



PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM  
UNIVERSITY OF PÉCS



# MUNKAHELYI LELKI EGÉSZSÉGVÉDELEM

Képzési és tanácsadási kézikönyv

**Szerzők:**

**Barcsi Tamás**

**Juhász Éva**

**Karamánné Pakai Annamária**

**Szabó József**

**Szerkesztette:**

**Szabó József**

**Technikai szerkesztő: Jónáné Bajsz Anikó**

TÁMOP-4.1.1.C-12/1/KONV-2012-0010  
TÁMOP 4.1.1/C – NyME – BGF – PTE – ZFOK – PFA  
- Gépészeti mechatronikai hálózati kutatás és  
képzési együttműködés

Nemzeti Fejlesztési Ügynökség  
[www.ujsechenyiterv.gov.hu](http://www.ujsechenyiterv.gov.hu)  
06 40 638 638



A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.

**ISBN 978 963 642 652 1**

## TARTALOMJEGYZÉK

<b>A MENTÁLHIGIÉNÉ FOGALMA, TÖRTÉNETE, ELMÉLETI ALAPJAI.....</b>	<b>6</b>
A mentálhigiéné fogalma.....	6
A mentálhigiéné története .....	22
<b>MUNKAHELYI MENTÁLHIGIÉNÉ .....</b>	<b>25</b>
Egészségfejlesztés.....	27
A munkahelyi stressz .....	28
Munkahelyi stresszorok .....	31
Munkavégzés – munkahely – egészség.....	37
Foglalkozás-egészségügy kontra munkahelyi egészségfejlesztés .....	42
<b>A KOMMUNIKÁCIÓ MENTÁLHIGIÉNÉS ASPEKTUSAI .....</b>	<b>46</b>
A mobbing (munkahelyi pszichoterror).....	46
Az asszertivitás .....	51
<b>SZORONGÁSOS ZAVAROK, HANGULATZAVAROK.....</b>	<b>52</b>
A lélektan, valamint a szorongásos és hangulatzavarok lehetséges értelmezési keretei.....	54
A szorongásos zavarok .....	60
A hangulatzavarok.....	70
<b>A STRESSZ, SZŪRÉS, MÉRÉSI LEHETŐSÉGEK .....</b>	<b>76</b>
Bevezetés, .....	76
A stressz fogalma .....	76
Munkahelyi stresszorok .....	82
A stressz állapot testi és lelki jelei, következményei.....	91
A krónikus stressz hatásai az egyes szervrendszerek működésére.....	94
Lelki reakciók a stresszre. ....	95
Pszichoszomatikus tünetek előfordulása a stressz hatására .....	97
<b>MEGKÜZDÉS.....</b>	<b>106</b>
<b>SZŪRÉS ÉS MÉRÉSI LEHETŐSÉGEK.....</b>	<b>109</b>
Életesemények.....	109
Szorongás.....	112
Kiegész.....	112
Komplex munkahelyi stresszfelmérés elemei .....	114
Munkahelyi pszichoszociális környezet, az egészség és jólét mérése .....	116
Stresszkezelés .....	117
Asszertív (önérvényesítő) tréning .....	119

<b>AZ ALVÁS ÉS ZAVARAI, KÜLÖNÖS TEKINTETTEL AZ INSZOMNIÁRA .....</b>	<b>122</b>
Az inszomnia felismerése, vizsgálata.....	123
Az inszomnia azonosítása .....	124
Társuló zavarok, betegségek.....	126
Társuló alvászavarok .....	129
Különleges alvászavarok.....	131
<b>ADDIKTOLÓGIA I. ....</b>	<b>144</b>
<b>ALAPVETŐ MECHANIZMUSOK, VISELKEDÉSI ADDIKCIÓK .....</b>	<b>144</b>
Alapfogalmak.....	144
Addiktológiai alapismeretek .....	148
Szociokulturális vonatkozások.....	155
<b>ADDIKTOLÓGIA II. ....</b>	<b>159</b>
<b>DROGOK, DROGFOGYASZTÁS, KÉMIAI SZER ADDIKCIÓ.....</b>	<b>159</b>
A droghatások típusai .....	161
Addikció.....	162
A drogfogyasztók személyiségfejlődése, személyisége .....	164
<b>ADDIKTOLÓGIA III. ....</b>	<b>166</b>
<b>ALKOHOLFOGYASZTÁS, ALKOHOLFÜGGŐSÉG .....</b>	<b>166</b>
Alkoholfüggőség és pszichiátria .....	167
Alkoholfüggőség és szomatikus betegségek .....	169
Rövid Intervenció .....	174
<b>A FILOZÓFIAI PRAXIS A LELKI EGÉZSÉGVÉDELEMBEN.....</b>	<b>177</b>
A jó élet mint értelmes élet.....	177
Értelmes élet – lelki egészség – fizikai egészség .....	183
A filozófia lehetséges szerepe a jól-lét megvalósításában .....	185
Filozófiai terápia – lélegzõgondozás – praxis.....	188
<b>LOGOTERÁPIA ÉS EGZISZTENCIAANALÍZIS.....</b>	<b>200</b>
Frankl emberfelfogásának alapjai (dimenzionálistológia, a redukcionizmus kritikája, öneltvõlodás és öntranszcendencia) .....	200
Az egzisztenciális vákuum, a noogén neurózis és a logoterápia.....	204
Az általános egzisztenciaanalízis fõbb megállapításai.....	206
A felelõs-lét, az élet-értelem beteljesítése értékek megvalósítása által .....	210
A szenvedés értelmérõl .....	215
A munka értelmérõl .....	218
A szerelem értelmérõl .....	221
A logoterápia és egzisztenciaanalízis célja és jelentõsége .....	223
<b>LOGOTERÁPIA KRÍZISINTERVENCIÓ .....</b>	<b>226</b>

A beállítódás megváltoztatása.....	226
Az érték-konfliktusok feloldása.....	230
A neurózisok logoterápiás kezelése.....	233
A logoterápia egyéb alkalmazási lehetőségei.....	239

# A MENTÁLHIGIÉNÉ FOGALMA, TÖRTÉNETE, ELMÉLETI ALAPJAI

Juhász Éva

## A mentálhigiéné fogalma

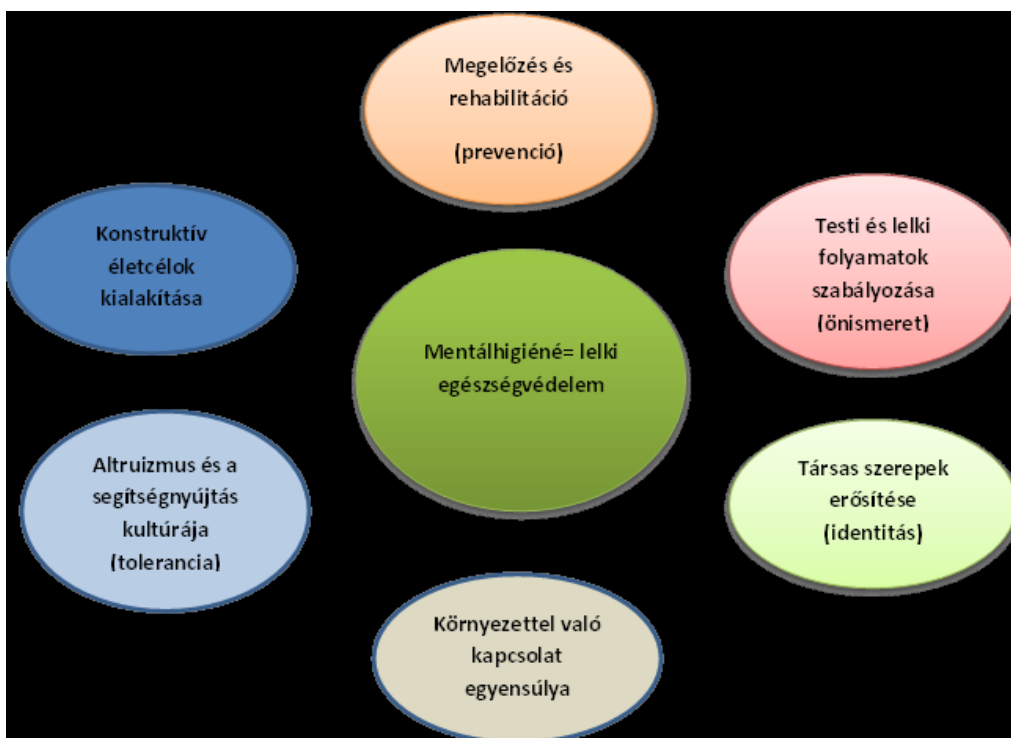
A mentálhigiéné fogalmának meghatározása nem könnyű feladat. Már csak azért sem, mert a fogalom létezése óta a háttérben álló elmélet és gyakorlat többszöri paradigmaváltáson esett át, értelme, jelentése, praxisa gyökeresen megváltozott. A XX. század elején létrejött hatósági szemléletű és eszközrendszerrel bíró, az amerikai prohibícióval kezdetét vevő törekvés és a napjaink közösségi lelki egészségfejlesztése között óriási különbségek láthatók. A mentálhigiéné szó egyébként kizárólag a hazai gyakorlatban használatos, angol nyelvű közegben nem célszerű a szó alkalmazása, hiszen nagy valószínűséggel meg sem értik, vagy ha valaki járatos a pszichiátriátörténetben, akkor esetleg az eredeti értelemben vett, a higiénéhez hasonlóan bizonyos magatartási szabályok rendszerét értheti alatta. Nem véletlenül, hiszen a mentálhigiéné mozgalom indulása, mint említettem, az amerikai prohibícióhoz köthető. Az Egyesült Államok kórházainak pszichiátriai osztályain kialakult túlzásfoltosság egyértelműen az alkoholfüggőség és annak szövődményeként fellépő súlyos pszichés zavarok gyakori megjelenésére volt visszavezethető. Logikusnak tűnt tehát az elképzelés, hogy a semmelweisi minta működni fog, és szigorú szabályozással elejét lehet venni ezeknek a betegségeknek és a további terjedésnek. Úgy gondolták, ha nem lesz alkohol, nem lesz alkoholfüggőség, nem lesz delirium tremens és nem lesz Korsakow demencia sem. Egy dologgal nem számoltak, az alkohol forgalmazásának teljes mértékű és azonnali betiltása a feketekereskedelem és a szervezett bűnözés olyan mértékű elterjedését eredményezte, hogy azt a közben eltelt közel egy évszázad alatt sem tudták maradéktalanul felszámolni.

A **mentálhigiéné** a lelki egészségvédelem *elmélete* és *gyakorlata* is egyben. Fontos tudni ugyanakkor, hogy a mentálhigiéné nem egy szakma, nem egy tudomány, sokkal inkább egy inter- és multidiszciplináris szemlélet, amely fontos kiegészítője minden olyan szakmának, amely a lelki egészség érdekében bármit tehet (pedagógusok, védőnők, szociális munkások, orvosok, pszichológusok stb.).

A Pszichológiai értelmező szótár szerint: „A mentálhigiéné: **a lelki egészség megőrzésének és elősegítésének a tudománya**. Tartalmazza mindazokat az **ismereteket** és szükséges **intézkedéseket**, amelyek arra irányulnak, hogy **megelőzzék** a lelki rendellenességeket, és **javítsák** az egyén pszichológiai beilleszkedését a társadalomba, illetve **képességeit** a harmonikus szociális kapcsolatok kialakítására.”

„A mentálhigiéné **nem csupán** a pszichés megbetegedések és magatartászavarok **megelőzése**, hanem a lelki **egészségvédelem** is, mégpedig pozitív értelemben, mindazoknak a folyamatoknak és **intézkedéseknek, tevékenységeknek** összessége, amelyek az emberi személyiséget és közösségi kapcsolatokat erősebbé, fejlettebbé, magasabb szervezettségűvé teszik.” (Buda 2002)

### A lelki egészségvédelem területei



Buda Béla: A mentálhigiéné szemléleti és gyakorlati kérdései (Újabb tanulmányok). Budapest, Animula Kiadó 2002. 9. oldal

A **mentálhigiéné** az embert **holisztikus** szemlélettel közelíti meg, nem elkülönülten biológiai, pszichés, szociális, kulturális szempontok szerint szemléli, hanem a különböző szemléletmódok egységes megközelítésére törekszik. Ezért a mentálhigiéné **interdiszciplináris**, az emberrel foglalkozó több tudományterület ismeretanyagát foglalja magában, szintetizálja .

„A mentálhigiéné tehát leginkább a lelki egészségpromóció értelmében használt összetett, nehezen meghatározható fogalom, amely egyszerre vonatkozik célokra, módszerekre, megközelítésmódra, szemléletre és konkrét tevékenységi területekre. Magában foglalhat mindent, ami a lelki egészséget javítja, annak minden vetületében és szintjén, az egyén és környezet viszonyának hagyományos megelőzési viszonyától a személyiség fejlődésének elősegítésén át azokig a szociális képességekig és kapcsolatokig, együttműködésekig, amelyek a nehéz élethelyzetek, stresszek leküzdését segítik, amelyek a személyiséget és a szociális segítő hálózatokat aktiválják.” (Buda 1998)

A mentálhigiéné több, , mint a magyarban használt lelki egészség, lelki egészségvédelem. A mentálhigiéné magatartásmódot, egészségkultúrát, viselkedéskultúrát is kifejez. Hangsúlyosan segítő attitűdöt, segítőkészséget jelent, amely nyitottsággal, befogadókészséggel párosul.

A – *mentálhigiéné* – kifejezés minden olyan tevékenység megnevezésére alkalmas, melynek célja az egészséges, teljességre törekvő test-lelki élet kialakítása és megtartása és kontrollja. vagyis egyfajta komplex, holisztikus szemlélet alapján fenntartott egyensúly, illetve az erre való folyamatos törekvés.

Beletartoznak a lelki egészség *megteremtésére* és *megőrzésére* vonatkozó ismeretek és készségek, valamint az ezzel kapcsolatos szervezett intervenciók rendszere. Eredetileg a *pszichiátriából alakult ki*, de napjainkra már levált róla. A pszichiátrián kívül sok más tudomány területéről (pl. szociológia, biológia, szociálpszichiátria, pszichológia, pszichoterápia, etológia, ökológia, rendszerelmélet) meríti tudásanyagát. Jó másfélszáz éves története folyamán nagyon sok olyan tevékenység alakult ki vele kapcsolatban, amelyek kívül esnek a pszichiátriai gyógyításon, de még a pszichoterápiás ellátáson is. Például önismeret fejlesztés, személyiségfejlesztés, önszegítő csoportok szerveződése, mentálhigiéné érdekvédelmi csoportok alakulása és működése bizonyos betegségekre



specializálódva. Ezek jól szervezett csoportok, tevékenységük irányulhat családtagok segítésére, támogatására, más csoportok viszont akár családi kapcsolatok nélkül is támogathatnak bizonyos veszélyeztetett csoportokat, pl. drogosokat, alkoholistákat, kallódó fiatalokat. Az utóbbi évtizedekben különösen gyarapodott az ilyen csoportok száma, ami arra enged következtetni, hogy egyrészt bővült az ismeretek mennyisége és a lehetőségek száma is, másrészt viszont a segítségre szorulóknak száma is nőtt és differenciálódott.

A lelki egészség védelme úgy az egyén, mint a társadalom közös feladata. Kiterjed a teljes élethosszra, a fogantatástól a halál bekövetkeztéig. De talán azt is állíthatjuk, hogy még a fogantatást megelőző ésszerű családtervezés is nagymértékben hozzájárul úgy a szülők, mint a leendő gyermekek lelki (és természetesen testi) egészségének minőségéhez, ha azt a szempontot tekintjük, hogy a szülők milyen anyagi helyzetben, milyen egészségi állapotban hány gyermeket vállalnak.

Az élet további szakaszaiban is folyamatosnak kell lennie a mentális védelemnek úgy a családon belül, mint azon kívül: az iskolában, a munkahelyen és egyéb társadalmi színtereken.

A **mentálhigiéné** fogalmával kifejezhető egy-egy ország, régió, társadalmi vagy közösség lelki egészségének állapota, de az az intézményrendszer és programrendszer is, amely ennek hivatására hivatott. Az egyén mentális egészségének következménye a közösség és a társadalom mentális egészsége, és mindez fordítva is, hiszen a társadalom, a közösség egészsége befolyásolja az egyén mentális állapotát. A társadalmak és közösségek érezve felelősségüket tagjaik mentális egészségéért, mentálhigiénés programokat hoznak létre, melyek célja, az egyének lelki-fizikai jólétének elérése, a szükségszerűen jelentkező krízis helyzetek optimális elhárítása.

Eszerint felfoghatjuk *szemléletként, elméletként, tevékenységi területként és intézményrendszerként* is. Jellemző rá, hogy *interdiszciplináris, holisztikus, gyakorlat-orientált és promóciós jellegű*.

## Egészség

Könyvünkben a munkahelyi lelki egészségvédelemről, egészségfejlesztésről lesz szó.

Ahhoz, hogy foglalkozni tudjunk a lelki egészség fejlesztésével, először bizonyos problémákat, fogalmakat kell tisztáznunk ahhoz, hogy tulajdonképpen mi is az, amit fejleszteni kívánunk.

Első lépésként az *egészség* fogalmával kell tisztában lennünk.

Az egészségnek nagyon sok meghatározása ismert: ahány kutató, annyi előtérbe helyezett paraméter fordul elő. Minél frissebb, aktuálisabb egy meghatározás, annál több dimenzióra tér ki.

A legegyszerűbb megfogalmazás csupán az emberi test épségét, tökéletes biológiai funkcióit hangsúlyozza. A köztudat is gyakran ezt a nézetet osztja. Freund szerint akkor vagyunk egészségesek, amikor szeretni és dolgozni tudunk. Van olyan nézet, mi szerint a testi funkciókkal szemben a gondolkodás, problémamegoldás és érzelmeink helyzetfüggő irányítási tudása kerül előtérbe.

*Negatív* és *pozitív* meghatározásokat különböztethetünk meg.

A *negatív* meghatározások a *betegség hiányát* emelik ki, a *pozitív* meghatározások pedig azt hangsúlyozzák, hogy az egészség *testi-lelki jóllétet* jelent.

Az egészségügyi dolgozók, a segítő szakmákban foglalkoztatottak, a pedagógusok leginkább a WHO egészségmeghatározását ismerik 1948-ból. Eszerint „Az egészség a tökéletes fizikai, szellemi és szociális jóllét állapota, és nem csak a betegség vagy fogyatékosság hiánya.”

Napjainkban egy ezredforduló környékéről származó megfogalmazás a leginkább elfogadott, ami az életünkben egyre meghatározóbb szerepet betöltő gazdasági és kulturális vetületet is tekinti: „Az egészség nem pusztán a betegség hiánya, hanem egy olyan állapot, melynek fizikai, kulturális, pszichoszociális, gazdasági és lelki vonatkozásai is vannak.”

A közös vonás mindegyi megfogalmazásban az, hogy egy „állapotot” kíván leírni, elérni.

## Egészségfejlesztés

A fentiekből következik, hogy az egészségfejlesztés célja az egészség, az életminőség fejlesztése: lehetővé kívánja tenni mindenki számára, hogy minden egyén a számára elérhető legjobb egészségben élhessen. Vonatkozhat az egészségfejlesztés ez egyes személyekre, csoportokra és munkahelyi közösségekre is, de a figyelem központjában mindig az egyes személy, az individuum van.

Az egészségfejlesztés megnyitja az egyén előtt az utat, hogy *felelősséget* érezzen saját egészségéért, képes legyen gondozni, javítani, ellenőrizni azt: szerezzon ezirányú ismereteket, és sajátítson el alkalmas módszereket, technikákat, készségeket. Mindez vonatkozik mind a testi, mind a lelki, mind a fentebb említett egyéb, jól-létet biztosító kategóriákra. Ebből a széles palettából jelen könyvünkben a *lelki egészség védelmével* foglalkozunk hangsúlyozottan.

Az egészségre vonatkozó minden értelemben vett „tudás”, nem csak ismeretek elsajátítását tartalmazza, hanem magában foglalja az ezirányú személyes és társas készségek elsajátítását is.

A hagyományos orvosi gyógyító eljárások a már kialakult betegségeket gyógyítják, az egészségvédelem viszont a betegségek kialakulását igyekszik megakadályozni. Mivel az egészség nagyon sok oldalról közelíthető meg, elvárható szintű működőképességét rengeteg tényező határozza meg, ezért védelmében nem csak az orvosi tevékenység számít, hanem szakemberek egész sorának tevékenysége összeadódik.

A cél megvalósításához, azonban nemcsak az egyénnel közvetlenül foglalkozó, főként segítő szakmák képviselőinek munkája szükséges, hanem ezt a munkát lehetővé tevő háttérintézkedések is, amelyek a legkülönbözőbb szakmák képviselőinek munkáját feltételezi (pl. anyagiak biztosítása – pénzügy, oktatás – pedagógia, ezirányú törvények, rendelkezések – jogalkotás, elfogadás, működtetés – politika, közigazgatás). Vagyis az egészségfejlesztés nagyon összetett feladat: nemcsak az orvosi értelemben vett betegségek kialakulását igyekszik megakadályozni, hanem általában törekszik egy jobb életminőség elérését megcélozni, amit az Ottawai Charta is hangsúlyoz. (*The Ottawa Charter 1986*)

## Maslow szükségletpiramisa

Az emberi szükségletek hierarchiája

Abraham Maslow amerikai pszichológus (1908-1970) dolgozta ki a motivációs rendszerét, mely motivációs rendszer *több ponton összekapcsolódik a mentálhigiénés, testi-lelki jólét állapotával*. A fizikai és alapvető szükségletek meglétének a hiánya kihat életünk minden napjára, személyiségünk fejlődésére, testi-lelki komfortérzetünk minőségére.



Maslow szükséglet-piramisa

A piramis legalsó szintjén az *alapvető élettani szükségletek*, mint például az éhség, szomjúság stb. helyezkednek el, majd a piramis csúcsa felé haladva *egyre magasabb rendű, és szimbolikus* tartalmakat hordozó motívumokkal találkozunk. Maslow szerint a piramis különböző szintjein található szükségletek csak akkor lépnek fel, ha az alattuk lévő szükségletek részben kielégítettek. Például a piramis második szintjén található biztonság iránti szükséglet csak akkor lép fel, ha az alsó szinten lévő fiziológiai szükséglet részben kielégített. A piramis csak az emberre jellemző szükségleteket is tartalmaz, ilyen a *megbecsülés, a kognitív, az esztétikai és az önmegvalósítás* szükséglete. Az önmegvalósítás alatt a bennünk lévő

lehetőségek kiteljesedését érti.

A testi, fizikai szükségletek megléte, azok kielégítése mellett meghatározóak a lelki, vagyis a mentálhigiénés szükségletekhez tartozó jellemzők szerepe. Szeretet, elfogadás, az önbecsülés fontossága, és a személy valódi, belső énjét meghatározó, pozitív irányú, stressz mentes *önmegvalósítása*. Ha a fenti feltételek és viszonyok megvannak, akkor beszélhetünk *mentálhigiénés stabilitásról*. Fontos elem még a lelkiileg kiegyensúlyozott embernél, hogy békében legyen az őt körülvevő világgal. Ez persze alapvetően attól függ, hogy valaki saját magával mennyire van összhangban, mennyire kiegyensúlyozott személyiség. Két ismérvet kell itt figyelembe vennünk. Az egyik, hogy vannak olyan *külső, objektív tényezők*, jellemzők az egyén szűkebb-tágabb környezetében és kinek kinek a saját életében, mely ismérvek és jellemzők működésére és szerepére az egyénnek nincs közvetlen ráhatása, befolyása. Vagyis egy sor külső, tőlünk független történés, esemény vesz minket körbe, szembesülünk ilyen tényekkel nap mint nap.

Ennél sokkal fontosabb viszont, hogy tisztába legyünk azokkal a minket körülvevő történésekkel, eseményekkel, mely jellemzőket viszont tudjuk befolyásolni. Azaz mindenkinek tisztában kell lennie, hol, mely pontokon tud tudatosan és hatékonyan tenni azért, hogy testi-lelki egészsége fejlődjön, pozitív irányba változzon. Sokszor előszeretettel hibáztatjuk kudarcainkért a minket körülvevő külvilágot, minden minket ért negatív, rossz esemény bekövetkeztéért másokat teszünk hibássá. Ezt a folyamatot nevezik összefoglaló néven a *pszichológiában projekciónak*. Amikor kivetítem, kívülre helyezem térben és akár időben a bennem lévő érzéseket, ösztönkésztetéseket, és ebből a kivetítésből vezetem le, hogy a velem történt konkrét események is más hibájából történtek meg velem. Ha felismerem, hogy igenis nagyon sok ponton felelős vagyok a sorsom alakulásáért, és igenis ezért tenni is fogok, reálisan, felnőttként viselkedve fogok részt vállalni a saját életem alakításban, ilyenkor teljesítem az optimális mentálhigiénés státusz elnyerésnek legfőbb lépéseit. Ezek közül is az egyik legfontosabb a *szeretet* és azon belül is fontos kiemelni az *önszeretetet*, vagyis önmagam elfogadása olyannak amilyenek vagyunk, a reális énkép megtalálása. Ez nem a napjainkra jellemző, túlzottan egoista, durván önző és felszínes önimádatot jelenti. Pont ellenkezőleg, ha elfogadom önmagam, ha

szeretem önmagam, olyannak, amilyen vagyok, *nincsenek bennem hamis elvárások*, nem élek hamis értékek mentén, akkor a világot is elfogadom, akkor szeretem a többi embertársamat is, akkor megértéssel fordulok feléjük.

Maslow szerint az önmegvalósító emberre mondhatjuk, hogy **egészséges**, és így mentálhigiénés státusza is rendben van.

Ennek az önmegvalósító, mentálhigiénés állapotát tekintve rendben lévő embernek a főbb

ismérvei a következők:

1. realista tájékozódás az életben,
2. a világ, mások és saját magának az elfogadása,
3. spontaneitás,
4. probléma és nem érzelmi meghatározottság,
5. elkülönülés és intimitás képesség,
6. önállóság,
7. rugalmas viszonyulás a helyzetekhez és az emberekhez, (sztereotípiák nélkül)
8. nyitottság a spirituális élményekre,
9. társas érdeklődés, a társadalmi célokkal való azonosulás képessége,
10. erős, szelektív érzelmi kapcsolódás,
11. demokratikus attitűdök és értékek,
12. nem téveszti össze a célt az eszközzel,
13. humorérzék, ami nem bánt másokat,
14. kreatív lehetőségek,
15. konformizmus ellenesség,
16. aktív viszonyulás a környezetéhez.

### **Kríziselmélet megközelítés**

A lelki válságok és így a krízis leírásánál az egyik első összegző, szakmai krízis leírást az amerikai Caplan mutatta be. Caplan(1964) kríziselméletének egyik fontos megállapítása, hogy egy adott krízishelyzetben mutatott reakció nem elsősorban az érintett személyiségtől függ, hanem az adott krízisként átélt helyzettől függ. Azaz elsősorban maga a krízistörténet, az esemény számít, annak súlyossága, mélysége a meghatározó és kevésbé az éppen adott helyzetet elszenvető, átélő egyén

pszichés állapotának erőssége.

Persze a két meghatározás el nem választható egymástól, az hogy ki mit tekint krízisnek, az egyén mely eseményt éli meg súlyos veszteségként, vagyis krízisként, meglehetősen személyiség és egyénfüggő. Egy-egy veszteség élmény megélésének milyensége, mélysége részben egyénfüggő, függ - többek között - a neveltetéstől, a családi szocializációs folyamattól, részben pedig kultúrafüggő. Hiszen például, vannak olyan társadalmak, ahol egy-egy családtag hirtelen elvesztése miatt keletkezett érzelmek kívülről nem is látszanak az eseményt elszenvedő egyéneken, mert például abban a közösségben, ahol ezek a szokások uralkodnak, nem szokás kimutatni az érzelmeket, főleg sok esetben férfiaknál van ez így. Egy-egy esemény paradox voltának és krízis voltának megítélésben való esetlegességek bemutatására a magyar történelem egyik legszomorúbb momentuma szolgál jó példával. A szigetvári ostrom története mutatja, hogy amely esemény a magyaroknak súlyos veszteség és gyász, azaz egy életre szóló krízis élményként hat; (1566. szeptember 8-án Zrínyi a 300 főre fogyatkozott védősereggel kitört a belső várból. A törökök elfogták és lefejezték. Fejét megfélemlítésül lándzsára tűzve küldték el a császári seregeknek.) ugyanakkor ez az esemény a török népnek fényes győzelmet jelent mind a mai napig.

Caplani krízishelyzet definíció: egy olyan lélektanilag kritikus szituáció, amely a személy számára érzelmileg hangsúlyos, kiemelten fontos az adott időszakban, nem elkerülhető, az egyén kénytelen szembenézni vele, minden figyelme és erőfeszítése a megoldásra irányul, de a szokásos probléma megoldási eszközökkel az illető számára nem leküzdhető. Általában minden esetben valamilyen váratlanul jött, hirtelen bekövetkezett veszteséggel jár a krízishelyzet, akár konkrét eseményre, történésre gondolunk, akár elvontabb, "pszichológiai" értelemben vett veszteségre gondolunk.

Caplannél a krízishelyzet átmeneti egyensúlyvesztést jelent, az egyén pszichopatológiai tüneteket produkál. Például ilyen lehet: agresszió, fásultság, étvágytalanság, túlevés, alvászavar, ingerültség, impulzív reakciók, gátoltság, szorongás, heves szívverés, izzadás, szédülés, és egyéb vegetatív reakciók. A felsorolt reakciók végpontja akár az öngyilkossági gondolat, öngyilkossági készletetés

is lehet szélsőséges esetben.

Általában kétféle krízis megközelítésről beszélhetünk. Az egyik: Normál életfolyamatok változásaiból adódó krízisek -un. Eriksoni fejlődési krízisek (normatív krízisek). Ezeket szoktuk úgy is meghatározni, hogy a fejlődéslélektannal összefüggően következnek be, lehet rájuk számítani, fel lehet rájuk készülni.

Fejlődési krízis Erikson nyomán, Az Intrapszichés<sup>7</sup> és a szociális tényezők egymásra hatása, konfliktusa. Tipikusan ilyen a serdülőkori krízis helyzet, melynek jellemzője, hogy a serdülő felnőttként akar élni, de ebbéli készítése miatt sok esetben összeütközésbe kerül az ő körbevevő környezettel, iskolai, családi konfliktusok kísérik ezt az időszakot. A fenti krízis helyzet abból származik, hogy az egyén egy új életszakaszba kerül, ami új feladatokat jelent, új, eddig az egyén által nem tapasztalt konfliktus megoldási stratégiát igényel.

Ugyanakkor minden krízis helyzet egyben egy fordulópont is, mely fordulópont magában rejti a lehetőséget a fejlődésre, előrelépésre, megerősítésre. Ezekben a helyzetekben ilyenkor fokozottabban sérülékenyebb az egyén.

Ide vehetjük még a felnőttkori, vagy angolul "midlife" krízist is, szokták még "kapuzárasi" pániknak is hívni. Jellemzője, hogy 40 éves kor körül jelenik meg, vagy olyan életkorban, amikor már bizonyos dolgokat elért a felnőtt, viszont mérlegeli, hogy mi mindent szeretne még elérni. Ebben az életszakaszban még van lehetőség a változtatásra. Sok esetben viszont gyakran a partner vagy a gyerekek az áldozatainak ennek a krízisnek. Sok esetben ilyenkor válnak el a házaspárok, ez azért is veszélyes periódus, mert ilyenkor a gyerekek is élnek a maguk kamaszkori krízisüket, és ha ilyenkor válnak a szülők, akik sok esetben még az életközépi válságukban vannak, mély sebeket hagynak a kamasz gyerek lelkében.

Fontos beszélni az idős kor kríziséről. Amikor nyugdíjba vonul egy hosszú évtizedekig aktív munkával foglalatossá váló ember, szembe kell néznie azzal a ténnyel, hogy ettől a naptól kezdve jó pár dolog az életében, aminek eddig meg volt a megszokott, biztonságot adó helye a napi "rutinban", másképpen fog történni. Előfordulhat, hogy romlik az anyag státusza, változhat az egészségi állapota, komoly önértékelési, akár kisebbségi érzések is kialakulhatnak benne. Ha szerető, segítő környezet veszi körül az idős embert, ha megelégedetten tekint vissza életére, könnyebb a berendezkedés a nyugdíjas létformában. A békés időskort több tényező



segítheti, a gyermekkori történésektől a szülő-gyermek kapcsolaton át a sikeres szülői, szakmai életútig. A házastársi kapcsolatban az időskor a megnyugvás, újraközeledés időszaka. Néhol ismét szimbiotikus, erős kötődés alakulhat ki.

### **Nehézségek**

A nyugdíjba vonulással járó szerepredukció, bizonyos szerepek elvesztése gyakran önértékelési problémákhoz, identitásválsághoz vezet, ami a mentális állapot romlását, pszichoszomatikus tüneteket, betegségek kialakulását vonhatja maga után. Sok esetben érzi úgy az idős ember, hogy ő itt már felesleges, nem tud hasznos dolgokat tenni, a különféle betegségek miatt tehernek érezheti magát családjában.

Ennél a helyzetnél sokkal fontosabb odafigyelni a magányosan, egyedül élő idős emberekre. Az időskorban a legnagyobb probléma és szakmai kihívás az egyedül élő idős emberek problémája. Az egyedül élő idős embernek nehezebb a helyzete, több szempontból is. Sok esetben erősebben jelennek meg a különféle félelmek, ilyen például a halálfélelem megjelenése, nincs kivel beszélgetni a problémákról, beszűkülhet a tudat. Kifejezetten veszélyes időszak egy egyedül élő idős ember számára például a karácsonyi ünnep, ilyenkor drasztikusan megnő az öngyilkosok száma is ebben a korosztályban.

### **Öngyilkosság**

Az öngyilkosság, mint a legszomorúbb bizonyítéka a sikertelen öregedésnek, kiemelt figyelmet érdemel ebben a korosztályban, hiszen a serdülőkorúak mellett ez a korosztály a legveszélyeztetettebb. A háttérben ebben az életkorban is leggyakrabban a fel nem ismert, illetve a nem vagy rosszul kezelt depresszió áll.

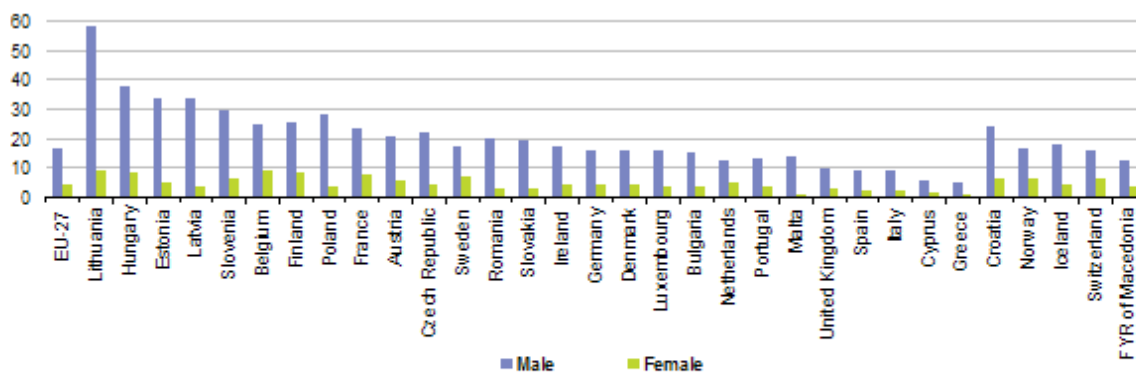
Az idős emberek között az öngyilkossági kísérlet gyakrabban végződik halállal, azaz magasabb a kísérlet / befejezett öngyilkosság arány, mint a fiatalabb korban, a megelőzésre tehát még nagyobb hangsúlyt kell fektetni. Ebből a szempontból különösen az idős férfiak veszélyeztetettek.

A másik krízisfajta a véletlen veszélyeztető helyzetek okozta krízisek, ezeket a helyzeteket hívjuk akcidentális kríziseknek. Tipikusan olyan helyzeteket jelent ez a krízishelyzet elsősorban, amely eseményekre nem tudunk előre felkészülni, váratlanul történnek és az egyén számára komoly veszteséget jelentenek. Ilyen

például egy hozzátartozó váratlanul bekövetkezett halála, egy előre nem várt természeti katasztrófa és következményeinek elszenvedése, munkahely hirtelen elvesztése, gépkocsi ellopása.

Az **öngyilkossági statisztika** a magyarok körében különösen magas számokat mutat. Aggodalomra ad okot a következő statisztika is, miszerint Európában az öngyilkosság eredetű halálozási statisztikában Magyarország foglalja el Litvánia után a 2. helyet. Mivel az öngyilkosságok háttérében 90 %-ban lelki problémák, lelki betegségek rejlenek, ez is rávilágít arra, hogy nagyon sok a tennivalónk a lélek tiszta működésének biztosítására, támogatására. A grafikon alapján minden országban jelentősen meghaladja a férfiak aránya a nőkéét, ami feladataink kijelölésének irányát is megmutatja.

Öngyilkosságból eredő halálesetek, 2010, 100 000 lakosra vetítve



(1) EU-27, Denmark and Ireland, provisional; Denmark, France, Italy, Romania and Iceland, 2009; Belgium, 2008; the figure is ranked on the average of male and female.  
Source: Eurostat (online data code: tps00122)

**Caplan négy szakaszt különböztet meg** mára már klasszikussá vált krízis elméletében.

- ❖ **Első szakasz:** Az érintett személy a terhelő helyzet láttán először az eddigi élettörténetében sikeres problémamegoldásokhoz folyamodik. Olyan megoldási stratégiákat próbál mozgósítani, mely megoldások eddig is beváltak.
- ❖ **Második szakasz:** Ha a szokásos megoldási módszerek alkalmatlannak bizonyulnak, emelkedik a félelemszint. Növekszik a tehetetlenség, a stressz szintje és a kisebbrendűség érzése.

- ❖ **Harmadik szakasz:** A belső erő tartalékok mozgósításával vészreakciók indulnak meg. Bizonyos körülmények között addig nem gyakorolt látásmódokat és megoldási szempontokat próbál ki az érintett személy.
- ❖ **Negyedik szakasz:** Ha a problematikus helyzet tovább tart, akkor az érintett személy hajlik a nem valóságos, irracionális, sok esetben destruktív "megoldásokra". Ha ezek is csődöt mondanak, akkor a lelki kimerültség állapota következik.

### **Megküzdési technikák krízis helyzetben**

A krízissel és a vele együtt járó stresszel való megküzdési stratégiák legáltalánosabban elfogadott kutatója Lazarus (1966), volt, többek között ő volt, aki bevezette a kríziskutatásba a coping fogalmát. A copingot úgy határozta meg, hogy „megküzdésnek tekinthető minden olyan kognitív vagy viselkedéses erőfeszítés, amellyel az egyén azokat a belső vagy külső hatásokat próbálja kezelni, amelyeket úgy értékel, hogy azok felülmúlják, vagy felemésztik aktuális személyes forrásait.”

Látható, hogy a hangsúly az erőfeszítésen van, a folyamat sikere vagy kudarca nem része a definíciónak. A coping folyamata két részből áll: az elsődleges értékelés során eldöntjük, hogy a fellépő inger vagy interakció veszélyes, közömbös vagy kellemes-e, nemcsak az adott helyzet, hanem egész életünk alakulása szempontjából. Vagyis az adott történést negatív, krízis helyzetként éljük-e meg. Ha krízis helyzetnek éljük meg, következik a második lépés. A másodlagos értékelésben történik meg azoknak a forrásoknak a számbavétele, amelyek a megküzdés során mobilizálhatók, azaz a megfelelő coping, megoldási technika kiválasztása a repertoárból. A két fázis szoros kapcsolatban van egymással, egymásra kölcsönösen visszahatnak, befolyásolják a megküzdés, az egyén számára elfogadható megoldás kimenetelét. Ha kiválasztottuk a megfelelő reakciót, újraértékeljük a helyzetet és eldöntjük, hogy változtatunk-e a viselkedésen, ha igen, újra megvizsgáljuk, hogy az alkalmazott viselkedés csökkenti-e a stresszt, és így tovább. A viselkedésünk így folyamatos lesz. A szociális gondozás során az esetek nagy részében olyan emberekkel találkozunk, akik egyedül élnek. Az egyedül élő emberek társas kapcsolatai beszűkülnek, nincs kivel megosztaniuk a mindennapok problémáit, nincs aki érdeklődne sorsuk, életvitelük után.

Minden embernek szüksége van társra, szüksége van arra, hogy örömet, bánatát

megossza valakivel, igényli az együttérzést, a rokonszenvet, az elismerést. Ha ezt a szükségletét az ember nem tudja kielégíteni, akkor kialakul a feleslegessé válás érzése, befelé forduló lesz, izolálttá válik. A szociális gondozás során nagyon fontos feladat, hogy az ellátást igénybe vevő *társas kapcsolatait* megtartsuk, vagy újratereptsük. Természetesen ezt a gondozási feladatot is csak vele közösen, az ő beleegyezésével tehetjük meg.

### **A megelőzés fontossága**

A segítő munkában a megelőzésnek, szakszóval kifejezve, a prevenciónak nagy a jelentősége. Legyen az valamilyen testi, szomatikus terület, illetve lelki, pszichés terület, a jövőben kialakulandó bajt megelőzni sokkal hatékonyabb, és hosszabb távon olcsóbb – mint a már meglévő és kialakult bajokat, állapotot rendezni. Ha már meg van a "baj", akkor azt az állapotot csak korigálni tudjuk már, vagy valamilyen szinten tartani, illetve megakadályozni, hogy további állapotromlás következzen be. Ez átvezet minket a rehabilitáció területére, de most nekünk fontosabb, hogy a mentálhigiéné egyik lényeges célrendszeréről beszéljünk, ez pedig a prevenció, a megelőzés több szintje.

Hogyan lehet a különféle prevenciós szinteket egymástól megkülönböztetni, összefoglalva: a lelki egészségvédelem (mentálhigiéné) a lelki betegségek okainak kiiktatásával, a bajok elhárításával az **elsődleges** prevenciót hajtja végre; a korai beavatkozással, kezeléssel a késői következmények megelőzését, vagyis a **másodlagos** prevenciót. A betegségek visszaesésének megakadályozását, a társadalomba való eredményes visszatérés elősegítését, a rehabilitációt **harmadlagos** prevenciónak nevezzük. **Primer prevenció (elsődleges)** Elsődleges prevenciónak nevezzük azt, amikor megpróbáljuk egységesnek megtartani a testi-lelki "jól létet", megpróbáljuk fenntartani az egyensúly állapotot test és lélek között a harmóniára törekvésben, illetve megelőzni a betegség kialakulását. A primer prevenció elérésének és kialakításnak többféle módja van, nézzünk ezek közül néhány fontos összetevőt:

- felvilágosítás
- tanácsadás
- szűrés
- védőoltások

- egészséges táplálkozás
- szabadidőprogramok
- lelki segélyszolgálat
- oktatófilmek
- információadás
- telefondoktor

A megelőzés egyik legfontosabb feladata, hogy előtérbe helyezze a megfelelő **felvilágosító tevékenységet, szakmai információk** átadását, - ez különösen a ifjúság körében fontos és kiemelt terület, - a különféle egészségóvó területeken. A felvilágosítás azért is nagyon lényeges elem, mert hosszú távon pénzben kifejezve ez térül meg, ez a legkifizetődőbb tevékenység.

A felvilágosítás, mely több ponton összefügg a tanácsadással, olyan új vagy meglévő, de a köztudatból kiesett tudás hiteles átadását jelenti az érintett társadalmi réteg számára, mely tudás birtokában az érintettek életminősége, mentálhigiénés állapota javul, pozitív irányba változik.

A felvilágosítás mellett, ezt a tevékenységet kísérő kiemelt terület a **tanácsadás**, amikor is a szakmailag felkészült és kompetens szakember tevékenysége, hogy a számára feltett kérdésekre hitelesen tudjon válaszolni, szem előtt tartva a kérdező mentálhigiénés állapotának javításnak szándékát.

### **Szekunder (másodlagos) prevenció**

Szekunder prevenció célja a különféle betegségek korai, rejtett, még panaszt nem okozó szakban való, minél hamarabbi felismerése. Ezáltal a beteg jó eséllyel, kisebb károsodással, alacsonyabb költséggel gyógyítható. A szekunder prevenció jellemzően orvosi eszközökön keresztül történik (lásd: szűrővizsgálat) de a laikusok által végzett önellenőrzés is ide tartozik.

Fontos elemei a másodlagos prevenciónak:

- korai felismerés, korai kezelésbe vétel
- szűrések
- kockázati tényezők, rizikófaktorok szűkítése

### **Tercier (harmadlagos) prevenció:**

A tercier prevenció célja a betegségekben fakadó károsodások, a tartós egészségdeficitet okozó (az életminőséget rontó, funkciózavart, tartós fájdalmat, tartós ellátást okozó) állapotok megelőzése, illetve ezeknek az állapotoknak a mélyebb tovább fejlődésnek a megakadályozása. Eszköztárába tartozik a hatékony, korszerű, szövődménymentes gyógyítás és a korai szakszerű rehabilitáció, amivel elkerülhető a definitív károsodások kialakulása.

