

Jól kitalált történet

Az AMEGA beszélgetőpartnere: Dr. Somfay Attila

*a Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Tüdőgyógyászati Tanszékének tanszékvezető egyetemi tanára
a Medicina Thoracalis főszerkesztője*

– **Professzor Úr, egy korábbi interjúban, amikor megkérdezték Öntől, melyik a kedvenc regénye, szinte gondolkodás nélkül vágta rá: a *Karamazov testvérek*. Miért éppen ez?**

– Egyetemi éveimnek meghatározó élményei voltak Dosztojevszkij művei. A *Karamazov testvérek* mellett a *Félkegyelmű* és a *Bűn és bűnhődés* jelentett még nagy élményt. A *Karamazov testvérek* az én olvasatomban összefoglalása Dosztojevszkij világképének és annak a hihetetlenül mély lélekismeretének, aminek révén az emberi jellem jellegzetes típusait mutatja be a három testvérben. Szoktam mondani az orvostanhallgatóknak, hogy a gond abból adódik, hogy ezek az olvasmányélmények az ő generációjuk számára már nem annyira alapvetőek, mint az én korosztályomnak voltak. Ha ezek az élményeik meglennének, akkor a magatartástudomány és a pszichológia azokhoz túl sok újat már nem tudna hozzátenni. Ahogy látom a fiatal orvosok, orvostanhallgatók egymás utáni generációját, ez a véleményem csak megerősítést nyer.

– **Még egy kicsit visszautalva a regényre: az értelem, az érzelem és az erkölcs közül melyiket tartja a legfontosabbnak?**

– Nagyon nehéz ezt patikamérleglen kimérni, hisz az érzelem és az erkölcs az, ami a regényben dominál, a végletes emberi viselkedési formák pedig – ahogy az apa és Dimitrij példái mutatják, és aminek kapcsán az emberi gyarlóság oly széles skáláját mutatja be az író – a mai napig nem változtak. A körülmények nyilván változnak, de az emberi gyengeségek, gyarlóságok és az ezekhez kötődő érzelmek nagyon is állandóak.

– **Az interneten elérhető életrajzából kiderül, hogy Ön az értelem területén kimagasló teljesítményt nyújtott: minden iskolájában minden vizsgáját jelesre teljesítette. Az élet minden területén maximalista?**

– Bizonyos helyzetekben valóban illik rám ez a jelző, és sajnos együttjár egy gyarlósággal, a türelmetlenséggel, ami részben az általam fontosnak tartott dolgokhoz való ragaszkodásból adódik. Ha valamiről úgy gondolom,



hogy fontos, akkor gyakran a velem kapcsolatban lévők-től is próbálok ugyanezt elvárni, és amikor nem ezt tapasztalom, akkor abból adódik a türelmetlenség. Ez ellen próbálok folyamatosan küzdeni, több-kevesebb sikerrel.

– **Honnan ered Önnél ez a rendkívül erős motiváció?**

– Nehéz ezt egy konkrét időszakhoz vagy személyhez kötni. Talán édesanyám példáját tudom kiemelni, akinek nagy szerepe volt abban, hogy orvos lettem. Ő egész korán próbálta ezt az utat felmutatni nekem, és annak ellenére, hogy viszonylag szerény körülmények között, egyedül maradván nevelt engem, mindent megtett azért, hogy ezt a pályát elérjem. Látva azt, hogy ő milyen sok küzdelem árán segített és támogatott engem, hogy idá-

ig eljussak, ez adhatott öntudatlanul is mintát ahhoz, hogy ha adódik valami nehézség, akkor azt le kell küzdeni.

