.

Szintén a zene kapcsolatteremtő funkciója volt a mérvadó az idősek otthonában is, ahol a páciensek által kedvelt dalok szövegének szándékos elfelejtése, rosszul éneklése arra sarkalta az időseket, hogy kijavítsák vagy kisegítsék a bohócdoktorokat, ezáltal ők is bevonódtak az interakcióba.

A dalok szövegének komikuma és a bohócdoktorok előadásmódja általában nevetést váltott ki a páciensekből, amit tovább fokozott például a bohócdoktorok kissé esetlen tánca.

Egy-egy ilyen látogatás alkalmával a zene megnyugtató, figyelemfelkeltő funkciója is előtérbe kerül. *A bohócdoktorokat az egyik vizit alatt behívták egy kisfiúhoz, aki nem hagyta, hogy vért vegyenek tőle. A bohócdoktorok jelenléte és éneke némiképp elterelte a kis beteg figyelmét a tűről és sikerült tőle vért venni. Egy kislányt pedig, akit ottlétünkör épp mandulaműtetre vittek, zeneszóval kísérték a bohócok egészen a műtő bejáratáig, ezzel nyugtatva a síró kislányt.*

5.4.2. Lufik, bábok, szappanbuborékok

A bohócok által alkalmazott nevetésterápia fontos kellékeit képezték a léggömbök. *A Magyar Bohócok a Betegekért Alapítvány segítségével egérré változtatta a szülőket vagy a pácienseket azáltal, hogy a fejükhöz 'ragasztották' a lufikat.* Ugyanakkor mindkét alapítvány gyakran készített különféle figurákat a léggömbökből (*ugróegeret és kutyát a gyermekeknél, kutyát és virágot az idős pácienseknél*). A léggömbök segítségével egyrészt fel lehetett hívni és le lehetett kötni a gyermekek figyelmét, hiszen amíg elkészültek a figurák várakozva nézték, hogy mit is csinál a bohócdoktor, míg az idősebbeknél maga az ajándékozás ténye és mikéntje (*idős hölgyeknek udvarlás közepette átadni a virágot*) váltott ki derűt.

A lufi mellett más játékterápiás eszközöket, így bábokat is használnak a bohócdoktorok és nem csupán a gyerekeknél, de az idősebb pácienseknél is.

Az egyik idősebb, kezében játékbabát szorongató páciens például úgy tudta megszólítani a bohócdoktor, hogy egy báb segítségével először nem hozzá, hanem a babájához kezdett beszélni.

Hasonlóan mindkét korcsoportnál jól működő eszközök a szappanbuborékok, amelyek mellett, hogy vidámságot keltenek a páciensekben, különböző bűvésztükkök kellékül is szolgálnak, amelyeket a következő részben fogok ismertetni.

5.4.3. Bűvészmutatványok

A bohócok alapvető eszköztárának elemei a felkészülés során elsajátított különféle bűvészmutatványok, melyek karaktertől függően hol jó, hol rosszul sülnek el, de mindig *megismételhetetlen produkciónak* számítanak a bohócok szerint.

Az előbb már említett szappanbuborékok eltüntetése, vagy a buborékok átvarázsolása például piros orrá, mind-mind felkeltik a páciensek figyelmét, esetenként pedig, ha a *világraszóló világszám* típusú beharangozás után nem sikerül a mutatvány, az inkongruencia megteremtésével nevetést váltanak ki. Hasonló célt szolgálnak a kártyatükkök és a színes kendőkkel történő varázslás is.

Ugyanakkor sosem egyszemélyes produkciókról van szó, valamilyen módon a megfigyelőnek is részesévé kell válnia a produkciónak. Ez történhet azáltal, hogy direkt módon, csak az adott páciens számára adja elő a bohóc a mutatványt és az ő zsebéből kerül elő az elveszettnek hitt piros orr (passzív befogadó), de történhet úgy is, hogy a páciens tevékenyen részt vesz a varázslat létrejöttében (aktív befogadó).

Dr. Jázmin próbálja átváltoztatni a piros kendőt zölddé, de sosem sikerül neki, ezért a mellette fekvő kislányhoz fordul: Figyelj, te tudsz egy működő varázsigét?

Abrakadabra-feleli a kislány.

Dr Jázmin megpróbálja újra és közben elkántálja az abrakadabra varázsigét, a trükk azonban még mindig nem sikerül.

Odamegy a kislányhoz és kéri, hogy inkább ő mondja el a varázsigét, sőt még fújjon is rá egyet a kendőre a biztonság kedvéért. A trükk ezek után természetesen sikerül, a bohócdoktor pedig a „Neked aztán igazi varázserőd van!” felkiáltással kezét fog a kislánnyal.

A bűvésztrükkök lényege tehát ugyancsak a kapcsolatfelvétel és a páciens bevonása, aktivizálása, ami által fontosnak érezhetik magukat és néhány percre kizökkennek a betegszerepből.

5.4.4. Az eszközök nem rendeltetésszerű használata

A Magyar Bohócok a Betegekért Alapítvány munkája során különösen gyakran, de a Piros Orr Bohócdoktorok Alapítvány esetében is megfigyelhető, hogy az orvosi és egyéb eszközöket sosem rendeltetésszerűen használják. A bohócdoktor például *zuhanyrózsával vizsgál, a vérnyomásmérőt adóvevőként használja, hatalmas játék injekcióstűvel gyógyítja a gyermekeket és a lufiról elhiteti, hogy vakbél.*

Ezen játékos gyógyítás egyrészt komikus hatást kelt, másrészt viszont a kórházi eszközök közelsége és humoros felhasználása megváltoztathatja a gyermekek félelmetes orvosi eszközökhöz való attitűdjét.

5.5. További megfigyelések

A bohócdoktorokkal töltött idő alatt több releváns, az eddigiekben nem tárgyalt aspektust is fel véltem fedezni a betegekkel való kommunikációjukban.

Ilyen például, hogy nem csupán a páciensekkel, hanem az egészségügyi dolgozókkal, a személyzet többi tagjával és a szülőkkel is igyekeztek kapcsolatot teremteni és nevetésre sarkalni őket. Ez – ahogy azt már feljebb ismertettem – azért lényeges, mert a páciens

körülvevők általános hangulata nagyban befolyásolja a beteg állapotát is. Emellett a betegség, a kórházi környezet, a beteg látványa a kórházi személyzet és a hozzátartozók lelki állapotára is hatással van, így az ő mentális egészségük megőrzése és helyreállítása érdekében is fontos, hogy a bohócdoktorok őket is kizökkentsék a megszokott rutinból és az aggodás állapotából.