- rehabilitáció, korrekt kezelés
- a megmaradó képességek helyreállítása, maximális kiaknázása
- reszocializáció és reintegráció
- krónikus betegnél beállítani egy tartós állapotot ,
- maradék képesség kihasználása

### **A mentálhigiéné története**

A pszichiátriából eredő fogalom, W. **Swestertől** ered 1843-ból, aki elmebetegek polgári jogait védte

1908-tól **Clifford Beers** nevéhez kötődik az aktív mozgalom. Ő gyógyult betegként indította el a mentálhigiéné mozgalmat, aki a lelki gondozás fontosságát hangsúlyozta a betegség elkerülésében. A harmadlagos prevencióra irányul a tevékenysége, a visszaesés megelőzésére.

Az amerikai mentálhigiéné mozgalom negatív jelensége a szesztilalom következtében megjelenő törvénytelen szszfőzdek, szszcsempészet, bűnözés növekedése. További negatív jelenség az ikerkutatások genetikai fejlődése, az elmebetegség miatti sterilizálás az usában az 1920-30-as években, majd Európában az **eugenika** (egészséges nemzés elmélete), melynek következtében kb. 400 ezer embert küldtek halálba (**euthanázia** program). Ez Németországban 1938-tól az értelmi fogyatékosok és elmebetegek szervezett kiirtását jelentette, amelyben orvosok, elmeorvosok is részt vettek aktívan.

Az 1930-as évektől kezdődő újabb mentálhigiéné mozgalom vezetője **Adolph Meyer** volt. Hangsúlyozta a gondozás fontosságát, az elsődleges prevenciót is fontosnak tartotta.

A **pszichogénia** – lelki egészség - szinonima **Sommertől** ered. A **kríziselmélet** kialakulásával a hangsúly egyre inkább a megelőzés felé tolódik. Legismertebb **Lindemann** és **Caplan kríziskoncepciója**, és az ezenn alapuló **preventív pszichiátria**. Felfogásuk szerint a gyors és hatékony kríziselhárító prevenció a mentális egészség alapja. Kidolgozzák a **normatív** (fejlődési) krízisek és a szituatív, **akcidentális** krízisek segítő rendszerét. Értelmezésük **orvosi irányzat**, mert az egészség-betegség, diagnózis, beteg, gyógyítás, terápiás fogalmakat használják.

**Gordon** 1950-ben bevezeti az **egészség-gradiens** fogalmát, aminek az a lényege, hogy az egészség-betegség nem egymást kizáró, élesen elhatárolódó fogalmak, hanem egymást kiegészítő, komplementer fogalmak.

Az 1950-es évekre kialakul az ún. **nem medikális** (nem orvosi szemléletű), „pozitív mentálhigiéné”. 1955-ben **Jahoda** vezeti be a fogalmat. Eszerint a az egészség több, mint a betegség hiánya. Az egészség új minőségként jelenik meg. Alapelv a személyiség állandó növekedése, , kiteljesedése, testi-lelki-szociális értelemben.

**Maslow** és **Rogers** hatása nagyon jelentős az 1950-es évektől. Új mentális mozgalmat indítottak el, amely az *önmagát megvalósító, önmagáról felelős emberről* gondoskodik, és kialakítottak az egészséges emberről egy **új fogalomtárat**. A hangsúly az elsődleges **megelőzésre** tevődött át, és kiiktatta a terápiás beavatkozásokat és a betegek utógondozását. Fogalomhasználata a célkitűzésekből eredő változásokra vezethető vissza: beteg helyett kliens, diagnózis helyett probléma vagy zavar megnevezés, orvos helyett facilitátor,, segítő, konzultáns. A korábbi orvos modell a hiányosságokra épített ez az irány pedig a meglévő értékekre épít, a kliens aktív részt vállal egy egyenrangú kapcsolatban. Az egészségügy helyett hangsúlyozza a nem medikális, kapcsolatokat megőrző helyben segítség, tanácskozás, edukatív-nevelői segítség, közösségi elv fontosságát.

Az 1960-as évektől az USA-ban új mozgalom indult, az ökológiai és közösségi mentálhigiéné mozgalma., ill. a mentálhigiéné „házhoz szállítása”. A lelki egészség a testi, szociális és szellemi tényezők függvénye, vagyis egészség. A **természetes segítő háló** döntő a személyiség egészségében. Ezek a család, a rokonság, a barátok, a szomszédok, valamint a „**közösségi kapuőrök**”: a lelkész, a tanító, a pedagógus, a szociális munkás,a családgondozó, az orvos stb, vagyis azok az emberek, akik hivatásuknál fogva sok emberrel foglalkoznak.

A társadalom, **társas kapcsolatok fontosságának** felismeréséből nő ki a közösségi

pszichiátria (szociálpszichiátria). Ez kórházi ellátás helyett inkább gondozói hálózatok kiépítését, a családban tartást célozza meg. A szociálpszichiátria hangsúlyozza, hogy a lelki egészség védelme nem csak a szakemberek feladata. Fontos szerepet játszanak pl. a papok, rendőrök, különféle intézmények, politikusok, jogalkotók, média, munkahelyi vezetők stb. is. A mai legtöbb program is ebből a pozitív szemléletű mentálhigiénés megközelítésből táplálkozik.

A magyarországi mentálhigiéné jobbára csak a rendszerváltás után kezd fejlődni. A rendszerváltás előtt voltak törekvések, de ezek nem valósulhattak meg, megmaradtak terv szintjén. Napjainkban egyre több civilszervezet tekinti feladatának a lelki egészségvédelmet. Az egész országot átfogó hálózatok kiépítése is folyamatban van.



# MUNKAHELYI MENTÁLHIGIÉNÉ

Juhász Éva

Napjainkban egyre több esetről hallunk, amikor egészséges, különösebb szervi bajokkal nem rendelkező, jól teljesítő, nagy munkabíró képességgel rendelkező, akár fiatal vagy középkorú dolgozók is megbetegsznek, és hosszabb időre táppénzes állományba kényszerülnek, vagy akár végleg is munkaképtelenné válnak.

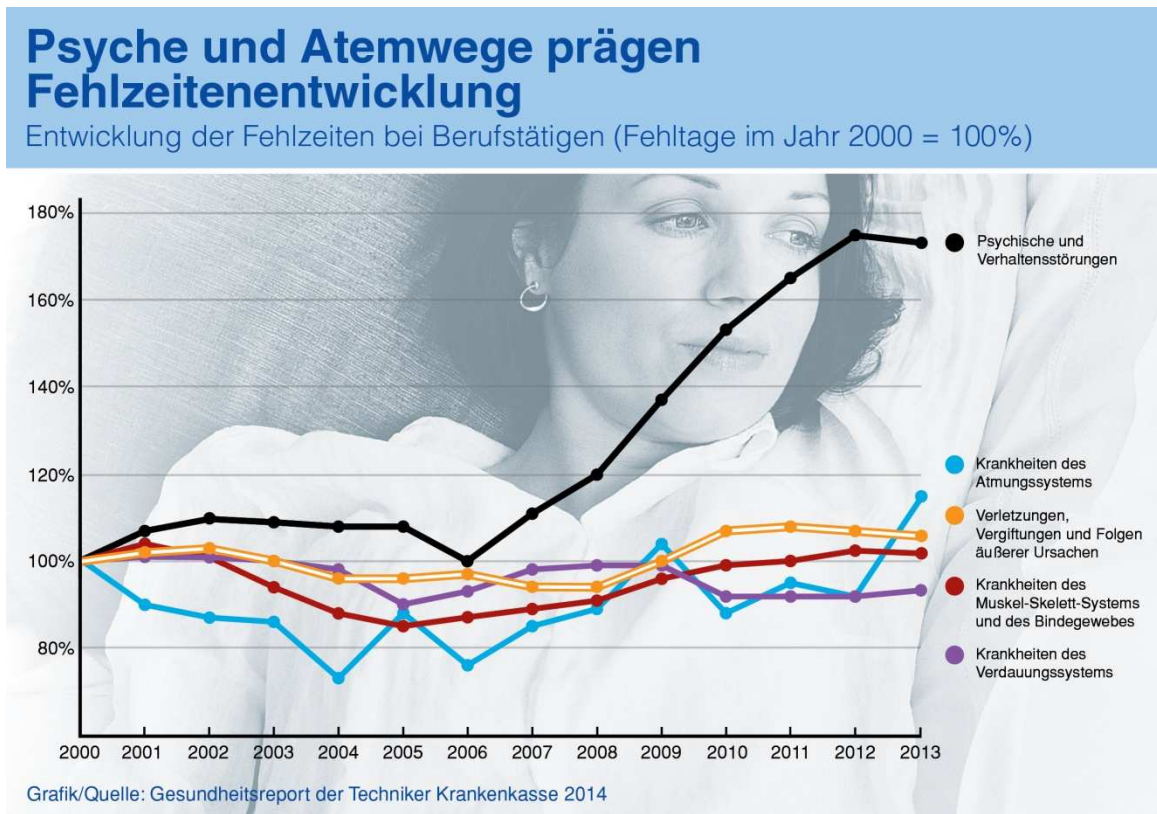
Ezekben az esetekben a háttérben nagyon gyakran a *munkahelyi stressz* áll mint kiváltó ok. Ha a probléma mentálhigiénés oldalát tekintjük, akkor az egyéb, munkahelyi, károsan befolyásoló tényezőkön kívül (pl. rossz munkakörülmények), a tapasztalatlanság, felkészületlenség, tudáshiány, figyelmetlenség, hanyagság, kialvatlanság stb. ) is vezethetnek egészségkárosodáshoz, munkahelyi balesethez, aminek szintén van mentálhigiénés vetülete.

A *stressz* által okozott egyéni tragédiák, problémák (egészségkárosodás, keresőképtelenség, család szétesése, elmagányosodás, elszegényedés, marginalizálódás, végső esetben öngyilkosság) mellett nem elhanyagolható a probléma *gazdasági és társadalmi* szinten megjelenő káros hatása sem. Ugyanis a stresszel kapcsolatos megbetegedések miatt fokozott nyomás nehezedik a munkáltatókra és a gazdaságra is, mivel a munkahelyi hiányzás csökkenti a termelékenységet, a megjelenő betegségek kezelése, a rehabilitáció nagyon sokba, és egyre többbe kerül minden ország gazdaságának. A megbetegedések száma világszerte magas, és mindenféle elemzés szerint a jövőben nagymértékű emelkedés várható a leki betegségek számát illetően.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) a munkahelyi stressz kezelését a munkahelyi egészségvédelem egészében vizsgálja, az egészségmegőrzés részének tartja a munkaszervezés és munkakörülmények kialakításának. A WHO ajánlására az utóbbi években világszerte alakultak olyan civil szervezetek, amelyek összegyűjtik a témában a jó gyakorlatokat és széles körökben propagálják azokat.

A munkahelyi fizikai ártalmak (hőség, zaj, gőz stb.) és balesetveszély mellett egyre fontosabb feladat a munkahelyen keletkező lelki betegségek kialakulásának megakadályozása, az egyre emelkedő esetszám visszaszorítása

A grafikon az egyik német megbiztosító (Techniker Krankenkasse) 2013-as (egészségriport) felmérését mutatja. Az ábra fekete vonala (felső) azt mutatja, hogy pszichikai betegségek és viselkedési zavarok miatti problémák alapján hogyan alakult a munkahelyeken a hiányzási napok aránya. Alapul 100 %-nak a 2000. esztendő tekintették. Eszerint a hiányzások 2006 után meredek emelkedést mutatnak a lelki betegséget tekintetében.



- 2. görbe (sárga) – sérülések, mérgezések és külső okok következményei
  - 3. görbe (piros) – az izom-váz- rendszer és a kötőszövet megbetegedései
  - 4. görbe (kék) – a légzőrendszer betegségei
  - 5. görbe (lila) – az emésztőrendszer megbetegedései
- (<http://www.tk.de/tk/grafiken/gesundheitsreport/fehlzeiten/215980>)

A fenti biztosítópénztár statisztikája jellemző a világstatisztikára is és Magyarországra is. Mindenféle felmérés szerint a közeli és távoli jövőben meredeken emelkedik majd a lelki betegségek aránya más testi betegségekével szemben. És mivel hosszantartó betegségekről van szó, és kezelésük is óriási összegeket emészt

fel, világszerte felismerték a szakemberek, hogy mivel ezen betegségek nagy része a munkahelyeken keletkezik, a megelőzést is ott kellene megoldani, mivel a megelőzés minden félnek olcsóbb megoldás, mint a már kialakult bajok gyógyítása.

## Egészségfejlesztés

Az utóbbi 5-10 évben a munkanélküliség, a munkakeresés beszűkült lehetőségei is feszültséget okoznak a munkahelyeken: a munkahelyét mindenki mindenáron meg akarja tartani, és ebben a szándékában nem ismer semmiféle akadályt: elvállal szinte teljesíthetetlen mennyiségű munkát, a jobb munkák, lehetőségek megszerzése érdekében nincs tekintettel munkatársaira, előléptetése érdekében sokszor erkölcstelen eszközökhöz is folyamodik stb. Így folyamatosan növekszik a feszültség a munkahelyeken és egyre több ember betegszik meg lelki betegségben, valamint a lelki tünetek idővel szomatizálódhatnak is.

A magyarországi viszonyok is hasonlóak a világtendenciához, hiszen a rendszerváltás után bekövetkezett munkahely-megszűnéseket sok dolgozó tragédiaként élte meg, ami gyakran különféle betegségekben manifesztálódott.

Dr. Pataki Éva, a Nyírő Gyula Kórház orvosa szerint az egzisztenciális bizonytalanságot, a munkahely megszűnésének veszélyét különösen azok élik meg tragikusan, akik 20-30 évi munkaviszonnyal rendelkeznek. Tapasztalatok szerint a magasabbban kvalifikát, szilárd családi és baráti háttérrel rendelkező dolgozók nagyobb eséllyel képesek megbirkózni nehéz élethelyzetekkel, a magányosok jobban hajlamosak gyógyszerhez, alkoholhoz nyúlni, és testi tünetek is gyakrabban jelentkeznek náluk. (→ társas támogatottság kérdése).

A munkahely az ember életének meghatározó színtere: napjainak 1/3 részét, ébrenléte felét a munkahelyén tölti, ha 8 órás munkanappal számolunk. Nemcsak a napokra vonatkoztatva magas ez a részarány, de az egész aktív munkaképes életkor is kiteszi az ember életének nagy részét. Ez a megállapítás akkor is igaz, még ha a fiatalok egyre tovább tanulnak is, és egyre később állnak munkába, mert a nyugdíjkorhatár szinte minden országban folyamatosan emelkedik. Tehát életünk meghatározó részét töltjük munkahelyünkön, ezért különösen fontos a munkahelyen uralkodó munkafeltételek, szervezeti felépítés, kommunikáció, elismerés, együttműködés stb. optimális összjátéka minden szereplő szempontjából. Ennek

biztosítása viszont nagymértékben függ attól, hogy a vállalat vezetése mekkora fontosságok tulajdonít a munkatársak egészségének, egészségmegőrzésének és fejlesztésének.

Az egyén, a munkahely, a társadalom azonos mértékben felelős az egyén egészségi állapotának megfelelő szintjéért. Ebben a feladatban a mindenoldalú szemlélet a fontos, de napjainkban a sokszor „láthatatlan” leki egészség fontossága és „karbantartása” gyakran mindhárom „felelős” részéről hiányt szenved, a háttérbe szorul. Egyaránt fontos szerepe van a tudásnak, a tájékozódásnak/tájékoztatásnak, a tenni akarásnak, az akciónak (a tenni tudásnak), intervenciónak és szintézisnek.

A munkahelynek a feladatvállalás és végzés szempontjából azért is elengedhetetlen cselekvési lehetőségének felismerése és cselekvési hajlandósága, mert ha a dolgozót a munkahelyén sorozatos stresszhatások érik tartósan, az előbb-utóbb elégedetlenné vélik a munkahelyével, munkavégző képessége csökken, ezáltal a vállalat termelékenységére is visszaesik.

## A munkahelyi stressz

Mivel minden ember aktív, munkaképes életkorának nagy részét a munkahelyén tölti, különösen fontos, hogy a munkahelyen fellépő, a munkavégzés bármely fázisára kiható ún. munkahelyi stresszt fontos kategóriaként kezeljük, annak kiváltó okaival, az egészségre gyakorolt hatásaival, kezelésével, megelőzésével/az azzal való megküzdéssel (coping) behatóan foglalkozzunk. (Magával a stressz problémájával külön fejezet foglalkozik részletesen.) Ehelyütt – a téma lényegének, fontosságának, összefüggéseinek megértése értelmében – általánosságban és röviden beszélünk a stresszről, annak okairól, tüneteiről, következményeiről, hangsúlyosan inkább a mentálhigiénés – főként munkahelyi egészségfejlesztést illető – és kommunikációs vetületeit tekintjük a problémának.

A munkahelyi egészségfejlesztésnek az a célja, hogy feltérképezze a dolgozókra irányuló, munkahelyükön fellépő egészségveszélyeztető tényezőket, veszélyeztető faktorokat, megelőzze az egészségromlást, az ennek következtében fellépő betegségeket. Természetesen az egyén egészsége, egészségessége itt is

holisztikus megközelítésben történik, vagyis nem téveszthetjük szem elől a komplett szemléletmódot, a mindenoldalú fejlesztést, azonban itt most a leki egészség kérdését és problémáit kell kidomborítanunk.

A *stressz* mindennapi életünkből kiküszöbölhetetlen, minden ember életében lépten-nyomon megjelenik, „mindenkinek van” (Selye 1983). abszolút értelemben lehetetlen megelőzni/semlegesíteni minden formáját, életünkből gyakorlatilag nem iktatható ki. Egészséges „működőképességünk”, testi-lelki-szociális egyensúlyunk, jól-létünk azon múlik, milyen sikeresen és rutinosan tudunk megküzdeni a naponta folyamatosan ránk zúduló kemény kihívást és megterhelést jelentő helyzetekkel.

A *stressz* szó maga az angolból származik és kezdetben igeként értelmezett szó volt (kb. „stresszel”), vagyis megsért, bánt, szorongat, terhel, nyomást gyakorol. Eredetileg a **természettudományokban** használták, főként a fizikában, ahol egy tárgyra gyakorolt külső nyomásként értelmezték. Az **orvostudományba**, majd ebből eredően (a pszichiátriából kiindulva) a *mentálhigiéné* tárgykörébe a 20. században kerül be.

A *stresszt* a szakirodalomban kétféle módon is értelmezik:

- a szervezetre ható külső körülmények (pl. hőség, hideg, zaj stb.)
- a fenti körülmények hatására létrejövő belső változások

Selye János az utóbbi értelmezés alapján a szervezetnek azt a NEM specifikus válaszát nevezi stressznek, amivel az a megterhelésekre válaszol. Ennek alapján a szakirodalomban a külső hatásokat *stresszoroknak* szokták nevezni.

A *stresszorok* révén a szervezet bizonyos *megterhelésnek* van kitéve, ami együtt jelenti a **külső** hatásokat és a szervezet **belső** környezetében létrejövő változásokat, amelyek helyzettől és egyéntől függően befolyásolják a szervezet alkalmazkodási mechanizmusait, a megküzdési stratégiák eredményességét.

A megterhelések hatására különböző mértékű *igénybevétel* jelentkezik, amire a szervezet, az egyén különféle módon reagál.

A legegyszerűbb értelmezés szerint a *stressz* fogalmát tulajdonképpen a szervezetben jelentkező *testi és lelki változások* összességéként foghatjuk fel, amely

változásokat a *stresszorok* okoznak. Jelen kézikönyv célja miatt különös hangsúlyt fektetünk a *lelki* oldalra. A *pszichológiai stressz-állapot* olyan esetekben jelentkezik, amikor a szervezet olyan helyzetekkel szembesül, amikor az egyén azt érzi, vagyis személyes megítélése az, hogy a helyzet megoldása meghaladja saját, rendelkezésre álló erőforrásait. A **mentálhigiéné** szemszögéből a *pszichológiai* oldalt emeljük ki, és részben eltekintünk a *fizikai* stressz figyelembevételétől, bár annak következményei is felvetnek – fontos és kezelendő – mentálhigiéné vonatkozásokat (már csak a holisztikus szemléletmód miatt is).

### **Mérhető-e a munkahelyi stressz?**

Köztudott, hogy bizonyos munkahelyek meglehetősen „stresszesnek” számítanak, mások ellenben kimondottan nyugodtnak, stresszmentesnek. Sokan egyetértenek abban, hogy a nagy gyárakban sokkal több a stresszt kiváltó helyzetek száma, a néhány embert foglalkoztatók viszont akár stresszmentesen is működnek. Ilyen és ehhez hasonló megállapításokban lehet ugyan igazság, de jó munkaszervezéssel, jó managementtel, alkalmas szervezetfejlesztéssel, minden szintű helyénvaló kommunikációval működtethető nagyüzem is a stresszhelyzetek minimumra redukálásával, és az ellenkezője is igaz, hogy nem ritkán az is előfordul, hogy két ember „nem fér meg egymással” a kétszemélyes munkahelyen.

A látszatra való megítélés és a külső szemlélőként való véleménynyilvánítás mellett az objektív kép kialakítása céljából (Pl. van aki azt mondja, hogy semmiféleképpen nem lenne óvónő a sok elkényeztetett gyerek és a mai túl öntudatos szülők mellett, más esetleg úgy vélekedik, hogy na ugyan mi gondja van, hiszen egész életében csak játszik?) a munkahely e szempontból való értékelhetősége miatt is szükség lehet a munkahelyi stressz mérésére.

Mivel nagyon összetett problémáról van szó, és *a stressz úgy önmagában nem is mérhető* (ha csupán csak az egyéni különbségeket és a helyzetek különbözőségét is tekintjük), ki kell válsztani, hogy mely paramétereket kívánjuk mérni. A munkahelyi stressz esetében pl. a munkahely optimális működését kell figyelembe venni akkor, ha a munkahely vezetése végzi/végezti a felmérést. Ilyenkor általában a *stresszorokat* mérik fel. Ha az üzemorvos kompetenciáinak bővítéséről van szó, akkor felmérhetik a stresszorok okozta pszichés, testi károsodásokat is. Az üzemen

belüli felmérések azonban gyakran hoznak torz eredményeket, mivel a válszadók gyakran a tényleges okok megjelölése helyett a vezetőség által „elvárt” válaszokat adják meg mindenféle retorziótól tartva (az anonim felmérések esetén is).

Ezért nagyon gondosan kell megválasztani és lebonyolítani a mérést. Üzemen belül a mérés céljának végső soron mindig a szervezetfejlesztés hatékony és humanisztikus lebonyolítása kell, hogy a figyelem középpontjában álljon, ami nem csak az üzem érdekeit szolgálja, hanem egyben a benne dolgozó munkatársak testi lelki egészségét, végsősoron elégedettségét is.

A mérési lehetőségek, módszerek, technikák palettája mára már nagyon széles a kérdőíves eljárásoktól kezdve a műszeres mérésekig. Megválasztani mindig azt a tesztet kell, amire az adott esetben a legnagyobb szükség van, ami az adott probléma megoldásában a leginkább előrevisz.

## Munkahelyi stresszorok

Munkahelyi stresszt a legváltozatosabb tényezők okozhatnak és a paletta folyamatosan bővül. Míg pl.évekkel, évtizedekkel ezelőtt nem létező technikai lehetőségek nem tették lehetővé, hogy a munkatársak egyre több, gyakran a teljesítőképesség határát súroló – leggyakrabban számítógépes – kötelező pluszfeladatokat kapjanak vagy éppen telefonos vagy internetes munkatársi zaklatásnak ki legyenek téve, addig napjainkban szinte korlátlan az ilyen problémák száma. Az összes munkahelyi stresszor feltérképezése szinte lehetetlen, gyakorlatilag minden munkaköri leírás tartalmaz olyan elemeket, amelyek magukban rejtik annak a lehetőségét, hogy a dolgozó adott esetben, időben, helyzetben ne tudjon megfelelni az előírásoknak, az elvárásoknak. Ehelyütt csupán azoknak a stresszoroknak az összefoglalását tudjuk megadni, amelyek a leggyakoribbak, legjellemzőbben a munkahelyek többségén.

### **1. A munkavégzéssel, munkaköri leírásokkal, feladatokkal kapcsolatos stresszorok:**

- mennyiségi és/vagy minőségi túlterhelés vagy alulterhelés
- munkafeltételek

- változások a munkában
- lépéstartás a gyors technológiai változással

## **2. Munkakörnyezettel kapcsolatos stresszorok**

## **3. A szervezetben betöltött szereppel kapcsolatos stresszorok**

### **EGYÉN SZINTJÉN:**

- szerep nem egyértelműsége/kétértelműsége
- szerepkonfliktus
- túl sok vagy túl kevés felelősség más dolgozókért
- karrierfejlődés: túlzott ütemű vagy hiányzó/nem elégséges előléptetés

### **CSOPORT SZINTJÉN:**

- összetartás hiánya, széthúzás
- jó munkatársi kapcsolatok hiánya
- csoporton belüli konfliktusok
- felettséggel és/vagy beosztottal való nem adekvát kapcsolat

### **SZERVEZETI SZINTEN.**

- szervezeti légkör
- vezetési stílusok
- ellenőrzési rendszerek
- technológia
- alulfizettség/ kevés fizetés
- állás bizonytalansága

## **4.Szervezeten kívüli stresszorok**

Hatásukban összeadódnak a munkahelyi stresszorokkal

- családi kapcsolatok
- anyagi problémák
- társadalmi problémák
- családi és munkahelyi problémák összeegyeztetésének nehézsége



- konfliktus a vállalati politika és a személyes hitek, meggyőzések között
- elidegenedés, anómia (normák hiánya)
- gyakori költözés
- közlekedés a munkahelyre (zsúfolt koszos járművek, vezetés)
- vidéki vagy városi életkörülmények

### **Speciális rétegek stresszorai (nők, fizikai-szellemi dolgozók, vezetők és beosztottak, kisebbségek, fogyatékosok)**

- nők
- fizikai-szellemi dolgozók
- vezetők és beosztottak
- kisebbségek
- fogyatékosok
- más meggyőzést vallók (vallási, politikai, nemi, élet/életvezetési felfogásbeli)
- 

Az alábbiakban összefoglaljuk, hogy milyen következményekkel jár a tartós stressz. A stresszállapotok leírásához bármennyire is szorosan hozzátartozik a fiziológiai változások leírása, annak, hogy hogyan próbál a szervezet menekülni, megküzdeni, hogy a szimpatikus idegrendszer fokozott aktivitása mi módon működik az ilyen helyzetekben, nem tudunk kitérni ebben a fejezetben részletesen ezekre a fontos kérdésekre egyrészt a könyv terjedelme miatt, másrészt a téma mentálhigiénét illető hangsúlya miatt.

A következőkben összefoglaljuk a stressz által előidézett változásokat és következményeit az érintett személyre és a vállalatra vonatkozóan (a teljesség igénye nélkül).

1. Változások és következmények AZ EGYÉN SZINTJÉN

biológiai változások	lelki reakciók a stresszre pszichés tünetek, betegségek	teljesítménykárosodás	viselkedésváltozás	testi tünetek
a, rövidtávú hatások:	nő a vérnyomás, emelkedik a szívritmus, felgyorsul a légzés fokozódik az izzadás, emelkedik a vércukorszint, elsápad a bőr, nő az izomfeszültség, kitágulnak a pupillák, csökken az emésztés, csökken a nyálelválasztás feszült izgalmi állapot jelentkezik, figyelemzavar, negatív gondolatok	bonyolultabb feladatokban rossz teljesítmény, rossz információfeldolgozás, alacsony aktivitási szint	harag, agresszió (verbális, tettleges) irányulhat egy munkatársra, többre, tárgyakra is, lopás, szándékos rongálás, szabotálás, egészségkárosító viselkedésformák: dohányzás, alkoholfogyasztás, drogozás, menekülés a munkából: hiányzás, kilépés, korai nyugdíjbavonulás, sztrájk	alvászavar, étvágytalanság, fáradékonyság
b, hosszútávú hatások	elégedetlenség, szorongás, kimerültség, depresszió, öngyilkosság, fásultság		életszerepek sérülése: családi, baráti, polgári szerepek	

## 2. Változások és következmények a Szervezet szintjén

Változások az egyén egészségi állapotában, munkateljesítményében	Következmények a szervezetben
Teljesítménycsökkenés Teljesítményromlás Egészségkárosító viselkedésformák (káros szenvedélyek kialakulása) Pszichés betegségek (depresszió, szorongás stb.)	Alacsony termelékenység Romlik a vállalat egészének teljesítménye, hatékonysága
Hiányzás a stressz okozta betegség miatt (betegállomány)	Gondoskodni kell a hiányzó dolgozó helyettesítéséről (termelés kiesés veszélye) Helyettesítés hiányában a többi dolgozó végzi el a hiányzó dolgozó munkáját (ez őket is stresszeli)
Menekül a tartósan stresszkeltő munkahelyről (kilépés)	Munkaerő elvándorlás → új munkaerőt kell felvennie, azt betanítani → újabb költségek Romlik a munkahelyi hangulat Romlik a vállalat külső megítélése
Az összes tényező együtt	Munkahelyi feszültség, további stresszorok megjelenése, a szervezet ellehetetlenülése, csőd

### A stressz káros hatásait befolyásoló tényezők

Mindennapjainkban a munkahelyünkön is megfigyelhetjük, hogy ugyanazok a stresszhatások különböző helyzetekben és különböző emberek esetében más-más hatást, más-más intenzitással váltanak ki. Ennek eredményeképpen az is megfigyelhető, hogy a káros hatások különböző mértékben okoznak egyes embereknél testi-lelki betegségeket, egészségkárosító hatásokat. Az egyes helyzetek kimenetele és a sorozatos helyzetek kumulálódása és ennek eredmény nagyon sok faktor függvénye. Ha csak az egyénben rejlő tényezőket tekintjük, akkor az alábbiakat állapíthatjuk meg:

Egyik meghatározó tényező az *egyéni különbségekben* rejlik. Némelyikünk jobban tűri a „csapásokat”, a probléma szempontjából erősebb személyiségbeli tulajdonságokkal rendelkezik, mint pl. rugalmasabb, önbecsülő, domináns, magabiztos stb, másokunk viszont hasonlóan személyiségtulajdonságaiból eredően „legyűrhető”, mivel csendes, visszahúzódó, szégyenlős, pesszimista, önbecsülése alacsony stb, és ezért a „csapásokra” leginkább tehetetlenséggel, visszahúzódással esetleg önváddal reagál.

Egy másik tényező az egyén *megküzdési kapacitása és a megküzdési technikák ismerete és sikeres bevetésének képessége*.

Nagyon jelentős hatása van annak is, hogy az egyén adott esetben vagy hosszú távon számíthat-e, és ha igen, milyen mértékben mások (család és/vagy családtag, kolléga, szomszéd, munkatárs stb.) akár lelki, akár bármilyen más jellegű segítségére, vagyis milyen a *szociális támogatottsága*. A szociális támogatottság minden vizsgálat szerint úgyszólván általános védőfaktorként működik majdnem minden betegséggel szemben, de a lelki bajok esetében különösen nagy jelentőséggel bír. A szociális támogatottság nem csak fokozza az immunrendszer működését, hanem túlműködés vagy alulműködés esetén szabályozza is azt. (Kulcsár 1993)

Mivel a személyiségtulajdonságok inkább meghatározottak genetikailag, külső hatásokra kevésbé alakíthatók, ezért a megküzdés területén nagyobb sikereket érhetünk el. A megküzdési stratégiák elsajátítása nem kimondottan munkahelyi feladat, hiszen a különböző képzők, szervezetek, vagy akár az Internet is kínál ilyen lehetőségeket, és az önképzés sem kizárt, mégis nagy felelőssége van ebben a munkahelynek és egyben érdeke is, hogy dolgozóit minden szempontból „karban tartsa”, képezze, megvédje, testi-lelki egészségét a munkahelyen szavatolja. A minden szempontból ép, egészséges dolgozók foglalkoztatása a munkahely jó teljesítményét, jó hírét is szavatolja, és a bajok megelőzése anyagilag is előnyösebb megoldás, mint a már kialakult bajok orvoslása.

## Munkavégzés – munkahely – egészség

A munkavégzés és az egészség között szoros kapcsolat van, amit a munkahelyen fennálló szervezeti szabályozottság, munkakörülmények, személyközi kapcsolatok stb. teljes mértékben meghatároznak, természetesen a dolgozó mindennemű tulajdonságait, kompetenciáit figyelembe véve.

A munkahelyi egészségfejlesztés központi kérdése a munkának az egészségre gyakorolt hatása. Ez a hatás lehet *pozitív* is, és/vagy *negatív* is.

A munkahelyi egészségfejlesztésnek az a jellemzője, hogy a munkahelyen történik, és egyaránt szolgálja úgy az egyén, mint a munkahely érdekeit.

A helyszín maga ideális, mert:

- helyben van, a dolgozónak nem kell utazni (nincs idővesztés, közlekedéssel kapcsolatos problémák)
- a célcsoport könnyen elérhető
- a program munkaidőben zajlik = magas a részvételi arány (gyakorlatilag mindenki részt vesz rajta)
- a többség számára ez az egyetlen ilyen tárgyú program, sokan nem törődnek egészségükkel, helytelen élmódjikkal veszélyeztetik egészségüket.
- a szervezéshez felhasználhatók a munkahely jól működő, megbízható kommunikációs csatornái
- a lebonyolításhoz felhasználható a munkahely infrastruktúrája
- a munkahelyi vezetőség jól ismeri a cégre és/vagy az adott időszakra jellemző problémákat, így a program tartalma igény szerint kiválasztható, tágítható, szűkíthető
- újabb fórumot, lehetőséget jelent a dolgozók összetartására (kommunikációs fórum, egymás jobb megismerése, összetartás, tolerancia elősítése)

A holisztikus vállalati értékszempléletet valló munkahelyi vezetőknek meg kell látniuk az üzemben akár csak kialakulófélben lévő „allergikus pontokat”, és testreszabottan kell ott és akkor megoldást találni a problémára. A jól ismert standard felvilágosító képzéseken túl egyénre, helyzetre szabott segítséget kell felajánlani, nyújtani. A munkahelyi egészségfejlesztés nem kizárólag a vezetés feladata. A programok

meghatározásába ki kell(ene) kérniük a beosztottak véleményét, igényeit, szükségleteikről, a munkaszervezésről, kommunikációról és hasonló, őket is közelről érintő problémáiról.

Napjainkban nagyon elterjedt vezetői nézet, hogy „mindenki pótolható”

A munkahelyi egészségfejlesztő programok témáinak nagy része – kivéve a speciális eseteket – nem választható szét kimondottan testi és lelki fejlesztésre. Ha például sportverseny rendezése a cél, a cím alapján csak a testmozgás gyanítható a programban, de természetesen edzésre kerül a csapatszellem, a küzdőszellem, az összetartozás érzése, az egy mindenkiért, mindenki egyért szellemisége, a kitartás, az ügyesség, a taktika stb gyakorlása, fejlesztése.

### **A munkahelyi mentálhigiéné *területei:***

- a munkavállaló önismereti törekvéseinek támogatása, segítése
- a munkavállaló egyéni szűrése
- csoportok szűrése
- egészségtelen jelenségek kiszűrése, ezek beazonosítása/felismertetése, kezelése
- az együttműködés erősítése
- társas kapcsolatok támogatása, fejlesztése
- közösségi értékek felismerése, erősítése, fejlesztése
- lelki nevelés(pszicho-educáció)

### **Alkalmas *témák/eszközök* lehetnek például:**

- szervezetfejlesztés céljából dolgozók bevonása a munkaszervezési folyamatok javításába, munkakörnyezet fejlesztésére
- stressz kezelése
- csoporton belüli feszültségek csökkentése (problémafeltárás, képzés, visszaellenőrzés stb.)
- anonim pszichológiai segítségnyújtás lehetőségét felkínálni, biztosítani
- egészség nyomonkövetése (egészségromtó tényezők kiszűrése/felszámolása, semlegesítése)
- rendszeres mérések (pl. vérnyomás, koleszterin, vércukor)

- önszorgító csoportok létrehozásának és támogatásának segítése
- sportolás biztosítása (üzemen belül, azon kívül bérlet biztosításával, támogatással)
- konkrét probléma kapcsán szervezett egyéni és/vagy terápiás foglalkozások biztosítása
- mentális egészség feltérképezése/szűrése tesztekkel/kérdőívekkel
- preventív felvilágosítás és programok
- deviáns viselkedésformák semlegesítése
- konfliktuskezelés

### **A munkahelyi mentálhigiénében alkalmazott *módszerek*:**

Beszélgető-beszéltető terápiás keretek között :

- kognitív-viselkedés megközelítés
- személyközpontú terápia
- sématerápiás keretek
- egzisztencialista megközelítés
- rövid-távú problémaorientált fókusz
- narratív pszichológiai módszerek

**A munkahelyi egészségfejlesztés központjában legtöbbször az alábbi problémák állnak:**

#### **1. Dohányzás**

Az egyik leginkább egészségkárosító szenvedély. Becslések szerint a felnőtt férfilakosság kb. fele dohányzik. Magyarországon a munkahelyeken sok helyen kijelölt területen sem szabad dohányozni. Ez a tény a dohányosoknak csak nagyon kis részét készítette arra, hogy leszokjon a dohányzásról. Sokan inkább frusztráltak, idegesek, türelmetlenek lettek emiatt. A dohányboltok számának – főként vidéki környezetben – lecsökkenése, megszűnése, a dohánytermékek drágulása sem vezetett a kívánt eredményre. Sőt bizonyos országrészekben nőtt az intézkedések nyomán a kriminalitás: az illegális gyártás, forgalmazás, csempészés. A dohányzás maga mentálhigiénés problémákat is felvet, hiszen a dohányosok többször betegszenek meg, a

munkahelyen a családban a helytállás képtelensége frusztrálja őket, ők a családot viszont. A békétlen, zaklatott, kiegyensúlyozatlan környezet még inkább zavaróan hat, súlyosítja a betegséget, végül munkaképtelenségre vezet. A dohányzás gyakoribb a szorongásos, feszült emberek esetén, valamint azoknál, akik folytatólagosan ki vannak téve nagyfokú stressznek. A munkahelyen lefolytatott dohányzás-ellenes programok hozzájárulhatnak a dolgozók egészségének javításához, a táppénzes napok csökkentéséhez, a jobb termelékenységhez.

## **2. Mozgásszegény életmód**

Káros hatásai között legszembetűnőbb az elhízás, ami a keringési rendszer és az ízületek romlását, kopását okozza. Előfordul továbbá, hogy cukorbetegség vagy csontritkulás is kialakul. A sok mozgással járó életforma, a sportolás csökkenti bizonyos lelki problémák előfordulását, mint pl. szorongás, depresszió. A túlsúlyos, elhízott munkatársak szinte részt sem vesznek a vállalati sportcsapatokban, pedig a csapatsport a testi erőnlét fejlesztése mellett a vállalathoz tartozás, iránta való elkötelezettség érzését is közvetíti.

## **3. Mértéktelen alkoholfogyasztás**

Az alkoholos befolyásoltság alatt az üzemi baleseteknek több mint fele történik. Az alkoholproblémával küzdők jóval többet hiányoznak a munkából, mint „tisztá” kollégáik. Gyakrabban is betegszenek meg. A munkahely különösen alkalmas alkoholizmusra hajló munkatársakat kiszűrni és leszoktatni őket, hiszen ott azonnal fenyeget a munkahely elvesztése és ott kollégáik segítségére, támogatására is számíthatnak.

## **4. Egészségtelen táplálkozás**

Az egészségtelen táplálkozás hasonló betegségeket indukál, mint a mozgásszegény életmód. A munkahely sikeresen támogathatja az egészséges táplálkozás gondolatának elfogadását és gyakorlatát is (pl. munkahelyi fogyókúra programok, munkahelyi étkezdék egészséges kínálata, programok stb.)

## **5. Kábítószer, drogozás**

A kábítószer-élvezőkkel gyakrabban történik munkahelyi baleset, mozdulataikat nem tudják megfelelően kontrollálni, gyakran hiányoznak. Kevésbé ellenállóak

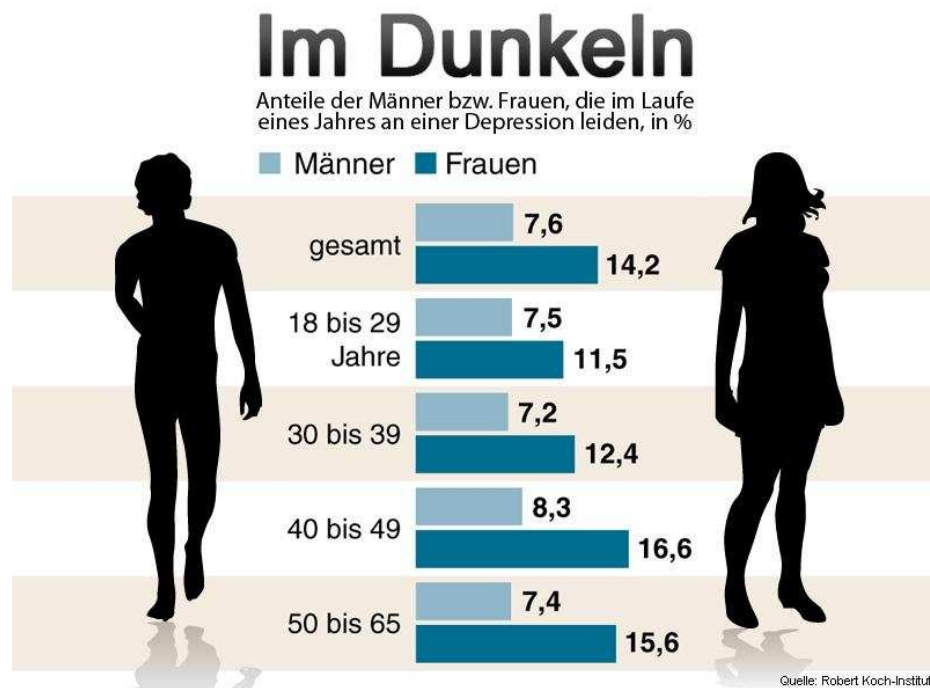


a betegségekkel és a stresszel szemben. A munkahelyen hasonló módszerekkel lehet nekik segíteni, mint az alkoholproblémákkal küzdők esetében.

## 6. Stressz

Talán a legtöbbeket érintő probléma. Az USA-ban a dolgozók negyed része megél évente valamilyen munkahelyi stresszhelyzetet. Azt is hozzá kell számítanunk, hogy stresszhelyzeteket nem csak a munkahely produkál: előfordulhatnak a családban is, az egyéb szociális kapcsolatokban is, a közúti közlekedésben is, de még a boltban is. Ezek a helyzetek összeadódnak, és az egyént közösen igatják meg lelki egyensúlyában.

## 7. Egyéb, munkahely jellegével, nemekkel stb. kapcsolatos, a fentiekben nem említett ritka problémák összessége.



(<http://www.news.de/gesundheit/855077035/duistere-aussichten/1/>)

A grafikon a Robert Koch Intézet egy 2010-es német statisztikáját mutatja arról, hogy a munkaképes korú dolgozók hány százaléka szenved **depresszióban** évente. Az ábra korcsoportonként mutatja külön a férfiakat, külön a nőket. Az összes korcsoport összesítését a legfelső oszlopok mutatják.

A sötét oszlopok a nőkre, a világosabbak a férfiakra vonatkoznak.

Jól megfigyelhető, hogy az idősebb korosztály inkább érintett, legalábbis a nőknél.

## Foglalkozás-egészségügy kontra munkahelyi egészségfejlesztés

A *foglalkozás-egészségügy* feladata, hogy felismerje a munkakörnyezet egészségkárosító veszélyeit, vizsgálja, elemezze ezeknek a hatását a dolgozók egészségére.

Keresse és találja meg a lehetőséget arra, hogy ezek a károsító hatások minimalizálhatók legyenek. Feladata még továbbá, hogy megállapítsa a dolgozók egészségi alkalmasságát az adott munkára vonatkozóan, és ezt az alkalmasságot az üzemre előírt időszakonként és módon ellenőrizze. Feltevése: minden munkahelyi balesetért, foglalkozási ártalomért, megbetegedésért, vagyis a munkavállaló egészségéért *a munkáltató felelős*.

A *munkahelyi egészségfejlesztés* feladata: segíteni a munkavállalót abban, hogy fejlessze, kontrollálja saját egészségét, vállaljon érte felelősséget. Feltevése: egészsége fennmaradásáért, fejlesztéséért maga *a munkavállaló a felelős*.