A másik, ami erősített, bár már jóval később, az 1999–2001 közötti másfél éves Los Angeles-i tartózkodásom. Az amerikaiaknál nincs meg a nálunk szokásos kifogáskeresés, őket nem érdekli, hogy valamit miért nem tudtál megcsinálni. A probléma azért van, hogy megoldd, nem azért, hogy megmagyarázd, miért nem tudtad megoldani. A negyvenes éveim második felében voltam ott, és meglepődve tapasztaltam, először furcsállottam is ezt a mentalitást, de aztán rájöttem, hogy mennyire igaz dolog ez.

– **Professzor Úr, igaz, hogy Ön biciklivel közlekedett Los Angelesben?**

– Egy Soros-ösztöndíj birtokában, de viszonylag szerény pénzügyi háttérrel vágtam bele a Los Angeles-i tanulmányutamba, és az elején még egy olcsóbb autóra sem volt pénzem. Az, hogy én elbicikliztettem, az hagyján, de a családomat vártam látogatóba, a feleségemet két gyerekkel és a sógoroméék fiát, és arra a négy hétre mindenképpen kellett egy autó. *Novák Zoltán* professzor, aki kicsit korábban volt kint, javasolt egy autószerelőt, akivel neki kapcsolata volt, hogy nála lehet jó áron autót venni. Egy viszonylag szerényebb autót próbáltam ki, és az volt a szerencsém, hogy a próbaúton, odafelé menet a végén lerobbant, úgyhogy a tulaj jött ki értünk. Ezután felhagytam a próbálkozással, és a régóta kint élő kolléga, *Pórszász János* autóját kértem el, amikor nagyobb bevásárlást kellett végezni.

– **Ön a Magyar Tüdőgyógyász Társaságban számos vezető funkciót betöltött: ifjúsági felelős, majd négy éven át főtitkár volt, utána pedig két éven át elnök. Az elnökségből ennyi idő elég volt a tervei megvalósítására?**

– Ez nem saját döntés volt, de így adódott. Én megtiszteltetésnek vettem minden feladatot, amit a társaságban rám bízta, és igyekeztem azt a legjobb tudásom szerint ellátni. Konkrét elmarasztalást vagy negatív visszajelzést nem kaptam a kollégáktól, úgyhogy kellemes emlékeim vannak erről az időszakról is.

– **Tavaly év végén a *Medicina Thoracalis*-ban olvashattunk egy kiváló összefoglalót a szakma helyzetéről. Ismerve a hazai morbiditási viszonyokat, Ön szerint sok vagy kevés pulmonológus van Magyarországon?**

– Nem is annyira a szám, mint inkább a minőség a meghatározó, mert számszerűleg van elég tüdőgyógyász. 500 pulmonológus egy ekkora országban szerintem bőségesen elegendő. Az már nagyobb gond, hogy megfelelő időben jutnak-e el a megfelelő helyre a betegek, és ott mi történik velük. A minőségi szakellátás irányába kell elmozdulnunk, és ezt mindenképpen a fiatalok képzésén, oktatásán keresztül kell elérnünk. Jóval kevesebb orvos-beteg kapcsolatra van szükség, és ebbe nyilván a szakorvosi hozzáférés nehezítettsége is beleszólhat. Ezeknek a találkozásoknak hatékonyabbnak kell lenniük, megfelelő ellátással, megfelelő javaslattal, diagnózissal, differenciáldiagnózissal. Erre nagyobb figyelmet kell fordítani, mert a közeljövőben valószínűleg nem lesz több tüdőgyógyász.

A kórházi ellátás tekintetében a poliklinikai környezetbe való integrálás lehet a megoldás. Ebből a szempontból az amerikai mintát tartom középtávon elfogadhatónak, amikor a szélesebb belgyógyászatba integrált szubspecialitások jelentik a kórházi, klinikai ellátást. Itt a konziliárius rendszer, a differenciáldiagnosztika, az intenzív terápia egy épületen belüli hozzáférése, az akut sürgősségi ellátások megfelelő biztosítása hozzájárul a jóval hatékonyabb gyógyító munkához.