A kórházi személyzettel való interakció pedig emellett azért is fontos, hogy jó kapcsolatot alakítsanak ki, hiszen a Madarász utcai Gyermekkorházban például az egyik orvossal együtt járnak vizitelni a bohócdoktorok, így különösen fontos az „egymásra hangolódás”, a jó kapcsolat kialakítása. A bohócdoktori a vizitek alatt egyébként is egyfajta kollégaként is együttműködnek a kórházi dolgozókkal, a látogatások előtt ugyanis minden esetben körültekintően járnak el, kikérdezik a nővéreket a páciensek aktuális állapotáról (van-e olyan, akit éppen műtöttek és emiatt kevésbé szabad nevetetni, van-e olyan, akit nem szabad mozdtítani, stb.).

A bohócdoktorok sem feledkeznek meg tehát arról, hogy beteg vagy éppen időskora miatt speciális helyzetű személlyel kerülnek kapcsolatba. Hiszen *„a betegség alapvetően egy sajátos állapot. A betegség és szenvedés olyan megpróbáltatás, amely az embernek nem csupán testi valóságát érinti, hanem teljes egészében, testi-szellemi egységében hat rá”* (Rojkovich, 2009:5.). A betegség tehát egy olyan magatartás, amely gyakran módosult tudatállapotot eredményez(het) (Pilling, 2008). Éppen ezért vizsgálódásom kezdetén azzal a feltételezéssel éltem, hogy a bohócdoktorok kommunikációja – az egészségügyi dolgozókéhoz hasonlóan – szuggesztív lesz. Ezzel szemben tapasztalataim egészen mást mutattak. Bár a kommunikációjuk végig pozitív maradt és humorstílusuk sosem vált agresszívvá, a páciens nem betegként, sokkal inkább egy teljes értékű, egészséges partnerként kezelték, akiket nem kell kímélni, hanem szabad „ugratni”. Az udvariaskodó távolságtartás egyáltalán nem volt jellemző a bohócok kommunikációjára (pl. *Dr. Lala kérdezi a gyerekektől három ujját mutatva a másik kettőt lehajtva, hogy: Hányat ujjamat mutatom? A gyerekek kórusban vágják rá, hogy hármat. Dr. Lala fejét csóválva megszámolja az ujjait (a lehajtottakat is beleszámolva) és kérdezi a gyerekeket: Nem inkább a természetén kéne lennetek?*), sőt előfordult, hogy elbogatellizálták a betegségeket (*Az agyrázkódás nem betegség*).

Ezzel összefügg az is, hogy sosem udvariaskodva közelítették meg a beteget, nem kérdezik meg például, hogy zavarhatják-e most. Ezzel a kórházban szokatlan közvetlen, nem aggodalmaskodó stílussal kizökkentik a pácienseket a betegállapotból, így minimálisra csökkentik a visszautasítások, vagy legalábbis a válasz nélkül hagyott kapcsolatfelvételek

számát (Az idősök otthonában két olyan páciens is volt, akikhez évek óta visszajárnak a bohócdoktorok, ahogy ők mondják: *kirúgatni magunkat*. Elmondásuk szerint ugyanis nem az a fontos, hogy hogyan végződik egy szituáció, hanem az, hogy létrejőjön az interakció és még a legvisszautasítóbb páciens is érezze, hogy törődnek vele.) Igaz, hogy többnyire a betegnek adtak igazat (pl. *egy elutasító hölgnél: Látod Tiptop, mondtam én, hogy nem kéne idejönnünk, csak megzavarjuk a hölgyeket!*), de ezt úgy teszik, hogy közben létrejőjön az interakció, még ha az negatív kimenetelű is lesz. A beteg előzetes elvárása ugyanis ilyenkor az, hogy a bohócdoktorok megpróbálják majd meggyőzni őt. Az, hogy igazat adnak neki ellentmond a páciens feltételezéseivel.

6. A PATCH ADAMS NEVÉHEZ KAPCSOLÓDÓ NÉZETEK ALKALMAZHATÓSÁGÁNAK LEHETŐSÉGEI ÉS KORLÁTAI

Dolgozatom végső céljaként azt tűztem ki, hogy megvizsgáljam: a nevetésterápia összeegyeztethető-e a jelenlegi magyar egészségügyi rendszerrel. A nevetésterápia alkalmazása a Patch Adams által megalkotott egészségügyi modellben jelenik meg a legátfogóbban, így közvetlenül azt vizsgálom, hogy Patch Adams modelljének kritériumai itegálhatóak-e a magyar egészségügybe.

Összehasonlítom a kórházakban és az idősok otthonában látottakat a jelenlegi orvosi gyakorlattal és megvizsgálom, hogy a Patch Adams-i elképzelés szerint (az orvosok bohócdoktorként való működése) beilleszthetőek-e a nevetésterápia eszközei a hagyományos orvos-beteg kommunikációs modellbe. De még mielőtt ebbe belevágnék röviden ismertetem Hunter Doherty "Patch" Adams azon nézeteit, amelyben az amerikai egészségügyi rendszer átalakítására tesz javaslatokat és amelyek az elemzésem középpontjában állnak majd.

6.1. Patch Adams nézetei

Patch Adams Gesundheit! Programja egy olyan egészségügyi rendszer létrehozását tűzte ki célul, amely az orvosi beavatkozások legfontosabb részének a gondoskodást tekinti és melyben a hagyományos, nyugati orvoslás elemei keverednek az alternatív gyógymódok, a művészet- és a nevetésterápia eszközeivel. Ezen elképzelés mintájára Patch Adams és barátai 1971-ben egy családi házban rendezték be az első Gesundheit! Intézetet, amely azóta már oktatóközponttal és további klinikákkal bővült (Adams, s.a.).