### **A sikeres munkahelyi egészségfejlesztés feltételei és eredményei**

A munkahelyi egészségfejlesztés célja – a már korábban említett – egészségtudatos magatartás elérése, a dolgozó támogatása abban, hogy önmaga vegye kézbe saját egészségének fejlesztését, tanulja meg azt, gyakorolja és érezzen iránta felelősséget. Ezen célok megvalósításának vannak előfeltételei is, amelyek teljesülése esetén sikeres lehet a program. Ezek pedig az alábbiak.

#### **a) feltételek:**

- minél többen vesznek részt benne
- a dolgozókat vonják be mind a szervezésben, mind a lebonyolításba, de a kiértékelésbe is
- a résztvevőkkel személyre szabott kapcsolatot létesítsenek a szervezők, lebonyolítók
- a vezetés értsen egyet a program szükségességével és támogassa azt

- a dolgozók is tartsák szükségesnek azt, örömmel, készségesen vegyenek részt benne
- a program minden dolgozót érintsen, de számoljon az üzemre, egyes csoportokra jellemző speciális egészségveszélyeztető kockázatokkal is
- ne csak a statisztikákban szereplő általános problémákkal foglalkozzon, hanem térjen ki a munkahelyre konkrétan jellemző, még legapróbbnak tűnő kockázatokra is
- dolgozzanak ki és működtessenek olyan szabályokat, amelyek védik a dolgozók egészségét (pl. rendszeres gimnasztikai gyakorlatok, alkoholszondázás stb.)
- szükség esetén a vállalat külső képzők standardprogramjai mellett dolgozzon/dolgoztasson ki speciális helyzetére konkrétan alkalmazható programokat
- a program ne szorítkozzon egyszeri, alkalmi képzésekre, hanem a hosszútávú fejlesztés sorozatait foglalja magában
- a visszaellenőrzésnél folyamatosan megtörténjenek az esetlegesen szükséges korrekciók

A feltételek biztosítása/teljesülése esetén nagy valószínűséggel eredményes lesz a program úgy az egyén, mint a munkahely szempontjából. Milyen eredmények várhatók?

**b) eredmények a dolgozók hasznára:**

- jobb lesz a dolgozók egészsége (testi és mentális is)
- javul a munkahelyi környezet, ezt pozitívan élik meg a dolgozók, kedvvel, örömmel dolgoznak
- helyben hozzájutnak bizonyos egészségi szolgáltatásokhoz, nem kell azokról lemondaniuk vagy fáradtságok által hozzáférniük (utazás, időráfordítás, költségek)

### **c) eredmények a vállalat hasznára:**

- nő és/vagy egyenletes, kiszámítható lesz a vállalat termelékenysége (a dolgozók kevesebbet hiányoznak, nő az elégedettségük, nagyobb kedvvel dolgoznak → munkáltatójuk is elégedett, jobb lesz a dolgozók együttműködési kapcsolata is)
- csökkennek az egészségügyi költségek (orvosi vizit, gyógykezelés, gyógyszerek, táppénz stb)
- csökkennek a dolgozók hiányzásából eredő költségek (helyettesítés, átszervezés, új munkaerő felvétele, kiképzése stb.)
- javul a vállalat külső megítélése, imázsa (mivel felelősséget érez dolgozói jólétéért, stabilan működő vállalat képét mutatja, piaci helyzete jó, dolgozók elkötelezettsége magas)
- csökken a dolgozók kilépési aránya, alacsony a fluktuáció
- javul a munkaköri légkör, a munkamorál, a munkakapcsolatok szilárdabbak lesznek a dolgozók között, a munkatársak részéről pozitív attitűdök jelennek meg a szervezettel szemben

### **Az egészségfejlesztő programok eredményessége**

Ha a munkahely bevezet egy egészségfejlesztő programot, előzetesen és utólagosan is kell valamiféle számításokat végeznie, hogy ellenőrizni tudja, hogy eredményes volt-e a program, úgy a munkavállalónak, mint a munkaadónak. Amennyire egyértelmű a befektetett anyagiak nagysága, annyira nehezen határozható meg a kimenet, a fejlesztés hozadéka. Az eredményt nagyon sok paraméter határozza meg, ezenkívül az egészség javulása sok más külső tényező hatására is bekövetkezhet. Mindennek ellenére vannak olyan mérhető adatok, amelyeknek az összfolyamatra vonatkozó hatása mond valamit a folyamat eredményességéről. E célból általában az alábbiakat szokták tekinteni:

- Mi legyen a program konkrét célja, milyen részelemekből álljon?

- Mennyi költségráfordítás szükséges a megvalósításhoz?
- Milyenek a dolgozók egészségi állapotának fontos paraméterei a program előtt és után?
- Milyen káros szenvedélyeknek hódolnak a dolgozók a program előtt és után?
- Hogy változnak a vállalat teljesítménymutatói a program folyamán?
- Milyen véleménnyel vannak a dolgozók a programról?

A fenti kérdésekre adott válaszok összesítése jelentheti a program eredményességének mérését. Az is lehetséges, hogy az adatok elemzése során újabb vizsgálendő, fejlesztendő területek merülnek fel. Olyanok, amelyekre nem is gondoltunk, de a dolgozók fontosnak említik meg őket, és a továbbiakban szükséges lenne velük foglalkozni.

Az elemzés során tulajdonképpen azt szeretnénk megtudni, hogy a programra fordított idő, energia és pénzüsszegek arányban vannak-e a fejlesztési program hozadékával. Vagyis megérte-e a vállalatnak az egészségfejlesztésbe befektetni, vagy esetleg felhasználhatta volna a pénzt valami más befektetésre.

A programoknak természetesen vannak a gyakorlati kivitelezésben jelentkező problémái is. Előfordul, hogy *ellenáll a dolgozó*, le akarja rázni magáról a felelősséget. Úgy gondolja, hogy az ő egészségi problémájának legyen az orvos a felelőse. *Alacsony a részvételi arány*, alacsony a dolgozók tudatossága. A dolgozók nem nyilatkoznak problémáikról, inkább elhallgatják azokat, az orvost titoktartás köti. További probléma, hogy Magyarországon kevés esetben történik munkahelyi egészségfejlesztés. Ha történik is egészségfejlesztés címen valamilyen egészségmegőrző program, akkor is leginkább a mozgást hangsúlyozva, a lelki egészségvédelmet elhanyagolva. A legtöbb tapasztalattal e téren az USA rendelkezik, de a nyugat-európai ipari országokban is vannak jó példák. Léteznek a munkahelyi egészségfejlesztésre programok, értékelési modellek, szabályok, irányelvek is. Nálunk azért is nehéz ilyen programokat szervezni, mert szűkösek az anyagi feltételek, valamint a szakszervezetek is gyengék.

A lelki eredetű egyre szaporodó és súlyosbodó szomatikus betegségek is sokasodnak. Az európai egészségstatisztikákban rendre rossz és egyre rosszabb helyeket érünk el. Mindez általánosan bevezetendő szükséges lépéseket igényel.

# A KOMMUNIKÁCIÓ MENTÁLHIGIÉNÉS ASPEKTUSAI

Juhász Éva

A **munkahelyi kommunikáció** bármely más kommunikáció közül az egyik leginkább adekvát felkészülést és megfelelő készségeket igénylő terület.

Rendelkeznie kell a szervezet minden szintjén minden dolgozónak olyan kommunikációs készségekkel, amiről tudnia kell, hogy annak bevetésével saját pozíciójában milyen eredményeket érhet el, hogyan érvényesülhet vagy éppen kellemetlen vagy akár kritikus helyzetbe is kerülhet. A munka világára különösen igaz, hogy a szónak „súlya” van.

Mindkét félnek, munkavállalónak és munkaadónak is rendelkeznie kell azzal a tudással, amivel kommunikációja eredményességét elősegíti.

Vonatkozik ez a kommunikáció összes területére a small talktól kezdve a kemény bértárgyalásokig, vagy súlyos munkahelyi problémák tisztázásáig.

## A mobbing (munkahelyi pszichoterror)

A munkahelyi kommunikáció kapcsán a mentálhigiéné szempontjából feltétlenül foglalkoznunk kell a **mobbing** témájával is, ami *verbális* (pl. ugratás, kibeszélés, „cikizés”) és *non-verbális* (pl. „be-mutatás”, információ-visszatartás, kiközösítés) formákban is megjelenhet. A kommunikáción túl létezik *fizikai* megjelenési formája is (pl. verés).

A szó és az általa jelölt fogalom a 20. század második felében jelent meg. Az angol „to mob” igéből származik, ami eredetileg annyit jelent, mint *zaklatni, szidni*. Más értelemben jelent a *mob* szó *tömeget, bandát* is.

A mobbing szót, *gyűlölés* értelemben, először Konrad Lorenz magatartáskutató használta először 1963-ban, amikor rókára támadó vadludak viselkedését figyelte meg.

1969-ben Peter-Paul Heinemann svéd orvos használta a szót arra a jelenségre, amikor csoportok támadtak olyan személyekre, akik a normától eltérő magatartást tanúsítottak.

A múlt század hetvenes éveinek végétől a német származású svéd orvos és

pszichológus Heinz Leymann használta először a mobbing fogalmát a mai értelemben a munka világára vonatkoztatva. Kutatásaiban a munkahelyi direkt és indirekt támadásokat vizsgálta. Első munkáinak tudományos felismerései vezettek oda, hogy a 90-es években növekedett az ilyen tárgyú publikációk száma, beható esettanulmányok jelentek meg, egyre inkább szolgált társadalmi viták tárgyául a probléma és mindinkább felvették tematikájukba a vállalati tanács- adók, szakszervezetek, képzők, továbbképzők és az orvostudományban is jelentős helyet kapott.

A **mobbing** a magyarországi munkahelyeken sem új jelenség, de napjainkban egyre inkább találkozunk vele. Egyrészt talán azért is, mert szaporodnak az esetek, másrészt a szakirodalom és a médiahíradások is beszámolnak számos ilyen történésről. Magyar szót nem nagyon tudunk rá találni. A fogalom, amit takar, sokrétű jelenség. Magában foglalja azt, hogy létezik egy *áldozat*, aki nehezen tudja megvédeni magát egy vele szembehelyezkedő csoport *erőfölényével* szemben. Jelentésébe beletartozik még az is, hogy az illető *folyton ismétlődő negatív*, vagyis agresszív, etikátlan, sértő cselekedetek áldozatává válik, azaz nem egyetlen cselekedetről van szó, hanem egy *magatartásmintáról*.

A szakirodalom az angol eredetű fogalom mellett leginkább **munkahelyi pszichoterrornak, zaklatásnak** nevezi a jelenséget, ami arra irányul, hogy egyes személyek vagy csoportok egy, valamilyen indokok alapján kiválasztott másik személyt kikészítsenek, a közösségből „kiutáljanak”. Másrészt jelenti a mobbing azt is, hogy egy közösség, egy csoport egy másik személyt ismételten és rendszeresen sérteget, lelkiileg, esetleg testileg is kínoz, terrorizál. Ez megtörténhet akár iskolákban, diákotthonokban, katonaságnál, időotthonokban és napjainkban már az Interneten is (*cyber-mobbing, internetes zaklatás*). Jellemző mobbing-tevékenységek például az álhírek terjesztése, az értelmetlen feladatok elvégeztetése, az erőszakkal való fenyegetés, a kirekesztés, az állandó kritizálás, az Interneten sértő, kompromittáló fotók posztolása.

Amíg gyerekközösségekben, főként iskolákban, a kipécézett személy mindig a leggyengébb láncszem, az, aki valamiben – legtöbbször látható tulajdonságai miatt – eltér a többségtől: a szegény, a gazdag, a szemüveges, a dagi, a stréber, a lusta stb., addig a felnőttek társadalmában a célszemély gyakorlatilag bárki lehet, a beosztottól a főnökiig, akit ki akarnak készíteni.

### **Megjelenési formái:**

A munkahelyi pszichoterror három irányból érkezik: felülről a főnök irányából a beosztottra („bossing” vagy „downward bullying”), az azonos rangú kollégák irányából („horizontál bullying”), vagy ritkábban a beosztottak irányából („staffing” vagy „upward bullying”). A leggyakoribb a felettesek irányából érkező támadás, de nem ritka az az eset sem, hogy egyidejűleg több irányból zaklatják a kiszemelt áldozatot.

A mobbing mindkét nemet egyaránt érintheti. Az ismertté vált és publikált esetek többsége azonban inkább női áldozatokról számol be. Talán azért is, mert a nők hajlandóbbak beszélni az esetekről és segítséget is kérnek, a férfiak viszont személyes sikertelenségnek élik meg a helyzetet, és inkább hallgatnak róla. Másik magyarázat pedig az lehet, hogy a vezető pozíciókban többségében férfiak vannak, és a felülről érkező zaklatások aránybeli adatai magasabbak minden más irányból érkezőkhöz viszonyítva.

### **Lehetséges okok:**

Mivel nagyon bonyolult jelenségről van szó, ezért az okok is nagyon különbözőek lehetnek. Az biztos, hogy szituációfüggő a helyzet, és úgy az áldozat, mint a tettes(ek) személyiségbeli jellemzői közrejátszanak. Gyakran maga a szituáció tesz valakit áldozattá vagy tettessé.

Az áldozat a legelterjedtebb felfogás szerint többnyire gyenge jellemű, félénk, meghunyászkodó, konfliktuskerülő, akaratgyenge személy. Azonban nem ritkán harsány, magabiztos, sőt domináns személyek is válhatnak áldozatokká.

A tettesek főleg magabiztos, határozott, erős jellemű személyek közül kerülnek ki. Azonban tettessé válhat olyan személy is, aki gyenge önbizalommal rendelkezik, és hogy ezt leplezze vagy kompenzálja, zaklatja a másikat (projekció).

A kiváltó okok közül gyakori az a helyzet, amikor a zaklatást a munkahely megtartására vagy a ranglétrán való felemelkedésre fegyverként veti be a tettes. Különösen akkor fordulnak elő ilyen helyzetek, amikor vagy magas a munkanélküliség, vagy/és stagnál vagy hanyatlik az ország gazdasági teljesítőképesége. Ha alacsony a munkanélküliség, alacsonyabb a mobbing-esetek száma is.

Bizonyos esetekben a mobbing vezetői stratégiaként is megjelenik olyan



helyzetekben, amikor a vezető létszám leépítési szándékkal azért támadja az áldozatot, hogy azt önkéntes felmondásra készítse, és vele szemben így a munkahelynek ne legyenek kötelezettségei.

Különböző munkahelyi tényezők is forrásai lehetnek a mobbingnak, mint pl. hajszolt munkatempó, aránytalan munkaelosztás, rossz munkaszervezés, stressz, monoton munka, érdekellentét vagy konkurencia a munkatársak között.

Gyakori ok még a hiányos és akadozó információáramlás vagy információvisszatartás valamint a nem megfelelő kommunikáció a különböző szinteken.

A mélyreható szerkezetváltás, profilváltás, leépítés, átszervezés valamint tulajdonosváltás is előidézhetheti, hogy megszaaporodnak a zaklatásos esetek.

### **Negatív következmények az áldozatra nézve:**

Az áldozat a mobbing-tevékenységek nyomán megélhet *egészségügyi, munkahelyi, családi/szociális* veszteségeket, miközben maga a *társadalom* is kárt szenved. Ezek a negatív következmények nem önmagukban lépnek fel, hanem a különböző területeken párhuzamosan: egymás következményei és/vagy kísérői is lehetnek, miközben az egyes területeket folytonosan – leggyakrabban egymást felerősítve – bonyolult módon átszövik. Azonban a fent nevezett területeken egyik-másik következmény mégis dominánsabb, jobban érzékelhető formában van jelen.

Közülük a leggyakoribbak:

- *egészségügyi*: idegesség, stressz, félelmi állapotok, labilis idegállapot, depresszió, frusztráltság, kiégés, következményes egyéb testi betegségek, általános egészségi állapot romlása, figyelemromlás, öngyilkosság
- *munkahelyi*: motiváció hiánya, csökkent teljesítmény, figyelmetlenség, balesetveszély fokozódása, bizalmatlanság, együttműködési készség hanyatlása/megszűnése, betegállományba kerülés, munkahely elvesztése

A munkahely maga is veszít azáltal, hogy betegség esetén a dolgozó munkából való távolmaradása esetén (akár hosszú távon is) őt helyettesíteni kényszerül.

- *családi/szociális*: türelmetlenség, idegesség, veszekedés, kapcsolatok lazulása/felbomlása, szociális visszavonulás, pénzügyi problémák, agresszivitás, hangulatingadozás, elmagányosodás, testi-szellemi leépülés, elzüllés

- *társadalmi*: A kialakult betegségek kezelése sokba kerül, mivel az ilyen jellegű betegségek hosszadalmas és drága kezelést igényelnek. Felmondás esetén a dolgozónak újabb munkahelyet kell keresni vagy segélyekre szorul.

Mivel a jelenség egyre szaporodik, és gyakran végzetes következményekkel is jár, fontos sokkal nagyobb figyelmet fordítani úgy a megelőzésre, mit a már folyamatban lévő esetek felszámolására, orvoslására. Ebben a feladatban nem csak az *egyénnek* magának és közvetlen *családi-baráti környezetének* van fontos tennivalója, hanem a *munkahelynek* is.

### **Prevenció és intervenció:**

Az ilyen jellegű esetek kialakulásának megelőzése és a fennálló esetek felszámolása úgy az áldozat, mint a munkahely közös feladata.

- Az áldozatnak a *lehető leghamarabb* vissza kell utasítani a támadót, „visszaverni” már az első támadást. Amennyiben nem parancsol mindjárt kezdetben megállj-t a támadójának, úgy az továbbra is „nyeregben érzi magát” és folytatja a zaklatást.
- Amennyiben az áldozat nem tudja megvédeni magát, haladéktalanul *segítséget kell kérnie*. Legjobb, ha a felettesét hívja segítségül, de ha maga a felettese a támadó, akkor annak a felettese lehet a segítő személy. Gyakran előfordul azonban, hogy a vezetői szint szolidáris egymással. Ebben az esetben viszont, ha munkahelyen belül nincs megfelelő segítség, külső segítséget kell igénybe venni.
- A munkahely, hogy megelőzze a mobbing megjelenését vagy akár elterjedését, többféle intézkedést is tehet. Jó, ha van a munkahelynek egy olyan szervezeti felépítése, amelyben minden személynek megvan a szilárd helye és ezt mindenki ismeri és kölcsönösen elismeri.
- A munkahely, jó, ha megfogalmaz magának olyan elveket, amelyeket követve nincs vagy csak csekély lehetősége van a mobbing megjelenésének.
- Írásos anyagot, füzetet állít össze, tájékoztat, felvilágosít, akár összejöveteleken, képzéseken, továbbképzéseken a témát illetően.
- Stratégiát dolgoz ki magának arra az esetre, ha ilyen jellegű problémát kell megoldani.

- A munkavédelem a munkáltató feladata, ami a dolgozónak nem csak a testi, hanem a lelki egészségének védelmét is magába foglalja.

## Az asszertivitás

A munkahelyi kommunikáció mentálhigiénés vetületének vizsgálatakor nagy jelentőséget kell tulajdonítani az **asszertivitásnak** is, ami adott esetben akár elejét is veheti a mobbing-tevékenységek kialakulásának. Az „asszertív” szó maga annyit jelent, mint „kellő határozottságú és öntudatos” személy vagy megnyilvánulás. A latin „assere” (= jogot formálni valamire) igéből származik, sokszor az önérvényesítés képességével azonosítják. Tulajdonképpen olyan kommunikációs készségről van szó, amely az arany középutat képviseli a passzív, behódoló és az agresszív, fenyegető megnyilvánulás között. Eszerint úgy kell viselkedni az élet feszült pillanataiban, hogy kifejezzük az érzéseinket is, de ugyanakkor ne bántsuk meg a másikat sem. Egy adott feszültségekkel teli helyzetben legyen képes az egyén megvédeni, megőrizni önmagát oly módon, hogy közben a másik ember (kommunikációs partner) érdekeit is szem előtt tartsa, vagyis empátiával, indulatmentesen közeledjen a másik ember felé, de közben ne inogjon meg, hanem maradjon mindvégig határozott.

Ez a képesség nem tartozik a veleszületett képességekhez, de gyakorlással elsajátítható. A vezetőképző tréningeken szinte mindenütt a képzési anyag részeként szerepel, azonban intézményen belül is gyakoroltatható lenne, akár a beosztottak körében is az eredményes kommunikáció érdekében.

Az asszertív beszédpartner képes határozottan megfogalmazni szándékait és céljait. Nyíltan kifejezi érzéseit, egyenesen, világosan kommunikál. Szóhasználata egyszerű és tárgyyszerű, kerüli a mellébeszélést és a körülírást. Nagyon fontos szerepe van itt a non-verbális kommunikációnak is: a mimikának, testtartásnak, gesztikulációnak. A beszélő magabiztosan mozog, testtartása valamint hangja nyugodt, állandó szemkontaktust tart és testbeszédével is alátámasztja, erősíti az általa mondottakat.

# SZORONGÁSOS ZAVAROK, HANGULATZAVAROK

**Szabó József**

Az elmúlt évek, évtized során az egészségügyi ellátásban világszerte felértékelődött a megelőzés szerepe. Ennek különös jelentősége van Magyarországon, ahol nemzetközi összehasonlításokban kifejezetten kedvezőtlenek az egészségi állapottal, az életkorral, élettartammal kapcsolatos statisztikai mutatók és az aktív-inaktív arány. A lakosság elöregedése mellett ebben szerepet játszik a rokkantsági nyugdíjasok kifejezetten magas száma is (2006-os adatok szerint meghaladja a 800 ezer főt). A környező országokhoz (pl. Szlovákia) viszonyítva nagyságrendbeli eltérések mutatkoznak. Az összes nyugdíjas számához viszonyított arányuk 30%, ami az Európai Unió átlagának 3-szorosa. A WHO statisztikái szerint minden 10 rokkantságból 5 pszichiátriai betegség miatt következik be, tehát a pszichiátriai kórképek, elsősorban a depresszió a rokkantságot előidéző leggyakoribb tényezők, becsléseik szerint ez az arány további növekedést fog mutatni.

A WHO és Világbank közös elemzése szerint a 15-44 éves korosztályban a lelki egészség zavaraiából eredő egészségügyi, gazdasági és társadalmi veszteségek a szív- és érrendszeri betegségek miatti veszteségnél ötször, a daganatos betegségek következményeinél hét és félszer nagyobbak.

Az Európai Parlament szintén 2006-ban elfogadott jelentése szerint az Európai Unióban 18,4 millió 18 és 65 év közötti ember szenved súlyos depresszióban, évente 58 000 uniós polgár vet önszántából véget életének, és ennél tízszer nagyobb az öngyilkossági kísérletek száma. A jelentés ráirányítja a figyelmet továbbá arra is, hogy a rossz mentális egészség társadalmi kirekesztés és megbélyegzés forrása, ráadásul a mentális betegségek óriási gazdasági költséget is jelentenek: egyes becslések szerint ez az EU GDP-jének 3-4 százalékát is eléri. A neuropszichiátriai zavarok felelősek a fogyatékosok egyharmadáért, a kórházi ellátási költségek 15 százalékáért, a gyógyszerköltségek közel egynegyedéért, a szociális munkások terhelésének feléért, és egyedül Nagy-Britanniában minden évben 90 millió munkanap kiesését jelentik.

A szenvedélybetegségek, elsősorban a hazánkban igen nagy arányban megjelenő alkoholfüggőség testi, lelki és szociális szövődményei miatt rengeteg ember veszi igénybe tartósan az egészségügyi és a szociális ellátórendszert. Ebből az következik, hogy a lelki betegségek megelőzése, valamint a másodlagos és harmadlagos prevenció szempontjából lényeges pszichiátriai és az addiktológiai rehabilitáció kiemelt fontosságú szakmai területté, társadalompolitikai, egészségpolitikai szempontból pedig stratégiai ágazattá válik, kell, hogy váljon.

Kopp Mária több, a nevéhez fűződő átfogó magyarországi vizsgálat eredményeinek összevetése után fogalmazza meg, hogy a súlyos depresszió 1988 és 1995 között a teljes magyar felnőtt lakosság körében 2,7%-ról 7%-ra növekedett. 2002 és 2006 között a súlyos depressziós tünetegyüttes előfordulási gyakorisága 4,3%-ról 9,2%-ra emelkedett a felnőtt férfi lakosság körében, és a megfigyelt kedvezőtlen tendencia nagyobb arányú volt a férfiak, mint a nők esetében. Míg 2002-ben 13,5 % volt a kezelésre szoruló, közepesen súlyos és súlyos depressziósok aránya mind a teljes népességet képviselő mintában, mint azok között, akik beleegyeztek az utánkövetésbe. 2006-ban ez az arány azok között, akiket a követéses vizsgálat során újra felkerestek 20 %-ra emelkedett, a férfiak között nagyobb mértékben, mint a nők esetében. A szorongásos zavarok, valamint konkrétan az egészségszorongás reprezentatív mintán történő vizsgálata során szintén Kopp Mária és munkatársai jutottak arra a következtetésre, hogy hazánkban a jelenség „népbetegség” méreteket öltött.

A munkahelyi stressz és az ahhoz kapcsolódó pszichoszomatikus betegségek, valamint a szenvedélybetegségek külön fejezet tárgyát képezik, így ebben a részben a fent említett okok miatt munkahelyi egészségvédelem és egészségfejlesztés szempontjából nem kevésbé fontos hangulatzavarok és a szorongásos zavarok ismertetését tűztük ki célul. Az adott kórkép felismeréséhez szükséges tünetek, panaszok ismertetésén túlmenően megpróbálunk magyarázatot adni azok kialakulására. Az esetleges érintett munkavállalók tájékoztatásának lehetővé tétele és kezelésbe irányítása miatt a gyógymódokat is ismertetjük, valamint összefoglalást igyekszünk nyújtani a megelőzési lehetőségekből, módszerekből.

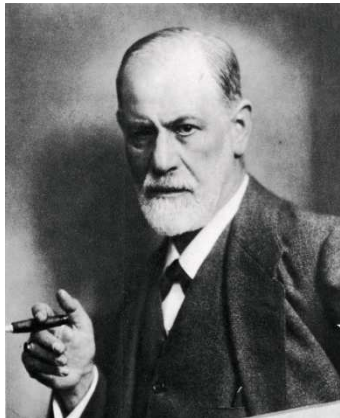
## A lélektan, valamint a szorongásos és hangulatzavarok lehetséges értelmezési keretei

A különböző tudományok megközelítési nézőpontjait, amelyek feltárják a kutatók alapfeltevéseit, strukturálják a tanulmányozott területet, és irányelveket nyújtanak a kutatáshoz és az adott tudomány gyakorlati tevékenységéhez, meghatározzák a tanulmányozott területeket, a feltett kérdéseket, a legitimnek tekintett információk körének értelmezését, paradigmáknak, vagy modelleknek nevezzük. Annak megértéséhez, hogy egy klinikus hogyan magyaráz és kezel egy specifikus viselkedésmintázattal bíró egyént, először is meg kell ismerni a modellt, amelyiknek a keretein belül a kóros folyamatokat értékeli.

### A lélektan nagy modelljei

#### 1. A pszichodinamikus modell

A pszichodinamikus (vagy pszichanalitikus) modell a legnagyobb múltra visszatekintő, legismertebb pszichológiai modell. Megalkotása **Sigmund Freud** (1856-1939) bécsi neurológus nevéhez fűződik.



Elméletének alapfeltevése, hogy viselkedésünk nagy része tudattalan folyamatokból ered. Ezalatt Freud olyan gondolatokat, félelmeket és vágyakat értett, amelyekről a személy nem tud, azok mégis befolyásolják viselkedését. Ezen feltevések alapján vezetett be a lélektanba számos alapvető fontosságú fogalmat, mint például az *id*, az *ego*, a *szuperego*, az *örömelev*, a *valóságelv*, az *énvédő mechanizmusok*, az *énideál*, a *komplexusok* stb. és alkotta meg személyiségfejlődési elméletét és terápiás repertoárját. Freud mellett a kora pszichoanalitikusok közül ki kell még emelni Carl Gustav Jung és Alfred Adler nevét, akik kezdetben Freud tanítványai és követői voltak, később azonban Freud alaptételeit részben megtartva kiegészítették saját téziseikkel, új iskolákat teremtve ilyen módon a mélylélektanban. Az irányzat későbbi fejlődési vonalából a self-pszichológia és a tárgykapcsolat-elmélet létrejöttét emelném ki.

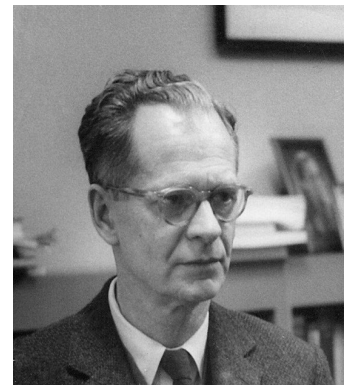
## 2. A behaviorista modell

A pszichodinamikus modell követőéhez hasonlóan a behaviorista szemléletű szakemberek is determinisztikusan szemlélik az emberi működést. Úgy vélik, cselekedeteinket nagyban az élettapasztalatok határozzák meg (15). Mindemellett a tudattalan folyamatok helyett a környezet ingereire adott válaszokra, viselkedésekre összpontosítanak. Elsősorban a tanulás folyamatait, alapelveit kutatják. Figyelmük középpontjában a kondicionálás áll, amelynek során azt vizsgálják, hogy az ingerek és a viselkedést megerősítő jutalmak változtatásával hogyan tudják befolyásolni a

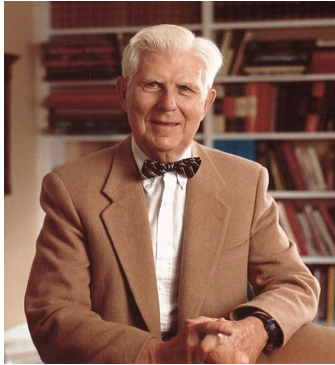


viselkedést. A klasszikus kondicionálást **Ivan Pavlov** orosz fiziológus írta le állatkísérletei alapján. Elméletén számos viselkedésterápiás módszer (pl.: szisztematikus deszenzitizáció) alapul. A behaviorista megközelítések másik nagy irányzata az Edward L. Thorndike és **B.F. Skinner** nevéhez fűződő, a megerősítés fontosságát hangsúlyozó operáns kondicionálás, amelyiken szintén

számos viselkedésterápiás módszer (pl.: zsetongzaldalkodás) nyugszik. A harmadik behaviorista elmélet a modellkövetés fontosságát hangsúlyozza. A modellkövetés olyan tanulási forma, amelyben a személy a megfigyelésen és utánzásokon keresztül sajátítja el válaszait, azaz megfigyel másokat és utánozza a viselkedésüket. Ez különösen akkor valószínű, ha a leutánzott viselkedést megerősítés (jutalom) követi. A modellkövetés leírása és a modellkövetéses terápia megalkotása Albert Bandura nevéhez fűződik.



### 3. A kognitív modell

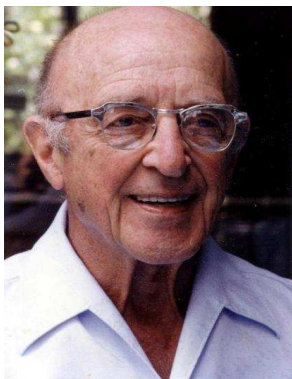


Kognitív elméletek első ízben történő felvetése **Aaron Beck** és Robert Ellis nevéhez fűződik. A két elméletalkotó az 1960-as évek elején azt állította, hogy a viselkedés, a gondolkodás és az érzelmek háttérében kognitív folyamatok állnak, és hogy a rendellenességeket úgy érthetjük meg, ha a kognitív tartományt vizsgáljuk. A rendellenes működés mögött tehát kognitív problémák, sajátos nyugtalanító gondolatok és illogikus gondolkodási folyamatok állnak. Ezeket nevezi Ellis irracionális alapfeltevéseknek, Beck kognitív terápiájában pedig negatív automatikus gondolat, diszfunkcionális attitűd és maladaptív séma elnevezéssel jelenik meg. A kognitív gyökerekkel rendelkező, napjainkban divatos és sokat ígérő neurolingvisztikai programozásnak nevezett pszichoterápiás irányzatot is e modell keretei között megemlíteni. Fő módszere a nyelvi szinten történő újraprogramozás, amelynek következtében lehetővé válik a viselkedésünket meghatározó korábbi emlékeink, élményeink átdolgozása, újraértelmezése (Beck et al, 1997).

### 4. A humanisztikus-egzisztencialista modell

A humanisztikus és az egzisztencialista elméletalkotókat a meglévő különbségek ellenére általában együtt, egy kategóriába sorolva emlegetik, mivel mindkét megközelítés az emberi lét tágabb dimenzióira összpontosít (Comer, 2000).

A humanisztikus megközelítés képviselői szerint az ember alapvetően barátságos, kooperatív, konstruktív lény, akit élete során az önmegvalósítás elve, a jóságra, és a személyes növekedésre való törekvés vezérel. Ezen elvek alapján dolgozta ki **Carl**



**Rogers** (1902-1987) a kliensközpontú terápiás megközelítést, amelynek legfontosabb elemei és hatótényezői a feltétel nélküli elfogadás, az empátia és a kongruencia, amelyek segítségével növelhető a kliens önismerete, önfogadása, tudatossága (Atkinson et al, 1997).

Az egzisztencialisták úgy vélik, hogy a pszichológiai diszfunkciókat az ember önbecsapásai okozzák, ami alatt az



élet felelősségei elől való menekülést, és annak fel nem ismerését értik, hogy saját maguk azok, akik értelmet adhatnak életüknek, valamint hogy ennek megvalósításához rendelkeznek a szükséges képességekkel és szabadsággal. Az egzisztencialista terapeuták arra bátorítják klienseiket, hogy vállaljanak felelősséget életükért, bajaikért, ismerjék fel, hogy választásaikban szabadok, és lehetőségük van értelemmel és értékekkel teli autentikus életre. A humanisztikus terapeutákhoz hasonlóan nagy hangsúlyt fektetnek a klienssel való kapcsolat minőségére, légkörére. Legjelentősebb képviselői közül Viktor Frankl emelném ki, aki megállapította (náci koncentrációs táborba zárva), hogy a szenvedésben spirituális jelentést felfedezni képes áldozatok ellen tudnak állni a kétségbeesésnek és életben maradnak. Az ő nevéhez fűződik a logoterápiának nevezett egzisztencialista terápiás forma megalkotása is (Lukas, 2011), amely a külön fejezetett kapott filozófiai praxis témánál kerül részletes ismertetésre.

## **5. A biológiai modell**

A jelenlegi pszichiátriai gyakorlatban legelterjedtebb, ám dolgozatomban témáját tekintve legkisebb fontossággal bíró biológiai modellt igyekszem a lehető legrövidebben ismertetni. Az elsősorban biológiai megközelítésekkel dolgozó szakemberek minden pszichológiai esemény háttérében az agy és az idegrendszer aktivitását feltételezik, és igyekeznek azt a testen belül (elsősorban az agyban) zajló neurotranszmitter rendszer változásaihoz kapcsolni. Az egyes funkciókat és diszfunkciókat pedig bizonyos agyterületek működéséhez kötik. Beavatkozási módszereik ennek megfelelően elsősorban neurobiokémiai (gyógyszeres) természetűek.

### **Normalitás, abnormalitás, pszichopatológia**

A pszichés rendellenesség fogalmának meghatározása nem egyszerű feladat, mivel függ az adott társadalom értékeitől, normáitól, tehát meglehetősen szubjektív és viszonylagos. Egyes elképzelések, mint például a Thomas Szasz által kifejtett antipszichiátriai irányzat egyenesen tagadja azok létét, amit pedig a társadalom kórosnak minősít, azokat a jelenségeket egyszerűen csak életünk nehézségeinek, azok megnyilvánulásának, természetes velejárójának tartja, még ha esetenként oly

furcsák, kirívóak is. Szükség van éppen ezért az abnormális viselkedés meghatározásához valamiféle széles körű konszenzusra, amelynek legelfogadottabb formája napjainkban a normális fogalmából való indirekt meghatározásra épül. A normalitás fogalmának meghatározására a lélektan művelői több kísérletet is tettek, ezek közül ismertetnénk néhányat:

- **Preston:** Lelki egészség azt jelenti, hogy az egyén képes fizikai adottságainak megfelelően, más emberekkel együttműködve, boldogságot, örömet érezve, képességeit kibontakoztatva, önállóan élni.
- **Allport:** normális, egészséges embernek csak az érett személyiségű embert lehet nevezni, akire jellemző, hogy saját szükségleteit kielégítően dolgozik, az egész életvezetését meghatározó életszemlélet szerint tevékenykedik, gondolkodik, él, örül.
- **Erikson:** az egyén saját magát, mint behelyettesíthetetlen egyszeri valóságot éli meg, és a régmúlt időkben élt emberekkel, más kortársakkal közösséget vállalva, velük azonos emberi méltóságot, szeretetet, törvényeket, célokat vallva éli életét.
- **Wishner:** a pszichikum egészsége és patológiája közötti kontinuum úgy fogható fel, mint annak a hatékonysága, ahogy az egyén a környezetnek vele szemben támasztott követelményeinek megfelelni képes.
- **Freud:** az egészséges ember képes dolgozni és szeretni (Comer, 2000).

Buda Béla nyomán a normalitás ismérvei a következők:

1. általános alkalmazkodási képesség
2. örömképesség (szexuális örömkészség, munkájának szeretete, ellazulás képessége)
3. kompetens interperszonális viselkedés
4. megfelelő intellektuális képességek
5. érzelmi és motivációs kontroll (jó frusztrációtűrő képesség, megfelelő szorongáskontroll, erkölcsi érzék, megfelelő énerő)
6. szociális attitűdök (empátia, intim kapcsolat kialakítására és fenntartására való képesség)
7. produktivitás

8. autonómia (érzelmi függetlenség, önbizalom)
9. integráltság (különböző késztetések sikeres összehangolása)
10. kedvező énkép

Az indirekt meghatározási mód szerint tehát a lelki betegségek fő jellemzője, hogy a felsorolt, normalitásra jellemző kritériumok közül valamelyik, vagy több egyidejűleg hiányzik. Általánosságban véve elmondható, hogy a pszichés rendellenességek rendelkeznek az alábbi négy fontos jellemzővel:

1. Deviánsok (társadalmi értékektől, normáktól elhajlók, eltérők)
2. Szervedést okoznak
3. Diszfunkcionálisak (Felborítja a mindennapi életet, társas kapcsolati, munkavégzési képtelenséggel jár)
4. Veszélyeztető (hetero- és autoagresszivitás, azaz konkrét veszély önmagára, vagy másra vonatkozóan)

Korábban a kultúrák és a tradíciók különbözősége miatt az egyes országok pszichiátere, pszichológusai egymástól gyakran jelentősen eltérően értékelték tüneteket, állapotokat, interkulturális összehasonlító vizsgálatokban gyakran ugyanazon beteg vizsgálatakor egészen eltérő diagnózisra jutottak. Az 1950-es években merült fel az igény valamiféle általános, vagy legalább széles alapú konszenzusra épülő klasszifikációs rendszer létrehozására, amely kizárná az imént említett hibalehetőséget, és egyforma diagnosztikai és kezelési gyakorlatot vonna maga után. Így született meg a DSM (Diagnostic and Statistical Manual ), az Amerikai Pszichiátriai Társaság Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve, amely később általánosan elterjedt. Rendszeresen revideálják és újabb kiadásokat bocsátanak ki. Jelenleg az 5. kiadás van érvényben. Ennek felhasználásával, de korántsem teljes átvételével készült a BNO (Betegségek Nemzetközi Osztályozása) pszichiátriai fejezete, amely ma a WHO tagországok egységes diagnosztikai módszereinek kézikönyve, és hivatalosan ennek mentén történik a diagnosztikai munka hazánkban is. .

A pszichés zavarokat az alábbi kategóriákba sorolja:

- F00-F09 Organikus és szimptomás mentális zavarok

- F10-F19 Pszichoaktív szer használata által okozott mentális és viselkedészavarok
- F20-F29 Schizophrenia, schizotypias és paranoid zavarok
- F30-F39 Hangulatzavarok
- F40-F49 Neurotikus, stresszhez társuló és szomatoform zavarok
- F50-59 Viselkedészavarok, melyek fiziológiai zavarokkal és testi tényezőkkel társulnak
- F60-F69 A felnőtt személyiség és viselkedés zavarai
- F70-F79 Mentális retardáció
- F80-F89 A pszichés fejlődés zavarai
- F90-F99 A viselkedés és érzelmi-hangulati élet rendszerint gyermekkorban vagy adolezcenciában jelentkező zavarai

### A szorongásos zavarok

Normalitás-abnormalitás, funkcionalitás-diszfunkcionalitás szempontjából talán a legnehezebben megragadható, az egészséges és a kóros határvonalának meghúzósa szempontjából talán a legkényesebb állapotokról van szó, amikor szorongásos zavarokról beszélünk. Mindenkivel történt már olyan, hogy valamilyen a testi épségét, vagy biztonságát, jól-létét veszélyeztető környezeti hatásra heves ijedtséggel reagált, amikor ennek nyomán esetleg észlelte is a légzésének felgyorsulását, pulzusszámának emelkedését, saját heves verejtékezését. Bár nem kellemes érzés, mindenképpen elmondhatjuk, hogy adaptív, a saját túlélésünket, épségünket biztosító funkció rejlik mögötte, amelynek az evolúció során igen jelentős szerepe is volt. A félelemhez hasonló, ám konkrét környezeti ingerhez, tudatosult fenyegető veszélyhez nem tartozó megjelenése ennek az érzellem állapotnak a szorongás, amely alapesetben szintén jól szolgálhatja a túlélést. Bizonyos emberek esetében azonban ez a szorongás túlságosan erőteljesen jelentkezik, vagy a szokványosnál, elvárhatónál hosszabb ideig áll fenn, ilyenkor jelentős szubjektív szenvedést is hordozva magával. Ezek az emberek valamilyen szorongásos zavarban szenvednek. A szorongásos zavarok fő típusai a *generalizált szorongás*, a *pánikbetegség*, a *fóbiák*, a *kényszerbetegség* és a *poszttraumás stressz zavar*. Biológiai megközelítésben a vegetatív idegrendszer olyan zavarairól van szó,

amelyek a szervezet endokrin rendszerében lépnek fel, a mellékvesékben képződő, a szervezet vészreakcióit szabályozó hormonokat tartalmazó kortizol képződésének, felszabadulásának zavara. Biológiai terápiája szorongáscsökkentő gyógyszerek és antidepresszánsok adásával történik, amelyek az említett folyamatokra gyakorolnak normalizáló hatást. A szociokulturális elméletek alkotói szerint a szorongásos zavarok kialakulása szempontjából veszélyeztetettebbek azok, akik tényleges veszélyt hordozó társadalmi hatásoknak vannak kitéve. Tehát a fenyegető, veszélyeztető környezet eredménye lehet, hogy tartós szorongást, ezáltal fáradtságot és minden testi vonatkozását átéljük. A pszichodinamikus felfogásban az általuk neurózisoknak nevezett kórképek hátterében az elfogadhatatlannak ítélt ösztönök és az őket kísérő szorongás áll, amelyet énvédő mechanizmusok segítségével próbálunk féken tartani. Az úgynevezett neurotikus énvédő mechanizmusok, mint például a projekció eredményezik ennek a féken tartási kísérletnek az eredménytelenségét és lép fel a neurózis. Freud jelen kori követői már inkább nagyobb jelentőséget tulajdonítanak a szülők nevelési stílusának, amely bizonyos esetekben (túlféltő szülő) serdülő vagy felnőtt korban szorongásos kórképek megjelenéséhez vezethet. Carl Rogers személyközpontú elmélete szerint az emberek csak a feltétel nélküli elfogadás és empátia légkörében képesek hatékonyan működni, amelynek hiánya okozhatja a szorongásos kórképek megjelenését, a terápiában a terapeuta is ezt kínálja, kiegészítve a harmadik fontos hatótényezővel, a kongruenciával, és az így megteremtett biztonságos légkör ad lehetőséget a kliens önaktualizációs készségeinek mozgósítására, amelytől remélhető a gyógyulást hozó fejlődés. A XX. század második felében megjelenő egzisztencialista irányzatok képviselői szerint a szorongás nem más, mint az emberi létünk korlátaiból, szabadságából és felelősségeiből fakadó általános emberi félelem. Azért félünk, mert tudjuk, hogy meghalunk, és felismerjük azt is, hogy döntéseink, cselekedeteink mások érdekeit sérthetik. Nézeteik szerint a szorongás enyhítése döntések és a felelősség felvállalásával, életünk értelemmel való felruházásával lehetséges. A kognitív pszichológia területéről fellelhető magyarázatok közül Robert Ellis, a racionális-emocionális terápia megalkotója szerint a szorongás hátterében alapvető irracionális feltételezések állnak. Példaként kettőt említek az Ellis által megfigyelt és leírtak közül:

1. rettenetes és kétségbeejtő érzés, ha a dolgok nem úgy sikerülnek, ahogy szeretnénk.
2. Fokozottan oda kell figyelni a veszélyt jelentő vagy félelmet keltő dolgokra, és soha nem szabad megfélekezni véletlen bekövetkezésük lehetőségéről.

