

LAM-INTERJÚ

Az eredmény kötelező

Beszélgetés Dr. Vány Anna gyógytornósszal

A gyermekneurológus és ortopéd szakorvosok körében hosszú évekig ellenállást váltott ki a Dr. Vány Anna által kidolgozott Dr. Vány speciális manuális technika-gimnasztika módszer (DSGM). – Kérdelmes évek voltak – vallja –, elsősorban önmagammal kellett megvívnom a csatát. Több évtizedes kimagasló szakmai munkája elismeréseként 2003-ban Batthyány-Strattmann László-díjjal tüntették ki.

– A Dr. Vány Anna Alapítványt 1990-ben hozta létre. Akkor már több mint egy évtizede alkalmazta a speciális manuális technikát...

– A módszert 1976-ban kezdtem kidolgozni, gyógytornász tevékenységem már akkor 20 éves múltra tekintett vissza. Művészi tornát tanítottam és a Neurológiai Klinikán dolgoztam mint gyógytornász. A művészi torna terén a Berczik-módszeren nevelkedtem, amelynek testképzési elveit kivétel nélkül lehetett transzponálni a mozgásszervi problémákra. Kezdetben mindössze 12 gerincferdüléses gyermekkel foglalkoztam, akik közül egy-kettőnél is nehezen és károsan mozgó cerebrális paresisben szenvedő gyermek is került, izomzsugorodásokkal és letapadásokkal találkoztam náluk. Láttam, hogy ezeket a mechanikai akadályokat akárhogy erőlkednek is, önerőből nem tudják leküzdeni. Ezekhez oda kellett nyúlni. Így kezdődött a speciális manuális technika kialakulása.

Módszerem, a DSGM a gyakorlati tapasztalatok alapján alakult ki. Elmondhatom, hogy a DSGM-et mindenki ellenében, a

magam erejéből hoztam létre. A legnehezebb az én magammal vett csata volt, hiszen felborult bennem mindaz, amit addig tanultam, gondoltam a mozgásrehabilitációról. A gyökeresen új dolgok természetesen súlyos konfliktushelyzeteket teremtenek, mert az addig elfogadott nézetekkel állítják szembe az embert.



– *Kérem, foglalja össze a módszer lényegét!*

– A módszer két nagy tevékenységi területből áll. Az egyik, a DSGM I., ez egyéni foglalkozásokat jelent, amelyeken speciális manuális technikával történik a kezelés. Ez a masszázstól és minden eddigi légyersz-technikától eltérő, kézzel végzett technika egyrészt oldja az izom-, én- és kötőszövetrendszer kontraktúráit, másrészt az inak kezelésével képes direkt stimulálni az agy különböző területeit. Itt a direkt hatáson van a hangsúly, mert ezáltal vált korai kezeléssel gyógyíthatóvá a szélési agykárosodások túlnyomórésze. Gyógyuláson a mozgások normalizálódását értem, nem azt, hogy a sérültet valahogy foglalkoztatjuk. Ennek