Az intézet működési szabályai hűen tükrözik Adams ideális egészségügyi rendszerről való elképzeléseit, mely legfontosabb elemei a következők:

- Az ellátás ingyenes.
- Szívesen kell fogadni az alternatív és kiegészítő kezelések minden formáját.
- Az egészségügyi személyzet egészségi állapota éppoly fontos kell, hogy legyen, mint a betegeké.
- A páciens barátként kell kezelni.
- Bőséges időt kell szánni a beteggel való kapcsolattartásra (az első bevezető konzultáció kb. 3 órás legyen).
- Az ellátás vicces és szórakoztató legyen, sok játékkal és humorral kiegészítve (Adams, s.a.).

6.2. Patch Adams elképzeléseinek korlátai, különös tekintettel a nevetésterápia adaptálására

6.2.1. Az ellátás ingyenessége

A magyar egészségügy jelenlegi állapotában a lakosság által fizetett egészségügyi járulékok nélkül nagy valószínűség szerint összeomlana, hiszen az egészségügyre fordítható bevételek, mintegy felét, 41,9 %-át ezen hozzájárulások teszik ki (a 2012-es évben ez az összeg megközelítőleg 720 milliárd forintra rúgott). Továbbá egyre inkább elterjedt Magyarországon a hálapénz jelensége, mely ahogy az egy 2000-ben publikált felmérés eredményeiből kiderül az orvosok alulfizettségének következménye és azon feltételezésen alapul, hogy a beteg ezáltal extra figyelmet vásárol magának (Bognár et al., 2000). (5. ábra) Így a jelenleg működő egészségügyi rendszer nem csak hogy nem ingyenes, de egyre inkább a társadalom által finanszírozottá válik.

	Teljesen egyetért	Inkább egyetért	Inkább nem ért egyet	Egyáltalán nem ért egyet	Átlag-érték*	Válaszok száma
<i>A hálapénz adása megnyugtató a beteg számára, mert úgy érzi ezzel extra figyelmet vásárol magának</i>						
Orvosok	19,4	44,2	19,5	16,9	2,66	983
Lakosság	26,1	28,4	19,8	25,7	2,54	1476
<i>A hálapénz nem oszt, nem szoroz</i>						
Orvosok	32,0	17,6	23,7	26,7	2,55	950
Lakosság	14,4	17,1	30,0	38,5	2,07	1462
<i>A hálapénz aláássa az orvos-beteg kapcsolathoz nélkülözhetetlen bizalmat</i>						
Orvosok	17,8	17,6	31,9	32,7	2,21	976
Lakosság	15,1	21,7	33,2	30,1	2,22	1387
<i>A hálapénz szükséges rossz</i>						
Orvosok	58,0	22,2	9,8	10,1	3,28	983
Lakosság	52,3	30,1	9,2	8,4	3,26	1470
<i>Amíg az állam nem fizeti meg orvosait, addig az orvosok joggal fogadják el a hálapénzt</i>						
Orvosok	54,4	27,5	11,0	7,1	3,29	989
Lakosság	39,1	28,4	17,5	15,0	2,92	1432
<i>Erkölcstelen elítélhető az az orvos, aki hálapénzt fogad el</i>						
Orvosok	3,6	7,5	29,4	59,6	1,55	977
Lakosság	16,6	17,7	33,3	32,4	2,19	1448
<i>A hálapénz kényelmetlen és megalázó mind az orvosnak, mind a betegnek</i>						
Orvosok	68,0	21,8	7,1	3,1	3,55	997
Lakosság	30,0	32,4	22,6	15,0	2,77	1444
<i>A hálapénz léte arra utal, hogy a társadalom véleménye szerint az orvosok alulfizetettek</i>						
Orvosok	72,6	17,5	6,7	3,2	3,60	992
Lakosság	41,6	28,1	17,0	13,3	2,98	1404
<i>A hálapénz nem erkölcsi kérdés</i>						
Orvosok	42,2	29,1	18,1	10,7	3,03	963
Lakosság	33,5	29,3	19,4	17,8	2,79	1330

*Átlagérték: a négyfokozatú skálán adott értékek (teljesen egyetért = 4, inkább egyetért = 3, inkább nem ért egyet = 2, egyáltalán nem ért egyet = 1) számtani átlaga.

5. ábra Az orvosok és a lakosság hálapénzhez kapcsolódó attitűdjei

Forrás: Bognár — Gál — Kornai, 2000

6.2.2. Az alternatív gyógymódok alkalmazása

Az egészségügyi világszervezet (WHO) felmérése szerint, amíg az Európai Unióban az emberek 70-80%-a vesz vagy vett már igénybe valamilyen alternatív gyógymódot illetve gyógykezelést, addig a magyar lakosság körében a lakosság kevesebb, mint 50%-a fordult már alternatív gyógyászokhoz a gyógykezelés kiegészítéseként vagy mielőtt a hagyományos nyugati orvoslás képviselőit választaná (Bodeker, 2005).

A magyar köztudatban tehát még kevésbé elfogadottak a komplementer-alternatív gyógymódok, amihez az is hozzájárul, hogy az MTA például a 11/1997 NM rendeletben szabályozott 12, orvosi diplomához kötött alternatív gyógymód közül mindössze hármat (hagyományos kínai orvoslás, neuráalterápia, manuáalterápia) minősített egyenrangúnak a hagyományos nyugati orvoslással (Lomnici, 2008). Így hazánkban kezdetben elfogadottabbá, népszerűbbé kellene tenni ezen gyógymódokat ahhoz, hogy valóban hatékony kiegészítői legyenek a nyugati orvoslás módszereinek.