Az ilyen és ehhez hasonló, állandóan jelenlévő alapfeltételezések mellett az objektív szemlélő számára kevésbé stresszesnek tűnő, vagy ható események is heves szorongást váltanak ki az adott személyből. Aaron Beck kognitív terápiájának alapelve szerint is ilyen irracionális feltételezések állnak a szorongásos zavarok hátterében, de ezeket Beck három kategóriára osztotta azok rögzültsége, megközelíthetősége és formálhatósága szerint. A legkevésbé rögzültek, könnyen felderíthetők és átalakíthatók a *negatív automatikus gondolatok*, az ennél régebbi, rögzültebb és emiatt nehezebben átalakíthatók, hatástalaníthatók az úgynevezett *diszfunkcionális attitűdök*, a koragyermekkoriban személyiségfejlődésben eredő, nehezen feltárható, és csak hosszas pszichoterápiás munkával átalakíthatókat pedig *maladaptív sémáknak* nevezte el. A pszichoterápia lényege pedig mindezek feltárása, átalakítása. Néhány szorongásos zavart eredményező diszfunkcionális attitűd Beck gyűjtéséből:

1. minden szokatlan helyzet veszélyeket hordoz magában.
2. Legjobb mindig a legrosszabbra felkészülni.
3. Senkiben és semmiben nem lehet megbízni addig, amíg az ellenkezője be nem bizonyosodik.

Ezek után nézzük meg a leggyakoribb, általunk legfontosabbnak vélt szorongásos zavarokat, azok tüneteit, kóroktani hátterüket és kezelésüket:

**Generalizált szorongás:** a szorongás és a kapcsolódó testi tünetek szinte állandóan, bár változó intenzitással jelen vannak, nem valamilyen jellemző helyzet váltja ki őket. A betegek leggyakrabban állandó idegességérzést, remegést, szédülést, szívdobogásérzést, gyomorfájdalmat, fáradékonyságot, gondolkodászavart (feledékenységet) panaszkodnak. A BNO-'0 szerint is fő tüneteinek a következők:

1. nyugtalanság vagy idegesség, „felhúzotttság” érzése

2. fáradékonyság
3. koncentrációs zavarok, „gondolkodásképtelenség”
4. ingerlékenység
5. izomfeszültség
6. alvászavar (elalvási vagy átalvási nehézség) vagy nyugtalan nem kielégítő alvás

A diagnózis kimondása akkor lehetséges, ha a szorongás vagy aggodalom a fenti 6 tünetből legalább hárommal társul, amelyeknek legalább egy része hat hónapja, a napok nagy részében fennáll. A tünetek általában lassan, fokozatosan fejlődnek ki, a zavar elhúzódó lefolyást mutat, bár a tünetek súlyossága az idő folyamán változhat. Az állandósult szorongás tartós, az életet nehezítő állapotot eredményez. A beteg fizikai és/vagy szellemi teljesítőképessége és ezzel együtt munkabíró képessége jelentősen csökkenhet, társadalmi kapcsolatokban visszahúzódóvá válik, súlyos esetben szociális izoláció következik be. A krónikus lefolyás mellett negatív életesemények, környezeti stresszorok a tünetek felerősödését okozzák. Differenciáldiagnosztikai szempontból fontos kizárni a kémiai szerek indukálta állapotokat, mint a koffeinintoxikáció, az alkoholemegvonás, a nyugtató-, altatószerek okozta megvonási tünetek, a különféle izgatószer abususokat, valamint a testi betegségekkel járó szorongásos állapotokat (pl. hyperthyreosis). A pszichiátriai betegségek közül el kell különíteni a pánik zavartól, a szociális fóbiától és egyéb fóbiás betegségektől, a kényszerbetegségtől, a hangulatzavaroktól, a szomatiform zavaroktól és a személyiségzavaroktól. Megemlítendő azonban, hogy a generalizált szorongásos zavar gyakran társul pánik zavarral, különféle fóbiákkal, depresszióval és kóros szerhasználattal (alkoholabúzus). Előfordulása családi halmozódást mutat, emellett igen fontos kóroktani tényezők lehetnek a következők: folyamatos fenyegetés az egyén számára fontos személyek irányából, folyamatos negatív visszajelzés az egyén számára fontos személyektől, stresszes életmód és a személyiség pszichológiai sérülékenysége (Comer, 2000).

Kezelése: Gyógyszeres kezelése anxiolitikumok (szorongásoldók) és antidepresszívumok (hangulatjavítók) adásával történik. A generalizált szorongásban a fent részletezett kognitív pszichoterápiával történő korrekciója igen

fontos és bizonyítottan hatékony. A kognitív terápia alapjai viszonylag könnyen elsajátíthatóak. A betegek többnyire szívesen vállalnak gyógyulásuk érdekében „házi feladatokat”, melyek az önkontrollon alapulnak. A betegek megtanulják, hogyan kell felismerni és követni saját automatikus gondolataikat, hamis feltevéseiket, majd ezt követően egyre komplexebb és nehezebb teszthelyzeteknek teszik ki saját magukat és megtanulják azok eredményét értékelni. Igen hatékony kiegészítő technika a szerepjátszás, melynek része a szerepcsere is (a terapeutával vagy páciensekkel, esetleg családtagokkal). A hamis feltevések korrekciója nélkül nem gyógyul meg a beteg.

A relaxációs technikák is hasznosak lehetnek (Szőnyi, 2000). Autogén tréning alkalmazása esetén azonban sajnos a betegek egy részének a szorongása fokozódik, nekik más módszerek segíthetnek (pl. a progresszív relaxáció). (Kopp, Berghammer, 2009)

**Pánik zavar:** A pánik tünetcsoport egy hirtelen kialakuló, specifikus inger nélkül jelentkező súlyos szorongással és testi tünetekkel járó roham., melyet nem meghatározott helyzet vagy körülmény vált ki. Mivel nem függ a környezettől, jelentkezését előre jelezni nem lehet. Pánik zavarról vagy pánikbetegségről akkor beszélünk, ha a rohamok rendszeresen ismétlődnek és két roham között szorongásmentes időszak van. Jellemző tünet az ismétlődő, súlyos szorongással, intenzív félelemmel és különféle testi és/vagy kognitív tünetekkel járó roham, valamint az ún. anticipátoros szorongás (félelem egy újabb rosszulléttől) kialakulása. Leggyakrabban előforduló panaszok a pánikroham során: heves szívdobogás érzése, szapora szívverés; izzadás, verejtékezés; remegés, reszketés; fulladás- vagy légszomj érzése; toroktáji gombócérzés; mellkasi fájdalom vagy diszkomfort érzése; hányinger és/vagy hasi diszkomfort; szédülés, bizonytalanság-, vagy ájulásérzés; a valóság megváltozásának, vagy a realitás elvesztésének az érzése (derealizáció); olyan érzés mintha elvált, elszakadt volna saját magától (deperszonalizáció); a megőrüléstől vagy az önkontroll elvesztésétől való félelem; halálfélelem; zsibbadás, bizsergés, érzéketlenség; hideg-, meleg hullámok érzése, hidegrázás vagy kipirulás. Előfordul még: fejfájás, szapora légvétel, gyengeségérzés, izomgörcsök, izomfájdalmak, szájszárazság, viszketés, fokozott bélmozgás, vizelési inger.



A pánikrohamra jellemző, hogy hirtelen kezdődik, néhány percen belül eléri a maximális intenzitását, majd 10-30 perc múlva oldódik. A roham jelentkezésekor semmilyen objektív veszély, megjósolható, biztos helyzet nincs. Pánikzavar esetén két roham között relatíve szorongásmentes időszak van, de a beteg aggódik, fél egy újabb roham kialakulásától. A rohamokkal kapcsolatban jelentős magatartásváltozás alakul ki. A beteg fél olyan helyen tartózkodni ahonnan a menekülés nehéz, fél, hogy nincs kéznél azonnali segítség rosszullet esetén. Ezen félelmek jelentős nehézségeket okoznak a beteg életvitelében, életterét, társadalmi kapcsolatait beszűkítik, munkavégző képessége csökkenhet. Jellemző lehet még a nyugtalanság, koncentrációzavar, a hangulati nyomottság, a rossz közérzet, a fokozott síráskészség, a kilátástalanság érzése, a kétségbeesés. Alvászavarok léphetnek fel. A pánik roham gyakran valamely ún. testi betegség kapcsán kialakult rosszullet formáját öltheti, pl. szív táji szorító érzés, fájdalom anginás roham, infarktus lehetőségét veti fel, ennek kizárása érdekében intézeti ellátásra kerülhet a beteg. Ezt követően gyakran alakulnak ki félelmek különféle betegségek től, leggyakrabban szívrohamtól. A pánikzavar előfordulása 2-4 %, 2-3-szor gyakrabban fordul elő nőknél. Általában a húszas évek elején kezdődik. A pánik zavar kialakulásában leggyakrabban előforduló pszichotraumák és életesemények a következők: gyász, egzisztenciális nehézségek, házassági-, párkapcsolati problémák, családi konfliktusok, válás, balesetek átélése vagy látványa, munkahely elvesztése, betegség.

A gyógyszeres- és a pszichoterápia kombinációjával a betegek 70-80 %-ában néhány héten belül jelentős javulás, gyakran tünetmentesség érhető el. Ell kell különíteni a fóbiák esetében jelentkező szorongásos rohamtól. Ki kell zárni más pszichiátriai betegségeket is mint pl. a depressziót. Elsődleges depresszióban is előfordulhat pánik roham és szorongás. Előfordulhat még generalizált szorongásban, kényszerbetegségben, szomatiform zavarokban, személyiségzavarokban, deperszonalizációban, schizophréniában, szenvedélybetegségekben is. Fontos kizárni azokat a testi betegségeket is, amelyek utánozhatják a pánik-tünetcsoportot. Legfontosabbak: hyperthyreosis, hyperparathyreosis, phaeochromocytoma, myocardialis infarctus, angina, hypoglycaemia, supraventricularis tachycardia. Kizárandó még a kémiai szerek (koffein, alkohol, gyógyszerek, egyéb drogok)

indukálta pánik roham, ill. szorongásos állapot.

A pánikbetegség fő tünetei (BNO szerint):

- heves szívdobogás, szapora szívverés
- remegés, reszketés
- fulladás- vagy légszomj-érzés
- fuldoklás (torokgombóc-érzés)
- mellkasi fájdalom vagy diszkomfort
- hányinger vagy hasi diszkomfort
- szédülés, bizonytalanság vagy ájulásérzés
- a realitás elvesztésének érzése, vagy olyan érzés, mintha elvált, elszakadt volna saját testétől
- megőrüléstől vagy az önkontroll elvesztésétől való félelem
- halálfélelem
- zsibbadás, érzéketlenség, bizsergés
- hidegrázás vagy kipirulás, hevülés

Pánikbetegségről akkor beszélhetünk, ha a fenti tünetek közül legalább 4 (vagy több) hirtelen fejlődik ki és maximális intenzitását 10 perc alatt eléri.

A generalizált szorongáshoz hasonlóan családi halmozódást mutat, további fontos kóroktani tényezők lehetnek a következők: hibás tanulási mechanizmusok, stresszes életmód, a személyiség pszichológiai sérülékenysége, házassági problémák (Comer, 2000).

Kezelése a generalizált szorongáshoz hasonlóan gyógyszeres terápia (anxiolitikumok, antidepresszánsok) és pszichoterápia, elsősorban kognitív viselkedésterápia alkalmazásával történik (Kopp, Berghammer, 2009).

**Fóbiák:** Maga a szó a görög *félelem* kifejezésből származik, valamilyen meghatározott dologtól, helytől, helyzettől, tevékenységtől való folyamatosan fennálló indokolatlan félelmet jelenti. A fóbiás betegek döntő többsége átlátja, hogy félelmének mértéke irreális, ám ha a felsorolt környezeti ingerekkel (azok közül a

személy számára kritikussal) szembe kell nézniük, akkor képtelenek uralkodni félelmükön. A jelenlegi érvényes és széles körben elfogadott diagnosztikai rendszerek alapvetően három típusát különböztetik meg a fóbiáknak:

1. **Agorafóbiák:** ebben az esetben valamilyen speciális térbeli elhelyezkedéstől való irreális félelmet jelent. Vannak, akik a nagy, nyílt tereken való megjelenést, közlekedést képtelenek elviselni, másokat pedig éppen a kicsi, zárt helyek riasztanak (klausztofóbia). de nagyon gyakori például a magasságtól való iszonyodás is (akrofóbia). Az agorafóbia gyakran pánikbetegséghez társul, éppen a rosszulétektől való félelem, és a biztonságot jelentő otthon elhagyásától való félelemre épül. ilyen esetekben természetesen a két zavar együtt kezelendő.
2. A fóbiák másik nagy kategóriája a **szociális fóbia**: lényege az emberekkel kapcsolatos túlzott szorongás. A betegségben szenvedő személyek betegesen félnek attól, hogy az emberekkel való találkozás, beszélgetés során, különösen több személy vagy idegenek előtt felsülnek, zavarba jönnek, megszégyenülnek. Az az érzésük, hogy ilyen helyzetekben a figyelem rájuk terelődik, és ez szinte bénítólag hat. Egészséges emberek is tapasztalnak hasonló érzéseket különleges esetekben, pl. lámpaláz, vizsgadrukk, ünnepélyes alkalmakkor (kitüntetés átvételekor, vagy esküvőn attól félnek, hogy biztosan hasra esnek, stb.) A szociális fóbiásokra jellemző, hogy rettegnek mindenfajta nyilvános szerepléstől, leblokkolnak a vizsgán, és képtelenek megcsinálni a rutinfeladatokat, ha mások figyelik őket. Ez utóbbi jelenség közismerten előfordul normál személyeknél is: „Ne nézz, mert akkor elrontom, eltévesztem” stb.! Szociális fóbia esetén bénító a „lámpaláz”, elég egy boltba bemenni, egy telefont felvenni, vagy egy idegen kérdésére válaszolni az utcán. Ilyen szituációkban remegést éreznek, heves szívdobogás lép fel, verejtékeznek, és gyakran elpirulnak (esetleg hányinger és gyakori vizelési inger, illetve ideges hasmenés is jelentkezhet.) Gyakran már az is kiváltja a szorongást és annak testi jeleit, ha ilyen, számukra kínos szituációra gondolnak. Ezen tünetek megjelenése tovább fokozza a zavarukat és szégyenüket. Ezért aztán kerülnek minden helyzetet, ahol

rájuk irányulhat a figyelem, zavarba jöhetnek, megszólíthatják őket. Otthonukban vannak csak biztonságban, de ott is csak akkor, ha váratlan látogató (akár családtag is), vagy telefonhívás nem provokálja félelmüket. A szociális fóbiákban szenvedők gátlásosak, rossz az önértékelésük, a kritikákra nagyon érzékenyek, és lehetőség szerint kerülnek mindenféle szereplést és megmérettetést. A nyilvánosságtól annyira félhetnek, hogy nem képesek egy hivatalba bemenni, egy étteremben étkezni vagy egy nyilvános WC-t használni. Ez persze életterüket rendkívül beszűkíti, munkaképességüket és kapcsolataikat megrontja. Ezért a szociális fóbiások mintegy 20 %-a tartósan munkaképtelenné – rokkantnyugdíjassá – válik! Ha figyelembe vesszük, hogy előfordulási gyakorisága tankönyvi adatok szerint minimum 2,5 %, (az újabb amerikai felmérések szerint élete során a lakosság 15 %-át érinti), akkor könnyen elképzelhető, hogy milyen súlyos következményekkel jár ez a szorongásos betegség, a betegek és családtagjaik szenvedésén kívül a kezeletlen esetek anyagi kihatása is igen jelentős. A szociális fóbia típusosan serdülő- vagy fiatal felnőtt korban kezdődik, mindkét nemben előfordul, krónikus lefolyást mutat, csekély spontán hullámmal. Gyakran társul egyéb szorongásos betegségekkel, elsősorban pánikbetegséggel és agorafóbiával. A kétségbeesett öngyógyító erőfeszítések eredményeképpen a betegség gyakran vezet alkoholizmushoz és drogabúzáshoz (Comer, 2000)

Tünetei:

Állandó félelem olyan helyzetektől, ahol a beteg érzései szerint más személyek figyelmének központjába kerül, zavarba jöhet, vagy megszegyenülhet.

Ez a félelem nem más pszichés betegség, vagy annak leplezésének következménye

Az adott szituáció minden esetben azonnali szorongást provokál.

A beteg kerüli a szorongást okozó helyzeteket, vagy azokat csak nagy szorongással viseli el.

Ez az elkerülő magatartás munkaképességére, kapcsolataira kedvezőtlen kihatással van, és jelentős szubjektív feszültséget okoz.

A beteg maga is felismeri, hogy félelme túlzott és irracionális.

A betegség kezelésében pszichoterápiás és gyógyszeres módszerek is alkalmazhatók. A pszichoterápia viselkedés- és/vagy kognitív terápia lehet: a szociális viselkedés tréningje, ingerelárasztás, relaxációs módszerek (Szőnyi, 2000), tudatos viszonyulás és belátás átstrukturálása. Gyógyszeres kezelésen nem a hagyományos nyugtatók, hanem bizonyos antidepresszánsok, valamint szorongásoldók (pl.: clonazepam) jönnek szóba.

3. **Specifikus fóbiának** nevezzük mindazokat a fóbiákat, amelyek nem sorolhatók be a fóbiák két előbbi kategóriájába. A betegek a félelmük tárgyát képező környezeti inger megjelenésekor kétségbeesett, uralhatatlan rettegést élnek át. Több mint 300 fajtája ismert, attól függően, hogy milyen tárgy okozza a rettegést. Néhány példa: arachnofóbia (pók), aerofóbia (repülés), anglofóbia (minden, ami angol), dermatofóbia (bőr), fotofóbia (fény), androfóbia (férfiak), pediofóbia (gyerekek), mizofóbia (fertőzés), tonitrofóbia (mennydörgés), stb. Kezelése nagyon hasonlít a korábbiakban említett fóbiák kezeléséhez, kiemelt szerepet kap benne egy viselkedésterápiás technika, a szisztematikus deszenzitizáció. Meg kell még említeni a napjainkban az annak elméletére épülő, a modern technika lehetőségeivel élő virtuális valóság terápia.

**Poszttraumás stressz zavar:** A poszttraumás stressz zavar (PTSD) egy olyan szorongásos tünetegyüttes, amely egy pszichológiailag traumatikus esemény után alakul ki. Legfontosabb tünete, hogy az érintett nem mutat érdeklődést korábbi tevékenységei iránt, másoktól elidegenedik, magát a traumát pedig állandóan újraéli, újrajátssza, akár emlékei felidézésével, akár álmaiban. Tipikus tünet az alvás- és a koncentrációs zavar, a lelassultság vagy az izgatottság is. Emellett vegetatív (szívdobogás, mellkasi szorítás, gyomor- és bélrendszeri zavarok, izomfeszültség, légzési nehézség) hangulati (melankólia, depresszív hangulat, felhangoltság) és kognitív tünetek (negatív gondolati körök, gondolati „kattogás”, zavaró, katasztrófizáló gondolatok) is kialakulnak. Fő tünetei a következők:

1. Szorongásos panaszok (félelmek, kényszercselekvések, pánikrohamok).

2. Magatartásváltozások (agresszió, antiszociális magatartás, öngyilkossági kísérlet).
3. Kognitív funkciók károsodása, azaz figyelem- és koncentrációzavar, döntésképtelenség és fáradékonyság.
4. A gondolkodás és a beszéd zavarai (körülményeskedő beszéd, asszociációs zavarok).
5. Hangulati- és érzelemzavarok (harag, apátia, ingerlékenység).
6. A munkahelyi és szociális teljesítmény zavarai (csökkent munkateljesítmény, hiányosan betöltött szociális szerep).
7. Személyiségjegyek változása (romló kapcsolatok, közöny mások iránt).
8. Vegetatív testi tünetek (szédülés, veritékezés, alvászavar, diffúz testi panaszok).

A poszttraumás stressz kezelése történhet pszichoterápiával, de lehetséges farmakoterápiával, tehát gyógyszeresen is antidepresszánsokkal, anxiolitikumokkal. A gyógyulási idő pedig mindig egyéni jellemzőktől és a terápiás eljárástól függ. Ez utóbbiak miatt a rehabilitáció hosszúsága csak egyénre szabottan határozható meg. A veszélyes, balesetek előfordulása szempontjából kiemelt figyelemre érdemes munkahelyeken külön jelentőséggel bír, megelőzésére is érdemes figyelmet és energiát fordítani. A zavar kialakulását a megküzdési stratégiák fejlesztésével erősítésével lehet kivédeni (ebben tréningek és pszichoterápia segíthet), ezek ugyanis könnyebbé tehetik a traumák feldolgozását (Kopp, Berghammer, 2009).

## A hangulatzavarok

Az emberi hangulat rendkívül változékony, az életünk eseményei által nagyban befolyásolt, meghatározott állapotunk. Hangulatzavarokról általában akkor beszélünk, ha ez az eseményekhez kötött változékonyság eltűnni látszik, és az egyén a vele történő dolgoktól függetlenül hosszú ideig marad ugyanabban az általában szélsőséges hangulati állapotban. Két fő megjelenési formája a depresszió és a mánia. Az első egy igen reménytelen, szomorú, sivár, nyomasztó állapot, míg a mánia annak éppen ellenkezője, egy eufórikus, tettekre kész, energiagazdag állapot. A

depressziótól szenvedő emberek nagy része soha nem él más mániás állapotot, ilyen esetekben beszélünk unipoláris, a mániás állapottal váltakozó zajlású esetekben pedig bipoláris depresszióról. A bipoláris zavarok kórereditüket tekintve elsősorban biológiai, genetikai eredetűek. ennek megfelelően gyógyításuk is főként biológiai természetű, munkahelyi megelőzés szempontjából nem releváns jelenség, így a továbbiakban az unipoláris depressziót tárgyaljuk kissé részletesebben.

A jelenleg érvényes diagnosztikai rendszerek az unipoláris depresszió kategóriáján belül megkülönböztetnek **rekurrens**, vagy visszatérő depressziót, **szezonális depressziót**, ha annak zajlása az évszakok változásához köthető (a tünetek ősszel és télen jelentkeznek), **kataton depressziót**, ha mozgásképtelenség vagy éppen túlzott motoros aktivitás társul hozzá, **postpartum depressziót**, ha szülés után jelentkezik, és **melankóliás depressziót**, ha teljes örömképtelenség jellemzi. A tartós, mondhatni krónikus, de a hétköznapi életet kevésbé nehezítő, kisebb szenvedéssel járó állapot a disztímia. A klinikumban szokás még megkülönböztetni egymástól az **endogén**, azaz belső, biológiai eredetű depressziót az úgynevezett **reaktív depressziótól**, amelyik elsősorban az egyén életeseményeinek hatására alakul ki.

A depresszió kialakulásának hátterében a biológiai megközelítések hívei genetikai magyarázatot (öröklött sérülékenységet, hajlamot) és agyi ingerületátviteli folyamatok felborulását vélelmezik. Elsősorban a norepinefrin, a szerotonin és a noradrenalin aktivitását tekintik a jelenség lényegének. A gyógyszeres (antidepresszáns) terápiák is ezekbe a neurotranszmitter folyamatokba avatkoznak be a helyreállítás szándékával. A pszichodinamikus, vagy mélylélektani irányzatok elsősorban a depresszió és a gyász tüneti rokonságából kiindulva adnak magyarázatot, és a depresszió hátterében feldolgozatlan tárgyvesztést látnak. A napjainkban leginkább elterjedt értelmezést a kognitív nézőpont adja. A szorongásos zavarokhoz hasonlóan itt is a valóságészlelést torzító negatív automatikus gondolatok, diszfunkcionális attitűdök és maladaptív sémák adnak magyarázatot a depresszióra, ám azok más tartalmúak, mint amiket korábban a szorongásos zavaroknál felidéztünk. Tringer László nyomán itt szeretnénk bemutatni a negatív automatikus gondolatok tartalmi

kategóriáit, amelyek a pszichés zavarok (köztük a depresszió és a szorongásos zavarok) háttérében állhatnak, és ezek átstrukturálása képezi a kognitív terápia legfontosabb részét (Mórotz, Perczel forintos, 2006):

### **1. Minden vagy semmi típusú gondolkodás**

Amikor az ember mindent fekete-fehér kategóriákban értékeli. Pl. nem tökéletes teljesítmény esetén az egész helyzetet teljes kudarcnak éli meg: „Ha nem vagyok a legjobbak között, akkor értéktelen vagyok.”

### **2. Túláltalánosítás**

Egyszeri negatív esemény alapján általánosít a személy. Pl. ha valami nem sikerült, akkor úgy zárja le a dolgot, hogy „nekem soha semmi nem sikerül”.

### **3. Negatív szűrés**

Amikor a személy egy adott történésből pusztán egyetlen részletet emel ki, s ennek alapján mindent negatívan minősít. Pl.: „Ez a hosszú repülőút hazafelé elrontja az egész nyaralást.”

### **4. A pozitívumok figyelmen kívül hagyása, leértékelése**

Ha a pozitív tapasztalatait az egyén azzal utasítja el, hogy azok „nem számítanak”. Így az egyébként pozitív események is negatívnak tűnnek fel. Pl.: „Csak azért ragaszkodik hozzám, mert nem ismer.” „Csak azért sikerült a nyelvvizsgám, mert szerencsém volt.”

### **5. Elhamarkodott következtetés: a negatív értékelés nem a tényeken alapul.**

- a. **Gondolatolvasás:** amikor az egyén azt hiszi, tudja, hogy mások mit gondolnak róla (negatívumot), és egyéb, sokkal valószínűbb lehetőségeket nem vesz figyelembe. „Unalmasnak tartanak.”
- b. **Jövendőmondás:** a személynek a jövőre nézve negatív elképzelései vannak, és más – sokkal valószínűbb – kimeneteket nem vesz figyelembe. „Úgysem fog sikerülni.”



## 6. Felnagyítás és lekicsinylés

Amikor az ember eltúlozza bizonyos dolgok fontosságát (pl. saját hibáit vagy mások erényeit) vagy – ellenkezőleg – saját jó tulajdonságait, sikereit, ill. mások gyengéit bagatellizálja. Ezt a tulajdonságot kettős morálnak is nevezik. Pl.: „Az semmi, hogy van egy diplomám, mert az mindenkinek van.”

## 7. Érzelmi logika

A személy erős „érzése” alapján igaznak vél valamit, és nem veszi figyelembe az ellenkezőjét igazoló tényeket. Pl. „Hiába szerepeltem jól több nemzetközi versenyen, mégis közepszerűnek érzem magam.”

## 8. „Kell” és „kellene” állítások

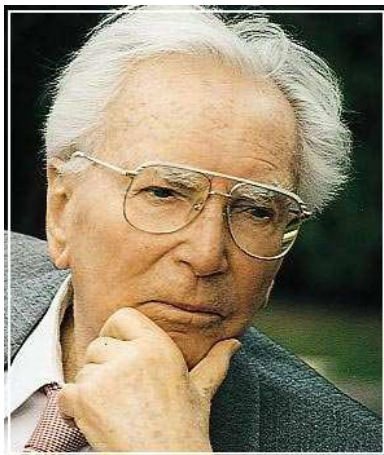
Az egyénnek határozott elvárásai vannak arról, hogy neki, ill. másoknak hogyan „kell” viselkednie, és ezek megghiúsulása esetén túlértékeli a következményeket. Pl.: „Mindig pontosnak kell lennem.” „A barátomnak tudnia kellene, hogy mit szeretnék.”

## 9. Címkézés és téves címkézés

A túláltalánosítás extrém formája, amikor a személy ahelyett, hogy megfogalmazná a problémát, negatív címkével illeti magát, vagy más. Pl.: „Vesztes vagyok.”

## 10. Perszonalizáció

Amikor az egyén úgy érzi, hogy ő az oka egy olyan eseménynek, amiért valójában nem ő felelős. Pl.: „Az én hibám, hogy olyan rossz hangulatú volt a családi ebéd.”



A Victor Frankl-féle egzisztenciaanalízis és logoterápia középpontjában a lét értelmére való törekvés áll. A logoterápia célja hozzásegíteni az egyént, hogy szembenézzen a jelen problémáival, hogy felelősséget vállaljon az életéért, hogy értelmet találjon az élethelyzeteiben, s így boldogabb legyen. Így hatékony segítséget tud nyújtani többek között a depresszió leküzdésében is.

Kopp Mária és munkatársai több kutatásának fontos megállapításai szerint a magyar népesség körében rendkívül nagy és egyre növekvő különbségek vannak mind a lelki, mind a testi egészség tekintetében. A krónikus stresszállapot, a tartós tehetetlenség lelkiállapotának legfontosabb jellemzője a depressziós tünetegyüttes, az, hogy minden érdeklődésünket elvesztettük mások iránt, több órával korábban ébredünk, mint szoktunk, és kínzó gondolatok foglalkoztatnak, hogy úgy érezzük a jövőnk reménytelen és ez nem fog változni, hogy túlságosan fáradtak vagyunk ahhoz, hogy bármit csináljunk, fizikai betegség nélkül is, hogy állandóan hibáztatjuk magunkat, hogy mindennel elégedetlenek és közömbösek vagyunk. Közel minden harmadik ember szenved ilyen lelkiállapottól, de ez önmagában még egyáltalán nem betegség, bár sok szenvedést okoz, és rosszabbodva munkaképtelenséghez vezethet. 2002-ben a felnőtt magyar népesség 13,6 %-a, tehát körülbelül minden nyolcadik ember szenvedett súlyos depressziós tünetegyüttestől, amely már betegségnek tekinthető, amely már alapvetően akadályozza a munkavégzést és a családi élet egyensúlyát is. Valamennyi betegség közül az emberek a depressziós állapotot tartják saját maguk, családjuk, környezetük számára a leginkább megterhelőnek, ez az állapot akadályozza legnagyobb mértékben a munkaképességünket, családi és más társas kapcsolatainkat, kikapcsolódásunkat. Ugyanakkor ebben a tekintetben legszembetűnőbb a társadalmi igazságtalanság hiánya, a nyolc osztálynál kevesebbet végzettek közel 40 %-a, a nyolc osztályt végzettek 22 %-a, tehát minden ötödik ember szenved ilyen lelkiállapottól, míg a diplomásoknak csak a 4%-a, az érettségizetteknek 6 %-a. Tehát nem mondhatjuk azt, hogy a magyarok általában depressziósabbak, mint más országok népei, viszont a leszakadó rétegekben, az állandó krónikus stressz, bizonytalanság állapotában élők között rendkívül magas a negatív hangulati állapot. A társadalmi tőke, az összefogás és a közösségiség növelése, valamint a házasság értékének visszaadása mellett Kopp Mária szerint megelőzés szempontjából egyik legfontosabb terület a munkahely. Az EU foglalkoztatáspolitikai irányelvei közt elsők közt szerepel a munkahelyi stressz csökkentése, 2001-ben az EU irányelveket adott ki, ami a munkahelyi vezetők kötelességévé teszi ennek biztosítását. Ennek megvalósítása érdekében a politikai döntéshozóknak kell belátniuk, hogy a munkahelyi stressz, az abból fakadó pszichés és egészségügyi problémák hatalmas nemzetgazdasági veszteséget jelentenek, amelyek egy része megelőzhető. A rugalmasabb munkaidő,

a több távmunka lehetősége, az alkalmazottak nagyobb beleszólási lehetősége a munkakörülményeikbe, a munkahelyi bizonytalanság, a kiszolgáltatottság csökkentése részben törvényileg, hatóságilag támogatható. Megfelelő felvilágosító, oktató programokkal, információs anyagokkal ezeknek a fontosságát a munkaadók felé terjeszteni kell.

# A STRESSZ, SZŰRÉS, MÉRÉSI LEHETŐSÉGEK

Karamánné Pakai Annamária

Bevezetés,

A mindennapi életünk folyamán gyakran tapasztaljuk, hogy olyan feladatokat kell elvégeznünk, amelyek jelentős megterhelést okoznak a számunkra. Határidőre kell elkészíteni a jelentést, új eszközpark kerül bevezetésre, egy munkahelyi konfliktust kell megoldani. Az élet stresszorai traumatikus események, krónikus problémák, életeseményekben bekövetkező változások és napi kellemetlenségek formájában jelentkezhet. A tartósan fennálló, relatív alacsonyintenzitású, de elkerülhetetlen stresszorok nemcsak szorongást, de hosszú távon egyes szervrendszerek megbetegedésihez és maradandó egészségkárosodáshoz is vezethet.

## A stressz fogalma

A stressz szó a latin strictus (szoros) szóból származik, ami igénybevételt jelent. Az angolszász nyelvben ige, amelynek jelentése sérteni, bántani, akár még fizikai értelemben is. A magyar nyelvben inkább lelki és pszichés hatásokra használják (Lazányi 2012).

Először Walter Bradford Cannon használta 1914-ben a belső elválasztású mirigyek és az idegi jelenségek összefüggéseit tárgyaló művében, azonban a stressz fogalma – mint élettani-kórélettani jelenségek felismerése – Dr. Selye János (1907-1982) magyar származású, Kanadában élő kutató professzor által vált ismertté az 1930-as években. Ő maga a következőképpen határozta meg a stressz fogalmát: *„A stressz a szervezet nem specifikus válasza bármilyen igénybevételre, olyan állapot, mely tartós alkalmazkodás és megterhelés esetén testi károsodáshoz vezet”*...*A stressz-előidéző hatás, vagy stresszor-aktivitás szempontjából mindegy, hogy az a dolog vagy helyzet, amellyel szemben állunk, kellemes vagy kellemetlen; csupán az számít, hogy milyen mértékű az újraalkalmazkodás iránti szükséglet.* (Selye 1955, Selye 1956, Selye 1965, Selye 1983)

Selye professzor állatkísérletei során azonos szervi elváltozásokat tapasztalt különböző stresszorok hatására: a mellékvesekéreg megnagyobbodását és túlműködését, a csecsemőmirigy és nyirokcsomó sorvadását valamint a gyomor –és bélrendszer fekélyesedését (Stauder 2007). Ezen élettani változások leírása 1936.

július 4-én a Nature című tudományos folyóiratban a „Károsítási tényezőkkel előidézett szindróma” című tanulmányában jelent meg, később ezek a reakciók generális adaptációs szindróma, általános alkalmazkodási tünetcsoport (G.A.S.), illetve biológiai stressz-szindróma elnevezéssel váltak közzismertté (Selye 1936)

## A stresszorok

### **A stresszor fogalma,**

A mindennapi életünk során, munkavégzés közben számos olyan tényezővel találkozhatunk, melyek – az egyén és kulturális különbségek, valamint az aktuális helyzet módosító hatásainak figyelembevételével-stresszkeltőek lehetnek. **Stresszoroknak** a szervezetre ható külső erőket, körülményeket, vagyis mindazokat az ingereket nevezzük, amelyek a szervezetet alkalmazkodásra készítetik (Szabó 2009).

### **A stresszkeltő események jellemzőinek bemutatása**

Az ember életében számtalan esemény okoz stresszt. Közülük vannak olyanok, mint például árvíz, földrengés, terrorcselekmények, ami nagyszámú embert érint. Más típusúak az egyén életében bekövetkező nagyobb változások: szülő elvesztése, új munkakör betöltése, házasságkötés, súlyos betegség, vizsgadrukk. A mindennapok során megélt bosszúságok is stresszorként hatnak az egyénre: forgalmi dugóba kerülés, otthon hagyott fontos dokumentumok, konfliktus a vezetővel. Nem utolsósorban a stressz forrása magában az egyénben is lehet a különböző motívumainak és vágyainak konfliktusában. Természetesen minden embernél eltérő, hogy egy adott eseményt mennyire érzi stresszkeltőnek. A stresszkeltőnek ítélt eseményeket különböző kategóriákba tartozhatnak: traumatikus események, befolyásolhatatlan események, bejósolhatatlan események, belső konfliktusok valamint azok a történések, amelyek kihívást jelentenek az egyén képességeinek és énképének.

**Traumatikus események** közé soroljuk a természeti –(földrengés, szökőár, árvíz), az



ember által okozott katasztrófális hatású helyzeteket (2001. szeptember 11), a végzetes szerencsétlenségeket (autóbaleset), a testi épséget veszélyeztető magatartást (nemi erőszak, szándékos emberölés) és a fizikai támadásokat. Ezek azok az események, amelyekre nincsenek minták, mert szerencsére ritkán fordul elő az ember életében. Ilyen váratlan esemény hatására a túlélők különbözőképpen reagálnak az őket ért traumára, megfigyelhető egy általános viselkedési minta, amit katasztrófa-szindrómának neveznek. A katasztrófa-szindróma három szakasza különíthető el. A traumát elszenvedőkre először kábultság és zavarodottság jellemző. A következő szakaszban passzivitást mutatnak, az utasítást bár követik, azonban önálló gondolkodásra képtelenek. Végül a harmadik szakaszban szorongani kezdenek.

A stresszkeltő események általában **befolyásolhatatlannak** tűnnek. A stresszt elszenvedő egyén által befolyásolhatatlan esemény lehet egy szeretet személy elvesztése, a munkahely megszűnése, de kevésbé jelentős helyzetek is előfordulnak, mint például a reggeli buszjárat lekésése. Az a tudat, hogy befolyásolhatjuk az eseményeket, ezek önmagukban is csökkentik a szorongást. Mindezek alapján jelentős stresszorként hat a munkavállalóra, ha a munkavégzése során nincs befolyása arra, hogy milyen munkát, milyen módszerrel, milyen technikával, ütemezéssel végezzen.

Könnyebb megbirkózni azokkal a helyzetekkel, ami előre látható módon történik, vagyis az esemény lefolyása tervezhető, **bejósolható**. Egy bejósolható kellemetlen esemény során lehetőség van valamilyen előkészítő folyamat beindítására, amely révén csökkenthető vagy akár kivédhetővé válik az inger káros hatása. A figyelmeztető jelzés lehetővé teszi valamilyen előkészítő folyamat beindítását, ami kivédheti vagy csökkentheti a kellemetlen inger hatását. Például ha előre jelzik az hurrikán közeledését vagy az árvíz veszélyét, lehetőség van egy biztonságos helyre menekülni. Meg kell említeni, hogy a bejósolható stressz esetén vannak un. biztonságos időszakok is, amikor a személy megnyugodhat, hiszen nincs vészjelzés: semmi rossz nem történhet. A bejósolhatatlanság miatt ebből a szempontból is különösen stresszkeltő egyes foglalkozások (a mentősök, rendőrök, tűzoltók munkája) és a súlyos betegségek (rosszindulatú daganat) kialakulása.

Az életünk során vannak olyan események, amelyek azért tekinthető stresszornak, mert olyan jelentős dolgokhoz kapcsolódnak, amely az élet egyes szakaszát, egész

életünket vagy képünket befolyásolja. Az **énképet negatívan befolyásolhatja**, ha az egyén úgy érzi, hogy egy feladat teljesítése meghaladja a képességeit, a rendelkezésre álló erőforrásait. Ebből következik, hogy nagyobb az esély a kudarca, ami pedig negatívan befolyásolhatja az önmagáról kialakított énképet. Ezek az események bejósolhatók és befolyásolhatók, de a kimenetel nem mindig látható előre. Jellegzetes helyzet lehet egy álláskeresés és állásinterjú. Ilyen helyzetekben is mindenki számol az elutasításra, azonban mégis negatívan éli meg a legudvariasabb elutasítást is.

A stresszt nemcsak külső események, de **belső konfliktusok** is előidézhetik. Belső konfliktusról beszélünk, ha az egyének egymást kölcsönösen kizáró célok vagy események közül kell választania. Komoly konfliktusok az alábbi négy területen fordulhatnak elő leggyakrabban:

- **Függetlenség vagy függőség:** Stresszhelyzetben sokszor szeretnénk, ha gyermekkorunkhoz hasonlóan valaki gondoskodna rólunk és megoldaná problémáinkat, miközben az autonómiát keressük.
- **Magány vagy bensőséges (intim) kapcsolat:** A párkapcsolat hiánya, vagy épp a párkapcsolati problémák miatt kialakuló belső feszültség.
- **Együttműködés vagy versengés:** A közösségből való kiemelkedés vagy a közösségbe való beilleszkedés vágyának be nem teljesülése az alapja a belső konfliktusnak.
- **Az impulzusok kifejezése avagy az etikai normák betartása:** Az elfojtott érzelmek, gondolatok, vágyak okozta belső feszültség (Atkinson 1996; Juhász 2002; Berényi et al 2012).

### **A stresszorok egyéb lehetséges csoportosításai**

Selye János munkássága során kétféle stresszt különböztetett meg a stresszorok által kifejtett hatás természete szerint, az egyik a pozitív (eustressz), a másik a negatív (distressz).

Az **eustressz** az önbeteljesülés stressze, amellyel kapcsolatban pozitív élmények kerülnek előtérbe. Ezek az életesemények stimulálnak, erőt adnak ahhoz, hogy a későbbiekben az egyén hasonló kihívásokkal is könnyedén szembenézzon. Az ilyen



stresszorok hosszú távon mindenképpen építő jellegűek. Példa lehet, ha egy szoftverfejlesztő egy bonyolult feladattal bízzák meg viszonylag rövid határidőre. Kezdetben úgy érzi, hogy lehetetlen megcsinálni, de nekilát a feladat végrehajtásához, miközben nem törődik a félelmeivel, a rövid határidővel, csak a feladatra koncentrálnak. A feladat sikeres teljesítése után elégedett, és úgy érzi megérte az idevezető utat végigjárni.

**Distresszt** azok a felmerülő problémák okoznak, amelyekkel szemben az egyén tehetetlenséget, gátoltságot, félelmeket, és ezekből fakadóan cselekvésképtelenséget érez. Jelenlétük különböző testi és érzelmi tüneteket eredményezhet, melyek jelzik, hogy az adott szituációt nem megfelelően kezeli, s a megoldásba fektetett energia túl nagy igénybevételt jelent számára, amelyet nehezen pihen ki. A testnek ezért hosszú időre van szüksége ahhoz, hogy egyensúlyi állapotát visszanyerje. A feszült állapot hatására túlterheltnek érzi magát, és a továbbiakban az események túlélésére – és nem a megoldására – törekszik. A distresszre példaként említhető a monoton, egyhangú munkavégzés. Ebben az esetben az egyén nem használja ki képességeit, készségeit, ami hosszú távon testi megbetegedéshez és érzelmi élet elsivárosodásához is vezethet (Juhász 2002; Berényi et al 2012).

A stresszorokat a következő csoportosítás aszerint taglalja, hogy megtörtént-e a kellemetlen, félelemkeltő esemény, vagy később fog megtörténni, illetve van-e lehetőségünk megküzdeni vele. Lazarus szerint megkülönböztetünk: végleges, **visszafordíthatatlan** károkat, veszteséget pl. haláleset; **fenyegetéseket**, valamilyen elővételezett veszteség vagy kár pl. munkahelyen elbocsátástól való folyamatos fenyegetettség érzése; **kihívásokat**, amelyek olyan külső ingerek vagy megterhelések, amelyek az adott személy képességeinek kibontakozása irányába hat pl. túl magas munkahelyi kihívások.

A stresszorokat egyéb szempont szerint is lehet csoportosítani. **Hatás jellege** alapján fizikai (fájdalom, hideg, radioaktív sugárzás, mérgek), pszichológiai (életkörülmények változása), szociális (válás, munkanélküliség) és kardiovaszkuláris vagy metabolikus (edzés, hipoglikémia, meleg) stresszorokat különböztethetünk meg.

**A stressz eredete** alapján személyes (szeparáció), szociális/családi (gyász), környezeti (zaj, környezetszennyezés) és munkahelyi (felelősség, elvárások, bizonytalanság) stresszorokat különíthetünk el.

**Időbeliség szerint** akut (egyszeri, intermittáló, time-limited vs. folyamatos) és krónikus (intermittáló, meghosszabbított vs. folyamatos) stresszorokról beszélhetünk.

## Munkahelyi stresszorok

Az elkövetkezendő évtizedben népegészségügyi szempontból is kiemelkedő jelentőségű probléma lehet a munkahelyi stressz (Kopp 2008; Kopp & Kovács 2006). A munkahelyeken tartósan jelenlévő stresszorok következményei lehetnek a hiányzások számának növekedése, a munkavállaló motiváció csökkenése és teljesítményromlás. További nehézséget jelent a munkahelyek sajátosságai, más formában jelentkező stresszorai vagyis más stresszhatás éri az orvost, a menedzsert, igazgatót vagy a gépsor mellett álló szakembert. Emellett az egyéni reakciók, sajátosságok is eltérőek, hiszen ugyanazon a munkahelyen például két gyári munkás eltérő módon reagál a veszélyeztető környezeti hatásokra, és az, ami egyikük számára stresszt jelent, nem biztos, hogy a másik számára is ugyanazt jelenti. A stressz valójában alkalmazkodási és védekezési funkcióval bír. A Kopp Mária epidemiológiai vizsgálatai kimutatták, hogy a munkával kapcsolatos stressz kiemelt jelentőségű a középkorú férfiak rossz egészség mutatói szempontjából. A krónikus stresszforrások között a túlterheltséget, az alacsony kontrollérzést, az elismerés hiányát és a munkaviszony bizonytalanságát emelték ki (Kopp & Berghammer 2005; Stauder 2007).