– **Mennyire felel meg ennek a modellnek az az átszervezés, ami néhány évvel ezelőtt a pécsi tüdőgyógyászat esetében történt?**

– Ezt a pécsiek nyilván jobban meg tudják mondani, de amit én hallok és gondolok, annak alapján ez lehet az egyik út. Ami lehet persze kényszerpálya is, mert egyre kevesebb a tüdőgyógyász és egyre nehezebb megtartani az önálló tüdőgyógyászati klinikai osztályokat, a továbbképzések miatti távollétek következtében pedig folyamatos a létszámhiány.

A fiatalok képzése, forgása miatti kölcsönös mozgás az egyes szakterületek között hozzájárul ahhoz, hogy a kezdő orvos nagyon sok információt szerezzen már a képzési ideje alatt is. A tapasztalt szakorvos pedig könnyebben tud konzíliumokat adni és kapni, és a beteg is jóval több és hatékonyabb vizsgálathoz juthat hozzá, ami jobb ellátást biztosíthat, mint a jelenlegi rendszerben. Most a beteg hazamegy, aztán elküldik egy másik szakrendelésre, ott megint mondanak neki valamit, aztán bekerül egy másik osztályra. A krónikus tüdőbetegeknél ren-

geteg társbetegség van, kardiovaszkuláris és metabolikus egyaránt, és fontos lenne, hogy ezekre több figyelmet fordítsunk. Azt gondolom, hogy a jövőben efelé haladó és egyre érzékenyebb elmozdulás várható nemcsak a tüdőgyógyászat, hanem valamennyi belgyógyászati szubspecialitás vonatkozásában.

– Ön több mint három éve főszerkesztője a *Medicina Thoracalis*-nak. Milyen kihívásokkal kell megbirkóznia?

– Egy újság szerkesztőjének a minőségi kézirat a legfontosabb. Az erre való törekvés és igény felébresztése, és sok esetben szinten tartása folyamatos kihívást jelent.

Az utóbbi időben azt tapasztalom, hogy a fiatalok bekapcsolódásával és a már tapasztaltabb orvosi gárda aktivitásával jó írások kerülnek a laphoz. A továbbképzést, az érdeklődést segítő kazuisztikák is egyre nagyobb számban jelennek meg. Ezeket nemcsak a konferenciák, hanem a nyomtatott szaklapok esetén is az egyik legnagyobb értéknek tartom, hiszen a klinikust nagyrészt az esetek ismerete kapcsán jövő új dolgok érdeklik, ezért a kazuisztikáknak a jövőben is igyekszem elsőbbséget biztosítani.

– Tüdőgyógyászokon kívül kik olvassák még a lapot?

– Erről nem sok információm van. A belgyógyászok biztosan, mert a közelmúltban kért meg egy belgyógyász kollégám, hogy közöljük a lapban egy érdekes esettanulmányát. Valószínűleg az onkológusok is forgatják, hiszen a szakmának egy tetemes részét a tüdőrákkal kapcsolatos feladatok és azok tapasztalatainak a feldolgozása, közlése jelenti. Emellett a gyógyszercégek érdeklődése is befolyásolja a kéziratok összetételét.

– Ön három éven keresztül a *European Respiratory Society* nemzeti delegáltja volt. Éppen abban az időszakban, amikor a háborúból kilábaló délszláv államok tüdőgyógyászai látványosan nagy lendülettel kapcsolódtak be újra az ERS munkájába, miközben a magyarok – még az utóbbi évek fokozódó aktivitását ideszámítva is – csak takaréklángon. Ön szerint mi állhat ennek a hátterében? A motiváció hiánya vagy a nyelvtudás hiánya?