6.2.3. Az egészségügyi dolgozók általános egészségügyi állapota

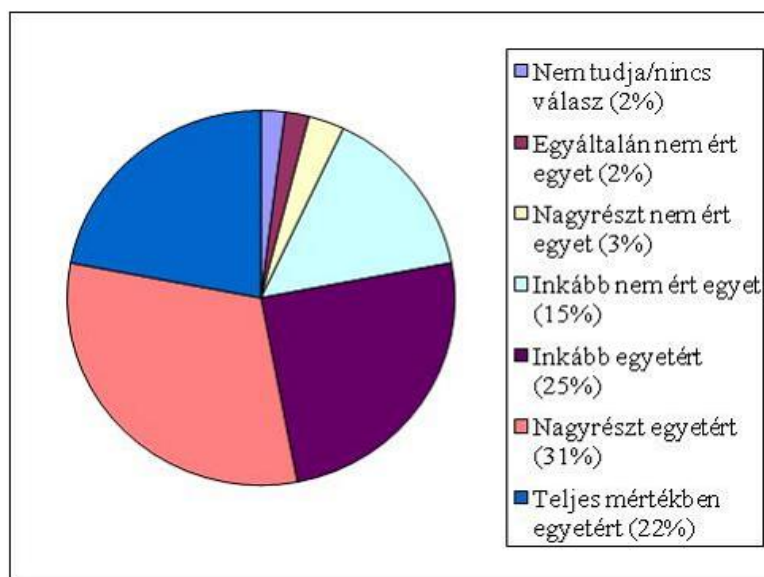
Az egészségügyi dolgozók mentális egészsége hazánkban is egyre inkább kutatott területté válik (vö. Tandari-Kovács, 2010; Kopp et al., 2008), ugyanakkor az ápolók és orvosok szomatikus egészsége máig elhanyagolt terület maradt, amit mi sem bizonyít jobban, mint hogy kevés erre vonatkozó adat és felmérés áll rendelkezésünkre. Egy 158 nővér és ápoló bevonásával készült felmérés szerint a válaszadók 27%-a szenved valamilyen krónikus megbetegedésben, egészségi állapotukat pedig összességében egy 5-ös skálán átlagosan 3,99 pontra értékelték (Fodor, 2010).

A bohócdoktorok vizitjei során tapasztalhattuk, hogy nem csupán a pácienseket és a szülőket, hanem a személyzetet is megszólították. Elmondásuk szerint ez azért kiemelkedően fontos, mert ezáltal még azután is tudnak hatni a páciensek állapotára, ha már nincsenek ott, hiszen az egészségügyi dolgozók azok, akik naphosszat a beteg mellett vannak, így az ő hangulatuk - akár csak a szülőké - nagyban befolyásolja a páciens lelki állapotát. Emellett a bohócdoktorok célja a dolgozók feszültségének csökkentése és lelki állapotuk helyreállítása is, hiszen a kórházi környezet az ő pszichés állapotukra is hatással van. Patch Adams ezen elképzelése tehát a bohócdoktorok munkásságának segítségével egyre inkább megvalósul hazánkban is.

6.2.4. A konzultációs idő kibővítése és a páciens barátként való kezelése

18 másodperc. Magyarországon ennyi idő áll rendelkezésére egy betegnek, hogy kifejtse panaszait orvosának, ezt követően a doktorok nagy része félbeszakítja páciensét. (Pilling, 2008). Ugyanakkor a magyar orvosok túlterheltek, egyes vizsgálatok szerint jelenleg az orvosokra fejenként mintegy 1800 beteg jut, holott számítások szerint egy orvos legfeljebb 1200 beteggel tud megfelelő hatékonysággal foglalkozni (Ma.hu, 2003). Így amíg nem szorítják vissza az egy orvosra jutó betegek számát, a konzultációra fordítható idő nem fog nőni, a 3 órás bevezető megbeszélés pedig csupán egy nagyon távoli cél marad.

Akárcsak a páciensek barátként való kezelése, amely még szintén idegen gyakorlat a leginkább hierarchikus viszonyként értelmezhető orvos-beteg kapcsolatban. Ahogy Buda Béla fogalmazott: „*a modern társadalomban a hagyományos, tekintélyre apelláló orvosi viselkedés mind gyakrabban (...) diszfunkcionális lesz, mert a betegek önmagukhoz való viszonya egyre racionálisabbá válik és így nem fogadják el az irracionális orvosi tekintélyt, hanem az orvossal, mint egyszerű, hétköznapi szakértővel kívánnak interakcióba lépni*” (Buda, 1977:184.). Ugyanakkor Byrne és Long vizsgálatai kimutatták, hogy az orvosok többsége máig inkább a paternalista stílust képviseli (Byrne – Long, 1976), sőt egy, a hazánkban végzett felmérés eredményeképpen az is bebizonyosodott, hogy betegek nagy része továbbra is elismeri a paternalista gyakorlatot (Málovics et al., 2009). Az alábbi ábra azt szemlélteti, hogy a megkérdezettek (389 fő) milyen arányban értenek egyet azzal a kijelentéssel, hogy „a döntést teljes egészében az orvosra bízom” (6. ábra).



6. ábra A paternalizmus elfogadásának/elutasításának megoszlása (n=389 fő)

Forrás: Málovics-Kuba-Vajda, 2009

6.2.5. A nevetésterápia orvos-beteg kommunikációba való beillesztésének lehetőségei és korlátai

Ezen fejezetben dolgozatom legfőbb céljaként szeretném megvizsgálni, hogy a bohócdoktorok által felhasznált nevetésterápia a Patch Adams-i elképzelések szerint kiterjeszthető-e a hagyományos orvos-beteg kommunikációra.

Ahogy már említettem az orvos-beteg kapcsolatok fontos vetülete a tekintélyelvűség, azaz hogy a páciensek szakértői tekintélye miatt hatalmat tulajdonítanak orvosuknak. Ez a hagyomány részben a beteg sajátos, kiszolgáltatott állapotából következik, hiszen betegség esetén *„olyan gyermeki viszonyulásmódok aktiválódnak, amelyek igénylik az egyenlőtlen relációt és azt, hogy más valaki segítsen, vegye kezébe az események irányítását, olyan, aki segíteni tud”* (Buda, 1988:212.). A betegek regrediálása és az ebből következő gondoskodás utáni vágya az, ami tulajdonképpen legitimálja a paternalista gyakorlatot.

Az orvosoknak így egy olyan kötött szerepben kell helytállniuk, amelynek leglényegesebb aspektusa, hogy olyan jelzéseket bocsásson ki, amelyek megnyugtadják a beteget.

„Jellemző rájuk a szívéllyességet és segítőkészséget kifejező jelzések rendszere, a kompetencia és a helyzet uralásának biztonsága, a teljes komolyság és az érdekeltség kinyilvánítása és a parancsoló, ellentmondást nem tűrő hangnem. A megfigyelő számára az orvosi viselkedésben nagyon sok liturgikus, szakrális elem van, ez különösen a nem verbális viselkedésben látható. A testtartás merev, a gesztusok és a fejmozgások határozottak, a kézmozgások sok emblematikus jelzést hordoznak, a tekintet mozgásai lassúak és határozottak, a vokális viselkedésben hangsúlyok és nyomatékosság, valamint a közlések között jelentőségteljes szünetek tűnnek fel” (Buda, 1988:212.).