Cooper munkatársaival (1978, 1987, 1988) mindazokat a munkahelyi tényezőket más néven stresszorokat kívánták csoportosítani, amelyek a legtöbb ember számára a mindennapi munkavégzés során stresszt okozhatnak (Cooper & Davidson 1987; Cooper & Marshall 1978).

Munkahelyi stresszorok	
A feladattal kapcsolatos stresszorok	<ul style="list-style-type: none"> <li>– mennyiségi vagy minőségi túl vagy alulterhelés</li> <li>– munkafeltételek</li> <li>– változás a munkában</li> <li>– lépést tartani a gyors technológiai változással</li> </ul>
Munkakörnyezettel kapcsolatos stresszorok	<p>fizikai környezetből érkező ingerek:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– a zaj,</li> <li>– a hőmérséklet,</li> <li>– a nem megfelelő megvilágítás,</li> <li>– a kellemetlen szagok,</li> <li>– a szennyezett levegő,</li> <li>– a személyes tér hiánya,</li> <li>– a túlzsúfoltság,</li> <li>– az elvonulási lehetőség hiánya</li> </ul>
Szervezetben betöltött szereppel kapcsolatos stresszorok	<p>egyéni szinten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– szerep kétértelműség</li> <li>– szerepkonfliktus</li> <li>– túl sok vagy túl kevés felelősség</li> <li>– karrierfejlődés</li> </ul>
	<p>csoportszinten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– összetartozás hiánya</li> <li>– jó munkatársi kapcsolat hiánya</li> <li>– csoporton belüli konfliktus</li> <li>– feletessel/beosztottal való kapcsolat</li> </ul>
	<p>szervezeti szinten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– szervezeti légkör</li> <li>– vezetési stílus</li> <li>– ellenőrzési rendszerek</li> <li>– technológia</li> <li>– a fizetés túl alacsony volta</li> <li>– az állás bizonytalansága</li> </ul>
Szervezeten kívüli stresszorok	<ul style="list-style-type: none"> <li>– családi kapcsolatok, anyagi problémák, társadalmi problémák</li> <li>– családi és munkahelyi szerepek összeegyeztetésének nehézségei</li> <li>– a személyes hitek, meggyőződések és a vállalati politika közti konfliktus</li> <li>– elidegenedés és anómia (normák hiánya)</li> <li>– gyakori költözés</li> <li>– közlekedés a munkahelyre, vezetés</li> <li>– vidéki vagy városi körülmények</li> </ul>
Speciális rétegek stresszorai (nők, fizikai-szellemi munkások, vezetők és beosztottak, kisebbségek, fogyatékosok)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– munkahelyi szexuális zaklatás</li> <li>– munka és család</li> <li>– a nők helyzete a munka világában</li> </ul>

*A munkahelyi stresszorok*

## A munkafeladattal kapcsolatos stresszorok

Gyakorlatilag valamennyi munkaköri leírás tartalmaz olyan elemeket, amelyek bizonyos emberek számára, adott időpontban stresszforrások lehetnek.

- **Mennyiségi vagy minőségi túl-vagy alulterhelés:** A munkahelyi környezetben mind a minőségi mind mennyiségi alul- vagy túlterhelés egyaránt feszültséget eredményezhet. *Minőségi túlterhelés* esetén a munkavállaló számára az elvégezendő feladat túlságosan bonyolult, nincs összhangban a rábízott munka feltételeivel. Ez a képzettség hiányából is fakadhat. Emellett önértékelési zavarhoz is vezet, ha a dolgozótól kiemelkedő teljesítményt várnak el, azonban ezt nem tudja teljesíteni.

A *minőségi alulterhelés* összefüggésben van a monotóniával. Olyan munkafolyamatok végzése során alakulhat ki, ahol azonos, egyszerű, ismétlődő, rutinmozdulatokból áll feladatokat kell a dolgozónak elvégeznie. A monotónia az alábbi veszélyeket rejtheti magába, mint például csökkenti az éberséget, a gyors és hatékony reagálás lehetőségét, ennek hiánya pedig növeli a baleseti kockázatok számát.

*Mennyiségi túlterhelés* esetén a munkavállalónak egységnyi időhöz viszonyítva túl sok feladatot kell elvégeznie, ez akár az elvégzett munka minőségének csökkenéséhez vezethet. Napjainkban nem ritka, hogy a napi nyolc órás állás feladatait kilenc vagy akár tíz órában végezhető el. Az ilyen túlterhelés rövid idő alatt testi-lelki kimerültséghez vezethet.

- **Munkafeltételek.** A hatékony, gyors, biztonságos munkavégzéshez elengedhetetlen feltétele a megfelelően kiépített munkavégzési háttér (pl. eszközök). Jelentős stresszforrás, ha a munkafeltételek a dolgozó számára nem biztosítottak. A lehetőségekhez mérten az is fontos lenne, ha a munkavállaló véleményét nyilváníthatna abba, hogy milyen eszközökkel, milyen ütemezéssel végezze a munkáját. Ezáltal a munkavállaló is jobban magáénak érzi a feladat elvégzését. Míg ez az egyik oldalon a motiváció növeléssel jár együtt, s így akár az egyén munkájának hatékonyságának növelését is eredményezi, addig a másik oldalon súlyos stresszforrásként is felléphet. Ha egy dolgozó folyamatos elutasításra talál a munkaterületén, akkor az

- hosszútávon nemcsak a munka elvégzésével kapcsolatos motivációját csökkenti, de nem érzi magát kellően megbecsültnek, s ez hosszútávon súlyos önértékelési problémákat okozhat.

A mentális és fizikai egészségre egyaránt káros hatású, ha a munka feltételei dehumanizálóak, mint például a monoton, ismétlődő szalagmunka. Stressz forrásként kell megemlíteni, ha a dolgozónak veszélyes munkakörülmények között kell dolgoznia (pl.: tűzoltók) vagy műszakoznia kell. Sok multinacionális vállalatoknál, kórházakban a munkavállalóknak tizenkét órában vagy 3 műszakban kell dolgozni. Az utóbbi a napszaki biológiai ritmus felborulása miatt közvetlenül is kiváltója lehet különböző betegségeknek.

- **Változások a munkában.** Stresszt jelenthet az is, ha a mindennapos munkavégzés tekintetében gyakoriak a változások a kiadott munkafeladat, értékelés, feltételek, eszközök tekintetében, ami a munkavállaló saját szakértelmében, képességében bizonytalanságot okozhat.
- **Lépést tartani a gyors technológiai változással.** A napjainkra gyorsütemű technikai fejlődés jellemző, aminek hatására modernebb technikai eszközök, eszközpark kerülnek bevezetésre. Az új eszközök az egyéntől állandó tanulást és alkalmazkodást kíván, ami újabb feszültségforrást eredményezhet.

A mindennapos feladatok elvégzése során a fent említett stresszorok mellett számos egyéb tényezőt is vizsgálnak, mint például határidők, a fizikai igénybevételből eredő fáradtság, a hibázás (pénzbeli és karrier szempontú költségek) (Juhász 2002; Berényi et al, 2012.).

### **A munkahelyi környezettel kapcsolatos stresszorok**

Stresszorok lehetnek a fizikai környezetből érkező ingerek, mint például a zaj, a hőmérséklet, a nem megfelelő megvilágítás, a kellemetlen szagok, a szennyezett levegő, a személyes tér hiánya, a túlszűfoaltság, az elvonulási lehetőség hiánya. Az egyén toleranciája jelentősen meghatározza, hogy ki mennyire tudja elviselni ezeket a kellemetlen, zavaró környezeti ingereket. Figyelmet érdemel, hogy a leggyakoribb munkahelyi környezettel kapcsolatos stresszor a zaj. A zajos munkahelyi környezetnek nemcsak a hallószervrendszerre van káros hatása, de a vegetatív és

pszichés hatásai is kedvezőtlenek. Vegetatív hatása révén megváltozik a keringési rendszer működése, ami keringési betegségek kockázatát növeli, emellett szubjektíven kellemetlen és a teljesítmény romlásához is vezethet.

### **A szervezetben betöltött szereppel kapcsolatos stresszorok**

A betöltött szereppel kapcsolatos stresszorok három – egyéni, csoportos és szervezeti – szinten taglalhatók.

#### **Egyéni szint**

**Egyéni szinten** a szerep kétértelműség, a szerepkonfliktus, a túl sok vagy túl kevés felelősség más dolgozókért, az autonómia hiánya, vagy éppen a túlzott autonómia, a karrierfejlődés, előléptetés kérdése okozhat problémákat.

- **Szerep kétértelműség:** A munkába állás folyamán nagy hangsúlyt kell fektetni arra, hogy az egyén elegendő információt kapjon a munkavégzéssel kapcsolatos feladatairól, vele szemben és a munkájával kapcsolatos elvárásokról és a szervezet céljairól. Stresszt eredményezhet, ha a dolgozó inadekvát információval rendelkezik és emiatt nincs tisztában azzal, hogy mi a konkrét feladata, mire terjed ki a felelőssége. Példaként említendő, ha egy munkahelyi átszervezés vagy leépítés miatt az egyén a korábbi munkatársának a feladatát is el kell végeznie. Ebben az esetben a dolgozó számára nem egyértelmű a vele szembeni elvárások. A szerep kétértelműsége miatt csökken a munkahelyi elégedettség és az egyén önértékelése. Kahn vizsgálata alátámasztotta, hogy azok a munkavállalók, akiknek a feladatát nem tisztázták, szorongást és feszültséget éreztek és a munkájukkal is elégedetlenek voltak.
- **Szerep konfliktus** fordul elő, ha a munkavállalóval szemben támasztott különböző követelmények egymásnak ellentmondóak, olykor egymást kizáróak is lehetnek. Szerep konfliktust eredményezhet, ha az egyénnek olyan feladatot is el kell végeznie, amit nem akar vagy amit nem tekint az ő munkája részének. Egyes vizsgálatok is alátámasztják, hogy a szerepkonfliktus emeli a szív-koszorúér betegségek kialakulásának kockázatának emelését.
- **Túl sok vagy túl kevés felelősség más dolgozókért:** Stressz forrása lehet

az egyén számára, ha túl nagy felelősséggel rendelkezik más dolgozó előléptetéséért, jutalmazásért, elbocsátásért, de az is stresszkeltő lehet, ha valaki az összetett munka végzése során minden apró döntés meghozása előtt a feletteséhez kell fordulnia.

- Stresszforrásként jelenhet meg a **karrierfejlődés: túlzott ütemű vagy nem elégséges előléptetés**. A karrier változó ütemű és dinamikájú fejlődést mutathat az életkor és a munkában eltöltött évek előrehaladtával. A középkorú munkavállalók esetében vagy középvezetői szint elérése után a karrierfejlődés lassul, akár le is állhat. A régi tudás és a régi módszerek elavultakká válnak, a családi feladatok energiákat köthetnek le és állandóan versenyezni kell a fiatal, ambiciózus új kollégákkal is (Juhász 2002; Berényi et al, 2012,).

### Csoport szinten

Csoport szinten a probléma háttere lehet az összetartás hiánya, a jó munkatársi kapcsolatok hiánya, csoporton belüli konfliktusok, felettséssel vagy beosztottal való viszony.

- Összetartás hiánya: Fontos, hogy a közös célért dolgozók munkáját összetartás, támogatás jellemezze. Gyakori problémát okoz, ha a dolgozók egymás ellen dolgoznak, ami rossz munkahelyi hangulatot eredményez és jelentősen megnehezíti a munkavégzést és a csoportcélok elérését is.
- Jó munkatársi kapcsolatok hiánya miatt kevés a bizalom, a támogatás és az érdeklődés mások problémái és azok megoldása iránt.
- Csoporton belüli konfliktus a munkavállaló részéről különösen nagy figyelmet érdemel, ezáltal is tovább növelve a rájuk ható megterhelést. A csoporton belüli konfliktusok egy speciális esete az ún. munkahelyi pszichoterror jelensége. Ez egy olyan konfliktusfolyamat, amelynek során egyes dolgozókat a feletteseik és/vagy kollégák gyakran és hosszabb időn keresztül, különböző inzultusoknak, zaklatásoknak, fenyegetőzéseknek tesznek ki és/vagy a munkahely elvesztésével, fenyegetnek meg (Juhász 2002; Berényi et al, 2012, Piko & Piczil 2000, Piczil et al 2005).

## **Szervezeten kívüli stresszorok**

**Családi kapcsolatok, anyagi problémák, társadalmi problémák:** Számos vizsgálat alátámasztja egy adott társadalom gazdasági fejlettsége, gazdasági stabilitása, a munkanélküliség mértéke kapcsolatban van tagjainak egészségi állapotával és ezen tényezők okozta stressz közvetítésével.

**Családi és munkahelyi szerepek összeegyeztetésének nehézségei:** az alábbiak különösen a családost nőket érinti. Tanulmányok támasztják alá, hogy a munkahelyi és nem munkahelyi stressz kapcsolatban állnak egymással. A munkahelyi stresszt a családi problémák fokozhatják, illetve fordítva is igaz: a munkahelyi konfliktusok növelhetik az otthon átélt stresszt (Klitzman et al 1990)

**A személyes hitek, meggyőződések és a vállalati politika közti konfliktusok** fordulhat elő, ha az egyéntől a munkahelye olyan elvárást vár el (pl.: hazudás), ami ellentétben áll személyes, erkölcsi értékrendjével.

**Elidegenedés és anómia (a normák hiánya):** a társadalomtól való elszigetelődés érzésének következtében alakul ki speciális foglalkozási csoportoknál (pl. ellenőr). Az elidegenedés jellemző lehet a vendégmunkásokra, bevándorlókra.

Bizonyos foglalkozások szükségessé teszik a **gyakori költözést** (pl.: diplomata), ami gyökértelenség érzéséhez vezethet.

**Közlekedés a munkahelyre, vezetés:** Kétórányi vezetés után jelentősen nő a stresszhormonok szintje a vérben még az egészséges egyéneknél is, ami a szívkoszorúér betegségek kockázatát is emeli.

**Vidéki vagy városi életkörülmények:** vizsgálatok szerint a városban élőket átlagosan kevesebb stressz éri, mint a falun élőket (Juhász 2002, Berényi et al, 2012, Pálfi 2007).

**Speciális rétegek stresszorai (nők, fizikai-szellemi munkások, vezetők és beosztottak, kisebbségek, fogyatékosok)**

### **A nők helyzete**

A női munkavállalók esetében említést kell tenni, mint speciális feszültségforrás a munkahelyi szexuális zaklatás, a munkahelyi- és a családi szerepek összehangolása, és a férfiak és a nők munkaerő-piaci esélyegyenlőtlensége.



## **Munkahelyi szexuális zaklatás**

A munkahelyi szexuális zaklatás – ami nem csupán a nőket érintheti- igen káros munkahelyi stresszor lehet. Sárközi szerint „A munkahelyi szexuális zaklatás olyan akaratellenes, viszonzatlan, gyakran kitartó magatartást jelent, melynek szexuális mellékértelme van, ami nyugtalanítja a megcélzott személyt, tiszteletlen”.

A tiszteletlen cselekedetek közül példaként kell megemlíteni: javaslat, ajánlattétel, kétértelmű megjegyzés, obszcén, bántó viccek, feltűnő bámulás, érintés, illetve kétértelmű dolgok elhelyezése a munkahelyen. Sok helyen ezeket nem veszik komolyan, zavarja a munkavállalókat a dolog, de „természetesnek” veszik. A munkahelyi szexuális zaklatás kialakulását eredményező, illetve azt gyorsító tényezők lehetnek elsősorban az alábbiak: a munkahelyen a nők:

- aránya nem éri el a 20%-ot
- a szervezeten belül a vezető nők aránya alacsonyabb
- vannak olyan munkahelyek, ahol egyedül dolgoznak a nők
- a munkahely különböző pontjain a nők aránytalan számban dolgoznak
- a munkahelyen szexuálisan egyértelmű tárgyak vannak jelen
- a folyamatos obszcén megjegyzéseket eltűrik.

(Juhász 2002, Berényi et al, 2012,).

## **Munka és család**

A gyermeket vállaló édesanyáknak is eljön az a pillanat egy-két-három év múlva, amikor vissza kell menni a munkahelyére. Hogyan lehet összeegyeztetni a munkahelyi stresszt, a gyermeknevelést és a családot? Egyes vélemények szerint a munkavállaló nők általában a férfiaknál nagyobb stresszről számolnak be a különböző vizsgálatokban, és a mentális megbetegedések, neurózisok is gyakoribbak náluk. Ezzel szemben vannak olyan vizsgálatok, miszerint a háztartásbeli nők sokkal rosszabb pszichés állapotban vannak, mint a dolgozó nők (Claes et al 1995;). Több vizsgálat is azt találta, hogy a munkahelyi és nem-munkahelyi stressz kapcsolatban vannak egymással: az otthoni konfliktusok fokozhatják a munkahelyi stresszt, illetve fordítva: a munkahelyi problémák növelhetik az otthon átélt stresszt (Klitzman és mtsai, 1990). A munka és a család közti konfliktust a munkahelyi és nem-munkahelyi stresszorok egyaránt képesek fokozni, de a munkahelyi stresszorok hatása a konfliktusra valamivel erőteljesebbnek

mutatkozik. A mentális és fizikai egészség alakulását munkahelyi és nem-munkahelyi stresszorok egymástól függetlenül, de egyaránt jelentős mértékben képesek befolyásolni (Juhász 2002, Berényi et al, 2012,).

### **A nők helyzete a munka világában**

A nemek tekintetében mind a mai napig fennáll a munkaerő-piaci, foglalkozásbeli, fizetésbeli, elfoglalt hierarchia szintben tükröződő különbségek. A nők többségben vannak pl. az rosszul fizetett közsférában is (Juhász 2002, Berényi et al, 2012,).

### **Fizikai és szellemi munkások**

Egy vizsgálat eredménye szerint különbség tapasztalható a fizikai és szellemi dolgozók munkahelyi stresszorainak meghatározásában. A fizikai dolgozók inkább a pszichoszociális stresszorokat emelték ki, mint például *a munkafolyamat feletti kontroll hiánya, irreális feladatelvárások, a megértés hiánya a vezetés részéről, az állásuk jövőbeli bizonytalansága*. A szellemi munkát végzőknél a hangsúly a személyiségvonásokra, életstílusra, interperszonális kapcsolatokra és a családi problémákra helyeződtek (Murphy 1988). Egy másik vizsgálatban azt találták, hogy a fizikai munkát végzőknél szignifikánsan több stressz reakció jelenik meg (ennek az alábbi indikátorait mérték: hosszú távú keringési- és légzőszervi tünetek, váz-izomrendszeri és pszichikai tünetek, illetve azonnali fizikai stressz a munkahelyen), mint akár a vegyes, akár a tisztán szellemi munkát végzőknél (Eskelinen és mtsai 1991). A szerep konfliktus és szerep kétértelműség is inkább a szellemi foglalkozásokra jellemző stresszorok (Cooper és Marshall, 1978, Juhász 2002).

### **Vezetők és beosztottak**

#### **A vezető stresszorai**

A vállalati hierarchiában különösen a középvezetők helyzetét kell kiemelni, hiszen ők vezetők és beosztottak is egyben, s mindkét hierarchia szint káros hatásaiból részesülnek. A vállalat átfogó céljaira, stratégiájára ritkán van közvetlen befolyásuk, annak mintegy végrehajtói csupán, így sokszor előfordulhat, hogy olyan döntéseket kell népszerűsíteniük beosztottaik között, amellyel maguk sem értenek egyet. Ebből a szempontból tehát inkább maguk is beosztottak. Vezetők viszont akkor, amikor

csoportjukat, osztályukat érintő személyi kérdésekben kell dönteniük, például a felsőbb szinten kialakított takarékosági akció jegyében el kell bocsátaniuk hosszú ideje hűséges dolgozókat, stb.

- Az állás bizonytalansága (ők különösen veszélyeztetettek a létszámleépítésre, az idő előtti nyugdíjazásra)
- Nagymértékű felelősségükhöz kevés valódi hatalom tartozik
- Alulról és felülről is folyamatos támadások érhetik őket
- A vezetői szerephez kapcsolódó további stresszor a munkatársi kapcsolatok, a szociális támogatottság hiánya, hogy magányosnak érzik magukat.
- Jelentős vezetői stresszor lehet a túlórázás, a szerep kétértelműség.
- Tipikus vezetői stresszor a szerepkonfliktus
- A túlmunka szintén jellemző vezetői stresszor (Berényi et al, 2012,).

### **Beosztottak stresszorai**

A munkakörülményeket tekintve a kontrollhiány a leggyakoribb és legsúlyosabb stresszor. Ebben az esetben a beosztottnak nincs joga a munkáját érintő kérdésekbe/döntésekbe beleszólni (Berényi et al, 2012, Juhász 2002).

A stressz állapot testi és lelki jelei, következményei.

### **A stressz élettani hatása a szervezetre**

Az életben maradás alapvető feltétele, hogy az egyén azonnal felismerje a veszélyt és eldöntse: harcol vagy menekül. Veszélyhelyzetekben az ideg- és hormonrendszer azonnal adrenalint és mellékvese-kéreg hormonokat (kortizolt) mozgósít, s minden szerv működését a küzdés vagy menekülés szolgálatába állítja.

Tekintsük át röviden, mi is játszódik le szervezetünkben a stressz állapot hatására. A belső szerveink működése a vegetatív idegrendszer irányítása alatt áll. A vegetatív idegrendszer – működését tekintve – két részből áll. A szimpatikus idegrendszer a szervezetünket aktiválja, erősít mozgósítja, míg a paraszimpatikus idegrendszer elsősorban a pihenés, a regenerálódás, a szervezet erőinek tartalékolását segíti elő. A veszély, izgalom esetén a szimpatikus idegrendszer révén a szervezetet

aktiválódik, energiáit mozgósítja és felkészül a védekezéshez vagy a támadáshoz (fight or flight). Az izgalom hatására kialakul egy tünetegyüttes, a Cannon-féle vészreakció. A szív erei tágulnak, ez lehetővé teszi a vérkeringés fokozódását. A légzés mélyül, miközben a tüdő hörgőcskéi tágulnak. A kitágult vázizomereken keresztül sok vér kerül az izmokba, ezért más szervekben szűkülnek az erek, mint például a tápcsatornában és bőrben. Emiatt a tápcsatornában csökken a bél perisztaltikája, és az egyén bőre „elfehéredik”. A vészhelyzet során a mozgások fokozott érzékelését a pupilla tágulása biztosítja.

A mellékvesevelő nagy mennyiségű, adrenalin (stresszhormont) termel, ami fokozza az izmok vérellátását, és biztosítja a megfelelő „üzemanyag-ellátásukat” is: a máj glikogénlebontása fokozódik, ami a vércukorszint emelkedést idéz elő. Mindehhez a mellékvesekéreg megfelelő háttérrel biztosít. Az agyalapi mirigy közbenjárására a mellékvese kéreg kortizolt termel, ami segíti és stabilizálja a szimpatikus hatásokat. Mindezen hatások összességéként szervezetünk készen áll a veszély elhárítására. Érzékszerveink kiélesednek, gondolkodásunk tisztul, reakcióink gyorsulnak, izmaink erőtől duzzadnak, s elegendő cukor és oxigén áll rendelkezésükre a hatékony, gyors, erőteljes működéshez. Minden az izomműködés – a menekülés vagy küzdelem – szolgálatában áll.

## Hosszú távú hatások

Az általános adaptációs szindróma (GAS) három szakasza különíthető el (1 ábra). Az első szakasz a **vészhelyzet (alarm reakció) szakasza**, amely egyfajta riadókézülséget jelent, a szervezet felkészül a veszélyre, az ellenállóképesség csökken. Tartósan nem lehet ebben az állapotban maradni, így rövidesen kialakul a második fokozat, a **védekezés, aktív ellenállás**. Ebben a szakaszban a test alkalmazkodik az ártalomhoz, az alarm-reakció jelei látszólag eltűnnek, és az ellenálló képesség a normális szint fölé emelkedik. A harmadik fokozat a **kimerülés**, amelynek jelei hasonlítanak az alarm reakcióhoz, ami idő előtti öregedéshez és számos betegséghez vezethet. Az általános adaptációs szindróma felhívja a figyelmet arra, hogy a szervezet alkalmazkodóképessége, vagy adaptációs energiája véges és kimeríthető. (Pálfi I 2007).



1. ábra Selye-féle általános adaptációs szindróma három fázisa

### Akut stressz válasz testi jelei

A stressz testi, érzelmi, mentális és viselkedésbeli tüneteit a 1. táblázat foglalja össze.

Testi tünetek	Érzelmi tünetek	Mentális tünetek	Viselkedésbeli tünetek
fejfájás, szédülés	ingerlékenység, indulatosság	koncentrációkéesség romlása	fokozott dohányzás, alkoholfogyasztás
fáradtság, kimerültség	félelem, szorongás	szétszórtság, figyelmetlenség	kapcsolataink elhanyagolása
magas vérnyomás, mellkasi fájdalom	lehangoltság, depresszió	memória zavarok	szexuális érdeklődés csökkenése
emésztési problémák, hányinger, hasmenés	reményvesztettség	gyakori hibázás	alvási nehézségek, étkezési problémák
merev nyak, hát- és vállfájdalmak	sírás, kiborulás	döntésképtelenség	balesetek okozása és elszenvedése
értéktelenség érzése		negatív gondolkodás	

2. táblázat A stressz testi, érzelmi, mentális és viselkedésbeli tüneteit

## A krónikus stressz hatásai az egyes szervrendszerek működésére

**A szív és érrendszeri megbetegedések** kialakulásában jelentős szerepet játszik a tartós szimpatikus aktivitás. Korunk népbetegségének számító hypertóniához vezet az artériák tartós összehúzódása, a vérnyomás és a pulzusszám emelkedése, a vérkeringés átrendeződése, a vese víz és só visszatartása. Emellett a vércukor és a vérzsírszint tartós emelkedése és a relatív inzulinrezisztencia fokozza az arterioszklerózis kockázatát. A fibrinogén aktivitás fokozódása és trombociták reaktivitása a vér fokozott alvadékonyságához vezet, ami tovább növeli a szívinfarktus kialakulásának kockázatát.

Mialatt a stresszreakció hatására az agy és izmok vérellátása fokozódik, az emésztőrendszer, bőr és vesék vérellátása csökken. A rosszabb vérellátás, a csökkent bélműködés fokozza a gyomorban, nyombélben és a bélrendszer alsó szakaszában a fekély kialakulásának a kockázatát (Crohn betegség, colitis ulcerosa).

**Az emésztőrendszer** megbetegedései a megváltozott szimpatikus/paraszimpatikus egyensúly következménye, ami hasmenéssel, székrekedéssel és puffadással járó irritábilis bél szindrómához (IBS) és gastrooesophageális refluxhoz vezet.

A neuroendokrin rendszer működésében bekövetkező változások miatt az **immunrendszer** is érintetté válik. A krónikus stressz hatására immunszupresszió, az immunrendszer alulműködése figyelhető meg, mely fokozza a különböző típusú fertőzőes megbetegedések kialakulásának kockázatát, és szerepet játszik az allergiás és autoimmun kórképek kialakulásában. Kutatások bizonyítják, hogy a fokozott stressz hatásoknak kitett állatokban a daganatos betegségek előfordulása is emelkedő tendenciát mutat.

A stressz hatására a **légzőszerveket érintő megbetegedések** kockázata is nagyobb a fokozódó, szabálytalanná váló légzésritmus, illetve az immunrendszer működésének zavarai miatt.

A stresszválasz okozta mozgásszervrendszeri megbetegedések a túlzott **izomfeszüléssel** hozhatók összefüggésbe, aminek következtében fájdalomtünetek,

mint például tenziós fejfájás, egyes hát és derékfájdalmak jelentkezhetnek.

A tartós stressz hatására felerősödnek a pszichés, pszichiátriai tünetek, **nő a pszichés betegségek kialakulásának kockázata**, hiszen a stresszválasz tulajdonképpen a „félelmi-szorongásos pályákat, reakciókat” indítja be újra és újra a központi idegrend-szerben (pl.: pánikbetegség, generalizált szorongás, depresszió stb.).

A tartós stresszor hatások miatt a **szexuális működés zavarok** is jelentkezhetnek, nőknél gyakrabban fordul elő menstruációs zavarok, kismencedei fájdalom, krónikus gyulladás, meddőség, spontán vetélés, koraszülés, míg férfiaknál impotencia és a korai magömlés (Staunder A, 2007.; Staunder A, 2008.).

### Lelki reakciók a stresszre.

A stresszkeltő szituációk hatására gyakran pszichés tünetek és betegségek is megjelennek.

#### **Depresszió**

A depresszió olyan hangulatbetegség, amelyet a szomorúság, a levertség, a csökkent motiváció, az élet iránti érdektelenség és a negatív gondolatok (például tehetetlenségérzés, a meg nem felelés érzése, és 37 alacsony önértékelés), valamint olyan testi tünetek, mint az alvászavarok, az étvágytalanság és a fáradékonyság jellemeznek. Ha az emberek sorozatosan azt tapasztalják, hogy tehetetlenek az őket érő negatív hatásokkal szemben, fásultakká válnak, visszavonulnak a további megküzdéstől, passzívak lesznek. Ha a stresszfeltételek folyamatosak és az egyén nem küzd meg velük sikeresen (a megküzdésről lásd alább), a fásultság depresszióba csaphat (Atkinson et al, 1994).

#### **Szorongás**

A szorongás egy elővételezett veszélyre adott érzelmi válasz. Olyan kellemetlen

érzelmeik tartoznak ide, mint az aggodás, a félelem. Ezek csak akkor tekinthetők abnormálisnak, ha olyan helyzetben jelentkeznek, amelyet az emberek többsége könnyedén megold.

### **Munkahelyi elégedettség/ elégedetlenség**

A munkahelyen tartósan fennálló stresszhatások azt eredményezhetik, hogy a dolgozók elégedetlenné válnak a munkahelyükkel, a szervezettel, az abban elfoglalt szerepükkel. Ez pedig jelentős mértékben meghatározza a termelékenységüket, munkavégző képességüket (Berényi et al, 2012;).

### **Teljesítménykárosodás**

Komoly stresszorokkal szembesülve az embereknek nehézségeik lehetnek az összpontosításban, gondolataik logikus összeszervezésében, figyelmük könnyen elterelhetővé válik. Ennek következtében a bonyolultabb feladatokban nyújtott teljesítményük romlik. A teljesítményromlás egyik oka, hogy az erős érzelmi felindultság zavarja az információfeldolgozást. A másik ok, hogy erős stresszorokkal találkozáskor a figyelmet a feladattól elterelő gondolatok nyomulhatnak a fejünkbe (Berényi et al, 2012,).

### **Viselkedésváltozás**

A tartós stressz hatására az emberek viselkedésében is jellegzetes változások figyelhetők meg. Példaként kiemelhető:

**Egészségkárosító viselkedésformák**, mint például dohányzás, túlzott kávéfogyasztás, túlzott alkoholfogyasztás, kábítószer használata, baleset előfordulás.

**A munkahelyi szerep leértékelése, értékcsökkenése**, mint például teljesítménycsökkenés, hibázás és baleset előfordulása, a munkahelyen előforduló alkohol és drogfogyasztás.

**Harag, agresszió** olyan esetben fordulhat elő, amikor az egyént valami akadályozza bármilyen céljának elérésében, agresszív hajtóerő keletkezik benne, amely az illetőt arra sarkalja, hogy megsértse, vagy megsebesítse az akadályozó



tényezőt. Ez egy munkahelyi közegben a verbális agressziótól egészen a tettlegességig is elmehet. Az egyén agressziója irányulhat munkatársra, felettesre, egy munkaeszközre, munkadarabra (lopás, szándékos rongálás, szándékosan rossz munka végzése). A munkahelyi gerjesztése szintén a verbális agresszió egyik megnyilvánulási formája lehet.

**Menekülés a munkából**, ide sorolható a hiányzás, kilépés, a korai nyugdíjba vonulás, sztrájk.

**Egyéb életszerepek károsodása**: házastársi, baráti, polgári szerepek (Berényi et al, 2012;).

### Pszichoszomatikus tünetek előfordulása a stressz hatására

Pszichoszomatikus megbetegedések során a test (görögül szóma) és a lélek (görögül psziché) között megbomlik az egyensúly. A tünetek kialakulásáért felelős oki tényező valamilyen megoldatlan lelki vagy szociális probléma, mely az egyénnél stresszt, szorongást eredményezhet. A panaszok tartós fennállása esetén először szakorvossal kell ellenőriztetni, nincs-e szervi ok a háttérben. Amennyiben tényleg pszichoszomatikus tünetről van-e szó, a szorongás megszűnésével a probléma automatikusan rendeződik.

### Leggyakrabban előforduló pszichoszomatikus tünetek

#### **Kardiovaszkuláris betegségek** (magas vérnyomás, szívinfarktus)

Az idegrendszeren keresztül a különböző stressz helyzetekre és érzelmekre – az emberi szervezet nagyon érzékeny szerve – a szív gyorsan reagál. A stressz, érzelmi lökés hatására kibocsátására kerül a stressz neurohormonjai, melynek következtében a vérnyomás és a pulzus megemelkedik. A mindennapi életünkben nagyon sok stressz ér bennünket. Az érfalakra is az idegeskedés, a feszültség, az agresszió, a nyugtalanító kízó gondolatok káros hatással vannak. A stressz következményeként a vérlemezkék összecsapzódnak, melyből vérrögök alakulnak

ki és súlyos érrendszeri elváltozáshoz vezethet. A szívinfarktus a szívizom súlyos vérellátási elégtelensége miatt kialakult szívizomelhalás. A betegség kialakulásáért felelős szomatikus rizikófaktorok (a vér fokozott zsírtartalma, az elhízás, a mozgásszegény életmód) mellett kiemelkedő figyelmet kell fordítani a különböző pszichológiai tényezőkre is. A szívinfarktus is gyakran az erős stresszhatásra következik be. Jellemző, hogy a koszorúér betegek meghatározó személyiségi jegyekkel rendelkeznek (pl.: szorongók, alvászavaraik vannak, agresszívok, felfokozott életvitelük van). Az infarktus kialakulását is elősegíti az ún. „A típusú” személyiség szerkezet, melyben az egyénre jellemző, hogy tudatos, önbizalma kiemelkedő, nagy erővel veti bele magát a munkába, teljesítmény orientált ugyanakkor mégsem kiegyensúlyozott (Major 2011, Jacques 1996).

A hipertónia, más néven magas vérnyomás népbetegség. Kialakulásának pontos oka legtöbbször ismeretlen (elsődleges hipertónia). Az esetek kisebb részében (másodlagos hipertónia) a betegség hátterében valamilyen szervi betegség áll (pl.: vesebetegség, mellékvese-túlműködés...stb), azonban a pszichoszomatikus jellege is közismert: „Úgy felidegesítettem magam, hogy a vérnyomásom is felment.”

A hipertóniában szenvedő betegek személyiségképében is megjelenik az agresszió és a megfeszített munkatempó. Jellemző rájuk, hogy a konfliktust inkább kerülik, túlzott alkalmazkodás jellemzi őket. A lelki megterhelés és a hipertónia összefüggéseire az alábbi magyarázat szolgál: izgalom vagy agresszió során az agy azonnal stresszhormonok kiválasztásával reagál. Az adrenalin hatására a szívverés szaporább lesz, fokozódik a szív összehúzódásának ereje és egyidejűleg szűkül a véredények keresztmetszete. Az összeszűkült erek nagyobb mennyiségű vért kell átpréselni, ezért a nyomás emelkedik. A magas vérnyomás kihat az érfalakra is, ahol sérüléseket okoz és így a vérben megtalálható lipidek könnyen megtapadnak. Ennek következtében az erek átmérője szűkül, mely magába foglalja elzáródás kockázatát, vagyis a szívinfarktus vagy a stroke kialakulását is (Major 2011, Jacques 1996).

**Gyomor-bélrendszer** betegségei (pl. gyomor- és nyombél fekély, irritábilis colon szindróma, colitis ulcerosa)

## **Gyomor és bélrendszer**

A gyomor rendkívül érzékeny a stresszhatásokra, lelki problémákra. Sok ember a legkisebb feszültség, szorongás hatására égő érzésről, gyomortáji fájdalomról számol be. A tartós feszültség esetén a gyomorfájdalmak rendszeressé válhatnak. A gyomorfekély gyakori betegség, különösen a fejlett országokban élőkre jellemző. Civilizációs betegségként is nyilvántartják, kialakulásában szerepet játszik a zaklatott életvitel, a kiegyensúlyozatlan táplálkozás, a stressz. A gyomorfekélyt klasszikus pszichoszomatikus betegségek közé sorolják.

A bélrendszer a gyomorhoz hasonlóan nagyon érzékeny a különböző lelki megpróbáltatásokra. A bélrendszer nyálkahártyája könnyen ingerelhető, gyorsan változik a perisztaltika, így a szorongás és stressz hatására sok embernél székrekedés vagy hasmenés jelentkezik.

### **Irritábilis bél szindróma (IBS)**

Az IBS minden ötödik embert érint. Bármely életkorban előfordulhat, de gyakrabban a munkaképes korúaknál jelentkezik. A nőknél kétszer gyakrabban fordul elő. Tünetei: görcsös hasi fájdalom, puffadás, teltségérzet, hasi diszkomfort érzése, hasmenéses vagy székrekedéses tünetek. „Nem tudom megemészteni a problémát” szólás is utalhat a pszichoszomatikus eredetére.

### **Colitis ulcerosa és Crohn betegség**

A colitis ulcerosa és a Crohn betegség gyulladósos bélbetegségek egyik fajtája. A betegségre jellemző tünet a hasi fájdalom és a hasmenés. A tünetek különböző idegrendszeri megterhelés hatására, stresszre fellángolhatnak, nyugalom esetén visszavonulnak. Rendszeres orvosi kezelést igényelnek. A pszichoterápia segít egyensúlyban tartani a betegséget.

## **Légzőrendszer betegségei: (pl. asthma bronchiale, torokszorítás)**

Az asthma bronchiale a légutak krónikus gyulladásával járó betegség. Jellemző a hörgőfal simaizmainak görcsös összehúzódása, a nyálkahártya megduzzadása és a hörgők keresztmetszetének beszűkülése. Háttérben allergia, légúti vírusfertőzés, levegőszennyezés, időjárásváltozás áll, de kialakulásában is szerepet játszhat a lelki megterhelés, a korábban átélt stressz (pl.: gyermekkori bántalmazás, elhanyagolás, a szülők válása, mentális betegsége vagy halála állhat, a szülői attitűd).

A szomatikus distressz tünetei közül nagyon gyakori panasz a torokszorítás. Gyakran okozza szorongás, azonban szervi probléma a legtöbb esetben nem áll a háttérben. A panasz súlyossága változó, de olyan állapotot is okozhat, hogy a nyelés nehézzé, szilárd étel lenyelése alig kivitelezhetővé válik.

### **Fejfájások** (tensiós fejfájás, migrén)

A migrén rohamokban jelentkező, vissza-visszatérő, rendszerint féloldali, lüktető, heves fejfájás. Gyakran kíséri émelygés, hányinger, hányás, látászavar. A nőknél háromszor gyakoribb, mint a férfiaknál. A betegség pontos oka nem ismert, de kialakulásában szerepet játszhat a stressz, az életritmus felborulása, a kialvatlanság, a hormonális változások, egyes élelmiszerek, a környezetváltozás és az időjárás változás (Fukui et al 2008, Bingel 2008, Radat 2013).

A tenziós fejfájásra tompa, mindkét oldalon érezhető fájdalom jellemző. Az egyén úgy érzi, mintha satu szorítaná a fejét. A fejfájás hossza fél órától egészen egy hétig eltarthat. Oka pontosan nem ismert, de kialakulásban szerepet játszhat a nyak és vállövi izmok tartós összehúzódása, stressz, depresszió vagy szorongás, alváshiány, megváltozott alvási szokások, kényelmetlen helyzetben végzett munka, fizikai aktivitás hiánya, hormonális változások.

### **Endokrin zavarok** (premenstruális distressz tünetcsoport)

A havivérzést megelőzően a nők jelentős része érzelmi és testi tünetekről számol be. Ezeket összefoglalóan premenstruációs tünetegyüttesnek (szindrómának) (PMS) neveznek. A premenstruális tünetcsoportban, több mint 150 tünet jellemezheti, ami személyenként változó képet mutat. A leggyakrabban előforduló panaszok: **hangulati zavarok** (depresszió, szomorúság, szorongás, harag, ingerlékenység, gyakori hangulatváltozások), **mentális problémák** (csökkent koncentrációkészség, döntésképtelenség), **fájdalmak** (fejfájás, emlőérzékenység ízületi és izomfájdalmak), **idegrendszeri problémák** (álmatlanság, aluszékonyság, étvágytalanság, bizonyos ételek túlzott kívánása, fáradtság, levertség vagy éppen mozgás és beszédkényszer, a nemi kényszer megváltozása, ügyetlenség, szédülés, hangyamászás érzése), **gyomor-bélpanaszok** (hányinger, hasmenés), **vegetatív zavarok** (erős szívdobogás-

érzés, fokozott verejtékezés), **só- és vízviisszatartás** (puffadás, testsúly-növekedés, csökkent vizelet-elválasztás), **bőrpanaszok** (akne, zsíros bőr és haj)(C.Molnár E et al 2006).

### **Bőrgyógyászati betegségek (ekcéma, psoriasis)**

A bőrünk, mint érzékszerv a külvilág információit közvetíti a számunkra, emellett a lelki problémáink üzeneteit is képes kommunikálni a külvilág felé különböző bőrtünetek, bőrproblémák formájában.

Példaként említhető a hámlással, a bőr „vedlésével” járó pikkelysömör (pszoriázis), melynek hátterében az egyén irreálisan fejlett kritikai érzéke miatt nem tud megfelelni saját magával szemben támasztott elvárásainak. Jellemző az örökös elégedetlenség. A hámlásos típusú bőrproblémák hátterében a bűntudat és a megbánás jelei is megmutatkozhatnak, ezáltal igyekeznek az egyén új bőrbé bújni és megszabadulni attól, ami múltban történt.

Egy másik rendkívül fájdalmas és kínos betegség az övsömör. A hosszan tartó stressz, trauma, pszichoszomatikus tényezők közrejátszhatnak a folyadékkal teli hólyagok formájában jelentkező betegség kialakulásában.

Harmadik, pszichoszomatikus szempontból az ekcémát kell kiemelni. Az ekcéma a bőr allergiás eredetű gyulladásos megbetegedése. Az ekcémás fellángolásokat különböző irritáló tényezők okozzák (pl. mosószer, páratartalom megváltozása, bizonyos élelmiszerek...stb), de hátterébe a stressz valamint az anya-gyermek kapcsolat zavara is állhat.

### **A stressz hatása a szervezeti szinten**

#### **Alacsony termelékenység**

A munkahelyi stresszt a dolgozók körében teljesítménycsökkenéséhez vezethet. Az egyéni teljesítményromlások és az egyéb agresszió megnyilvánulási formák (szándékos rongálás, lopás) összegződve közvetlenül ronthatják a vállalat egészének hatékonyságát és teljesítményét. A termelékenységet tovább csökkentik közvetett módon a dolgozók alkohol- vagy drogfüggősége, szorongása, depressziója is.

## **Hiányzás**

A dolgozók testi-lelki megbetegedései közvetlenül a hiányzás növekedéshez vezethet. A dolgozók nagymértékű hiányzása jelentős problémát okoz a vállalatok számára. Ilyen esetekben gondoskodniuk kell a helyettesítésről, enélkül ugyanis jelentős kiesés származna a termelésben. Sajnos azonban a helyettesítést leggyakrabban a meglévő dolgozókra bízják, akiknek ilyenkor több ember munkáját kell a munkaidejük alatt elvégezni, jelentős stresszt élve át. Egy ördögi kör indulhat be: a stressz miatt betegállományban lévő dolgozók helyettesítése ugyancsak stresszt jelent más dolgozók számára, s talán a következő héten már ők esnek ki a termelésből.

## **A munkaerő nagymértékű elvándorlása**

A tartósan stresszkeltő munkahelyről való elmenekülés másik formája a kilépés. Ez is nagyon komoly problémát jelenthet a vállalatok számára. Az elvándorló dolgozó helyébe mindannyiszor újat kell keresni, majd az új munkaerőt betanítani. Ez jelentős költségekkel jár, emellett a munkahelyi hangulatnak sem tesz jót (lásd lent), valamint a vállalat külső megítélésének sem.