rendkívül nagy a jelentősége, mert a szélési agykárosodások miatt a boldog gyermekvérs gyakran leltre szél tragédiába fordul, és ez az egész világon megoldatlan probléma. Most olvastam a WHO egy statisztikai adatát, amely szerint jelenleg 13-15 millió ember szenved a világon a szélési sérülés következményeit. Ki merem mondani: itt a kezemben a megoldás, amelyet 100, DSGM posztgraduális képzést végzett gyógytornász kolléga – tanítványom – is igazol, ráadásul nem kell hozzá sem eszköz, sem gyógyszer, kizárólag kiművelt emberfeles kés. Ennek ellenére a hár nem igazán jut el illetékes felekhez... A másik terület, a DSGM II., csoportos, zenére történő esztétikus, analitikus gimnasztika, amelynek alapja a Berczik-módszer. Ez a szakmai „anyanyelvem”, amit mesteremtel, Kovács vértel és magától Berczik Sándortól tanultam. Ehhez tettem hozzá a magam elgondolásait és gyakorlati megoldásait. Szómtalan lehetőségre rejlik még a speciális manuális technikában, de a kipróbáláshoz nem elég egy let. Remélem, a tanítványaim továbbviszik elképzeléseimet abban a szellemben, amelyben pályakezdésem óta dolgozom. Azért bízom benne, hogy még lesz időm a „helyre tenni” a DSGM-et. A magam részéről sosem állottam addig semmit, amíg 100 vagy 1000 gyakorlati példa nem állt megöttem. Ezért nem értem, hogy a mozgásterápia területén olyan emberek is teret kapnak, akiknek semmiféle mozgásbeli képzettségük nincs. Sőt, az is előfordult, hogy valaki, akinek sem az egészséges mozgásfejlesztésről, sem a mozgásterápiáról semmilyen gyakorlati tapasztalata nincs, kijelentette, hogy módosította a módszeremet... A baj ott kezdődik, hogy nincs definiálva a gyógyítás és fejlesztés fogalma. Szerintem gyógyítás: amikor megkérdőjelesem teszem a nem megkérdőjelesem, fejlesztés: amikor a megkérdőjelesem ténylegesítem. A szerepek nem felcserélhetők; gyógyítással nem lehet fejleszteni, fejlesztéssel nem lehet gyógyítani. A mozgásterápiában mégis az az általános gyakorlat, hogy fejlesztőmódszerekkel – tornával, masszással, jógával, stb. – akarnak gyógyítani és erőtten azt, amire a beteg nem képes. Pedig a beteg nem azért nem csinálja, mert nem akarja, hanem, mert nem tudja. Amíg nem teszem képesem a funkcióra és erőtten a lehetőtlent, őrdeben nem tettem semmit. A felsorolt fejlesztőmódszerek nagyon fontosak a már mozgásképes gyermek számára, de a kiesett funkciókat nem indítják be és az izomtónus eltéréseit nem rendezik. Ugyanis a fejlesztőmódszerek indirekt hatásak az agyra a manuális technika direkt hatásához képest. A direkt hatás azáltal jön létre, hogy az inakban halmozottan jelen lévő végződésekkal – a kezünk által – közvetlen kapcsolatba lépünk. Az egy adott inger a végkészlékekben kifutó pályákon és a gerinccel keresztl eljut az agy különböző területeire. Az ugye nem kétséges, hogy a direkt mindenben intenzívebb hatás, mint az indirekt. Ez a laikusok számára is egyértelmű, világos tény. A „szakma” mégis nehezen akarja elfogadni. A cerebrális paresisben szenvedő kisgyermekek gyúgyulásnak a feltétele a korai kezelés, mert t-hat hánapos korig „l” az agynak a

tartalékállománya, amely – ha nincs igénybevéve –, lettanilag eltűnik. Ha a perinatális intenzív centrumokban már a születés utáni első napokban – akár már az inkubátorban – elkezdhetnénk a DSGM-kezelést a perinatálisan veszélyeztetett, gyenevezett „rizikóbabáknál” és a járás beindulásig folytathatnánk azt, kikophatna a cerebrális paresis szűrése körképe és maradna az az elkerülhetetlen 20%, amely sajnos gyógyíthatatlan. Ugyanakkor az eddig fogyatékkal élő nyolcvan százalék normális életet élhetne.



– Az agysérüléseken belül milyen típusú sérüléseket kezelnek?

– Az agysérüléseket két csoportra kell osztani: a feszes típusú, spasztikus állapotra, illetve a csökkent izomtónusú, hipotóniás állapotra. A spasztikus állapotnál az agykéregben, az agykérgi motoros sejtekben van elváltozás, ebben az esetben ezt hónap után – bár az állapoton természetesen lehet javítani – teljes gyógyulás nem várható el. A hipotóniás gyermekeknél az egy éves, sőt, másfél éves korig elkezdett kezelés is eredményre vezet.

– Felmerül a kérdés, hogy ezekre a tapasztalatokra korábban miért nem tett szert senki?