Ez az olykor kissé erőltetetten nyájas, barátságos, úgynevezett “ágyszéli modor” (Buda, 1988) és a betegek gondoskodásra, komoly, szakszerű ellátásra való igényei nehezen összeegyeztethetőek a bohócdoktorok könnyed, mindenből viccet csináló, játékos karakterével. A bohóc már megjelenésével és kinézetével is komolytalanságot sugall, így lehet bármekkora orvosi szaktekintély, a betegek nem vennék komolyan, és nem éreznék szakszerűnek a gyógyítás folyamatát.

Más a helyzet a gyerekeknél, akik a felnőttektől eltérően élik meg a betegséget. Bár tisztában vannak helyzetükkel, hiszen Nagy Mária Ilona részletes kutatásából kiderült, hogy a gyermekekben már egészen kiskorban kialakul a haláltudat (Nagy, 1997), ugyanakkor még nehezen mérik fel egy-egy helyzet súlyát, csupán a környezetük reakcióiból következtetnek

bizonyos dolgokra. A gondoskodást sem az orvostól várják, hiszen a doktorokat csupán idegennek tekintik, aki ráadásul fájdalmat is okoz nekik, így esetükben egy bohócdoktor-orvos pozitív hatással lenne az állapotukra, játékként fognák fel a kórházban tartózkodást és kevésbé félnének az egyes vizsgálatoktól.

Ugyanakkor a beilleszthetőség ez esetben sem egyértelműen kijelenthető, a gyermek ugyanis nem kezelhető különálló személyként, hiszen családja szerves részét képezi. Mivel ilyen esetekben igaz a mondás, hogy ha a gyermek beteg, a szülő is "beteg", így a gyermekkel való interakció mellett a szülővel történő kommunikáció is nagy hangsúlyt kap (Pilling, 2008). Ez a probléma ismét visszavezet a felnőttek gyógyítása és a bohócdoktor-orvosok legfőbb problematikájához, miszerint egy komolytalan orvosban nem bíznak meg a felnőttek, és pláne nem bízzák rá gyermekük életét.

A nevetésterápia hagyományos orvoslásba való beillesztésének további korlátai is vannak. Az egyik ilyen, hogy a felnőttek humorészlelése jóval összetettebb, mint a gyermekeké, a genetikai, környezeti és műveltségi háttér valamint az életkor nagyban befolyásolja a páciens humorészlelését.

Eltérések tapasztalhatók a férfi és a női humorérzék megítélésében is. Míg a férfiak számára a jó humorérzék a saját humoruk kedvező befogadását és a rá adott megfelelő reakciót jelenti, addig a nőknél vicces produkciót és befogadást is takar egyben (Csikós, s.a.).

Különbség jelentkezik a humorstílusok használatában is, míg a társalgás során a férfiak az agresszív humort részesítik előnyben, addig a nők szeretik az énléértékelő, magukat komikus, szerencsétlen helyzetben feltűntető történeteket (Tannen, 2001).

Ahhoz tehát, hogy egy orvos a konvenciókból kilépve megfelelő humorstílust válasszon a kiszolgáltató helyzetben lévő páciensével szemben nem elég improvizálnia, rengeteg empátiára lenne szükség és rengeteg olyan szempontot kell(ene) mérlegelnie, amelyhez a páciens alapos (szinte baráti) megismerésére lenne szükség. Mivel azonban az előzőekben láttuk, hogy Magyarországon vajmi kevés idő áll az orvos rendelkezésére ahhoz, hogy felmérje páciense állapotát, ezért a közelebbi megismerkedésre és ezáltal a megfelelő humorforrások kiválasztására nincs lehetőség, mint ahogy a rövid, csak a lényegre szorítkozó konzultáción ezen eszközök gyakorlati alkalmazására sem lenne esély.

7. BEFEJEZÉSEK, KÖVETKEZTETÉSEK, KONKLÚZIÓ

Patch Adams egészségügyi elképzelései jelenleg mind gazdasági, mind kommunikációs, mind pedig társadalmi szempontból nem, vagy csak kis mértékben kompatibilisek a magyar egészségügyi rendszer jelenlegi állapotával, az pedig, hogy az orvosok átvegyék a bohócdoktorok szerepét, kórházi körülmények között legfeljebb csak a gyermekek esetén megvalósítható.

Ugyanakkor a terepgyakorlatok során számos olyan megfigyelést tettem, ami miatt biztosan állíthatom, hogy a bohócdoktoroknak igenis fontos részét kell(ene) képezniük az egészségügyi rendszernek, mégpedig az orvosok munkájának sokkal integratívabb módon történő segítségével, illetve a nevetésterápia más területekre (például felnőtt rehabilitáció, pszichiátria, stb.) való kiterjesztésével.

Ha az orvosok elfogadottabbak és nyitottabbak lennének a módszer alkalmazására és helyenként nem csupán eltűrnék a bohócdoktorokat, abból mind a páciensek, mind a bohócdoktorok, mind pedig az orvosok és a kórházi dolgozók profitálhatnának.

A bohócdoktorok munkája ezzel elfogadottabbá válna, hiszen ha a beteg látná, hogy az orvos beszélget a bohócdoktorokkal, segítségüket kéri (mint ahogy arra a Madarász utcai Gyermekkorházban volt példa) nyitottabban viszonyulnának a bohócdoktorokhoz, mondván az orvos, mint szaktekintély is elfogadja és partnerként kezeli őket, tehát legitimálja működésüket.

Emellett ha orvos és bohócdoktor együtt dolgozna, az orvosok könnyebben átvehetnének és elsajátíthatnának bizonyos bohócdoktorok által alkalmazott kommunikációs és humortechnikákat, amelyek nem inkompatibilisek az orvosi szereppel, ugyanakkor megkönnyítik a beteggel való kapcsolatfelvételt és a beteg alaposabb megismerését (pl. egyes kapcsolatra utaló fatikus jelek átvétele, pozitív társalgási humor alkalmazása stb.). Könnyebb lenne az orvosnak humorizálnia, komikus szituációkat kialakítani, hiszen a humor így nem közvetlenül a páciensre irányulna.