## **Munkahelyi feszültség**

A fent említett tényezők mind hozzájárulnak a munkahelyi feszült hangulathoz, ami pedig önmagában is egy stresszor lehet, tovább növelve a valószínűségét annak, hogy a stressz káros hatásai olyan tényezőkben nyilvánulnak meg, mint a hiányzás, kilépés, alacsony termelékenység, stb (Berényi et al, 2012, ).

## **A kiégés szindróma (Burnout)**

A kiégési szindróma tünetegyüttes fogalma Herbert Freudenberger (1974) pszichoanalitikus nevéhez fűződik. A fogalmat a szakmai viselkedés leírására alkalmazta, amely szerint az egyén fizikai és lelki erőforrásának kiapadásáról van szó.

*„Ez a szindróma krónikus, emocionális megterhelések, stresszek nyomán fellépő fizikai, emocionális, mentális kimerülés állapota, amely a reménytelenség és inkompetencia érzésével, célok és ideálok elvesztésével jár, s amelyet a saját*

személyre, munkára, illetve másokra vonatkozó negatív attitűdök jellemeznek” (Fekete 1991 ).

*Cherniss* szerint a kiégés „olyan folyamat, amelyben a stressz és a hajsolt munka hatására a hajdanában elkötelezett szakember eltávolodik munkájától” (Herr El 1997).

A kiégés mérésében mérföldkőnek számított Maslach és Jackson által kidolgozott Maslach Burnout Inventory (MBI kiégettségi kérdőív) publikálása. A jelenség az emocionális kimerültséget, a deperszonalizációt, a személyes hatékonyság csökkenését teszteli. *Maslach* szerint az egyén a törődési szándékát veszíti el azokkal szemben, akikkel együtt dolgozik. A kiégés háttérben a szerző szintén az érzelmi kapacitás kimerülését hangsúlyozza, aminek következtében az egyén nem lesz képes pozitív érzéseket, empátiát, tiszteletet tanúsítani a kliens iránt (Maslach et al 1982, Maslach et al 1993).

A fogalom számos meghatározásában közös jellemvonás, hogy tartós érzelmi megterhelés, stressz hatására a személy fizikai, lelki és érzelmi kimerülés állapotába kerül, és ezt a szokásos módon nem tudja megoldani.

Munkahelyi kiégésen olyan pszichológiai tünetcsoport, amely tartós, személyek közötti stresszkeltő tényezőkre adott válaszként értelmezhető, melyből kiderül, hogy a munkahelyi kapcsolatokban rejlő stressztényezők alapján ragadják meg a jelenséget. A fogalom meghatározásában az individuális és környezeti meghatározottság egyaránt megjelenik. (Kovács 2006)

A témában nemzetközi és hazai viszonylatban óriási szakirodalom áll a rendelkezésre. A kutatások azt mutatják, hogy a humán, segítő szolgáltatások területén dolgozók körében nagyobb a kialakulásának veszélye, ezért nagyobb hangsúlyt fektetnek az önsegítő közösségek tagjainál, krízisintervenciós központok munkatársainál, egészségügyi és szociális intézmények dolgozóinál, pedagógusoknál, jogászoknál, rendőröknél kialakuló jelenségek vizsgálatára, kezelésére, azonban meg kell jegyezni, hogy szinte minden foglalkozás esetében előfordulhat. (Kovács 2006, Kovács et al 2012, Köbli et al 2008, Mészáros V et al 2013, Pálfi et al 2008, Pálfiné et al 2008, Pikó 2006)

A kiégés ciklikusan ismétlődő folyamat. *Edelwich* és *Brodsky* felosztása alapján négy szakasz különíthető el: Az első fázis a kezdeti nagy lelkesedés, idealizmus, amelynek vezető jellegzetessége az irreális elvárások rendszere mellett az egyén

sok energiával, felfokozott segítségi szándékkal végzi a tevékenységét. Ezt a stagnálás, kiábrándulás – második fázis – követi. Az egyén megtorpan, fáradtság jelentkezik nála, a teljesítőképessége csökken. A harmadik frusztráció időszak alatt egyre idegesítőbbek a munkával kapcsolatos terhek. Az egyén a munkájának értékével és hatékonyságával kapcsolatban elbizonytalanodik. Végül a negyedik fázis az apátia, amikor a szakmai munka rutinszerűvé válik, az egyén elkerüli a kihívásokat. *Becker* az idealizmus és a stagnálás közé egy újabb fázist tett be: a realizmust (Edelwich és Brodsky 1997).

*Hézser* munkájában a kiégés tünetegyüttes alakulását 12 lépcsős folyamatként írja le (Hézser 1996). Az egyes szakaszokat nem éles határok választják el, azok olykor összemosódhatnak. Az egyes szakaszok különböző intenzitásúak lehetnek, amit a személyiség és az élethelyzet egyaránt befolyásol. A ciklus kialakulási folyamat szakaszai a következők:

1. A bizonyítani akarástól a bizonyítási kényszerig.
2. Fokozott erőfeszítés.
3. A személyes igények elhanyagolása.
4. A személyes igények és a konfliktus elhanyagolása.
5. Az értékrend megváltozása.
6. A fellépő problémák tagadása.
7. Visszahúzódás.
8. Magatartás- és viselkedészavarok.
9. Deperszonalizáció.
10. Belső üresség.
11. Depresszió.
12. A teljes kiégettség.

A kezelés során érdemes tisztázni, hogy hol tart az egyén a kiégés folyamatában, hiszen a kiégés különböző fázisaiban különböző intervenciós lépéseket kell tenni.

A kiégés kialakulásában számos munkahelyi stresszor is szerepet játszik, mint például az elismerés hiánya, az alacsony fizetés, az állás bizonytalansága, a mennyiségi és minőségi túlterhelés, a túl sok vagy túl kevés felelősséggel járó munka. Veszélyeztetettebbek lehetnek az egyedül dolgozók, akiknek nincs lehetőségük szakmai tapasztalatcserére, és nem kapnak rendszeres visszajelzést



tevékenységükről. A vezetőség segítő-motiváló jelenlétének hiánya, az elégtelen intézményi támogatás, a szerepkonfliktusok, a karrierépítési lehetőségek korlátozottsága, az adminisztratív terhek nagy aránya az effektív munkához képest szintén probléma forrása lehet. A kiégési szindróma kialakulásában a munkahelyi stresszorok mellett szerepet játszik a személyiség is.

A kiégés mind testi, mind lelki tünetekkel is együtt jár. Testi tünetek lehetnek a fáradtság, kimerültség, alvászavarok, fejfájás, súlyingadozás, fekélybetegségek és magas vérnyomás. Lelki tünetek megnyilvánulási formái: ingerlékenység, változó hangulat, agresszivitás, lehangoltság, cinizmus, a teljesítőképesség-, a munkabírási csökkenése.

# MEGKÜZDÉS

Karamánné Pakai Annamária

Miután áttekintettük az egyénre és a szervezetre nézve a stresszorok rövid és hosszútávú hatásait, e fejezetben azzal is foglalkozunk, hogyan lehet ezeket a károsító faktorokkal megküzdeni, azokat megelőzni, csökkenteni.

Stone és Neale (1984) szerint megküzdésnek tekinthető minden olyan cselekvés vagy kognitív művelet, amelyet az egyén tudatosan alkalmaz egy stresszteli szituáció kezelésére vagy az anticipált fenyegetés hatására keletkező feszültség feldolgozására.

A *megküzdési képességek*, a *coping* stratégiák azt mutatják meg, hogyan tud a személy a nehéz, stresszkeltő élethelyzetekkel megbirkózni. Minél többféle megküzdési stratégiát ismer és alkalmaz az egyén, annál nagyobb az esélye, hogy az adott stresszhelyzetben testi-lelki-szociális egyensúlyának megőrzésére, helyreállítására (Stauder A, 2008)

A megküzdési stratégiákat csoportosítása több dimenzió mentén is történhet. A *magatartástudomány integratív magatartás szabályozás modellje* szerint (Kopp, 1994; Kopp és Skrabski, 1995) az ember-környezet rendszer dinamikusan formálja a személy viselkedését. A modellben központi szerepet a döntési folyamat kap. A személynek minden éber percében dönteni kell arról, hogy képesnek tartja-e magát az adott környezeti elvárások teljesítésére, hogy képesnek érzi-e magát az adott helyzet megoldására, a helyzetből fakadó nehézségekkel való megbirkózásra, megküzdésre. Az ember-környezet modell szerint a személy egyensúlyi állapot fenntartására törek-szik. Stressznek tekinthető, ha a személy egy helyzetet újszerűnek, veszélyesnek minősít, amely egyensúlyvesztéshez vezethet.

Pikó (1997) szerint a megküzdés egy olyan folyamat, amely során a személy kognitív és magatartási erőfeszítéseket tesz a stressz forrását jelentő konfliktus megoldására.

*Lazarus* és *Launier* problémaközpontú és érzelme-központú megküzdési formát különböztet meg. A problémaközpontú megküzdés problémamegoldó stratégiák alkalmazását jelenti, amely irányulhat kifelé, magára a problémás helyzetre, de befelé is, a személy önmagában változtat meg valamit, ahelyett, hogy a környezetet módosítaná. Az *érzelme-központú megküzdést* során a személy azzal foglalkozik,

hogy enyhítse a stresszhelyzet okozta érzelmi reakciókat, megakadályozza a negatív érzelmek elhatalmasodását. Akkor is ilyet alkalmaz a személy, ha a helyzetet nem tudja megváltoztatni.

Érzelemközpontú megküzdés során a negatív érzelmekkel többféle módon is megküzdhet a személy. *Moos* (1988) ezeket viselkedéses és kognitív stratégiáknak nevezte el:

- *viselkedéses stratégiák*: ide tartozik a testmozgás, mint problémaelterelés, az alkoholizálás, drogok fogyasztása, dühkitörés, érzelmi támasz keresése barátoknál.
- *kognitív stratégiák*: ide tartozik a probléma időleges félretétele, a fenyegetettség csökkentése a helyzet jelentésének megváltoztatásával.

*Billings* és *Moos* (1984) kutatásaik során azt találták, hogy akik problémaközpontú megküzdést használtak stresszhelyzetekben, mind a stressz alatt, mind a stressz után kevésbé voltak depressziósak.

*Lazarus* és *Folkman* (1986) kutatásai eredményeként a megküzdési stratégiák klasszikus felosztás szerint – a problémaközpontú és érzelemközpontú megküzdési formákon belül- további nyolcféle kategória különíthető el:

1. **Konfrontáció**: ez a problémával való szembehelyezkedést, aktív megküzdést jelenti;
2. **Eltávolodás**: a helyzettől való érzelmi és mentális eltávolodást jelenti, abból a célból, hogy az egyén energiát gyűjthessen a további megküzdéshez;
3. **Érzelmek és viselkedés szabályozása**: ez az adott stresszhelyzet megoldását legjobban elősegítő érzelmi kifejezőmód és viselkedés megtalálását jelenti;
4. **Társas támogatás keresése**: a társas környezet részéről rendelkezésre álló erőforrások, családi vagy baráti kapcsolatok, támogatások keresését és kihasználását jelenti. A társas kapcsolatok minősége és nem a mennyisége számít;
5. **A felelősség vállalása**: az észlelt, tulajdonított kontroll vállalása jelentős szerepet játszik a stressz csökkentésében.
6. **Problémamegoldás-tervezés**: kifejezetten kognitív, racionális stratégia, azoknak a lehetőségeknek a kiértékelését jelenti, amelyek a helyzet megoldását célzó cselekvést segíti elő;

7. **Elkerülés-menekülés:** nem vállalja a konfrontációt, kilép a szituációból;
8. **Pozitív jelentés keresése:** a negatív jelentésű esemény kihívásként, bizonyos szempontból pozitívként való értékelése történik, ami növelheti a sikeres megküzdés esélyét;

# SZŰRÉS ÉS MÉRÉSI LEHETŐSÉGEK

Karamánné Pakai Annamária

A munkahelyi stressz mérésére több lehetséges módszer áll a rendelkezésünkre. A szűrés lehetséges módszerei lehetnek a dolgozók viselkedésének, stressz tüneteinek megadott szempontrendszer alapján történő **megfigyelése/monitorozása**, az **eszközös eljárások** közül a kardinális tünetek (vérnyomás, pulzus) és a hormonszint mérése, a stressz tünetek jelenlétére, megélt stressz szintjét mérő **önbevalláson alapuló kérdőívek** és végezetül a **dokumentumelemzések**, mint például a stresszel bizonyítottan összefüggő megbetegedési mutatók, balesetkezési mutatók, illetve hiányzási mutatók elemzése.

A teljesség igénye nélkül e fejezet keretén belül bemutatásra kerül néhány hazai körülmények között is jól használható kérdőív. Az önkitöltős kérdőívek segítségével nemcsak a munkahelyi, de az egyéni tényezők is mérhetővé válnak. A nemzetközileg validált skálákkal való felmérés könnyen kivitelezhető, idő és eszköztakarékos. A kérdőívek munkakörre, szervezetre szabhatóak, alakíthatóak. Hátrányai közé sorolható, hogy a mérőeszközök nem „objektívák”. Az alábbi csoportosítás szerint kívánom bemutatni az önbevalláson alapuló kérdőíveket:

- Életesemények
- Életminőség
- Jólét
- Depresszió
- Szorongás
- Megküzdés
- Munkahelyi stressz felmérése

## Életesemények

### **Holmes-Rahe-féle rövidített Stressz és Megküzdés kérdőív**

Két amerikai pszichológus Thomas Holmes és Richard Rahe a hatvanas években (1967) az életesemények stresszhatásait kutatva elkészítették a Social Readjustment Rating Scale-t (SRRS), az ún. életesemények stresszkeltő hatásának listáját. A kutatók eredeti koncepciója szerint a személy életében

bekövetkező bármilyen változás alkalmazkodást igényel, amely az esemény jellegétől függően eltérő mértékű stresszt okoz, s így az különböző betegségekre hajlamosít. Arra voltak kíváncsiak, hogy a különböző életesemények mekkora súllyal vesznek részt a stressz, illetve az általuk okozott betegségek kialakulásában. A vizsgálatuk során 100 fokozatú skálán önkényesen 50-re rögzítették a házasságkötés eseményét és valamennyi egyéb esemény stresszkeltő hatását ehhez viszonyítva ítélték meg mintegy 400 különböző életkorú és társadalmi helyzetű emberrel. A stresszterhelés szempontjából objektíve, statisztikai alapon rangsorolja az eseményeket az apróbb szabálysértésektől a házastárs haláláig (11-100 pont), a házasság vége középértéknek (50 pont). Az index segítségével pontszámot rendelhetünk az életünkben bekövetkező legfontosabb változásokhoz. Vizsgálataik szerint a pontértékek éves összegzésével megbecsülhető a megbetegedés kockázata. A pontszámok alapján 300 feletti pontszám jelentős, 150 és 300 között közepes, 150 pont alatt enyhe kockázati tényezőt jelent. Az általuk összeállított skálán a tíz legmagasabb pontszámot az alábbi életesemények adják: 1. Házastárs halála, 2. Válás, 3. Különélés, 4. Közeli családtag halála, 5. Baleset, sérülés 6. Házasság, 7. Állás elvesztése, 8. Kibékülés házastárssal, 9. Nyugdíjazás, 10. Családtag betegsége. (Szabó G, 2013).

### **Életminőség mérése**

Az életminőség mérése a kutatók számára komoly kihívást jelent. Ebben az esetben egy szubjektív, személyes, egyénenként változó észlelést standardizált módon mérünk fel. Az elmúlt évtizedekben számos kérdőívvel történt felmérés nagyszámú lakossági minta vagy páciensek kikérdezése alapján. Az életminőség kérdőív közül megkülönböztetünk általános (generikus) és betegség-specifikus kérdőíveket.

A generikus kérdőívek az életminőség nem speciális jellemzőire fókuszál, mint pl. fájdalom, fizikai mobilitás, alvás, önellátás, érzelmi reakciók, társadalmi részvétel.

Néhány ismertebb kérdőív a teljesség igénye nélkül:

**EQ-5D** kérdőív 5 dimenzióra terjed ki: mozgékonyság, önellátás, szokásos tevékenységek, fájdalom/rossz közérzet, szorongás/lehangoltság. A felsorolt

dimenziókban további három fokozat különíthető el: (1) nem, (2) közepes mértékű, (3) jelentős problémát tapasztal. Ez még 2 állapottal (halál és teljes eszméletlenség) került kiegészítésre. A hasznosságértékeket Dolan munkatársaival - 3000 fős nagyságrendű brit reprezentatív lakossági minta bevonásával - időalku módszerrel határozták meg.

**Nottingham Health Profile (NHP)** mérőeszköz 38 kérdésből áll. A hat item összetevői: mobilitás, fájdalom, hangulat, vitalitás, társas támogatottság, alvás.

**Short Form 36 (SF-36)** kérdőívben harminchat kérdése 8 itembe sorolható. Ide tartozik a kérdőív részeként egy egészség önbecslő 0-10 pontig terjedő Likert-skála is. Az alsóhatáron elért pontszámokat mentális- és fizikális összpontszámok tekintetében értékelik. A magasabb érték jobb életminőséget jelent.

**WHO (World Health Organization) Quality of Life** kérdőív összesen 100 kérdést foglal magába, amely 4 fő item közé csoportosul: fizikális, lelki, társas kapcsolatok, környezet. Emellett egy egészség önbecslésre vonatkozó kérdést is tartalmaz.

A betegség-specifikus kérdőívek a vizsgált betegségek jellemző tünetcsoportjaira koncentrálnak. Példaként emelhető ki a Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RAQoL) kérdőív, amely az evőeszközök használatát, a járást, az öltözködést, tisztálkodás nehezítettségét, a betegnek az ebből származó problémáit vizsgálja (Kaló & Péntek 2005).

### **WHO Általános Jól-lét Skála**

A személyek általános közérzetének felmérésére szolgál az öttételes WHO Általános Jól-lét skála. A kérdőív kitöltők 4 fokú skálán jelölhetik be, hogy az elmúlt két hétben mennyire érezték magukat vidámnak, jókedvűnek, nyugodtnak és ellazultnak, aktívnak és élénknek, ébredéskor frissnek és pihentnek, és végezetül a napjaik mennyire voltak tele számukra érdekes dolgokkal. (Bech et al 1996; Susanszky et al 2006; Salavec et al 2006)

### **Beck Depresszió Kérdőív**

A rövidített Beck Depresszió Kérdőív 9 tételes, 4 fokú Likert-skálával a depresszió

olyan tüneteire kérdez rá, mint a szociális visszahúzóds, döntésképtelenség, alvászavar, fáradékonytság, túlzott aggodás a testi tünetek miatt, munkaképtelenség, pesszimizmus, az elégedettség és az öröm hiánya, valamint önvádlás. A magasabb pontszámok több depressziós tünetre utalnak (Rózsa és mtsai 2001).

## Szorongás

A szorongás mérésére többféle személyiségtesztek állnak a rendelkezésre. A teljesség igénye nélkül ezek a következők:

**Cattel 16 faktoros Személyiség Kérdőív** az elsődleges személyiségvonások mérésére kidolgozott kérdőív.

A **Beck Szorongás Leltár (BSZL)** 21 tételből álló önbecslő skála. Az alkalmazása során lehetővé válik a szorongás tüneteinek (pl. testi, szorongási) vizsgálata. A magasabb pontszámok erőteljesebb szorongást jeleznek a kutató számára.

A szorongás mértékének becslésére szolgál a **Hamilton Szorongás skála**, amely 14 tételből áll. A klinikus által felvett kérdőív megmutatja, hogy a szorongás mennyire akadályozza a mindennapi életét. A súlyosabb szorongást a magasabb pontszámok mutatják.

A szorongás általános szintjének mérésére a **Spielberger-féle Állapot- és Vonás Szorongás Kérdőívet (STAI)** lehet alkalmazni. Két változata van, a szorongásra való hajlamot (vonásszorongás) és a pillanatnyi szorongásos állapotot (állapotszorongás) mérő skála. Mindkét mérőeszköz 20-20 itemből áll. A standard eredmények nemenként mutatják az állapot- és vonásszorongást.

## Kiégés

A kiégés mérésére legszélesebb körben a **Maslach „Kiégettségi Leltár (Maslach Burnout Inventory -MBI)** kérdőívet használják. A szerzők a kifejezetten humán segítők számára dolgozták ki. Az MBI 22 tételből áll és a kiégetést három dimenzióban méri: emocionális kimerülés (9 kérdés), deperszonalizáció (5 kérdés) és személyes teljesítménycsökkenés (8 kérdés) skálákon. A válaszadók hét-fokozatú (0-tól-6-ig terjedő) Likert skálán jelölhetik be, hogy egyes munkájukkal kapcsolatos érzéseiket milyen gyakran észlelik (Maslach és Jackson, 1996).



## **Ellenségesség-kérdőív**

Ellenségesség alatt destruktívan versengő attitűdöt és általános bizalmatlanságot értünk, valamint annak a feltételezését, hogy a többi ember negatívan viszonyul egymáshoz, így magához a válaszadóhoz is. Az ellenségesség mérésére alkalmazott mérőeszköz 50 tételből álló skála, amely további öt eltérő tartalmú tételcsoportra osztható: ellenséges attribúció, cinizmus, ellenséges affektus, agresszív válaszkészség és a társas érintkezés kerülése (Susánszky 2009).

## **Megküzdési MódoK Kérdőív**

A stresszel való megküzdés vizsgálatára több kérdőív is a rendelkezésre áll.

A Lazarus és Folman nevéhez fűződő **Megküzdési MódoK Kérdőív/Konfliktusmegoldó Kérdőív (Ways of Coping)** 66 tételből áll és nyolc megküzdési skálát azonosít: konfrontálódás, távolítás, self-kontroll, szociális támaszkeresés, felelősségvállalás, menekülés, tervszerű problémamegoldás, optimista újraértékelés. A kérdésekre adott válaszokat a problémacentrikus és az érzelemcentrikus megküzdés típusaiba lehet besorolni. Hazánkban Kopp Mária munkatársaival egy rövidített Megküzdési MódoK Kérdőívet dolgozott ki és validált. A 16 tételből álló változat megbízhatóan működik (Kopp és Skrabski, 1992; Kopp és Skrabski, 1995; Kopp és Kovács, 2006 Rózsa et al 2003).

A problémafókuszú megküzdést az érzelemszabályozású cselekedeteket és a viselkedéses kognitív elkerülését 52 tételből álló Carver Sheier és Weintraub által kidolgozott **COPE** kérdőív méri, amely 14 skálából áll.

**Az Amirkham –féle CTI (Coping Strategy Indicator)** mérőeszköz a problémafókuszú a támaszkereső és elkerülő megküzdési formák azonosítását szolgálja.

**A CSI (Coping Strategies Inventory)** mérőeszköz nyolc viselkedési és kognitív megküzdési stratégiát azonosít (négy elkerülő és négy megközelítő stratégia) (Tandari-Kovács 2010)

## **Társas Támogatás Kérdőív**

A Társas Támogatás Kérdőív 14 tételből áll, amely arra fókuszál, hogy nehéz élethelyzetben mennyire számíthat a személy társas támogatásra (Caldwell és mtsai 1987, Kopp és Skrabski 1992; Rózsa és mtsai 2003). A válaszokat egy négyfokú Likert-típusú

skálán kell jelölni, ahol 0=egyáltalán nem, 1=keveset, 2=átlagosan, 3=nagyon. A társas kapcsolati háló legfontosabb szereplőire kérdez rá: a szülőktől, házastárstól, gyermektől, rokonoktól, barátoktól, munkatársaktól, segítő foglalkozásúaktól, egyesületektől, egyháztól kapható támogatásokra. A mérőeszköz segítségével a társas kapcsolati háló kiterjedtségét, valamint a kapcsolatok erősségét lehet feltérképezni (Tandari-Kovács 2010).

## Komplex munkahelyi stresszfelmérés elemei

### **Észlelt Stressz Kérdőív (PSS14)**

Az Észlelt Stressz Kérdőív (Perceived Stress Scale-PSS) azokra a gondolatokra és érzésekre fókuszál, melyek az adott személy stresszészlelését jellemzik: az elmúlt hónapban saját megítélése szerint mennyi stresszhelyzetet élt át, mennyire tartja a mindennapokat kiszámíthatatlannak, befolyásolhatatlannak és túlterhelnek. A kérdőív kérdései egyszerűek, jól érthetőek, így a kérdőív kitöltéséhez alacsony iskolai végzettség is elegendő. A kérdőív kérdései általánosak, nem specifikus helyzetekre vonatkoznak, kulturális és életmódbeli sajátosságok kevésbé befolyásolják a válaszokat. A kérdések egy hónapos időintervallumra vonatkoznak, így a napi események nem módosítják érdemben a válaszok összességét, ugyanakkor közép- és hosszabb távon a kérdőív összpontszámának változásai már jól tükrözik a (krónikus) stresszszintben bekövetkező lényegesebb változásokat. A kérdőív alkalmas egyes csoportok összehasonlítása mellett az életkörülményekben, az egészségi állapotban, a gondolkodásmódban, a megküzdő készségekben, a szociális környezetben vagy az életmódban bekövetkező változásokkal összefüggő stressz-szint változások mérésére (Cohen és mtai 1983, Stauder és Konkoly, 2006).

Miben különbözik egy komplex munkahelyi stresszfelmérés a pszichoszociális kockázatazonosítástól?

A különbség az, hogy a munkahelyi stresszfelmérés a munkával kapcsolatos stressz okainak, forrásainak azonosításán túl a munkahelyi stressz folyamatának egyéb fontos dimenzióit is méri. A munkahelyi stressz mérésére több komplex kérdőív is kifejlesztésre került.

A Williams és Cooper (1996) által kifejlesztett **PMI (Pressure Management Indicator)** egy 120 tételes komplex kérdőív, mely 3 fő dimenzióra osztja fel a munkahelyi stressz folyamatát, fő tényezőit és ezeket méri. A munkahelyi stressz folyamatában oki tényezőként a terhelés-nyomás forrásai jelennek meg a folyamat elején, „közbülső változóként” van jelen a munkavállaló személye egyéni stresszkezelési-megküzdési repertoárjával, és a folyamat végén azonosíthatjuk a stressz hatásait, melyek egyéni és szervezeti szinten is jelentkeznek.

### **Erőfeszítés-Jutalom Egyensúlytalanság Kérdőív**

A Siegrist és munkatársai (1996, 2004) által kialakított munkahelyi stressz kérdőív a munkahelyi erőfeszítések, a munkahelyi jutalmak és a túlvállalás három fő dimenziójából tevődik össze, amelyek a munkahelyhez közvetlenül köthető stressztkeltő, zavaró tényezőket, egyéni jellemzőket mérik fel. Az első, erőfeszítés

### **A HSE (Health and Safety Executive) munkával kapcsolatos stressz kérdőív bemutatása**

A HSE által összeállított kérdőív 35 tételből áll és a munkahelyi stresszor jelenlétét méri. A kérdőív 5 fokozatú gyakorisági skálát használ, melyek a kérdések mellett találhatóak (Soha-1; Ritkán-2; Néha-3; Általában-4; Mindig-5). A kérdőív magyar fordításban is elérhető, kiértékelésére vonatkozóan angol nyelvű segédanyagok állnak a rendelkezésre.

Példák a HSE kérdőív tételeiből:

**Követelmények faktor tételei többek között** (Olyan határidőket kapok, amelyeket képtelenség betartani, Nagyon keményen kell dolgoznom, Bizonyos feladatokat el kell hanyagolnom, mert túl sok a munkám, Kénytelen vagyok sokáig bent maradni dolgozni.)

**Szerep, feladat faktor tételből** (Tisztában vagyok azzal, mit várnak el tőlem a munkahelyen. Tisztában vagyok a kötelességeimmel és a felelősségeimmel. Világosak számomra a mi részlegünk feladatai és céljai)

**Kontroll, befolyás a munkavégzésre** (Beleszólásom van abba, hogyan dolgozom. Eldönthetem, mikor tartsak szünetet. Beleszólásom van abba, hogy milyen gyorsan végezzem a munkámat. Megválaszthatom a munkám elvégzésének módszerét.)

**Támogatás faktor** (Ha túl nehéz a munka a kollegáim segítenek. Mindig segítőkész véleményt kapok a munkámról. Számíthatok a menedzserem, (főnököm) segítségére, ha problémám van a munkámmal. Megkapom a szükséges segítséget és támogatást a kollégáimtól.)

**Munkahelyi kapcsolatok** (A kollégák között súrlódások, összezördülések vannak. Zaklatnak a munkahelyen. Megkapom a nekem járó tiszteletet a munkahelyen a kollégáktól. A munkahelyen feszültek a viszonyok.)

**Változások** (Mindig megbeszélik a munkahelyen történő változásokat az alkalmazottakkal. Amikor változások történnek a munkahelyen, tisztán látom, mit jelent ez a gyakorlatban. Lehetőségem van megkérdezni a menedzsereket, vezetőket a munkahelyen bekövetkező változásokról.)

A kérdőív használatának előnyei közé tartozik, hogy jól méri a 6 fő pszichoszociális kockázatot és a szervezeti stressz-faktort. Az értékelést nagyban elősegíti az angol nyelven elérhető segédanyagok. Hátrányai közé tartozik, hogy nem szervezet-specifikus, ezért lehet, hogy egy nálunk erősen ható szervezeti stresszforrás nem jelenik meg ebben rendszerben. Nem kerül a mérésre néhány potenciális stresszor illetve védőfaktor: pl.: jutalom/elismerés stb. Nem differenciál a fizikai/érzelmi és kognitív terhelés mentén és csak a szervezeti kockázatokat méri, nem foglalkozik a hatásokkal: munkavállalói stresszreakciókkal, megküzdési kapacitásokkal, szervezeti hatásokkal.

## Munkahelyi pszichoszociális környezet, az egészség és jólét mérése

A munkahelyi pszichoszociális környezet, az egészség és jólét mérése a Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) kérdőív alkalmazható. A kérdőív három verzióban került kifejlesztésre: egy kutatási célokra használatos hosszú –, egy egészségügyi szakemberek részére készült közepes –, egy a munkahelyi pszichoszociális kockázatazonosításra, stressz felmérésre összeállított rövidített verzió.

A kérdőív a (1) **Munkaterhelés** (mennyiségi terhelés, munkatempó, érzelmi terhelés), (2) **Befolyás és perspektíva** (befolyás a munkára, fejlődési lehetőség, munka jelentősége, fontossága, elköteleződés), (3) **Vezetés és kapcsolatok** (kiszámíthatóság, előreláthatóság, elismerés, feladat, szerep egyértelműség,

szerepkonfliktus, vezetés minősége , támogatás a közvetlen vezetőtől , támogatás a kollegáktól , munkakapcsolat, közösség), (4) **Munka és magánélet** (elégedettség, munka és magánélet összeegyeztetése), (5) **Bizalom** (bizalom a vezetőség irányába, bizalom a kollegák irányába) témaköröket és skálákat foglalja magába.

## Stresszkezelés

Az alábbiakban bemutatásra kerül néhány olyan stressz csökkentő eljárást, ami segít a stresszel való megküzdési képességet fejleszteni, javítani, valamint a stressz testi és lelki hatásait képes csökkenteni.

### **Pszichoedukáció**

A hatékony programok során fontos, hogy az egyén megértse az összefüggéseket a külső tényezők, saját pszichés reakciói és viselkedés, valamint az egészségkárosító szokásai, tünetei között, mert csak ez által lesz képes elfogadni a változás szükségességét. A pszichoedukációs elemek problémaorientált módon értelmezési keretet nyújtanak az okok és következmények, és az alternatív megoldási lehetőségek megértéséhez.

Az edukáció során nagy hangsúlyt kap a megfelelő ismeretek átadása, csökkenti a szorongást, növeli az észlelt kompetenciát és a kontrollérzést. Az információk hiánya és a bizonytalanság további feszültségforrást jelenthet. A helyzet felmérésének, értékelésének pontatlansága nem megfelelő érzelmi reakciókhoz, inadaptív viselkedéshez, a probléma megoldás sikertelenségéhez vezet.

A pszichoedukáció célja nemcsak az egyén (illetve hozzátartozóik) tájékoztatása a fennálló betegségről, pszichés problémákról, tünetekről, de magába foglalja a téves információk, előítéletek felszámolását, a páciens kontrollérzetének erősítését, a kiszolgáltatottság érzés csökkentését, az egyéni stressz-tudatosság fejlesztését (tünetek, hatásmechanizmus, ok-okozati összefüggések megismerése, saját stresszorok és védőfaktorok, saját válaszreakciók feltérképezése stb). A cél elérése érdekében hangsúlyt fektet a terápiával való együttműködés elősegítésére és a betegség visszatérési esélyének csökkentésére is (Stauder 2008).

## **Viselkedésterápia**

Eysenck angol pszichológus nevéhez fűződik. Azokat a terápiás módszereket nevezte el, melyek az aktuális viselkedés megváltoztatására irányulnak. A terápia célja az egyén és környezete kapcsolatában létrejövő zavarok megszüntetése, a fennálló kóros magatartás feltárása és korrigálása, valamint új készségek és megfelelőbb viselkedésformák kialakítása.

A viselkedésterápia tanuláselméletekre épül. Minden viselkedésünk tanult, vagyis az életünk folyamán kialakult különböző viselkedésformák (a nemkívánatos, kóros viselkedés) kialakulásában is jelentős szerepe van az átélt tapasztalatoknak és a tanulásnak.

A terápia - a nem hatékony viselkedés helyett - egy eredményesebb viselkedés megtanulására fókuszál. A kliens megtanul megküzdni a nehéz helyzetekkel. Új adaptívabb viselkedéseket tanul meg, miközben elsajátítja a nem kívánt cselekvés feletti uralmat is. A tanulási folyamat során megváltozik a külvilágról alkotott belső képe, ezáltal nem észlel veszélyeket ott ahol nincs (pl.: vizsga,)(Ozsváth 2011; Kopp-Berghammer 2009).

## **Kognitív viselkedésterápia**

A kognitív viselkedésterápia módszerét Aaron Beck és munkatársai a Pennsylvanai Egyetemen az 1960-as években dolgozta ki, elsődlegesen a depresszió kezelésére, azonban más területen is kedvezően alkalmazható.

Az emberek szemléletmódja és hiedelmei meghatározzák az érzelmi reakcióikat és a viselkedésüket, így ugyanannak az eseménynek különböző jelentése lehet az egyes emberek számára.

A különböző pszichés megbetegedések során az információfeldolgozás zavart szenved, így az aktuális események egy torzult, félreértelmezett jelentést kapnak, melynek következtében különböző negatív érzelmi állapotok alakulnak ki. Példaként emelhető ki, ha egy depressziós személyt egy kisebb kudarc éri, az eseményt saját értéktelensége bizonyítékként értelmezheti.

A kognitív terápia elősegíti, hogy az egyén felismerje és azonosítsa azokat a hibás, káros, torz gondolkodási mintázatok, stresszkeltő eseményeket, amelyek a fiziológiai tüneteket okozzák. A kliens megfigyeli a különböző szituációban keletkező érzéseit,

gondolatait és megtanulja elkülöníteni a hibás és a rosszul működő beállítódásait. Felülvizsgálja irracionális hiedelmeit és ütközteti azokat a valóság reális elemeivel. Megtanulja a hatékony és reális információfeldolgozást, képessé válik negatív gondolatainak kontrollálására.

A *viselkedés és kognitív terápia* eredményesen alkalmazható különböző esetek, mint például érzelmi zavarok, általános szorongás fóbiás-szorongásos zavarok, evészavarok, poszttraumás stressz, alkalmazkodási zavarok, érzelmileg függő, labilis személyek esetén, szomatoform zavarok, kapcsolati zavarok, krízis, pánikbetegség, depresszió kezelésére.

### Asszertív (önérvényesítő) tréning

Az assertivity angol kifejezés, magyar megfelelője az önérvényesítés. Az asszertív viselkedés egy olyan készség, mely bármikor megtanulható, fejleszhető. Elsajátítása elősegíti és megkönnyíti a reális önértékelést, a konfliktushelyzetek feszültségmentesebb megoldását, önmagunk és mások elfogadását és tiszteletét.

A tréning célja a hatékony önérvényesítés kifejezése, melyben törekszik a szociális kompetencia helyreállítására, az önértékelés, a magabiztosság és a kapcsolatteremtő készség kialakítására.

A tréning után az egyén képessé válik a magabiztos fellépésre, megfelelően érti és alkalmazza a non verbális kommunikáció elemeit (testbeszéd, stb.), képessé válik kifejezni a pozitív és negatív érzéseit, elmondani a személyes véleményét és ellenvéleményét, megtanul „nem”-et mondani és hatékonyan képviselni az érdekeit (Ozsváth 2011).

### **Pszichofiziológiai (érzelmi-testi) reakciók befolyásolása, levezetése**

A testi-lelki reakciók tüneteit többféle módszerrel csökkenthetők, oldhatók, mint például relaxáció, légzéstechnikák elsajátítása, pihenési, alvási szokások fejlesztése, az egyén számára megnyugtató, feltöltődéssel járó tevékenységek tudatosítása, az egészséges érzelmkifejezés támogatása stb.

## **Progresszív relaxáció**

A test feszültségének csökkentésének leghatékonyabb módja a relaxáció. Edmund Jacobson chicagói orvos 1929-ben megjelenő Progressive Relaxation című könyvében ismertette az izmok mély ellazításának módszerét. A módszer alapja, hogy az izmok feszüléssel reagálnak a különböző szorongást kiváltó gondolatokra és eseményekre. Ez a feszültség pedig tovább fokozza a szorongás szubjektív élményét.

A relaxáció alkalmazása során azonnali mérhető pozitív élettani hatások következnek be, csökken a pulzus, vérnyomás, mérsékeli az izzadást és a légzésszámot. Vizsgálatok támasztják alá, hogy az ellazult kliensek könnyebben tolerálják a stresszhelyzeteket és jobb alkalmazkodó válaszokat képesek adni.

## **Légzéstechnikák**

A légzés az oxigén felvételét és szén-dioxid leadását jelenti. Egy átlagos egészséges felnőtt nyugalomban fiziológiásan 250 ml oxigént fogyaszt és 200 ml szén-dioxidot képez percenként. A légzési ciklus egy belégzésből és egy kilégzésből adódik. Nyugalmi állapotban - egy légzési ciklus során - a tüdőbe 500 ml levegő áramlik be és ki. Normál esetben egy perc a légvételek száma 14-16 (Oláh 2012).

Számos kedvező élettani hatás figyelhető meg, ha az egyén tudatosan figyelni és irányítja a légzését. A légzőgyakorlatok hatékonyan enyhítik a szorongásos panaszokat, a depresszió tüneteit, az ingerültséget, a feszültséget, a fejfájást a kimerültséget. A légzésgyakorlatokat kiválóan lehet alkalmazni különböző stressz helyzetekben is. A stressz – korábban részletesen tárgyaltuk - a szimpatikus idegrendszert aktiválja és a stresszhormonok termelését serkenti. A tudatos és irányított lassú, mély légzés azonban a megnyugvásáért felelős paraszimpatikus idegrendszert és a hangulatszabályozásban szerepet játszó szerotonin hormon termelését aktiválja. Ha a stresszhelyzetben az egyén képes hosszú be- és kilégzésekkel a percenkénti légzésszámát csökkenteni, a feszültség szint is csökken, és a nehéz helyzeteket képes megoldani és higgadtabban kezelni.



## **Testedzés**

A testedzés, sportolás, fizikai mozgás mint a mentális egészség önálló védőfaktora és egyben hozzájárul stressz csökkentéséhez. Rövidtávú hatásként kiemelhető a szorongás oldása és hangulat emelése. Térben és időben struktúrált, ezáltal képes elterelni a figyelmet az aktuálisan stresszt okozó problémákról. Kiemelendő, hogy a mozgásöröm élményét adja és a jól végzett gyakorlatok teljesítése az önbizalmat is erősíti (Petrika 2012).

## **Kielégítő alvás**

A szervezet regenerálódásához, a lelki, szellemi és idegi harmónia megőrzéséhez átlagosan napi nyolc óra alvás szükséges. Az alváshiány képes felborítani a szervezet egyensúlyát. Hosszabb távon fokozza a daganatos megbetegedések, a cukorbetegség, az immunhiányos állapotok és az elhízás kialakulásának veszélyét. Emellett erősíti a szorongásra és a depresszióra való hajlamot is. Az alváshiány tünetei és következményei nemcsak reggel, hanem a nap közepén is jelentkezhetnek. Az egyén a fáradtság mellett, szédülésről, koncentráció-zavaról és ingerültségről számol be. Ezért nagyon fontos mindent megtenni a pihentető alvás érdekében.

# AZ ALVÁS ÉS ZAVARAI, KÜLÖNÖS TEKINTETTEL AZ INSZOMNIÁRA

Szabó József

A nemzetközi kutatások, és a klinikai vizsgálatok területén egyre több adat támasztja alá az álmatlanság és az alvászavarok jelentőségét. Hazánkban még e kórképek felismerése és kezelése hiányos területnek számít (Novák és Vizi, 1999). Míg a napszakok változásához igazodó ciklusú alvási szokások, és az alvást támogató környezet kialakítása, azaz a megtartott, természetesnek mondható alváshigiéne egyes kutatások szerint jelentősen hozzájárul a népesség egészségi állapotához, az egészséges időskor megéléséhez, a napjaink Európájára jellemző „éjszaka meghódítása” természetesen rontja annak esélyeit (Willcox és mtsai). Ma már nem csak a nagyvárosokra jellemző, hogy mindennapi életünk szempontjából egyre kevesebb a különbség az éjszaka és a nappal között. A non-stop üzletek, éjszaka is elérhető szolgáltatások, a reggelig nyitva tartó szórakozóhelyek nem csak az igénybe vevők számára teszik lehetővé a napszakok keveredését, de azok munkahelyek is, ami a több műszakos, folyamatos termelést folytató, vagy éppen állandó egészségügyi szolgáltatást végző munkahelyekhez hasonlóan az ott dolgozókat is hasonló kihívások elé állítja. A munkahelyi környezet és a váltott műszak következtében egyre gyakrabban figyelhető meg az embereknél az alvászavarok kialakulása. Leggyakoribb kórkép közülük az inszomnia, ami az alvás minőségi és/vagy mennyiségi romlását jelenti. Az emberek az álmatlanság következtében fáradékonnyá, ingerlékenyvé válnak és emiatt az általuk végzett munka minősége romlik. Az alvás nem egy automatikusan bekövetkező reflex; az alvás komplex cirkuláris viszonyban van az ember pszichés állapotával és magatartásával. A hosszantartó álmatlanság a legújabb kutatások szerint, önmagában is okozhat számos krónikus testi betegséget, de egyben következménye is lehet azok némelyikének (Novák és Mucsi, 2000; Vgontzas és mtsai, 2009; Radics, 2011; Purebl és Bódizs, 2008). Kiemelt veszélyeztetettségi csoportot képeznek azok a személyek, akik változó munkarendben dolgoznak, mivel ezek az emberek gyakran a munkájuk következtében nem képesek napirendet fenntartani. Sokszor arra kényszerülnek, hogy napközben lehúzott redőnyök mellett aludjanak, és éjszaka tevékenykedjenek nagyon gyakran olyan munkakörben, amely pszichés szempontból

is megterhelő a számukra. A változó munkarendben dolgozó emberek circadián ritmusa ezen pszichofizikai és pszichés hatások miatt nagyon gyakran felborul (Radics, 2011). Az így kialakuló álmatlanság nem csak közvetlenül az egyén közérzetére, munkateljesítményére, hanem lelkiállapota, türelmetlensége, ingerlékenysége miatt családtagjaira, munkatársaira nézve is kellemetlenségekkel jár. Munkáltatója teljesítményének romlásán túlmenően hosszú távon krónikus testi betegségek kialakulására, azok miatt további teljesítményromlásra, orvosi ellátás igénybevételének gyakori szükségességére, táppénzes időszakokra számíthat. Jelen fejezetünkben éppen ezért az inszomnia, vagy magyarul álmatlanság állapotának kialakulását, felismerését, kezelését, a kezelés igénybevételének támogatását bemutató ismeretanyagot kíván átadni az alvás szempontjából kockázatos munkahelyen, munkakörben dolgozóknak, saját, vagy munkatársaikat érintő esetleges problémák megoldásához. Mondandónk központi elemét az alváshigiénés tanácsadásnak nevezett módszer képezi, amelynek elsajátítása nem igényel különösebb (orvosi vagy pszichológusi) előképzettséget, kézikönyvünk és a kapcsolódó tréning-tematika útmutatása mentén elvégezhető. Fontos megjegyezni, hogy egyszerű, könnyen tanulható, és ugyanakkor bizonyítottan hatékony módszerről van szó. Költséghatékonyság szempontjából is mindenféleképpen kedvező, hiszen nem igényli gyógyszerek vagy technikai eszközök használatát (Novák és Mucsi, 2000).