– Valószínűleg mindkettő, de én inkább a motivátlanságban látom a lemaradásunk okát, és nemcsak a volt Jugoszlávia tagállamaihoz, hanem a románokhoz vagy a szlovákokhoz ké-

pest is. Valahogy ott egy élénkebb, tudásra jobban vágyó, motiváltabb generáció lehet, amit nemcsak az egészségügyi, hanem globálisan a környezeti-társadalmi körülmények is meghatározhatnak. És itt egyáltalán nem biztos, hogy csak az anyagi lehetőségekről van szó, mert sokszor inkább a hiány az, ami a tudásszomjat és a motiváltságot fenntartja, sőt tüzeli. Elég a dél-kelet ázsiai országokra gondolnunk.

– Ön szerint mennyire van a helyén a légzésrehabilitáció a hazai ellátórendszerben?

– Nagyon sokat fejlődött és ebben számos kollégának van érdemi része. A kórházi fekvőbeteg-ellátás keretében meglévő rehabilitációs ágyak számában jól állunk, azonban ezeknek a kihasználtsága és a valódi szakmai igényeknek megfelelő forgatása nem mindig megfelelő, legalábbis a saját tapasztalataim szerint. Ennek részben az az oka, hogy az orvosok érdeklődésében a rehabilitáció méltatlanul háttérbe szorult.

Pedig COPD esetén, ahol a gyógyszeres terápiának jól ismert korlátai vannak, nagyon sokat javíthat a beteg állapotán a nem gyógyszeres, rehabilitatív gondozás. Ennek az alapjait a kórházban lehet megtanulni, utána viszont – és ebben komoly lemaradásunk van – jöhetne az ambuláns rehabilitáció, ami hosszú távon életformaváltást jelentene. Fenntartani a kórházban megtanultakat, azokat a mindennapok részévé, a napi gyakorlatban ellenőrzötté tenni, ezt szolgálná az ambuláns rehabilitáció, és ennek számos tüdőgondozó megfelelő helyszíne tudna lenni.

Az ambuláns rehabilitációt kellene sokkal jobban fejleszteni, és minden megyében két-három olyan, viszonylag szerény eszközigényű helyiséget biztosítani – akár egy nagyobb tüdőgondozói terem felszerelésével –, ahol egy gyógytornász irányítása és időnkénti orvosi kontroll mellett működnének ezek a programok. A betegek mobilitása Magyarországon rendkívül alacsony szintű, több okból kifolyólag nem ülnek se buszra, se autóba, ezért egy megyei centrumban szervezett ambuláns rehabilitációra való eljutás hetente kétszer-háromszor gyakorlatilag lehetetlen. Ezért lenne fontos a betegek közelében kialakítani ilyen centrumokat, amihez nem is kellene túl nagy beruházás. A fitness központokban, ahol nagyjából rendelkezésre állnak a kardiológiai és a pulmonológiai rehabilitáció eszközei, megfelelő szakembergárda és a betegek ki

tudnák tölteni a délelőtti üres órákat ambuláns rehabilitációval, és egy megállapodás keretében a finanszírozást is meg lehetne oldani. Ez valami miatt nem megy előre: a lehetőség évek óta bent van a köztudatban, mégsem élnek vele.

– **Egyre többen gondolják úgy, hogy a súlyos COPD-s betegeket mozgáskorlátozottak kellene tekinteni, hiszen pár méternél többet nem tudnak megtenni, és ezt jogszabályi szinten is deklarálni kellene.**

– A súlyos légzési rokkant betegek esetében teljes mértékben egyetértek ezzel, hiszen ha jogszerűen használnak gurulós járókeretet, amit ugye az autóba behelyezni és kirakni sem egyszerű dolog, akkor a parkolási kedvezmények őket is ugyanúgy megillethetnék, mint a mozgássérülteket. Az oxigén folyamatos használatakor és az azzal való közlekedés során is egyértelműen szükség lenne erre. Súlyosabb stádiumban a légzési rokkantságból egyenesen következik a mozgáskorlátozottság, ezért méltányos lenne a helyzet mielőbbi jogszabályi rendezése.