Ez azért is hasznos lenne, mert az olyan orvostól, aki többet mosolyog és esetenként még humorizál is kevésbé félnek a betegek és könnyedebben megnyílnak előtte. Nem mellékes az sem, hogy a humoros orvost a dolgozatom elején már említett pozitív tulajdonságokkal (kedves, barátságos, intelligens ruházzák fel, sőt az olyan embert, aki mosolyog környezete sokkal hozzáértőbbnek, kompetensebbnek tartja (Cann – Calhoun, 2001).

A szoros együttműködés hatására talán - ahogy a bohócdoktorok vizitje alatt egy nővér fogalmazott - "élhetőbb" helyé válna a kórház. Magyarországon jelenleg ugyanis nagy probléma, hogy a közvetlenül a gyógykezelésekhez kötődő szolgáltatásokon túl nincs semmilyen előírás arra vonatkozóan, hogy milyen elbánásra, lelki gondozásra jogosult a társadalombiztosítást fizető beteg.

Így ha a bohócdoktorok az orvosokkal szorosan együttműködve, esetleg annak segítőjeként dolgoznának, a betegek anélkül részesülhetnének a nevetésterápia és a lelki gondozás előnyeiben, hogy a hagyományos és elvárt orvosi szerepet fel kéne adni, vagy a szuggesztív orvos-beteg kommunikáció megbomlana. Így válhatna gyógyítónak a kommunikáció, illetve azon belül az olyan közvetlen kommunikációs eszközök, mint a nevetés, a mosoly és a humor.

Dolgozatomat végül egy kórházban fekvő kislány édesanyjának szavaival zárnám, amely véleményem szerint jól tükrözi, miért is fontos a bohócdoktorok munkája és miért is lenne kívánatos, hogy az általuk végzett nevetésterápia szélesebb körben alkalmazott technika legyen:

„A négy éves kislányom a múlt évben egy hónapot töltött kórházban. Megszúrták, műtötték, infúziózták, ő mégis csak egy dologra emlékszik abból az időszakból, mégpedig arra, hogy gyakran meglátogatták a bohócdoktorok. Remélem ez most sem lesz másként!”

8. FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

Adams, P., s.a., Gesundheit's Mission, *Patchadams*. Elérhető az interneten: <http://www.patchadams.org/mission> (2013. 11. 01.).

Adams, P., s.a., History, *Patchadams*. Elérhető az interneten: <http://www.patchadams.org/phases> (2013.11.01.).

Association for Applied and Therapeutic Humor, 2000, What is therapeutic humor?, *AATH*. Elérhető az interneten: <http://www.aath.org/our-members-make-a-difference> (2013.10.05.).

Bagdy E. — Pap J., 2004, Gondolatok a nevetésről. *Psychiatria Hungarica*, 19, 5, 390-418.

Bagdy E. — Pap J., 2011, *Ma még nem nevettem*. Budapest: Kulcslyuk Kiadó.

Balázs, G., 1993, *Kapcsolatra utaló (fatikus) elemek a magyar nyelvben*. Budapest: Akadémiai Kiadó.

Bennett, M.P. et al., 2003, The effect of mirthful laughter on stress and natural killer cell activity. *Alternative Therapies In Health and Medicine*, 9, 2, 38-45.

Bergson, H., 1986, *A nevetés*. Budapest: Gondolat Kiadó.

Block, N., 1980, Introduction: What is Functionalism?. *Reading in Philosophy of Psychology*, 1, 1, 171-185.

Bodeker, G. et al., 2005, *WHO Global Atlas of Traditional, Complementary and Alternative Medicine*. Kobe: World Health Organization.

Bognár G. — Gál R.I. — Kornai J., 1999, Hálapénz a magyar egészségügyben. *Tárki Társadalomtudományi Tanulmányok*. Elérhető az interneten: <http://www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/a199.pdf> (2013. 10. 05)

Buda, B., 1988, *A közvetlen emberi kommunikáció szabályszerűségei*. Budapest: Tömegkommunikációs Kutatóközpont.

Buda, B., 2011, *Az elme gyógyítása. Kritikus pillantások egy különös orvosi szakterületre*. Budapest: Háttér Kiadó.

Byrne, P. S. — Long, B. E. 1976, *Doctors, Talking to Patients*. London: HMSO.

Cann A. — Calhoun L. G., 2001, Perceived personality associations with differences in sense of humor: Stereotypes of hypothetical others with high or low senses of humor. *Humor: International Journal of Humor Research*, 14, 2, 117–130.

Cherkas, L.F. et al., 2000, Happy families: a twin study of humour. *Twin Research* 3, 17-22.

Claridge, G., 1970, *Drugs and human behavior*. New York: Praeger Publishers.

Clown Doctors, s.a., *History of clowning, Clowndoctors*. Elérhető az interneten: <http://clowndoctors.org.au/resources/history-of-clowning.html> (2013.10.29.).

Cruthirds, K. W. — Wang, V. L. — Wang, Y. J. — Wei, J., 2012, A comparison of humor styles in US and Mexican television commercials, *Marketing Intelligence & Planning* 30, 4, 384 – 401.

Csányi, V., 1999, *Az emberi természet*. Budapest: Vince Kiadó.

Csikós, G., s.a., Női humor, férfi humor, *Mindennapi Pszichológia*. Elérhető az interneten: <http://www.mipszi.hu/cikk/111005-noi-humor-ferfihumor> (2013. 11. 01.).

Darwin, Ch., 1963, *Az ember és az állat érzelmeinek kifejezése*. Budapest: Gondolat Könyvkiadó. (Fordította Pusztai János)

Dearborn, G.V.N., 1900, *The nature of the smile and the laugh*. Science, 9, 851-856. (Idézi: Séra, L., 1983, *A nevetés és a humor pszichológiája*. Budapest: Akadémiai Kiadó.).

Dimberg, U. et al, 2000, Unconscious facial reactions to emotional facial expressions. *Psychological Science*, 11, 1, 86-89.

Dunbar, R.I.M. et al., 2011, Social laughter is correlated with an elevated pain threshold, *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*. 279, 1731, 1161–1167. Elérhető az interneten: <http://www.professormarkvanvugt.com/files/Social-laughter-is-correlated-with-an-elevated-pain-threshold.pdf> (2013. 10. 28.).

Eibl-Eibesfeldt, I., 1989, *Human Ethology*. New York: Aldine de Gruyter.