### Az inszomnia felismerése, vizsgálata

Az álmatlanság hosszabb távú fennállásának következtében kialakuló erőteljes szenvedéssel járó (örökös fáradtság, álmoság, koncentrációs nehézségek, memóriaromlás, ingerlékenység) állapot gyakran készleten orvoshoz fordulásra az érintetteket. (Sajnos nem mindig, hiszen a munkahely elvesztésétől való félelem gyakran akadály lehet annak.) Napjaink általánosan elterjedt gyakorlata, hogy a háziorvos olyankor valamilyen altatószer szedését javasolja a betegnek. Ezzel sajnos több probléma is akad. Az ilyen gyógyszerek szedése gyakran jár mellékhatásokkal, illetve igen gyorsan alakul ki a tolerancia (hózzászokás), ami az adag növelését vonja maga után, gyakran így sem biztosítva a megfelelő mennyiségű és minőségű alvást. Nem véletlen, hogy a nemzetközi szakmai

ajánlásokban utolsóként választandóként említik az altatók alkalmazását. Az általunk bemutatandó módszer viszont kissé idő- és humánerőforrás igényes, ezért a hazai erősen leterhelt háziiorvosi praxisokban még nem terjedt el, helyette a gyorsabb, ám kevésbé hatékony, és további veszélyeket rejtő gyógyszeres terápiát preferálják. Sajnos ez gyakran találkozik a betegeknek azzal az igényével, hogy nekik lehetőleg semmit se kelljen tenni a gyógyulásért, csak beszédni a gyógyszert. A gyógyításnak csak passzív részesei, „elszenvedői” kívánnak lenni, míg az alvási szokások és az alvási környezet megváltoztatása az információn túl némi erőfeszítést is igényel az érintettektől. A módszer ugyanakkor hatékony és teljesen kockázatmentes.

### Az inszomnia azonosítása

Az érintettek időnként nehezen fogalmazzák meg panaszukat, vagy éppen az információhiány miatt nem képesek pontosan kifejezni magukat, csak annyit mondanak, hogy nem tudnak aludni. Természetesen ez elég az inszomnia gyanújának fennállásához, de célszerű ilyenkor néhány tisztázó kérdéssel pontosítani a panaszokat. A kezelés, az alvás helyreállítása szempontjából nem mindegy ugyanis, hogy elalvási képtelenségről, átalvási problémáról, vagy éppen túlságosan korai ébredésről van-e szó. ennek jelentőségét a későbbiekben látni fogjuk. Az inszomnia pontos diagnózisának felállításában segít az alábbi tünetlista, amelyben az A-B-C betűkkel jelölt tünetek egyidejűleg kell, hogy fennálljanak, a C jelű olyan módon, hogy az alpontjaiként felsoroltak közül legalább egynek teljesülnie kell.

A. Az elalvásnak vagy az alvás fenntartásának zavara, vagy korai ébredés, vagy rendszeresen nem pihentető, gyenge minőségű alvás

B. A fenti alvási nehézségek a megfelelő alvási lehetőség és megfelelő alvási körülmények ellenére is fennállnak

C. Az éjszakai alvási nehézségek mellett legalább egy fennáll az alábbi nappali tünetekből:

- Fáradtság vagy rossz közérzet

- A figyelem, a koncentrációképesség, vagy a memória romlása
- Szociális, munkahelyi vagy iskolai teljesítményromlás
- Hangulatzavar vagy irritabilitás
- Nappali álmoság
- Az energiaszint, a motiváció vagy a kezdeményezőkézség csökkenése
- Hibák és/vagy balesetek a munkahelyen vagy vezetés közben
- Feszültség, fejfájás vagy gasztrointesztinális tünetek az alvászavarral kapcsolatban
- Aggodalmak és félelmek az alvással kapcsolatban

A könnyebb azonosításban segíthet bennünket a nemzetközi klinikai gyakorlatban elterjedt Athén Inszomnia Skála, amelyik a klinikai tünetskálához hasonlóan az alvás mellett rákérdez a nappali tünetekre is. Az említett önkitöltős teszt egyébként kiválóan alkalmas szűrővizsgálatok elvégzésére is, elsősorban olyan munkahelyeken, ahol a munkavállalók fokozottan ki vannak téve az álmatlanság kialakulásának. Nyolc kérdésből áll, alvással, vagy nappali közérzettel kapcsolatos problémákra kérdez rá, és egy négyfokozatú skálán (0-3 pont) megadott válaszok alapján kell a válaszadónak megjelölnie saját szubjektív értékelése szerinti súlyosságát az adott problémának. Lássunk erre két példát, egyik egy alvással, másik egy nappali tünettől kapcsolatos kérdés.

1. Az alvás teljes időtartama ...

Válaszlehetőségek:

0 pont: megfelelő

1 pont: kissé elégtelen

2 pont: kifejezetten elégtelen

3 pont: nagyon elégtelen,

egyáltalán nem aludt.

2. Nappali álmoság:

Válaszlehetőségek:

0 pont: nincs

1 pont: enyhe

2 pont: kifejezett

3 pont: nagyfokú

A válaszadónak bekarikázással kell jelölnie választát, az értékelés során a válaszokhoz tartozó pontszámokat összeadjuk. A teljes teszt nyolc kérdést tartalmaz, így összesen maximum (a legrosszabb esetben) 24 pont szerezhető. Legalább 10 pont elérése esetén nagy valószínűséggel fennáll az inszomnia diagnózisa. Váltott műszakban dolgozók esetében 8-9 pont esetén is indokolt az alváshigiénés tanácsadás igénybevétele, mondhatjuk éppen időben, hogy elkerüljük a nagyobb problémák kialakulását.

### Társuló zavarok, betegségek

A korábban említett jelenség mellett, amely szerint az inszomnia komoly rizikófaktora számos krónikus szomatikus betegségnek, döntő fontosságú megemlíteni és a probléma azonosítása során figyelembe venni azt az ellentétes irányú összefüggést, hogy az álmatlanság gyakran más betegségek tünete, vagy következménye. Összességében elmondható, hogy az alvászavarok hozzávetőlegesen 50%-a valamilyen pszichés zavar következménye, elsősorban hangulatzavarokhoz, szorongásos zavarokhoz társul, depresszió tüneteként is megjelenik, viszonylag gyakran alakul ki szkizofréniában, és drogabúzus, szerfüggőség, vagy függők esetében éppen a megvonásos tünetegyüttes része is lehet.

- ❖ Szintén k. 50%-ban valamilyen testi betegség, leggyakrabban belszervi és neurológiai betegségek kísérőjelensége, szövődményeként jelenhet meg. A szomatikus háttérrel rendelkező álmatlanságot leggyakrabban okozó betegségek a következők: szívelégtelenség, COPD, hipertireózis, reflux betegség, Parkinson-kór, krónikus vesebetegség, hipertónia,

fájdalom, stb. itt kell még megemlíteni a más jellegű alvászavarokat, ez úgynevezett paraszomniákat és disszomniákat is, amelyeket legtöbbször szintén álmatlanság, vagy kialvatlanság kísér, ám ezek eredetükben, zajlásukban, kezelésükben és kimenetükben jelentősen eltérnek az elsődleges inszomniától.

- ❖ További 25% előfordulásáért a nem megfelelő életmód a felelős, ami elsősorban a stresszel teli hétköznapiakat, és az alvás-ébrenléti ciklusok megváltozását, felborulását, a természetes nappal-éjszaka ciklusoktól való eltérését jelenti. A korábbi szakaszokban szereplő százalékos adatok összeadásának eredménye, a 125% nem tartalmaz ellentmondást, arról van ugyanis szó, hogy gyakran a felsoroltak közül 2, vagy több zavar is megtalálható az álmatlanság problémakörének kialakulása hátterében.

Az alváshigiénés tanácsadás megkezdése előtt nagy biztonsággal meg kell győződni arról, hogy a panaszok hátterében nem állnak-e a fent említett okok, hiszen azok megléte esetén az alvás helyreállításának elengedhetetlen feltétele a háttérzavarok, betegségek kezelése, megszüntetése, amely jócskán túlmutat az egyszerű alváshigiénés tanácsadás lehetőségein. A szomatikus betegségek kizárásának céljából fontos, hogy az érintett személy felkeresse házi orvosát, vagy foglalkozás-egészségügyi orvosát, aki megállapíthatja, vagy kizárhatja az említett betegségek meglétét, a pontos diagnózis meghatározásához szakvizsgálatokat kezdeményezhet, és bizonyos esetekben kezelheti is a beteget. A pszichés zavarok kizárása is rendkívül fontos, hiszen azok megléte és a kezelés elmulasztása esetén az alvászavarral való megküzdés nagy valószínűséggel eredménytelen lesz. Ugyanakkor azt is el kell mondani, hogy a depresszióba való visszaesés egyik leggyakoribb oka, hogy a kezelés során fokozott figyelmet fordítanak a beteg hangulatának célirányos javítására, ám ha ezzel párhuzamosan nem történik meg az alvás helyreállítása, akkor ez néhány hónap alatt a depresszió többi tünetének ismételt megjelenését eredményezi. A pszichés zavarok diagnózisának felállítása, a beteg kezelése pszichiáter szakorvos, vagy klinikai szakpszichológus feladata. Ugyanakkor, hogy biztosan ne kezdjünk el kizárólag alváshigiénés tanácsadással „kezelnit” olyan betegeket, akinek depresszió, vagy szorongásos betegség okozza az álmatlanságát, célszerű

szűrési céllal valamilyen szorongás és depresszió skála alkalmazása. Mivel az alvás helyreállításának, köztük az alváshigiénés tanácsadásnak is számos kognitív-viselkedésterápiás eleme van, az ebben a szemléleti körben gyakran alkalmazott tesztekét szoktuk a gyakorlatban előnyben részesíteni. Itt és most emiatt a Beck Depresszió Skála és a Beck Szorongás Leltár nevű, önkitöltős diagnosztikai eszközöket javasoljuk. Részletes ismertetésükre a kézikönyv depresszióval és szorongásos zavarokkal foglalkozó fejezetében kerül sor. Inszomnia vonatkozásában annyit fontos tudni, hogy ha ezek a kérdőívek depressziót, vagy kóros mértékű szorongást jeleznek, akkor a diagnózis felállításához és a kezeléshez a fent említett szakemberek bevonására van szükség. Elképzelhető, hogy a szomatikus betegségek feltárásához hasonlóan hozzájuk is a háziorvoson vagy az üzemorvoson keresztül vezet az út. Az alváshigiénés tanácsadás az említett diagnosztikai és terápiás munka mellett lefolytatható, de fontos, hogy az azt végző személy erről mindenképpen konzultáljon a gyógykezelést folytató pszichiáterrel vagy pszichológussal. Szintén az említett orvosok, szakemberek segítségének igénybevételét kívánja a háttérben esetlegesen fellelhető pszichoaktív szer fogyasztása, abúza, vagy függősége, azok hatásai, szövődményei, illetve ezek kezelése.

A legizgalmasabb, legérdekesebb, de egyben a legnehezebb, így a tanácsadás lehetőségeit mindenképpen meghaladó problémakör a más alvászavarok kizárásának feladata, amelynek kezdeti lépéseit viszont mindenképpen a tanácsadás folyamatának kezdetén kell megtenni. Ezek leggyakrabban olyan állapotok, zavarok, amelyek meglétével az egyén vagy nincs tisztában, vagy ha tudomása van róla, akkor információit egy másik személytől, családtagtól, leginkább a hálótársától szerezte. Ezek legegyszerűbb esete például a horkolás, amiről általában a horkoló ember nem tud, annál inkább a hozzátartozói, akiknek alvását, leginkább elalvását jelentősen megnehezíti. Természetesen az egyénre ható kedvezőtlen hatásairól is említést kell tenni. A horkolva alvó emberek általában fáradtabbak, kialvatlanabbak, még ha alvásuk mennyiségileg megfelelőnek tűnik is, a horkolással együtt jár, hogy alvásuk felszínes, kevésbé pihentető, így az inszomnia tüneteinek, elsősorban a nappali tünetek megjelenésére előbb-utóbb számítani kell. Ilyen esetekben nem elegendő a



probléma felderítéséhez az érintett személytől nyert, nyerhető információ, szükségünk van heteroanamnesztikus (hozzátartozóktól származó) adatokra. Ha közvetlen hozzáférésünk nincs, (mert például a felesége nem tud vele jönni a tanácsadásra), akkor az érintettet kérjük meg, hogy kérdezze ki a vele együtt, vagy egy szobában alvó családtagját, hogy nem tapasztal-e éjszakánként alvás közbeni szokatlan tevékenységeket, viselkedést. Az említett horkolás ezek közül a legegyszerűbb, és leginkább észrevehető jelenség. Kezelésére számos segédeszköz van forgalomban, ezek közül a bizonyítottan hatékony, gyógyszertárakban recept nélkül kapható mechanikus orrtapasz a leginkább ajánlható. Kémiai hatóanyagot nem tartalmaz, emiatt mellékhatása nincs, kontraindikációja nem létezik, kezelése, használata egyszerű, bárki alkalmazhatja. Hatását az orrnyereg megemelésével fejt ki, ami által felszabadítja a légutakat, megszünteti a horkolást, hatása a felhasználók elmondása szerint csaknem azonnali, rögtön pihentetővé teszi az alvást, így néhány nap alatt a nappali tünetek is megszűnnek, és nem utolsósorban a hozzátartozók is örülnek.

## Társuló alvászavarok

Az inszomniáknak 25%-ában előforduló más alvászavarokat alapvetően két nagy csoportra oszthatjuk, **disszomniákra** és **paraszomniákra**. Nézzük meg elsőként a disszomniákat! Maga a fogalom az alvás-ébrenlét szabályozás zavarát jelenti. Ez nem feltétlenül jelenti az elalvás vagy az átalvás észlelt nehézségét, vagy képtelenségét, bizonyos esetekben az alvás fázisainak megváltozásával, gyakori ébredésközele állapotokkal (a személy által nem észlelt mikrobredésekkel) terhelt, kevésbé pihentető alvást eredményez. Felderítésük első lépéséhez a horkolás esetéhez hasonlóan heteroanamnesztikus adatokra van szükség.

### **A fontosabb disszomniák és jellemzőik:**

#### **1. Alvási apnoe:**

A ma már majdnem közsismert idegen szóval apnoenak nevezett zavar magyar jelentése az alvás közbeni légzéskimaradás. Igen gyakran horkoláshoz társul, az

érintett személynek az esetek döntő többségében nincs róla tudomása, a vele egy ágyban vagy egy szobában alvó hozzátartozó szokta észlelni és megfigyelni. A felső légút bizonyos időközönkénti elzáródása, összeszűkülése okozza. Általában 10-30 másodpercig tart, de előfordulhatnak ennél hosszabb ideig, akár egy percig tartó légzésszünetek is. A garat renyhesége áll a háttérben. Az apnoeal járó mikroébredések töredezetté teszik az alvást, így az inszomniára jellemző nappali tünetek törvényszerűen megjelennek. Hosszú távon magasvérnyomás-betegséget, depressziót, demenciát okoz és megnöveli a szív- és érrendszeri betegségek kialakulásának kockázatát. Felismerése és kezelése emiatt rendkívül fontos, kivizsgálása és a terápia beállítása minden alkalommal alváslaboratóriumi körülményeket igényel.

## **2. Narkolepszia:**

Magyarországon legtöbbször minden bizonnyal a Kontroll című filmből ismerik, ahol az egyik szereplő, egy metróban dolgozó jegyellenőr a lehető legváratlanabb pillanatokba „rajtaütésszerűen” elalszik. A valóságban legfőbb jellemzője az állandó fáradtság és álmoság érzés leküzdhetetlen nappali alvásrohamokkal. További tünetek lehetnek: a **kataplexia** - erős érzelmek által kiváltott izomtónus csökkenés -, az alvási paralízis, amikor félálomban a narkolepsiás mozgásképtelen marad néhány másodpercre, vagy a hipnagog (alvás és ébrenlét határán megjelenő) hallucinációkat él át. Tulajdonképpen éber állapot közben néhány másodperces alvásbetörések történnek. Kivizsgálása alváslaboratóriumi feladat, kezelése csak tüneti szinten megoldott. Ritka betegség, nagyjából 2-3 ezer ember közül egyet érint.

## **Paraszomniák:**

Fogalmi meghatározása: az alvásperiódus alatt jelentkező zavaró jelenségek következménye, a disszomniákkal ellentétben az alvás-ébrenlét szabályozás nem károsodott. A leggyakoribb paraszomniák a következők:

1. Szomnambulizmus: alvajárás
2. Szomnilokvia: alvás közbeni beszéd

3. Pávor : éjszakai felriadás
4. Enurézis: éjszakai ágybavizelés
5. Lidérces álom (incubus, night-mare)
6. Alvásparalízis: mozgás- és beszédképtelenség elalvás és ébredés során

Az összes paraszomnia kivizsgálása alváslaboratóriumi feladat, kezelése speciális szakembert kíván. A paraszomniák és disszomniák orvosi kezelése mellett az alváshigiénés tanácsadás elvégezhető, de arra önmagában nem alkalmas.

### Különleges alvászavarok

Végezetül érdekességképpen néhány ritka, izgalmas alvásbetegséget szeretnénk bemutatni, nem annyira a hétköznapi jelentőségük, sokkal inkább kuriózum voltuk miatt.

1. **Fatális familiáris inszomnia:** Legfontosabb tünete a néhány hónap alatt teljes alvásképtelenségig fokozódó álmatlanság, amely minden esetben (7-36 hónap alatt) a beteg halálához vezet. Rendszerint 40 éves kor felett alakul ki, ritkábban a 30-as életévekben. Jelentős családi halmozódást mutató prionbetegség (Márkus A, 2006, Zoller 2012).
2. **Paradox inszomnia:** Az inszomniának egy olyan speciális típusa, amikor valaki úgy érzi, egész éjjel ébren van, nem tud aludni, ám ha alváslaboratóriumi vizsgálatra kerül sor, vagy éppen kórházi kezelés miatt az éjszakai nővérek megfigyelik, vagy bármely okból történő objektív megfigyelést végzünk, akkor az álmatlanságnak semmilyen jelét vagy tünetét nem észleljük. A beteg mégis arról számol be, úgy érzi, egész éjjel nem aludt. Az inszomniára jellemző nappali tünetek és az ezzel járó szubjektív szenvedés viszont jelentkeznek. Egyik lehetséges magyarázata szerint az alvás közbeni valóságészlelésünk szintje, annak képessége az ilyen személyek esetében magasabb.
3. **Robbanó fej szindróma:** Rendkívül ritka (vagy ritkán feltárt), kevéssé ismert

alvászavar. Meghatározó tünete az éjszakai alvás közben történő hirtelen felriadás, annak minden vegetatív izgalmi tünetével (heves szívdobogás, verejtékezés, kézremegés, stb), amelyet a személy valamilyen hirtelen erős zajhatásnak tulajdonít (tányérok csörömpölése, vekker csörgése, repülőgép zaja, robbanás, stb.), ám azok forrását azonosítani, valóságukról meggyőződni utána nem tud, nem találja azok eredetét. a tünetek nem minden éjjel jelentkeznek, néha hetek, hónapok is eltelhetnek két ilyen ébredés között. Leginkább 50 éves kor felett alakul ki, nők esetében gyakoribb. Eredete egyelőre ismeretlen, a szakirodalom leginkább a stresszel hozza összefüggésbe.

A panaszokkal jelentkező személy szóba jöhető szomatikus, pszichés megbetegedéseinek és más alvászavarainak felderítése, megfelelő kezelésbe irányítása után, vagy a nevezett zavarok kizárása esetén kezdhetjük meg az alváshigiénés tanácsadást. A módszer lényegét tekintve nem más, mint az alvási és alváskörüli szokások és az alvási környezet egyszerű, apró módosításokat tartalmazó átalakítása úgy, hogy az a megfelelő minőségű és mennyiségű alvás elérésének irányába hasson. 11 területen avatkozunk be az egyén szokásaiba és környezetébe, mielőtt azonban felsorolnánk ezt 11 pontban, fontos elmondani, hogy ezeket a tanácsadás során részletesen, egyesével végig kell tárgyaljunk, hiszen megfelelő együttműködést csak akkor remélhettünk, ha a résztvevők értik is, melyik szabály betartására miért van szükség, hogyan fogja az alvásukat kedvezően befolyásolni. Ellenkező esetben azok csak üres, értelmetlen utasítások maradnak, amelyeknek betartása erősen kétségessé válik. A tanácsadás instrukcióit nem egyszerre, egészben zúdítjuk az igénybe vevőkre, hiszen a megterhelőnek, soknak tűnő feladatmennyiség is kedvezőtlenül befolyásolhatja az együttműködési hajlandóságot. Éppen ezért a tanácsadás egy-egy ülésén csak két-három szabályt beszélünk át, és azok felmenő rendszerben való bevezetését kérjük a pácienstől. Ez azt jelenti, hogy az adott napon életbe lép ez első, következő napon a második, úgy, hogy az első is érvényben marad. Harmadik napon a harmadik szabály, az első kettő további betartása mellett lép életbe, és így tovább. Lássuk tehát az alváshigiénés tanácsadás szabályait:

1. Tartson szigorú **napirendet!** Lehetőleg minden nap azonos időben keljen fel

- és feküdjön le, hétköznapokon és hétvégén egyaránt!
2. A rendszeres **sportolás** javítja az alvás minőségét. DE: Lefekvés előtt 3-4 órával ne végezzen megerőltető testi tevékenységet!
  3. A lefekvés előtti órákban **ne fogyasszon** erős, zsíros ételeket és alkoholt, ne dohányozzon!
  4. Korlátozza a **koffeintartalmú** italok (kávé, tea, kóla, kakaó) fogyasztását, különösen a késő délutáni és az esti órákban!
  5. Alakítson ki megfelelő **elalvás előtti szokásokat!** (Legyen rutinszerű a tisztálkodás, fogmosás, stb.)
  6. Fordítson figyelmet a **megfelelő alvási környezet** kialakítására (tiszt levegőjű, csendes, sötét szoba, szükség esetén fildugó, megfelelő páratartalom, megfelelő mennyiségű matrac és párna, természetes anyagokból készült ágynemű, hálóruga)!
  7. Az **elalvást** segítheti a könnyű, magas szénhidrát-tartalmú vacsora, a meleg fürdő, a hűvös szoba (meleg paplannal), a relaxáció (pl. zenehallgatás, olvasás, relaxációs gyakorlatok végzése) és egy pohár tej.
  8. A **hálószobát** csak alvásra és szexuális tevékenységre használja! Ne egyen, dolgozzon, TV-zen az ágyban!
  9. Lehetőleg **ne aludjon** napközben, kivéve ha speciális alvásproblémája miatt orvosa ezt kéri.
  10. Ne **feküdjön le** túl korán, és ha fél órán belül nem alszik el (illetve ha felébred éjszaka és képtelen visszaaludni), keljen fel az ágyból, menjen át egy másik szobába, és ott olvasson, pihenjen! Ekkor ne egyen, ne igyon és ne dohányozzon! Csak akkor térjen vissza az ágyba, ha már kellően álmos! Próbálja az ágyban töltött időt ténylegesen az alvási időre korlátozni!
  11. Ébresztőóráját az éjszaka során tartsa hátrafordítva, és az éjszakai felébredések során **ne nézzen** automatikusan **az órára!**

11 nap alatt kerül tehát bevezetésre minden szabály, amitől az alvás minőségi vagy mennyiségi javulását reméljük. A hatás teljes kialakulására hozzávetőlegesen egy hónapot kell várunk, ám már az első 5-6 nap után sem szokatlan, vagy kivételes, hogy az alvás javulásáról számolnak be a szabályokat ténylegesen betartó személyek. A váltott műszakos munkarendben dolgozók

esetében az első pont betartása, betarthatósága miatt elkerülhetetlen, hogy az üzemorvost és a munkarendet szervező, a munkabeosztást készítő munkahelyi vezetőket is bevonjuk a stratégia kialakításába. Bár a termelés szempontjából rövidtávon ez mindenképpen kedvezőtlen, minden bizonnyal könnyen megértik, hogy hosszabb távon a munkaképesség és a munkaerő megőrzése szempontjából ez a célravezető megoldás. Az alváshigiénés tanácsadás lefolytatását követően 3-4 hét múlva érdemes elvégezni az Athén Insomnia Skála kontroll vizsgálatát, amelynek komoly jelentősége van akkor is, ha az alvás javult, mert akkor számszerű, megerősítő visszajelzést is kap a paciens, ami a saját szubjektív észlelése mellett jelentős megerősítést adhat neki abban a tekintetben, hogy érdemes volt és ezután is érdemes lesz figyelmet szentelni alváshigiénéjének. Ha pedig az inszomnia súlyosabb annál, hogy ilyen egyszerű módszerrel segíteni tudjunk, akkor a kontroll tesztek eredményei azt jelenthetik számunkra, hogy tovább beavatkozásokra van szükség. Ezekhez mindenképpen kérjük szakorvos segítségét, de a tanácsadás tovább részét képezheti, ha tájékoztatást nyújtunk arról, hogy milyen módszerekkel, technikákkal, hol és ki fog tudni segíteni. Ilyen további beavatkozások lehetnek:

1. Fényterápia: speciális, a nap fényéhez hasonló színes fényt kibocsátó lámpával történő kezelés, amely hatásos lehet súlyosabb tünetek esetén is. A mesterséges színes fény ugyanis a napfényhez hasonlóan, gátló hatással van a melatonintermelésre, így kedvezően hat az alvásra. A kezelést napi rendszerességgel kell végezni, lehetőleg a reggeli, vagy kora délelőtti órákban.
2. Alváskorlátozás: nem gyógyszeres kezelési mód, amelynek során szakember által irányított módon és ellenőrzött körülmények között az alvási időt a beteg személyes bioritmusának megfelelően egy meghatározott rendszerben korlátozzuk.
3. Kognitív-viselkedésterápia: a pszichoterápiának az az irányzata, amelyik a panaszok hátterében (esetünkben pl. az elalvási nehézségek) negatív, nyugtalanító gondolatokat feltételez. Ezek feltárása, átstrukturálása, hatástalanítása eredményezi a terápiás hatást. Esetleges szorongásos vagy

hangulati betegség meglétekor azokra célzottan is alkalmazható.

4. Gyógyszeres terápia: pszichés háttérzavarok esetében azok gyógyszeres terápiáját jelent, szorongásoldó szerek, antidepresszánsok adását, valamint altatószerek alkalmazását.
5. Relaxációs technikák: Alvást megnehezítő vagy annak minőségét rontó szorongásos háttérzavarok kezelésére alkalmas: progresszív relaxáció, autogén tréning, imaginációs technikák, jóga gyakorlatok.

Hazánkban számos akkreditált, jól felszerelt alváslaboratórium és alváscentrum működik, ahol diagnosztikai és terápiás szempontból egyaránt univerzális segítséget kaphatnak a betegek, abban az esetben, ha nem egyszerű, leginkább az életmód következtében kialakult, könnyen kezelhető inszomniáról van szó, hanem más, súlyosabb, összetettebb problémával állunk szemben:

1. Honvéd Kórház, Budapest  
Alváscentrum
2. DEOEC Neurológiai Klinika, Debrecen  
Alvásdiagnosztikai és Terápiás Központ
3. PTE ÁOK Neurológiai Klinika, Pécs  
Alvásdiagnosztikai és Terápiás Központ
4. SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Neurológiai Klinika, Szeged  
Somnocenter Szeged Dél-alföldi Regionális Alvásdiagnosztikai és Terápiás Központ
5. Pest megye Tüdőgyógyintézet, Törökbálint  
Alváslaboratórium
6. Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest  
Alvásdiagnosztikai Laboratórium
7. Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest  
Alváslaboratórium
8. Markusovszky Kórház, Szombathely  
Tüdőgyógyászati Osztály, Alváslaboratórium
9. Országos Alvásterápia Központ, Budaörs

Végezetül szeretném ismertetni a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Zalaegerszegi Képzési Központjának egy korábbi programját, amelynek során egy ipari termelő üzem és egy egészségügyi intézmény váltott műszakban dolgozó munkatársai körében végeztünk szűrést az inszomnia felderítése céljából, majd ezt követően alváshigiénés tanácsadást nyújtottunk. Célkitűzésünk az volt, hogy felmérjük az inszomnia előfordulásának gyakoriságát 8 órás váltott, 12 órás váltott és a 8 órás egyműszakos munkarendben dolgozó személyek körében. A nyert adatokra alapozva egy komplex szűrőprogram és terápia kidolgozását és kivitelezését terveztük, valamint szerettük volna megerősíteni az alváshigiénés tanácsadás hatékonyságának bizonyító korábbi vizsgálatok eredményeit.

### **Hipotézisek**

A fenti célok eléréséhez a következő hipotéziseket állítottuk fel:

- Feltételezzük, hogy az egy műszakos munkarendben dolgozók esetében az álmatlanság ritkábban fordul elő, és akkor is mérhetően kevésbé súlyos, mint a 8 órás három műszakos munkarendben dolgozók és a 12 órás váltott műszakban dolgozók esetében.
- A 8 órás, három műszakos munkarendben dolgozók inszomnia tekintetében mérhetően kedvezőtlenebb állapotot mutatnak, mint a 12 órás váltott műszakban dolgozók.
- Az alváshigiénés tanácsadásnak és a relaxációs tréningnek köszönhetően a 8 órás 3 műszakos munkarendben dolgozók és a váltott műszakban dolgozók alvása egyaránt javulni fog.

### **Vizsgálati minta, módszerek, eszközök**

Vizsgálatunk során a következő beválasztási szempontokat alkalmaztuk: 18 évnél idősebbek és 60 évnél fiatalabb, munkahellyel rendelkező munkavállalók. Ennek megfelelően értelemszerűen kizártuk a 18 évnél fiatalabbakat, 62 évnél idősebbeket, munkahellyel nem rendelkezőket, a súlyos depresszióban, szorongásos betegségben, vagy pszichiátriai társbetegségben szenvedőket, valamint az alvást



befolyásoló szomatikus, elsősorban belszervi, neurológiai betegségek miatt kezelt egyéneket. Nem véletlenszerű, kényelmi mintavételezési technikát alkalmaztunk. A teljes mintán belül 3 csoportot állítottunk fel munkabeosztásnak megfelelően. Az első csoport 12 órás váltott műszakban dolgozó személyekből állt a második csoportot a 8 órás 3 műszakos munkarendben dolgozók alkották, a harmadik csoport kontrollcsoportként 8 órás munkarendben, egy műszakban dolgozó személyekből tevődött össze. Összesen 112 iparban dolgozó és 103 egészségügyben dolgozó személy került a vizsgálatba. Ez 112 fő 8 órás, három műszakos munkarendben, 70 fő 12 órás váltott műszakban, és 26 fő 8 órás egy műszakos munkarendben dolgozó személyt jelentett. Az első csoportból 38 főnek második csoportból 23 főnek voltak alvásproblémái. A csoportok felállítása után az Athén Inszomnia Skála (Soldatos et al, 2000; Soldatos et al, 2003) mérési eredményeinek megfelelően meghatároztuk és felállítottuk a vizsgálati csoportokat, amelyekbe beválasztásra kerültek a 7-9 pontot elért személyek, mint szubklinikai állapotú emberek, és a legalább 10 pontot elérők, mint kóros mértékű álmatlanságban szenvedő emberek. A terápia magába foglalt egy alváshigiénés tanácsadást, amelyet a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet által kidolgozott program alapján végeztem (Purebl, Bódizs, 2008). Kiegészítő terápiaként a résztvevők számára különböző relaxációs technikák elsajátításához nyújtottam segítséget. A program zárásaként az Athén Inszomnia Skála ismételt felvétele során az első csoportból 13 fő a második csoportból 14 fő eredményeit tudtam felhasználni, mert a kiszűrt inszomniában szenvedők közül ennyien vettek részt mindvégig. A szomatikus vagy pszichés társult betegségek miatti kizárást az azok miatti kezelés tényének függvényében határoztuk meg, továbbá a Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatát (Beck et al, 1967; Beck, Beck, 1972; Beck et al, 1988 ) és a Beck Szorongás Leltárt (Beck et al, 1988) alkalmaztuk

### A vizsgálat menete

A teljes program lefolytatására a *Flextronics* International Kft. zalaegerszegi gyáregységében és a keszthelyi Városi Kórházban került sor 2012. augusztus - 2013. április között. A kiválasztott munkahelyek dolgozóinak szűrését az Athén Inszomnia Skála (Soldatos et al, 2000; Soldatos et al, 2003) segítségével végeztük

el, és az annak értékelése szerint, kóros álmatlanságban szenvedők (legalább 10 pont) és a veszélyeztetettnek minősülő (8 és 9 pontot elérők) személyeket vontunk a programba. Elsőként a tőlük nyert anamnesztikus adatok alapján kizártuk az olyan krónikus szomatikus betegségekben szenvedőket, amelyek befolyásolhatják az alvás minőségét vagy mennyiségét. A pszichiátria kezelés ténye is kizáró oknak minősült, szorongásos vagy hangulatzavarok fennállását a korábban említett pszichológiai kérdőívekkel is kontrolláltuk. A disszomniák és paraszomniák meglétére utaló kérdésekre kapott válaszok alapján 2 személyt alvási apnoe, egy főt pedig szomnambulizmus miatt zártunk ki a programból és irányítottunk alváslaboratóriumi vizsgálatra. Ilyen módon egy inszomniában igen, de krónikus testi betegségben, pszichiátriai betegségben, vagy más jelentős alvászavarban nem szenvedő mintát kaptunk, ami persze nem jelenti azt, hogy az álmatlanság háttérében ne lehetne például enyhe fokú szorongásosság, vagy hangulatzavar, ami nem éri el a klinikai diagnózis kimondásához szükséges mértéket.

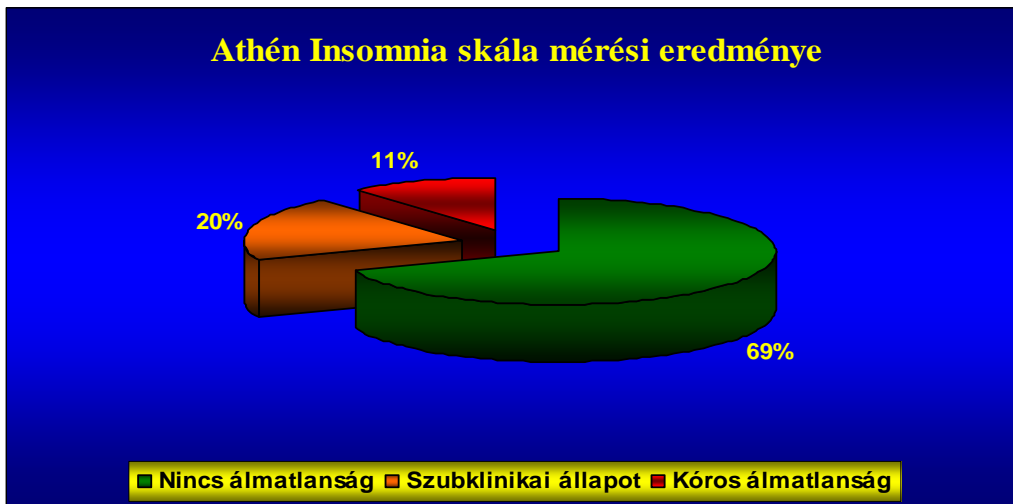
Ezután mindenkit alváshigiénés tanácsadásban (Tringer, 2001) részesítettünk. Ez 8-12 fős kiscsoportokban történt. A módszer más bizonyítottan hatékony terápiák (pl. fényterápia, alváskompresszió, stb.) mellett az alvás helyreállításának igen fontos, edukatív eleme. Az alváshigiénés tanácsok részben az „alvásbarát” életmódra, a kialvatlanság tüneteinek kezelésére irányuló, de az alvászavart rontó viselkedések leépítésére, részben a megfelelő cirkadián ritmus kiépítésére, részben pedig az optimális alvási viselkedés kialakítására töreksenek, és átfedést mutatnak a stimuluskontroll-technikákkal. A kognitív terápia általános stílusához illeszkedő alváshigiénés tanácsadás kulcsfontosságú az egészséges cirkadián ritmus és alváskészség kiépítésében, valamint a visszaesések megelőzésében, ezért nélkülözhetetlen eleme a terápiának. A csoportos foglalkozások mindig megfelelő hangulatban zajlottak, élénk érdeklődést, jó együttműködési készséget tapasztaltunk, aminek háttérében véleményünk szerint többek között az álmatlanság okozta jelentős mértékű szenvedésnyomás állt.

Az olyan esetekben, amikor a Beck Szorongás Leltár vizsgálatban kóros mértéket el nem érő, kezelést nem igénylő, de kimutatható szorongást detektáltunk, két egyszerű terápiás technikát alkalmaztunk. Elsőként egy egyszerű viselkedésterápiás (Tringer,

2001; Trull, Phares, 2004) technikát, amelyet *aggodalmaskodó szék* módszernek neveztünk el. Az élethelyzetükből, aktuális problémáikból adódó aggodalmaskodás, szorongás miatt nehezen elalvó, vagy elaludni képtelen embereket tanítottuk meg rá. Általában egyébként reális, ténylegesen szorongásra, aggodalmaskodásra okot adó problémákat sorakoztattak fel, ám azt mindannyian felismerték, hogy az elalvás előtti, vagy helyetti, ágyban történő aggodalmaskodásnak nincs értelme, de akaratlanul is a gondjaikon járt olyankor az eszük. A technika abban állt, hogy megkértük őket, nevezzenek ki otthon egy széket aggodalmaskodó széknek, és minden este közvetlenül lefekvés előtt 10 percet abban ülve kötelezően aggodalmaskodjanak, rágódjanak problémáikon. Ezt követően fekdjenek le, és ha mégis újra gyötörnék őket az aggasztó gondolatok, akkor keljenek fel és ismételten üljenek a székbe 10 percre, és ott aggodalmaskodjanak. Ha ez egymás után többször előfordul, mindannyiszor ismételjék a műveletet. Az utólagos elmesélés alapján minden esetben egy kb. egy hét alatt megszűntek a célzott panaszok. A szorongó személyeknek ezen kívül a progresszív relaxáció (Szönyi, 2000; Tringer, 2001) technikájának elsajátítását ajánlottuk fel. Néhányan éltek is a lehetőséggel. Ez a technika sokszor bizonyítottan hatékony, segít elérni azt a relaxált állapotot, amely az elalvás bekövetkeztéhez nélkülözhetetlen. Programunkban a legáltalánosabban elterjedt módszert a Jacobson-féle progresszív relaxációt alkalmaztuk. Előnye, hogy könnyen elsajátítható, valamint az, hogy kezdeti szakaszában (izomfeszítések) maga is aktivitást igényel: a betegek egy általuk hasznosnak vélt aktivitás egyszerű elhagyásától vonakodnak (zajok, fények ellenőrizgetése), sokkal motiváltabbak, ha ezt egy másik aktivitásra kell lecserélniük (progresszív relaxáció). Az ellenőrző méréseket a tréning lefolytatása után egy hónappal végeztük el, amikor is az elérhető és a kontrollt vállaló személyektől az Athén Insomnia Skála újbóli kitöltését kértük.

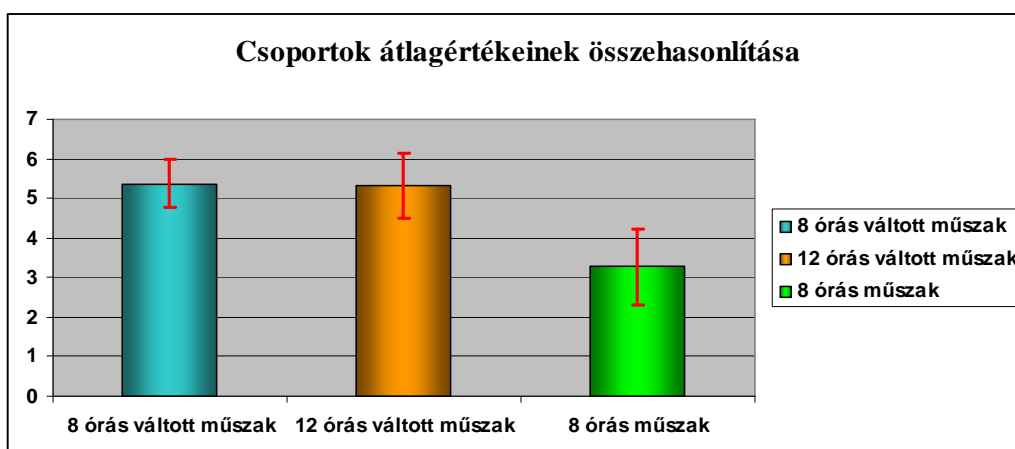
## Eredmények

A vizsgált csoport  $n=214$  eredményei alapján (1. ábra) a vizsgálatba bevont személyek 69%-ának, 148 személy nem szenvedett álmatlanságtól. 20%-ának, 48 főnek szubklinikai állapotnak megfelelő álmatlansága, 11%-ának, 23 fő, kóros mértékű álmatlansága volt.



1. ábra Athén Insomnia Skála mérési eredménye

A vizsgálati csoportokat és a kontrollcsoportot munkabeosztásnak megfelelően állapítottuk meg. Az első vizsgálati csoportba a 8 órás, 3 műszakos munkarendben dolgozók kerültek, a második vizsgálati csoportba pedig a 12 órás váltott műszakban dolgozók. A kontrollcsoportba 8 órás, egy műszakos munkarendben dolgozó személyeket választottunk. Vizsgáltuk az álmatlanság megjelenésének gyakoriságát a 8 órás 3 műszakos munkarendben dolgozók körében (n=112); kóros mértékű álmatlanság a személyek 11%-át érintette, szubklinikai állapot a dolgozók 23%-ánál volt detektálható. A 12 órás váltott műszakban dolgozó személyek esetén (n=71) 14%-ban volt megfigyelhető kóros, és 19%-ban szubklinikai állapot. A kontrollcsoportban nem találtam kóros mértékű álmatlanságot, mindösszesen 4 embernek volt 8 vagy 9 pontja az Athén Insomnia Skálában. A csoportok átlagait oszlopdiagramon, átlag-megbízhatósági tartománnyal prezentáltuk.(2. ábra)



2. ábra A csoportok átlagainak összehasonlítása

A két vizsgálati csoport és a kontrollcsoport Athén Inszomnia Skálában elért pontszámainak összehasonlítása céljából t-próbát végeztünk, a vizsgálati csoportok eredményei közt nem volt szignifikáns különbség ( $p=0,993$ ), viszont mindkét váltott műszakos csoport szignifikánsan rosszabb eredményt ért el a kontrollcsoportéhoz képest ( $p=0,016$ ) ( $p=0,03$ ). A kapott eredmények alapján első hipotézisünk bizonyítást nyert, a másodikat viszont elvetni kényszerültünk.

A harmadik hipotézisünk igazolásához szükséges kontroll tesztek felvétele előtt egy hónapot vártunk, hogy a tréning eredményei elmélyüljenek, beépüljenek a hétköznapi életbe, így legyen lehetőségük az alvás mennyiségi és minőségi javítására. Az egy hónap után felvett vizsgálatok eredményeit összevetettük a megelőző tesztek eredményeivel, és párosított t-próbával a 8 órás, három műszakos munkarendben dolgozóknál igazolhatóan szignifikáns javulást ( $p=0,00^*$ ) detektáltunk ( $T= 6,65$ ) ( $n=13$ ) (3. ábra). Ugyanilyen jó eredményről számolhatunk be a 12 órás, váltott műszakban dolgozók esetében is ( $N=14$   $T=6,14$ ) (4. ábra). Harmadik hipotézisünk teljesült, a módszer eredményesnek, hatékonynak bizonyult.