– **Professzor Úr, Ön korábban focizott, még az FTC ificsapatában is játszott, később aztán átváltott a teniszre. Ön csapatjátékos vagy inkább egyéni harcos?**

– Amíg futballoztam – aztán medikusként a kollégiumban kispályás focit is játszottam, sőt fiatal orvosként még kézilabdapályán is fociztam –, addig én mindig megszakadtam a csapattól. A korábban emlegetett maximalizmusom persze sokszor kihozott a sodromból, amikor úgy éreztem, hogy nem veti bele magát mindenki hasonló elánnal a küzdelembe. Ez teniszben a páros mérkőzéseken továbbra is megvan.

Az egyesnek azonban megvan az a varázsa, hogy akkor ott csak magad vagy és az az igazi értékmérő. Kicsit hasonlít a régi lovagi tornákhoz, ott is ketten álltak szemben egymással. Csak a saját kútfődre, képességeidre, erődre hagyatkozhatasz, és a fejedet is intenzíven használva megpróbálsz kicselezni, legyőzni a másikat. Rendkívül élvezetes labdajáték: szórakoztat, a fejet és a testet tetőtől talpig igénybe vevő kihívás, mindenkinek csak ajánlani tudom. Szerencsés esetben az ember az élete végéig úzheti, ha megfelelő partnereket talál.

– **A zárómondatról nehéz nem arra asszociálni, hogy a 84 éves Naszlady Attila professzort három éve a tenispályán érte a halál.**

– Ha idekanyarodtunk, akkor el kell mondanom, hogy én 41 éves koromban a tenispályán kaptam egy szívinfarktust. Először nem volt egyértelmű, hogy mi történt, csak azt éreztem, hogy elfogyott a levegő. Párás, meleg délelőtt volt, a partnerem is elég erős volt, és ahogy két játékonként cseréltük a térfelet, mindig nyújtottam az időt a következő menetre, aztán egyszer csak éreztem, hogy nagyon kevés lett a levegőm. Szóltam, hogy én most egy kicsit szédülök, üljünk le, aztán inkább már lefeküdtem, és felraktam a lábamat a padra. Odajött a tenispálya gondnoka, hogy főorvos úr, itt van egy kis savanyú cukor, biztos leesett a vércukra, szopogassa el, de addigra már megszámoltam a pulzusomat, aminek 80–100 között kellett volna lennie, de csak 50–60 között kalimpált a szívem. Tudtam, hogy itt valószínűleg más baj lesz, és gyorsan bevittem magamat a belklinika ambulanciájára, ahol mindjárt ott is fogtak. Ilyen szempontból nem teljesen veszélytelen játék a tenisz, de ha az ember odafigyel magára – és ennek a történetnek most már 22 éve –, akkor azért vissza lehet térni.

– **Elégedett az eddig elért szakmai eredményeivel?**

– Nagyon szerencsésnek érzem magamat, mert kiváló kollégáim vannak. Olyan feladatokat kaphattam, amik örömmel töltöttek el és úgy gondolom, hogy ezeket sikerült is megoldanom. Az orvosi pályán a betegek visszajelzései a legfontosabbak, és amíg ezek az emberben elmélyítik azt a meggyőződést, hogy tudott tenni valamit az érdekükben, addig biztos lehet abban, hogy jó pályát választott. Maga a lehetőség, amihez jutottam, mindenképpen elégedettséggel tölt el: oktathattam és a gyógyításban is részem lehetett. A fiatalok képzése, a tudás átadása nagyon szép feladat, és jóleső érzés, ha ennek eleget tehetek.

– **Milyennek szeretné látni 20 év múlva a magyar pulmonológiát?**

– Azt gondolom, hogy jelenleg még 10 évre sem lehet előre látni. Ennek az időszaknak a legnagyobb hátránya a kiszámíthatatlanság. Amikor a mai pályakezdőket összehasonlítjuk a mi pályakezdésünkkel, mindig elismerőleg mondom, hogy mi mennyivel szerencsésebb helyzetben voltunk. Tudtuk, hogy ha belépünk a végzés után egy adott területre, akkor 5–10–15

év múlva mi várható. Ami miatt rossz érzéssel tölt el a fiatalok tanácsalansága az az, hogy én magam sem tudom megmondani még a saját fiamnak sem, hogy mi lesz itt 10 év múlva.