Ekman P. — Davidson K., 1993, Voluntary smiling changes regional brain activity. *Psychological Science*, 4, 5, 342-345.

Ekman P. — Levenson R. W. — Friesen W. V., 1983, Autonomic nervous system activity distinguishes among emotions. *Science*, 221, 4616, 1208–1210.

Ekman, P. — Friesen, W., 1975. *Unmasking the face*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Ekman, P., 2007, *Leleplezett érzelmek*. Budapest: Kelly Kft..

Ekman, P., 2009, *Beszédes hazugságok*. Budapest: Kelly Kft..

Eötvös, K., 2007, *Utazás a Balaton körül*. Budapest: Vitis Aureus Bt.

Ewin, R.E., 2001, Hobbes on laughter. *The Philosophical Quarterly*, 51, 202, 29-40.

Fekete, T., 2012, Az idén radikálisan nőhetnek a lakossági terhek (3. rész), *Weborvospro*. Elérhető az interneten: <http://www.weborvospro.hu/cikkek/egeszseggpolitika/azidenradikalisannohetnekalakossagiterhek%283resz%29.html> (2012. 04. 18).

Fodor, B., 2010, Nővérek egészségi állapotának felmérése és értékelése. *Tudományos Diákköri Konferencia Egészségtudomány IV. tagozat*, Debrecen, 2010. december 3.

Forabosco, G., 1992, Cognitive aspects of the humor process: the concept of incongruity. *Humor: International Journal of Humor Research*, 5, 1-2, 45–68.

Ford T.E. — Ferguson M.A., 2004, Social Consequences of Disparagement Humor: A Prejudiced Norm Theory. *Personality and Social Psychology Review*, 8, 1, 79-94.

Freud, A., 1994, *Az én és az elhárító mechanizmusok*. Budapest: Párbeszéd Könyvek.

Freud, S., 1995, *Esszék*. Budapest: Gondolat Könyvkiadó.

Fry W. — Savin W., 1988, Mirthful laughter and blood pressure. *Humor - International Journal of Humor Research*, 1, 1, 49–62.

Geertz, C., 2001, *Az értelmezés hatalma*. Antropológiai írások. Budapest: Osiris Kiadó.

Greengross G. — Miller G. F., 2011, Humor ability reveals intelligence, predicts mating success, and is higher in males. *Intelligence*. 39, 4, 188-192.

Greifenstein, J., s.a., „Mikor a betegség megtámadja a testet...”, *Piros Orrban*, Elérhető az interneten: <http://bohoc.wordpress.com/a-bohocdoktor-szuletese/>, (2013.11.01.).

Haiman, É., 2013, Szemben a világtrenddel a magyar gyógyszeripar. *Világgazdaság Online*. Elérhető az interneten: <http://www.vg.hu/vallalatok/egeszsegugy/szemben-a-vilagtrenddel-a-magyar-gyogyszerpiac-399065>, (2013.11.02.).

Hárdi, I., 1995, *Pszichológia a betegágyánál. Orvos, nővér, beteg*. Budapest: Medicina Könyvkiadó.

Helman, C. G., 2001, Placebos and nocebos: the cultural construction of belief. In Peters D. (szerk.), *Understanding the placebo effect in complementary medicine*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 3-16.

Hoffman, E. W., s.a., Csipetnyi humor elég ahhoz, hogy meggyőződj: az az idegen arc egy-egy embertársadat takarja, *Citatum*. Elérhető az interneten: <http://www.citatum.hu/idezet/21704> (2013.11.01).

Horány, Ö.(szerk.), 2006, *A kommunikáció, mint participáció*. Budapest: Typotex.

Ipsos, 2011, Tracking global happiness, Ipsos. Elérhető az interneten: <http://www.ipsos-na.com/download/pr.aspx?id=11374> (2013.11.01.).

Izard, C. E., 1971, *The face of emotions*. New York: Appleton Century Crofts.

Kapitány Á. — Kapitány G., 2007, A humor a kulturális antropológiában. 1. *Magyar Interdiszciplináris Humorkonferencia*, Szekszárd, 2007. szeptember 13-14. A szerkesztett változat elérhető az interneten: <http://klimala.web.elte.hu/18/31Kapitany.pdf> (2013. 04.24.).

Kárász, E., s.a., Bohócdoktorok, *Piros Orrban*. Elérhető az interneten: <http://bohoc.wordpress.com/bohocdoktorok/>, (2013.10.01.).

Kárász, E., s.a., Művészet? Terápia?, *Piros Orrban*. Elérhető az interneten: <http://bohoc.wordpress.com/muveszet-es-terapia/> (2013.11.02.).

Kerémi, A., s.a., A viccek kognitív szerepe, *Mesterséges Intelligencia Almanach*. Elérhető az interneten: http://mialmanach.mit.bme.hu/erdekesssegek/a_viccek_kognitiv_szerepe (2013. 10. 29.).

Klein, A., 2004, *A humor gyógyító ereje*. Budapest: Ameona.

Klein, S., 2007. *A boldogság képlete*. Győr: Laurus Kiadó. (Fordította: Svéda Dóra)

Kopp M. — Skrabski Á., 2000, Magyar lelkiállapot az ezredfordulón. *Távlatok*, 4, 499-513. Elérhető az interneten: http://www.tavlatok.hu/86/86kopp_skrabski.pdf (2013.11.01.)

Kopp M.— Szabó N. — Szabó G., 2008, Egészségügyi dolgozók munkahelyi stressz-állapota és társas támogatottsága. *Nővér*, 21, 1, 10-17.

Lefcourt H. — Davidson-Katz K. — Kueneman K., 1990, Humor and immune-system functioning. *International Journal of Humor Research*, 3, 3, 305–21.

Lomnici, Z., 2008, Az ún. nem-konvencionális gyógy módokra vonatkozó jogszabályi rendelkezések történeti és összehasonlító jogi vizsgálata. *Iustum Aequum Salutare*, 4, 2, 155-169.

Long D. — Graesser A. C., 1988, Wit and humor in discourse processing. *Discourse Processes*, 11, 1, 35-60.

Ma.hu, 2003, Hálapénz: átfogó egészségügyi reformra van szükség, *Ma.hu*. Elérhető az interneten: <http://belfold.ma.hu/tart/prcikk/a/0/51881/1> (2013.10.05.).