– Azért, mert elméleti szinten, mozgásképzettség nélkül próbálták a gyakorlati problémákat megoldani, ez pedig nem működik. A gyakorlati szakmákat kizárólag a gyakorlati tapasztalatok és az eredmények teszik hitelessé. Az eredmények ellenére – vagy talán éppen azért – még ma is sokan ellenállnak a módszernek, de hőt

törvényszerű, hogy a régi nehezen adja meg magát az újnak. Azok a szakmabeliek, akiknek személyesen, objektíven el tudom mondani a DSGM elveit, megértik a többi módszertől való eltérést és azt, hogy nem konfrontálódni akarok, hanem egyszerűen nem mondhatok mást, mint ami a meggyőződésem. Ez akaratomon kívül szembeállt sok mindenkivel és sok mindennel, de ezt fel kell vállalnom a betegek érdekében. Az eredmények kétéleznek.

– Csak a szletési oxigénhiányos agykárosodottakat kezeli, vagy más problémákkal is fordulhatnak hozzá?

– A speciális manuális technika univerzális hatású, mivel kontraktúrák eredetétől függetlenül minden mozgássérülés esetén kialakulnak. A kontraktúraoldó hatás minden mozgásproblémánál kiválóan működik. A baleseti sérülések a hagyományos gyógytornához viszonyítva fél-negyedannyi idő alatt rendeződnek DSGM-kezeléssel, jobb mozgásmintásgéti biztosítva, mint az eddigiek. Ugyanez érvényes az ortopédiai és reumatikus megbetegedésekre is. A legjobb jelek arra mutatnak, hogy az inak kezeléseivel a stroke utáni állapotok is jelentősen javíthatók, de erről még nem merek nyilatkozni.

– Alapvető nyelvént működnek. Honnan kapnak támogatásokat, és az egészségbiztosító finanszírozza-e a kezeléseket?

– Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár a költségeink egyharmadát biztosítja, ennekél nem is tudnunk működni. Tehát beutalóval jöhetnek hozzánk. A költségek kétharmadát viszont nekünk kell előteremtenünk. Ez nagyon nehéz feladat, mert a gyógyítást sosem tekintettem üzleti vállalkozásnak. Híls vagyok a sorsnak, hogy a pénz érdége sosem kísértett meg.

Részlet egy levélből

A kisfiunk nagyon rossz állapotban jött a világra. Egészen biztos, hogy oxigén nélkül létezett egy ideig, hogy meddig, azt senki sem tudhatta pontosan.

A II. sz. gyermekklinika perinatalis intenzív centrumába szállították, ahol nagyszerű kezekben volt, két napig lélegeztették mesterségesen.

A babánk szépen gyógyult, tévozáskor a lelkeinkre kótták, hogy keressék fel a neurológiát.

Égy is tettünk. A koponyaröntgen az agykárosodást kizárta, de elég selyes mozgásszervi elváltozásokat tapasztaltak.

Nem vagyok ugyan szakember, de nem tetszett az a gyögyöd, amit ott mutattak (tornagyakorlatot), mondván, hogy otthon naponta négyszer véggezzék el őket.

Nagy szerencsénk volt, mert több olyan ember is volt a környezetemben, akik ismertek egy egészen kivételes és régi bevált módszert.

Elmentem, megnéztem. Égy gondoltam, a többi módszerrel ellentétben hatásos lehet. Égy is történt. A fiam napról napra jobban lett, szépen fejlődött...

Most, amikor elnézem szaladgálóskában, mindig rá kell döbbennem, mekkora szerencsénk is volt, hogy megismerhettem egy kiváló módszert és egy rendkívüli embert, Dávidny Annát, és mindig felteszem magamban a kérdést: vajon miért nem ismeri őt és a módszert mindenki, aki érintett lehet. Miért nem ajánlották őt az orvosok, miért nem ismerik el az eredményeit, amikor például az én fiamat is egygyötotta meg? Miért nem veszik a fáradságot és ismerik meg ezt az egyedülálló módszert? Feltételekénységből vagy tudatlanságból – nem tudom. Ha meglátok egy sérült gyermeket, mindig elgondolkozom ezen, és nem győzők hálálkodni a jó sorsomnak, hogy mi kapcsolatba kerülhetünk vele.

Szavakkal ki nem fejezhetők köszönettel: Főlép Krisztina

Vajda Angéla