De nem akarom megkerülni a kérdést. Utalva a korábban már elmondottakra, azt gondolom, hogy az a sok szubspecialitás, ami napjainkban a belgyógyászatból kiszakadva önálló diszciplínaként fungál, a jövőben a belgyógyászatba reintegrálódva fogja szolgálni a hatékonyabb betegellátást. A tüdőgyógyászatot a kisebb, de jobb minőségű kórházi háttér és a mind felszereltségben, mind humán erőforrásban jobb lehetőségekkel bíró szakellátás jellemzi majd. Azonban mindennek az alapja egy hatékonyabb háziiorvosi ellátás lesz. Ha van egy jó háziorvos, aki családorvosként valóban ismeri a rábízottakat, azok minden ügyét-baját, a környezetét, a szociális, a munkahelyi és a lakáskörülményeiket, és nemcsak egy konkrét egészségügyi gond kapcsán kap szerepet, hanem a prevencióban is érdekelt, akkor sokkal nagyobb terhet tud levenni a szakellátásról, és sok esetben definitív ellátás történhet. Ma sokszor az az érzésem, hogy csak továbbküldés van – és nemcsak az alapellátásban, hanem a szakellátásban is – és az ide-oda pattogó, a leletek sokaságával kódorgó betegek igazi problémáját senki nem fogja össze. Szerencsés esetben ez egy motivált háziorvos vagy egy meghatározott klinikai területre rálátó szakorvos lehetne.

– A külföldi minták ismeretében vizsgatérő kérdés, hogyan osztozzon a tüdőgyógyász és a háziorvos a krónikus légúti betegek ellátásának feladatain. Az egyik oldalon a kompetenciafélétség, a másikon az inkompetencia teszi nehezzé a választ. Ideális esetben milyen feladatkört adhatna át a tüdőgyógyász, illetve mi lenne az a légzésfunkciós minimum, amit ismerni kellene a háziorvosoknak is?

– Örülök, hogy szóba került a légzésfunkció. A féléves tüdőgyógyászati oktatás kezdetén a hallgatók azt kérték, hogy a gyakorlatok legyenek gyakorlatiasabbak, azaz jussanak használható tudáshoz. Ennek a bűvszava mostanában a *skill*. Elmondtam nekik, hogy a rendelkezésre álló 11 alkalom során – jelenleg 11×1 óra előadásból és 11×2 óra gyakorlatból áll az oktatás

– két praktikus skillt tudok nekik megtanítani. Az egyik a mellkasi röntgenkép értékelése, a másik pedig a spirometria értékelése és szerencsés esetben a kivitelezése.

Az egyszerű spirográfias vizsgálat az, amihez nem kell nagy beruházás, az eszköz nem drágább egy EKG-nál, és egy igényes, odafigyelőbb kivitelezéssel nagyon sok betegnél már az első vizsgálatkor rengeteg információhoz juthatunk. A mellkasröntgen esetén nagy előny, hogy ma már nemcsak a radiológus leletét, hanem magát a képet is a számítógép monitorára lehet hívni. Ezek az információk megőrizve, archiválva, a gondozás során visszanézve, a kórlefolyás értékelésében óriási kincset jelentenek. De mindehhez persze szükséges bizonyos fokú igényesség.