Mahony D.L. — Burroughs W.J. — Hieatt A. C., 2001, The effects of laughter on discomfort thresholds: Does expectation become reality?. *Journal of General Psychology*, 128, 2, 217-226.

Málovics, É. — Vajda, B. — Kuba, P., 2009, Paternalizmus vagy közös döntés? Páciensek az orvos – beteg kommunikációról. In Hetesi E. (szerk.), *A szolgáltatások világa*. Szeged: JATEPress, 250-264.

Martin, R.A., 2007, *The psychology of humor: an integrative approach*. Burlington: Elsevier Academic Press.

McGhee, P. E., 1979, *Humor: Its origin and development*. San Francisco: W. H. Freeman.

McGhee, P. E., 1999, *Health, Healing and the Amuse System: Humor as Survival Training*. Dubuque: Kendall Hunt Pub Co.

Mitchell, R. et al., 2008, Effect of exposure to natural environment on health inequalities: an observational population study. *The Lancet*, 8, 372, 1655-1660.

Molnár, M.J., 2012, Személyre szabott orvoslás a pszichiátriában – egy régi koncepció új értelmezésben, *Neuropsychopharmacologia Hungarica*. 14, 1.

Murakami, K., et al. 2003, Laughter Lowered the Increase in Postprandial Blood Glucose. *Diabetes Care*, 26, 5, 1651-165.

Nagy, M. I., 1997, *A gyermek és a halál*. Budapest: Pont kiadó.

Nathanson, D.L., 1997, A Goal is an Image. *Bulletin of the Tomkins Institute*, 4, 1-4. Elérhető az interneten: <http://www.tomkins.org/uploads/agoalisanimage.pdf> (2013.10.20.).

Nilsen A. P. — Nilsen D. L. F., 2000, *Encyclopedia of 20th-century American humor*. Phoenix: Oryx Press.

Nordenfelt, L., 1993, *Quality of Life, Health and Happiness*. Avebury: Aldershot.

Nyelv és Tudomány, 2011, Vicc-faktor: Nevettető nyelvbötlések. *Nyest.hu*. Elérhető az interneten: <http://www.nyest.hu/hirek/vicc-faktor-nevetteto-nyelvbötlések>, (2013.10.20.).

Oatley K. — Jenkins J. M., 2001, *Érzelmek*. Budapest: Osiris Kiadó.

OECD, 2011, Health at a Glance. *OECD*. Elérhető az interneten: <http://www.oecd.org/health/health-systems/49105858.pdf>, (2013.10.25.).

Ostrosky, R., 2003, Affect Theory, Shame and the Logic of Personality, *Secthoughts*. Elérhető az interneten: <http://www.secthoughts.com/Misc%20Essays/Shame%20and%20Personality.pdf> (2013.11.01).

Paksi, D., 2010, Elmefilozófia. *Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem-Filozófia előadás*, Budapest, 2010. április 6.

Pease A. — Pease B., 2006, *A testbeszéd enciklopédiája*. Budapest: Park Kiadó. (Fordította: Nemes Anna).

Pease. A., 1981, *Testbeszéd. Gondolatolvasás gesztusokból*. Budapest: Park Könyvkiadó. (Fordította: Walkóné Békés Ágnes).

Piaget, J., 1970, *Science of Education and the Psychology of the Child*. New York: Orion Press.

Pilling, J. (szerk.), 2008, *Orvosi kommunikáció*. Budapest: Medicina.

Ramachandran, V.S., 1998, The neurology and evolution of humor, laughter, and smiling: the false alarm theory. *Medical Hypotheses*, 51, 4, 351-354.

Ramachandran, V.S., 2009, Kultúraformáló idegsejtek. *TED Conferences*. India, 2009. november 27. Megtekinthető az interneten: http://www.ted.com/talks/lang/hu/vs_ramachandran_the_neurons_that_shaped_civilization.html (2013.10.20.).

Révai új lexikona. (1996) Szekszárd: Babits Kiadó, s.v. *Művészetterápia*.

Rojkovich, B., 2009, Információ, kommunikáció és erkölcs a betegek felvilágosítása során. *Magyar Bioetikai Társaság 19. Nemzetközi Konferenciája*, Budapest, 2009. szeptember 14.

Ryle, G., 1974, *A szellem fogalma*. Budapest: Gondolat.

Samson, A.C., 2008, *Cognitive and Neural Humor Processing: The influence of structural stimulus properties and Theory of Mind*. (Orvosi disszertáció, Universitát Freiburg).

Schmidt, S.R., 1994, Effects of Humor on Sentence Memory. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 20, 4, 953-967.

Séra, L., 1983, *A nevetés és a humor pszichológiája*. Budapest: Akadémiai Kiadó.

Shore, D., 2006, *Dr. House*. Amerikai Egyesült Államok: Universal Pictures, 3, 16.

Simigné Fenyő S. — Dadvandipour Zs., 2011, A nevetés és neveltetés a bohócdoktorok szereplése során. *Alkalmazott Nyelvészeti Közlemények*, 4, 1, 199-214.

Tandari-Kovács, M., 2010, *Érzelmi megterhelődés, lelki kiegész az egészségügyi dolgozók körében*. (Doktori értekezés, Semmelweis Egyetem).

Tannen, D., 2001, *Miért értjük félre egymást?*, Budapest: Tinta Könyvkiadó.

Tisljár, R., 2011, *A humor szerepe és szerveződése a társas kapcsolatokban. Evolúciós modellek tesztelése.* (Doktori értekezés, Pécsi Tudományegyetem).

Tomkins, S., 1962, *Affect imagery and consciousness: The positive affects.* New York: Springer.

Tourangeau R. — Ellsworth P. C., 1979, The role of facial response in the experience of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 9, 1519–1531.

Tőzsér, J., 2008, Általános bevezetés: a test-lélek probléma. In: Ambrus G. — Demeter T. — Forrai G. — Tőzsér J. (szerk.), *Elmefilozófia.* Budapest: L'Harmattan, 9-27.

Warren, B., 2005, Clowning Around: The Role of Clown Doctors in Patient Care, *Canadian Psychiatry Aujourd'hui.* Elérhető az interneten: http://artshealthnetwork.ca/ahnc/can_psychiatry_aujourdhui.pdf (2013. 10.29.).