A kompetenciafélétség, a szakmafélétség jól ismert dolog, aminek elsősorban finanszírozási oka van. Mivel a szakorvoshoz kötik a 90%-os gyógyszerrendelési lehetőséget, a háziorvosok úgy érzik, hogy ebből a területből kiszorulnak, ezért a többi gyógyszer mellé adott, főleg inhalatív terápiák fontossága nem biztos, hogy olyan szinten van az ő szemléletükben, gyakorlatukban, ahogyan az elvárható lenne. Ennek aztán az a következménye, hogy a tablettákat tovább kapják a betegek, mint az inhalatív készítményeket, hiszen a megerősítések a havi gyógyszerfelírások kapcsán kevésbé jönnek olyan eltökélten a háziorvostól, mint a ritkábban, 6–12 havonta látott tüdőgyógyásztól.

– Professzor Úr, milyen tervei vannak a nyugdíjas éveire?

– Egyre többet szeretnék teniszezni, olvasni, zenét hallgatni, és a világ kultúrkincséből, amiből az ember nem tud eleget magába szívni, még minél többet felfedezni. Ezek rengeteget tesznek hozzá a színes és teljes emberi élethez. Maga az irodalom- és zeneszeretet is ebből az irányultságból táplálkozik, ebben ugyanúgy benne van a színház, az opera, a festészet felfedezése, élvezete.

A másik része a nyugdíjaskornak a gyerekekkel és az unokákkal eltöltött idő, de ez utóbbiak egyelőre még csak az én terveimben szerepelnek. A nagyobbik fiam megnősült már, úgyhogy remélhetőleg náluk ez a nem túl távoli időnek lesz az adománya.

– Dosztojevszkijen kívül kinek a műveit szereti még?



– Thomas Mann volt még meghatározó számomra: *A varázshegy*, a *Doktor Faustus* és a *József és testvérei*. „Mélységes mély a múltnak kútja” – írja Thomas Mann, és egy nagyon szép és gazdag világot tár fel.

A költészettől sem tudok elvonatkoztatni. Nyilván középiskolás korában az ember kötelezően is jobban kapcsolatba kerül a versekkel, de újra elővenni és újakat megismerni később is lehet. Szeretem Arany Jánost, Pilinszky Jánost, de Weöres Sándor is a kedvenceim közé tartozik.

Az egyetemi éveim alatt volt a táncház, a Sebő–Halmos duó, a Muzsikás együttes, a JATE Klubban fantasztikus előadások voltak, Pilinszky is lejött és olvasta a verseit hajnalig. Ott volt a Paál István-féle Egyetemi Színpad, mindez egy kulturális cunami volt abban az időben.

A táncmuzsika és a konzis koncertek hatására negyedéves koromban elhatároztam, hogy megtanulok hegedülni. Három évig gyötörtem a húrokat, míg aztán beláttam, hogy ez egy abortált vállalkozás, és igaza volt annak a hegedűtanárnak, aki az elején azt mondta, jól

gondoljam meg, mert csak addig lehet hajlítani a fát, amíg meg nem keményedett.

Egyetemistaként, amikor az ember a legérzékenyebb a színes sokféleségre és még nem nyomják agyon a napi feladatok, viszonylag szabad és még nincsenek családi kötöttségei, akkor tud ezekbe a dolgokba beleszippantani és szerencsés esetben elraktározni belőlük egy életre, mert tényleg csodálatos ez a földi lét, amit viszonylag rövid időszakra kaptunk. Az élményekből, amit még lehet, mohón magunkba kell szívni.

– **Mi az a szakmai vagy emberi bölcsesség, amit szívesen megosztana az olvasókkal?**

– Van egy kedvenc idézetem Weöres Sándortól: „Egyetlen ismeret van, a többi csak toldás: Alattad a föld, fölötted az ég, benned a létra.”

Az ember a horizontális kitekintésből próbálja a dimenziókat szélesíteni, és felfelé tekintve mélyebb értelmét látni azoknak a történéseknek, amiket sokszor hordalékként érez, de hogyha nyugodtan elgondolkodik, akkor esetleg olyan gondolatai is támadhatnak, hogy mégiscsak egy jól kitalált történet ez a földi lét. ■