3. ábra Terápia eredménye 8 órás 3 műszakos munkarendben dolgozó személyeknél



4.ábra A tréning eredményei 12 órás váltott műszakban dolgozó személyeknél

### Megbeszélés

Első hipotézisünk, amely szerint az egy műszakos munkarendben dolgozók esetében az álmatlanság ritkábban fordul elő, és akkor is mérhetően kevésbé súlyos, mint a 8 órás három műszakos munkarendben dolgozók és a 12 órás váltott műszakban dolgozók esetében az Athén Inszomnia Skála mérési eredményeinek összehasonlításával bizonyítást nyert. Tisztában vagyunk vele, hogy ez a megállapítás kissé evidencia jellegű, nem is gondoljuk, hogy „felfedeztük a spanyolviaszt”, hiszen ezt már előttünk sokan bizonyították. Az elsőhöz szorosan kapcsolódó második hipotézisünk, amely szerint 8 órás, három műszakos munkarendben dolgozók inszomnia tekintetében mérhetően kedvezőtlenebb állapotot mutatnak, mint a 12 órás váltott műszakban dolgozók, nem nyert igazolást. Abból a feltételezésből indultunk ki, hogy a jobban szétdarabolt ciklusokból álló és háromféle napirendet követő ciklikus változásokkal terhelt életmód erőteljesebb hatást gyakorol az alvásra, erősebb rizikófaktora az inszomniának, mint a kétciklusú napirend. A két vizsgálati csoport súlyossági adatai között azonban nem tudtunk szignifikáns különbséget kimutatni. Ebből azt a következtetést vonhatjuk le, hogy az alvás-ébrenlét ciklusok és a napszakok egymáshoz illeszkedésének felborítása egyformán veszélyezteti az egyén kielégítő alvását. Harmadik hipotézisünk ismételten igazolást nyert, amiből nem csak azt tudhatjuk meg, hogy alkalmazott módszereink hatékonyak voltak, hiszen bizonyítékokon alapuló beavatkozásokat emeltünk a programba, hanem az is kiderült, hogy mindkét típusú váltakozó

munkarend miatt kialakult inszomnia esetében működőképes az alváshigiénés tanácsadás progresszív relaxációval és viselkedésterápiás technikákkal kombinálva. További hatékonyságnövelő lehetőség rejlik az említettek mellett fényterápia, alváskompresszió, gyógynövények alkalmazása, diéta és egyénre szabott mozgásprogram alkalmazásával. Az általunk alkalmazott módszer az említett fejlesztésekkel együtt, de önmagában is a munkahelyi egészségfejlesztő programok fontos részét képezheti. További terveink között szerepel, hogy az ismertetett szűrési módszer és az alváshigiénés tanácsadás, valamint a progresszív relaxáció és az ismertetett bővítési lehetőségek felhasználásával egy olyan szoftvert (PC-re vagy okostelefonra, esetleg mindkettőre) fejlesszünk ki, amelyik képes az inszomniában szenvedő személyt végigmenedzselni az egész folyamaton, tényleges emberi erőforrás igénybevétele nélkül, illetve a szükséges orvosi vagy pszichológia beavatkozás szükségességének felismerése esetén az adekvát ellátás felé irányítja a felhasználót. Napjainkban közel minden háztatásban megtalálható internet kapcsolat és az okostelefonok térhódítása is megfigyelhető, amelyeknek nagy része szintén rendelkezik internetkapcsolattal. Egy elektronikus szűrőprogram idő és költséghatékony megoldást jelenthet a jövőben. Emellett az okostelefonokra készített applikációk az emberek számára egy felhasználóbarát felületet képesek biztosítani, mind a szűrés, mind a terápia során. Az applikációk az alváshigiénés tanácsadás mellett akár bonyolultabb alvászahelyreállító technikák menedzselését is képesek megvalósítani (pl. alvásmegvonás, alváskompresszió), így az álmatlanság kezelése során nagyobb hatékonyságot lehet elérni a jövőben, a módszerrel együtt járó adatgyűjtési lehetőség pedig számos további kutatáshoz szolgálna nagy mennyiségű, feldolgozásra alkalmas adattal. Emellett további vizsgálatokkal mindenképpen rá lehetne és rá keletlene mutatni arra is, hogy milyen szervezeti, környezeti és pszichológiai tényezőkben rejlik az „alvászahely munkahely” lényege.

# ADDIKTOLÓGIA I.

## ALAPVETŐ MECHANIZMUSOK, VISELKEDÉSI ADDIKCIÓK

Szabó József

Az addikciók, és elsősorban a Magyarországon legtöbb embert érintő (közvetlenül és közvetetten is), kezelése szempontjából intézményi ellátást igénylő alkoholfüggőség problémaköre kritikusán érintik az egészségügyi ellátást, a szociális szolgáltatókat, de a munkáltatókat is. Zalaegerszegen működik olyan ipari termelést folytató vállalat, amelynek saját statisztikái szerint évente mintegy 350 alkalommal kell fegyelmi jellegű intézkedést foganatosítani munkahelyi alkoholfogyasztás miatt. Jelen kiadvány elkészítésének elsődleges célja, hogy a munkahelyeken, a dolgozók körében megjelenő szenvedélyállapotok, alkohol- és drogfogyasztás felismeréséhez, előítélet-mentes megértéséhez, az érintett személyek alapvető orientálásához nyújtson elméleti bázist és használható tudásanyagot. Célja, hogy lezajlott Szerettük volna, hogy egy bármikor elővehető, feleleveníthető praktikus tananyagot adjunk a programban együttműködő társintézmények dolgozóinak kezébe. Elsősorban a teljes tréning lefolytatása mellé, csoportos témafeldolgozáshoz ajánljuk, de érdemi eredménnyel olvashatják anélkül, önállóan is a munkájuk során szerfogyasztókkal, szenvedélybetegekkel, vagy a szenvedélybetegségek szempontjából veszélyeztetett személyekkel, munkavállalókkal, egyetemi hallgatókkal találkozó kollégák.

### Alapfogalmak

A következőkben átadni kívánt ismertek jobb és könnyebb megértéséhez célszerű előre tisztázni az alábbi alapvető fontosságú addiktológiai fogalmakat:

1. **Addikció:** Az addikció fogalmát ma a szenvedélybetegséggel szinonim fogalomként szokás használni. Addikciónak azokat a viselkedési formákat nevezzük, amelyek fölött a személy képtelen kontrollt gyakorolni, s ezért ezeket kényszeresen újra és újra végrehajtja, illetve amelyek a személyre – és többnyire környezetére – káros következményekkel járnak.



a) **Kémiai addikció:** *Kémiai addikciónak* nevezzük a különböző *pszichoaktív szerek* használatából adódó viselkedés zavarokat.

b) **Viselkedési addikció:** Az emberi élet normális mindennapi tevékenységeinek (táplálkozás, szexualitás, munka és játék) túlzott vagy kóros megnyilvánulása

2. **Dependencia:** A jelenleg érvényes és hatályos BNO-10 szerinti diagnosztikai meghatározás: a szer használatának maladaptív módja, amely klinikailag jelentős károsodáshoz vagy zavarhoz vezet, legalább 3 az alábbiakból bármikor, ugyanabban a 12 hónapos időszakban előfordul:

1. Tolerancia, amelyet az alábbiak valamelyike jellemez:
  - a. a szer jelentősen fokozott mennyiségének az igénye, intoxikáció vagy a kívánt effektus elérése érdekében
  - b. a szer azonos adagjának folyamatos használata esetén jelentősen csökkent hatás
2. Megvonás, amit az alábbiak egyike jellemez:
  - a. a szerrel kapcsolatban jellegzetes megvonásos szindróma
  - b. ugyanolyan, (vagy közel hasonló) szer bevétele a megvonásos tünetek csökkentésére vagy elkerülésére
3. A szert gyakran nagyobb adagokban vagy hosszabb időszakig szedik, mint eredetileg szándékozták
4. Állandó kívánság vagy sikertelen kísérletek a szerhasználat abbahagyására vagy kontrollálására
5. Jelentős idő és aktivitás irányul a szer megszerzésére, a szer használatára, vagy a hatásaitól való megszabadulásra
6. Fontos szociális, foglalkozási vagy rekreációs tevékenységek feladása vagy csökkentése a szerhasználat miatt
7. A szerhasználat folytatása olyan állandó vagy visszatérő fizikai vagy pszichológiai problémák megléte ellenére, amelyről tudja, hogy valószínűleg a szerhasználat okozza vagy súlyosbítja.

3. **Drog:** *Drognak* nevezünk minden olyan kémiai anyagot, amely a szervezetbe kerülve megváltoztatja annak valamilyen működését. E definíció mellett a szakirodalomban gyakran találkozhatunk a Gerevich Józseftől származó meghatározással, amelyet a szerző a drog fogalmi kontinuumának nevez:
- Kémiai anyag, amely megváltoztatja a központi idegrendszer működését.
  - Állati és emberi fogyasztása pozitív és negatív megerősítést nyer különböző biológiai mechanizmusok révén.
  - Rendszeres fogyasztása dependenciát, toleranciát, szenzitivitást, azaz addikciót okoz.
  - Rövidtávon kevés averzív hatása van, hosszabb távon az averzív hatás egyre jelentősebb.
  - A rövid távú averzív hatásra hamar alakul ki a tolerancia.
  - Abuzív módon, azaz az uralkodó normáktól eltérően fogyasztható.
  - Nem csak saját magát helyettesíti.
  - A természetes megerősítőket hosszabb távon helyettesíti, sőt a természetes megerősítők jutalmazó, pozitív megerősítő hatását megszünteti (Gerevich, Bácskai, 2000).
4. **Elméleti modell:** A szenvedélybetegségek kezelésének értelmezési kerete, amely saját elméletének mentén meghatároz beavatkozási módszereket is. Az ilyen modellek egy fókuszra összpontosítanak, az okokról kialakított hipotéziseik jól leírhatók kezelési céljaik és stratégiáik, valamint előnyeik és hátrányaik alapján (Gerevich, 2000).
5. **Felépülési modell:** Ma az előzőekben tárgyalt megközelítések mellett egyre inkább előtérbe kerül az addikciók felépülés-központú megközelítése. Itt a hangsúly más, mint eddig volt: nem az a kérdés, hogy az addikció hogyan és miért alakult ki, hanem az, hogyan lehet belőle felépülni, meggyógyulni. A hangsúly nem az addikció előtti állapotra és

nem is a kialakulására, hanem az addikció folyamatára és „befejeződésére” helyeződik át. Az addiktológiában legismertebb és a gyakorlatban leginkább sikeresnek bizonyult felépülési modell a Prochaska-DiClemente-féle felépülési modell (Rácz, 1999; Harangozó, Bodrogi, 2009).

- 6. Objektív szükségletfelmérő eljárás:** Maslow alapvető, a szükségletek hierarchiáját feltáró munkássága óta több olyan megközelítés kidolgozása történt, amely a szükségleteket a szociális és egészségügyi ellátás keretében próbálja definiálni. Mivel igazán objektív szükségleteket meghatározni szinte lehetetlen, a gyakorlatban a szükségletek felmérésének a páciens és a személyzet nézőpontját egyaránt tartalmaznia kell, hiszen a páciens elvárásainak, múltbeli tapasztalatainak, szociokulturális környezetének ismerete nélkül a szükségletfelmérés nem lehet teljes. Ugyanígy nem hiányozhat belőle a szakember nézőpontja, képzettsége, szakmai értékválasztása sem (Demetrovics, Laczkó, 2008). A szükségletfelmérő eljárások lefolytatása során nyert adatokból képet nyerhetünk a szenvedélybeteg aktuális életkörülményeiről és azok közötti működéséről (Libermann, 2010). Segít meghatározni a szükséges beavatkozások körét, így építhetünk rá rehabilitációs vagy gondozási tervet. Ismételt alkalmazásával objektív képet nyerhetünk a kliens állapotának változásáról. Különböző klinikai, demográfiai és egészségpszichológiai vizsgálatokban az elvégzésükkel nyert adatok statisztikai összehasonlításokra is alkalmasak (Pakai, Kivés, 2013).
- 7. Rövid intervenció:** A még nem alkoholfüggő, de kockázatos vagy ártalmas ivást folytató kliensek alkoholfogyasztási szokásainak normalizálására, kockázatmentessé válására irányuló, kevésbé idő- és energiaigényes, a szociális és az egészségügyi alapellátásban bizonyítottan hatékonyan alkalmazható, könnyen megérthető és tanulható konzultációs technika (Babor, Higgins-Biddle, 2006).

8. **Szövődmény:** Egy betegség zajlása, vagy kezelése során ki, annak talaján kialakuló másik, betegség, zavar. Az addikcióknak szomatikus, pszichés és szociális szövődményei ismertesek.
9. **Rehabilitáció:** a komplex rehabilitáció az egészségügyi, mentálhigiénés, oktatási, képzési, foglalkoztatási és szociális rendszerekben megvalósuló folyamat, amelynek célja a fogyatékos személy képességeinek fejlesztése, szinten tartása, a társadalmi életben való részvételnek, valamint az önálló életvitelének elősegítése. Korszerű rehabilitációban a funkció és képesség változásának, rendellenességeinek okát nem vizsgálják, a megváltozott képességet tényként fogadják el (Gere, Szellő, 2007).
10. **Önsegítés:** Olyan kis és nagy csoportos struktúrában megvalósuló együttműködési formák sokasága, melyekben rendszerint azonos korú, és hasonló személyes problémákkal küszködő emberek szerveződnek azért a közös célért, hogy közös igényüket kölcsönös egymásnak nyújtott segítség révén kielégítsék, olyan változást hozzanak létre magukban, és/ vagy környezetükben, amely által az addig megoldatlan problémájuk megoldódik. Az ilyen csoportok kezdeményezői és tagjai felismerték, hogy szükségleteiket nem tudják sem önerőből, sem a meglévő humánszervezetek, szociális intézmények révén kielégíteni (Gerevich, 1997)

### Addiktológiai alapismeretek

A függő típusú magatartás, vagy visszaélésű fogyasztás problémakörének megjelenése az emberi történelem kezdeti időszakáig nyúlik vissza. Írásos emlékek már az Ószövetségben is fellelhetők arra vonatkozóan, hogy ismertes volt az ételek, vagy éppen szeszes italok (bor) mértéktelen fogyasztása, amit a Biblia problémaként, bűnként értékel. Időben talán első eseteírás Noé története, amiből az is kiderül, hogy mértéktelen alkoholfogyasztása hogyan vezetett családi konfliktusokhoz, problémákhoz. Az egyes korok, kultúrák és a hozzájuk kapcsolódó világnézeti felfogások eltérő módon értékelték a jelenséget. Ennek megfelelően az ilyen típusú

viselkedés megértésére, magyarázatára, kezelésére nagyon sok, egymástól gyakran lényegesen eltérő kísérlet született. Az addikciók jelenségvilágának megértése napjainkban sem egységes utat követ, a szakemberek eltérő szempontok szerint közelítik meg a témát, ez eltérő értelmezéseket, definíciókat, eltérő stratégiákat eredményez, amelyek időnként egymásnak ellentmondani látszanak. Hogy a szenvedélybetegekkel hivatásszerűen foglalkozó emberek mégis megértsék egymást, és önmaguk számára is kiválaszthassák a legérthetőbb, legkövethetőbb elméleti kereteket és gyakorlatot, célszerű a napjainkban megjelenő elméleti modellek mindegyikének ismereteit áttekinteni. Erre Gerevich József szolgál nekünk magyar nyelvű útmutatóval, amelynek mentén az addiktológia alapmodelljei a következők (Gerevich, 2000):

### **1. A morális modell**

A kronológiai szempontból legelső modell a kémiai dependenciát erkölcsi gyengeségre, az akaratérő hiányára vezeti vissza. A gyógyítás és a rehabilitáció célja a kliens akaraterejének fejlesztése, hogy a későbbiekben képes legyen ellenállni a kísértésnek. Legfőbb hátránya, hogy alá-fölé rendeltségi viszonyba helyezi a klienst és a segítőt. A segítőnek ez a „bíró” szerepe mindenképpen növeli a kliens büntudatát, ami visszaeséshez vezethet.

### **2. A tanulási modell**

A tanulási modellben az addikció a hibás tanulási folyamatra vezethető vissza. Eszerint a felfogás szerint a szerfogyasztás tulajdonképpen a gyermekkori családi környezet által nyújtott szerfogyasztói minták elsajátításának következménye. Ebben a tekintetben a modell rokonságot mutat a korábban ismertetett modellkövetéses behaviorista modellel, a kognitív modellel, illetve származtatható azokból. Sajnálatos tény, hogy a Pavlovhoz, később a szovjet pszichiátriához köthető rossz emléké „terápiás” beavatkozások, mint például a hazánkban is széles körben alkalmazott averzív kondicionálás emléke miatt napjaink terapeutái félve nyúlnak

viselkedésterápiás megoldásokhoz az alkoholfüggők kezelése során, annak ellenére, hogy az addikció kondicionált elemei ismertek, és a lehetőségek tárháza gyakorlatilag végtelen (Bodrogi, 2006). A kognitív megközelítések alkalmazása terén talán egy kicsit előbbre járunk, de kevés a kognitív modellben gondolkodni képes, annak technikáit alkalmazni tudó szenvedélybeteg ellátásban dolgozó segítő.

### **3. A betegségmodell**

A betegségmodell szerint az addikció ismeretlen eredetű, gyógyíthatatlan, élethosszig fennálló betegség. Éppen ezért az okok pontos ismerete nélkül csak tünetileg kezelhető. A tüneti kezelés pedig nem más, mint a teljes absztinencia kialakítása és hosszú távú megőrzése. Egyik változata, a pszichofarmakológiai modell szintén a tüneti kezelést hangsúlyozza, mégpedig pszichotrop szerek átmeneti vagy tartós adásával. Így az előző részben ismertetett biológiai modellel állítható párhuzamba.

### **4. Az önmedikalizációs modell**

Az önmedikalizációs modell nézeteit követők szerint a kémiai dependencia egy pszichés betegség tünete, vagy valamilyen pszichológiai funkció deficitjének kompenzáló mechanizmusa. A szenvedélybeteg valójában lelki beteg, szerfogyasztásával lelki betegségének kellemetlen tüneteit csillapítja. Ebből következően a gyógyítás célja nem is lehet más, mint az eredeti lelki betegség gyógyítása, amely aztán maga után vonja a szerfogyasztás megszűnését.

### **5. A szociális modell**

A szociális modell alapállítása szerint a kémiai addikció nem más, mint kulturális, szociális, kortárs, vagy családi hatások következménye. A kezelés célja, hogy a kliens szociális funkcióit megváltoztassuk. Két legfontosabb része a környezet megváltoztatása és a külső stresszhatásokra adott adaptív

válaszok kialakítása, fejlesztése. Fő beavatkozási módszerei a pár- és családterápia, csoportterápia, a bentfekvő kezelés, és az önsegítő csoportok (Gerevich, 2000).

Bár az addiktológiát gyakran orvostudományi ággként emlegetik, minden kétséget kizáróan interdiszciplináris tudomány, nagymértékben támaszkodik több társadalomtudomány elméleti bázisára és praxisára is, legnagyobb mértékben közülük a lélektanra épít. Ennek megfelelően nem meglepő, ha az említett elméleti modellek összefüggésbe hozhatók, vagy átfedést mutatnak a lélektan nagy elméleti irányzataival és a szociális esetmunka irányzataival, amelyek szintén felfoghatók a szociális munka alapmodelljeiként. Az eleinte a szociális munkás szakmában alkalmazott módszer, később önálló szakmává fejlődött addiktológiai konzultáció szintén merít ezekből az alapmodellekből. A professzionális szociális esetmunka fejlődéstörténetében Mary Richmond munkássága révén indult meg az elméleti keretek rendszerének kialakítása. 1915-ben egy neves amerikai oktatási szakember, Abraham Flexner még úgy nyilatkozott, hogy a szociális munkát nem tekinti önálló foglalkozásnak, szakmának, mert nincs rendszerezett, kimunkált továbbadható ismeretanyaga, módszertani eszköztára. A szociális munkán belül megindult módszertani fejlődés mellett jelentős hatást gyakoroltak az esetmunkára a pszichoterápia, pszichiátria és a mentálhigiéné területén megjelenő áramlatok. Kiemelkedő jelentőséggel talán a krízisintervenciós és a rendszerszemléleti megközelítésekkel dolgozó eljárások bírtak. Mindezek történetéről és az esetmunka fejlődéséről, iskoláiról Szabó Lajos „Szociális esetmunka” című, a magyar szociális felsőoktatásban és szakképzésben széles körben ismert és alkalmazott könyvében tudósít (Szabó, 1993). Röviden összefoglalva a következőket írja:

### **1. A diagnosztikai iskola**

A korábban említett Mary Richmond kezdetben a szociális munka orvosi modelljét követte. Ebben a felfogásban a szociális szakember diagnózist állít fel, kezel. Ez tulajdonképpen a diagnosztikai iskola fő forrása. A korai szociális munka az ekkor még hiányzó elméleti keretet a kor kibontakozó nagy eszmeáradatában, a pszichoanalízisben találta meg. Ebből következően

megközelítésének fő szempontjait a korábban a lélektani modellek között ismertetett pszichodinamikus irányzat elemei adták. Ennek megfelelően elsősorban az egyéni esetkezelés fejlődött. Legfőbb hátránya ezen szemléletnek, hogy többnyire a személyiségen belüli folyamatokra koncentrált, kevés figyelmet fordítva az egyén és környezete viszonyára, interakcióira.

## **2. A funkcionális iskola**

Az 1930-as években az addig egyedülálló diagnosztikai iskola mellett egy új elméleti modell, a funkcionális iskola kezdett kibontakozni. Térhódításának oka valószínűleg az lehetett, hogy a korábbi segítő modell nem bizonyult elég hatékonynak a környezeti nyomások között fellépő szociális problémák kezelésére. A szakmai önállósodás útjait járva a szociális munka ekkor kezdett leválni a pszichiátriáról, és elszakadni annak elméleti-módszertani bázisától. A kor két jeles képviselője a szociális munkában Jessie Taft és Virginia Robinson, akik nevéhez fűződik a funkcionális modell kimunkálása.

A funkcionális megközelítés középpontját Otto Rank gondolata adta, amely szerint a segítő munka központi feladata az egyén belső fejlődéslehetőségeinek kibontakoztatása. Ez az alapelv köszön vissza később Carl Rogers személyközpontú pszichológiájában is, amely aztán napjainkig uralkodó elméleti és módszertani megközelítésévé vált a szociális munkának.

## **3. A pszichoszociális megközelítés**

Az ötvenes években vált nyilvánvalóvá, hogy a korábban ismertetett két iskola szembenállása és harca értelmetlen, illetve azok alkalmazott megközelítései a gyakorlatban egymással jól ötvözhetőek. A két irányzat összegzésével Florence Hollis dolgozott ki egy kompromisszív modellt, azzal a céllal, hogy egyensúlyt találjon az esetmunka gyakorlatában a pszichodinamikai és a környezeti tényezők figyelembevételében.



#### **4. A viselkedéslélektani irányzat**

Az 1960-as évektől a pszichoterápiás irányzatok fejlődésének hatására olyan próbálkozások jelentek meg a szociális esetmunkában, amelyek a pszichoterápiában alkalmazott új módszereket közvetlenül átemelték gyakorlatukba. Így történt ez a viselkedésterápiával is, annak a klinikai gyakorlatban való elterjedése idején. Kezdetben a szociális munkások átvették a viselkedésterápia módszereit, és ugyanolyan indikációs szempontok mentén, ugyanazokkal a kliensekkel, ugyanazokkal a módszerekkel dolgoztak. Később a kognitív megközelítések megjelenésével és integrációjával Dean Hepworth és Jo Ann Larsen alkotta meg a szociális esetmunka azon módszerét, amelyben az akció fázist változás-orientált fázisnak nevezik, és nagy súlyt fektetnek a problémamegoldó készség fejlesztésére, valamint a kognitív újrastrukturálásra.

#### **5. Az eklekticizmus**

Tévedés volna azt gondolni, hogy a gyakorló szakemberek az ismertetett modellek közül egyet kiválasztva, csak annak elméleti megközelítéseit és technikai bázisát felhasználva gondolkodnak és végzik munkájukat. A különböző modellek gyakran jól megférnek egymás mellett, sőt előfordul, hogy jól ötvözhetőek egymással. Az Amerikai Egyesült Államokban működő konzultáns-képzések 25%-ára az eklektikus megközelítési mód jellemző. A konzultáció fogalmának megalkotása miatt már említett Cavanagh 1982-ben „egészséges” eklektikus megközelítést javasol, amely megköveteli a konzultánstól, hogy alaposan értse és ismerje a felhasznált elméleteket, rendelkezzen az emberi magatartás alapvető egységesítő filozófiájával, amely eltérő elméletek egymástól különböző részeit értelmes kollázsban hozza össze, és a megközelítés módját rugalmasan alakítsa a klienshez, nem pedig fordítva. „Az eklekticizmus tulajdonképpen nem más, mint különböző forrásból származó kompatibilis adatok rendezett összekapcsolása egy harmonikus egésszé.” (Cavanagh, 1982)

Egy 1994-ben 818 pszichológus, konzultáns, pszichiáter és szociális munkás

bevonásával végzett vizsgálat során kimutatták, hogy a gyakorló klinikusok 38%-a vallja magát „eklektikusnak”. Emellett a pszichodinamikus modell követőinek száma haladta csak meg a 10%-ot, a többi eleméleti megközelítéshez tartozónak csak a megkérdezettek ennél kisebb része vallotta magát (Gladding, 2000).

Az addiktológia alapmodelljeinek ismertetése során Gerevich is kitér rá, hogy az általa leírt modellek szinte soha sem állnak önmagukban, az integratív modellek mellett érvel, valamint megemlíti a Névtelen Alkoholisták Közösségét, amelynek felépülési modellje (a tizenkét lépés) több alapmodellből is merít (Gerevich, 2000). A pszichoterápia tekintetében Buda Béla egyenesen a szintetikus felfogás mellett tör pácát, a XXI században csak a különböző irányzatok integrációját, azok együttes alkalmazását tartja eredményesnek és követendőnek (Buda, 2011).

Léteznek persze olyan alapvető, természettudományos kutatásokra jellemző módszerességgel és alaposággal elvégzett vizsgálatokon (6) alapuló tények és azokon alapuló elméletek, amelyek a felsorolt modellektől, szemléleti keretektől, azok megközelítési szempontjaitól függetlenül az addiktológiai ismeretkör általános érvényű alapjait képezik. Léteznek konszenzusos definíciók, amelyek minden szakember számára elfogadhatóak, függetlenül attól, hogy az addiktológiai ellátás mely területén dolgozik és melyik elméleti modell követője. Ilyenek a korábbi szakaszban, a *fogalomtárban* ismertetett alapvető fontosságú meghatározások is. Ilyen fontos tudáselem a Marcs nevéhez fűződő, az addikciók hátterében meghúzódó alapvető mechanizmusok, motívumok azonosítása és leírása (Gerevich, Bácskai, 2000). Az elsőről, a húzásmechanizmusról akkor beszélünk, ha megjelenik egy sajátos célképzet: „ha bekövetkezik, amire vágyom, kellemes állapotba kerülök”. A második, a lökésmechanizmus akkor működik, ha a célképzet ehhez hasonlóan fogalmazódik meg: „ha megteszem, amit tervezek, megszűnik ez a borzasztó érzés”. Az első változatban a sóvárgás egy kívánt állapotba való kerülésre, a másodikban egy kellemetlen állapotból való kiszabadulásra irányul. A húzás és lökés mechanizmusai együtt alakítják ki az addikciót (Gervich, 2000). Egymást követhetik, vagy együtt vannak jelen. Az is lehet, hogy bizonyos addiktív kórképekben a húzás

motívuma dominál, más addikcióknál pedig a lökés a meghatározó. A két alapvető mechanizmus meghatározása segített egyébként „közös nevezőre hozni” a kémiai és a viselkedéses addikciókat, hiszen mindkét nagy csoport esetében megfigyelhetők a kényszeres fogyasztás vagy viselkedés háttérében. A legjelentősebb kémiai addikciók: dohányzás (nikotinfüggőség), alkoholizmus, heroinizmus, kokainizmus, amfetaminizmus, koffeinizmus. A *viselkedési addikció* tünetei az impulzuskontroll és az önreguláció zavaraiából következnek. Ugyanúgy ciklikus viselkedési sztereotípiákat figyelhetünk meg ezeknél a kórképeknél, mint a kémiai addikcióknál (vágy-késztetés-növekvő feszültség-viselkedési sztereotípia-feszültségcsökkenés). Főbb tünetcsoportok: obszesszív-kompulzív betegség, trichotillomania (hajtépés), onychophagia (körömrágás) kényszeres vásárlás, kleptománia, kóros szerencsejáték, bulímia, bizonyos szexuális zavarok (promiszkuitás, exhibicionizmus, pedofília, fetisizmus, stb.), Tourette-szindróma (Németh, 2000).

### Szociokulturális vonatkozások

A klasszikus lélektani, orvostudományi és szociológiai megközelítési szempontok mellett az elmúlt évtizedben egyre több az addikt viselkedést tárgyaló szociokulturális megközelítéseken alapuló kutatás, tanulmány látott napvilágot. A kognitív pszichológia talaján az alkalmazott nyelvészet, a kommunikációelmélet, a kulturális antropológia és a szociálpszichológia eredményeinek és módszereinek ötvözésével létrejött narratív megközelítések (László, Vince, 2006) elterjedése természetesen hozta magával azok megjelenését az addiktológiai kutatásokban és a gyakorlatban. Az élettörténeti interjú és az önéletrajz a korábbinál is kedveltebb „műfajj” vált az addiktológia ellátó intézményeiben. Sok kutató használ fel jelentésközpontú adatként narratívumokat, analizálják a személyes betegség-értelmezéseket azzal a céllal, hogy azonosítsák a megküzdési stratégiákat, amelyek az emberi lét szenvedéseit ruházzák fel értelemmel. Ezek a narratívumok gyakran származnak klinikai esettanulmányokból, vagy a páciensektől interjúk során nyert elbeszélésekből. A történetek annak ellenére is tartalmazzák feldolgozható adatokat, hogy a páciensek személyes sorsáról szólnak. A történetek az emberi megértés alapkövei, a személyes tapasztalatok kinyilvánításának eszközei, amelyek alkotása során épül fel azokból a realitás. Sok terápiás csoportban a történetmondás a tapasztalatok

megosztásának módja, amely a közös probléma megoldását szolgálja. A 12 lépéses felépülési modellre épülő önsegítő és terápiás módszerek a narratív megközelítések megjelenése előtt is szívesen és sikerrel alkalmazták történetmondást üléseik során. Ez vetette fel azok hatásmechanizmusainak narratív szemléletű leírását, amellyel számos közlemény foglalkozott a közelmúltban. Vibeke Steffen a narratívák közösségi természetéről és folyamatosságáról írt 1997-ben, és arról, hogyan jelennek meg ezek a Névtelen Alkoholisták (AA) közösségeiben. A tanulmány egy, az AA és a *Minnesota Modell* elvei alapján Dániában működő alkoholbetegeket kezelő intézményben 1990 és 1993 között folytatott kutatáson alapszik. AA gyűléseken elhangzott különböző történeteket dolgoz fel, azonosítva bennük a személyes és a szociális, valamint kulturális szinteket, szem előtt tartva az interperszonális kapcsolatokat, valamint a csoportok megosztott identitásának megalkotását. Részletesen ismerteti az elhangzó történetek műfaji sajátosságait, miközben arra a következtetésre jut, hogy az AA csoportokban elhangzó történetek műfajukat tekintve az önéletrajz és a mítosz közötti kontinuumban foglalnak helyet. A személyes és a kollektív tapasztalat olvad egybe a terápiás folyamat során (Steffen, 1997).

Adam Rafalovich sok más szerzőhöz hasonlóan a narratív pszichológia megközelítéseit találja legmegfelelőbbnek a világszerte legelterjedtebb önsegítő módszer (12 lépéses program) hatótényezőinek leírására. Több, mint 2 éven keresztül gyűjtött etnográfiai adatokat mintegy 150 Névtelen Narkomán (NA) összejövetel során, kutatómódszertani elvek és megalapozott elméletek mentén. A csoportokon elhangzó tanúságtételek analízisén keresztül vizsgálta az identitás változásának folyamatát, egész pontosan a „felépült függővé” válást. A kutatás alapját a szerző által személyesen látogatott NA gyűléseken elhangzott történetek, tanúságtételek szolgáltatták. Azt próbálja bizonyítani, hogy a történet konstruálja az NA-ban a környezetet, amelyik aztán reflexív viszonyban áll az identitással. Következtetései szerint a függő identitás a történetek nyelvezetében fejeződik ki, és a történetmondók előszeretettel használják ezt a kifejezőmódot, amely az NA identitást jeleníti meg. Az elhangzott történetekből jelentős hosszúságú részleteket dolgoztak fel, módszerük igyekszik bemutatni az ilyen típusú identitás alakulásának dinamikáját. A történeteket feldolgozásuk során jellegzetes tartalmi szakaszokra

bontotta és összegyűjtötte a szakaszok közös jellegzetességeit. Végül levonta a konzekvenciát, miszerint az NA egy narratív közösség, amelyet a betegség (függőség) okozta szenvedés tart össze, különböztet meg másoktól. Az egyenlőség eszméje lehetőséget ad a reflexióra, amelyek egyéni erőfeszítéseket eredményeznek és egyfajta rugalmasságot kölcsönöznek a személynek (Rafalovich, 1999).

Alain Cerclé munkatársaival a francia Vie Libre nevű, egész országra kiterjedő önsegítő mozgalom közösségeiben elhangzó tanúságtételek szövegeit vette vizsgálat alá. Alapfeltételezésük szerint ezek a tanúságtételek nem mások, mint a hiedelmek, ideológiák, mítoszok, történetek kifejeződései, amelyek igazolják, életben tartják a közös tapasztalatot. A tanúságtételek 224 személytől származtak, akik 1954 és 1992 között kapcsolódtak be valamelyik önsegítő közösségbe. A jól szakaszolható betegség-, és felépüléstörténetek vizsgálata során leírhatóvá vált a folyamat, ahogy az egyes személyek a „kell” típusú kijelentések felől a „szeretném, akarom” típusúakon keresztül eljutottak a „szabad nekem” állapotig, amelyet a „tudom hogyan” kifejezéssel leírt kialakult kompetencia szakasza, majd a cselekvési szakasz (változás, változtatás kulcsszavakkal) követett. Végül az értékelő, megerősítő szakasz következett, miközben a laikus betegségértelmezésekből és az egyéni élettörténetekből kikristályosodott a „közös tudás”. A folyamatot a szerző a szenvedélybetegek szelf-reprezentációjának kognitív-diszkurzív újraépítéseként értékeli, természetesen az önsegítő közösségek működésének megragadható hatótényezőjét látja benne (Cerclé, 2002).

Elena Klaw és Keith Humpreys 30 *Moderation Management* (MM) elnevezésű önsegítő közösségbe járó személy élettörténetének elemzését ismerteti. A MM olyan amerikai önsegítő közösség, amelyik problémaivók számára kíván támogatást nyújtani alkoholfogyasztási szokásaik moderálásához. A magyar addiktológiai gyakorlattól és az önsegítő mozgalmaktól is teljesen idegen megközelítés az Amerikai Egyesült Államokban is gyakran talál elutasításra a 12 lépéses módszerek filozófiáját valló közösségek és a szakma részéről. A vizsgálatban 15 nő és 15 férfi vett részt, mindannyian 28 és 59 év közötti korúak. Mindannyiuk célkitűzése ivásuk csökkentése volt, mindannyian MM programban vettek részt, és egyikük sem látogatta az AA találkozóit. A kísérleti személyektől interjúkat vettek fel, amiben

alkoholproblémájukról és a MM programba való bekapcsolódásukról kellett mesélni. AUDIT kérdőívet vettek fel tőlük, amelynek eredményei alapján többségük nem merítette ki az alkohol okozta dependencia zavar diagnózisát. Az interjúkat szóban személyesen vagy telefonon vették fel, rögzítették, majd leírták. Elemzésükhöz a NUD\*IST tartalomelemzést segítő szoftvert vették igénybe. Az általuk a jelenség leírására alkalmasnak vélt nyelvi kódok megjelenése alapján arra a következtetésre jutottak, hogy a MM tagjai nem hisznek abban, hogy problematikus ivásuk gyógyíthatatlan betegség, hogy számukra a teljes absztinencia a járható út, vagy hogy egy „felsőbb erő” irányításának kellene alávetni életüket a felépülés érdekében. Az MM világnézete az önkontrollt és a szabad választást hangsúlyozza, a szerzők tapasztalatai szerint értékei és narratívái jobban megfelelnek az amerikai fehér, jól képzett középosztályhoz tartozók számára (Klaw, Humpreys, 2000).

## ADDIKTOLÓGIA II.

### DROGOK, DROGFOGYASZTÁS, KÉMIAI SZER ADDIKCIÓ

Szabó József

Bár kézikönyvünk elsődleges célja a napjaink hétköznapjaiban sokkal gyakrabban megjelenő alkoholfüggők problémáinak megismerése, nem hagyhatjuk figyelmen kívül az egyre nagyobb társadalmi, egészségügyi gondokat okozó drogfogyasztást sem, amely ráadásul szinte napról napra változó képet mutat a kábítószer-piaci változások gyorsasága miatt. Szükséges volt ezért áttekinteni néhány ezzel kapcsolatos alapfogalmat, amelyeket a *fogalomtárban* ismertetünk. Fontosnak gondoltuk áttekinteni a drogok fő hatástani csoportjait, az azokhoz tartozó szereket és hatásait.

- 1. Stimulánsok:** A stimulánsok olyan természetes vagy mesterséges kábítószeresek, amelyek felgyorsítják (stimulálják) az idegrendszer működését.  
Megnövelik az aktivitást és az éberséget. Ide tartozik a legális szerek közül a nikotin, a koffein, az illegálisak közül pedig az amfetamin és származékai, valamint a kokain. Általánosságban jellemző rájuk, hogy felgyorsítják a szív működést és a légzést; emelik a vérnyomást; csökkentik az étvágyat, álmatlanságot; szédülést; szorongást is okozhatnak.
- 2. Depresszánsok:** Olyan anyagok, amelyek fogyasztásuk során lassítják a légzést; ellazítják az izmokat; gyakran émelygést, hányást okoznak; csökkentik az éhséget, szomjúságot, a fájdalmat és a szexuális vágyat. Ide tartoznak az altató- és nyugtatószerek, az ópiátok és az alkohol (nagyobb mennyiségben).
- 3. Hallucinogének:** Amint azt a nevük is sugallja, fogyasztásuk érzékcsalódások megjelenéséhez vezet. A csoportba tartoznak: LSD, pszilocibin, meszkalin, PCP, ketamin, THC, stb (Rácz, 1999).

A drogok által nyújtott szubjektív élmény bemutatásához a *Drogvilág* című francia animációs filmet használhatjuk, amely a [www.drogvilag.hu](http://www.drogvilag.hu) weboldaltól letölthető.

Rácz József 2002-ben kísérletet tett az akkori szakirodalom áttekintése alapján az akkori világban uralkodó drogpolitikai, kezelés és prevenciók szemléletek összevetésére, szintézisére, amelynek eredményeképpen megfogalmazta, hogy „az addikció olyan viselkedési rendellenesség, amelyre mindannyian – bár személyiségjegyeink, környezetünk és genetikai örökségünk természeténél fogva eltérő módon – hajlamosak vagyunk. Az agy ingerlésének élettani képletére támaszkodó új addikciós megközelítés szerint – az orvosi javallatra történő használat kivételével – korlátozni, illetve az önkényes visszaélők, s mindenekelőtt a különösen veszélyeztetett serdülők körében üldözni kell az addikciót okozó anyagok használatát”. Összegzéséből jól látszik, hogy az uralkodó szakmai közfelfogás az addikciót eredendően biológiai természetű betegségnek tartja, a kezelés mellett viszont fontos szerepet szán a drogpolitika egyéb terepeinek is, mint az elsődleges prevenció és a büntetőjog. (Rácz, 2002)

Az 1190-es években, amikor kevéssel a rendszerváltás után hazánkban is éledezett az illegális drogok fogyasztása, és az akkoriban elterjedt nézet szerint „tranzit országból célországgá váltunk”, a nyugati világban már munkahelyi drogmegelőzési programok szükségességét ismerték fel. 1991-es adatok szerint az Amerikai Egyesült Államokban a munkavállalók 10-23%-a munkavégzés közben is használ pszichotrop anyagokat, és a munkaerőpiacra lépő fiatalok 65%-a próbált már ki valamilyen illegális szert. Spanyolországban egy átfogó munkahelyi felmérés során kiderült, hogy a munkavállalók 11,5%-a fogyasztott kannabiszt a megelőző 30 nap során, 3,8%-uk pedig legalább heti rendszerességgel használja. Hasonló felmérések hasonló eredményeiről francia vizsgálatok is beszámoltak, és mindhárom országban azt a konzekvenciát vonták le belőle, hogy a munkaadónak szerepe kell, hogy legyen a megelőzésben és a korai felismerésben. Felismerésük mögött alapvetően 3 megfontolás állt, nevezetesen a munkáltató anyagi vesztesége, a munkavállaló munkavégzésének, munkaképességének romlása és a közösségre gyakorolt hatás. Meg kell azonban jegyezni, hogy az említett országokban is az alkohol fogyasztása okozta a legtöbb munkahelyi problémát (Wolna-Peresson, 1992). A munkahelyi bázisú megelőzés és korai kezelésbe vétel mellett különböző érvek szólnak. Elsőként az, hogy a munkahelyekre jellemző teljesítményelvű működés során a munkaképesség legapróbb megváltozásai is szembeötlők, amely jó lehetőség a



drogfogyasztás korai felismerésére. Másodsorban a munkahelyek nem igen képzelhetők el emberi kommunikáció, személyközi interakciók nélkül, amelynek során a munkatársak megfigyelhetik egymást, detektálhatják a problémát. Előnye, hogy az észrevétel korán történik, ami megnöveli a lehetséges intervenciók sikerének valószínűségét. Továbbá a munkahely kedvező környezet a számos intervenció sikeres alkalmazásához, hiszen olyan közeg, ahol jól terjed az információ, a közösség képes nyomást gyakorolni az egyénre, vagy éppen támogatni, megvédeni őt. A munkahelyi környezethez jól csatlakoznak olyan fontos prevenciók technikák is, mint a különféle közérzetjavító programok, egészségnevelő, egészségfejlesztő tréningek, felvilágosító és szűrőprogramok, de nem idegen tőle a munkahelyi bázisú addiktológiai gyógykezelés sem, amelyre nagyon jó példával szolgál egyes észak-európai országok gyakorlata, ahol az üzemorvos végez addiktológiai beavatkozásokat.

A továbbiakban szeretnénk áttekintést nyújtani a drogok alapvető hatásainak típusairól, az addikció ismérveiről, jellegzetességeiről, összetevőiről, valamint a függőség hátterében meghúzódó személyiségbeli tényezőkről, motivációról, illetve a drogfogyasztás szempontjából való veszélyeztetettség összetevőiről.

## A droghatások típusai

- Mesterséges kémiai megerősítők használata – rendellenes szerhasználat = abúzus
- A mesterséges kémiai megerősítők kellemes hatást idéznek elő vagy megszüntetnek kellemetlen állapotokat (pozitív, ill. negatív megerősítők)
- Másik hatástípus, amikor a drogok kellemetlen állapotot okoznak – drogok averzív hatása. Az averzív hatás fontos szerepet kap a kerüléstanulásban. Ez egy olyan szocializációs folyamat, amelynek során megtanulunk elkerülni egyes kémiai szereket vagy szerkombinációkat.
- A harmadik hatástípus a diszkriminatív droghatás.- A drogok képesek arra, hogy hatásuk alapján a többi drog közül kiválasszák a legmegfelelőbbet.
- Negyedik típus, amikor a droghatás környezeti és belső ingerekre

kondicionálódik. Ilyenkor neutrális tárgyak, érzések is kiválthatják a drogéhséget vagy drogélményt. A megszokott környezetben az ugyanolyan dózisú drog hatása gyengébb, mint ismeretlen környezetben.

## Addikció

- A mesterséges kémiai megerősítők jelentősége abban rejlik, hogy idővel kiszorítják a fogyasztó életéből a természetes megerősítőket. Pl. csökken az igény a sportolásra, szexuális aktivitásra, az élettevelkenység teljesen beszűkülhet. Ha a drog beszerzésére és elfogyasztására szánt idő uralja az ébren töltött idő jelentős részét, a rendszeres fogyasztás egyik fontos következménye az addikció – azaz hozzászokás.
- *Addikció*: A drogok vagy drogfogyasztással egyenértékű izgalmi helyzetek keresésének és a drogok fogyasztásának kényszeres viselkedésmintája, amelyet a drog hatásához kapcsolódó leküzdhetetlen vágy, erős tendencia az elvonás utáni visszaesésre jellemez.
- Az addikció toleranciával, szenzitizációval, dependenciával járhat együtt.
- *Tolerancia*: az adott drog hatásának csökkenése a folyamatos fogyasztás során. Három toleranciátípus ismeretes: a diszpozicionális v. farmakokinetikus – a szervezet fizikémiai folyamatai úgy módosulnak, hogy csökkentik a fogadósejteket elérő drogok koncentrációját és mobilizálják a drogot lebontó enzimeket. Élettani v. farmakodinamikus tolerancia – a megváltozott receptorsejtek egyre kevésbé érzékelik a drogot. Viselkedési tolerancia – a környezeti feltételek megváltozásának hatására a droghatás is megváltozik.
- *Szenzitizáció*: A drog hatásának növekedése ismételt adagolás következtében.
- *Dependencia*: A szertől való kényelmetlen megválást, azaz szerfüggőséget jelent amelynek fiziológiai és pszichológiai formáit különböztetjük meg. Jól megragadható klinikai ismérve az elvonási tünetek megjelenése. Egyes drogok képesek arra, hogy csillapítsák a más drogok elvonása során jelentkező tüneteket. Ez a keresztdependencia.

## Kémiai addikció ismérvei

- *Kényszeres viselkedés:* E kényszer mögött a kémiai szerek megerősítő hatásai állnak. A pozitív megerősítés során a drog valamilyen kellemes élmény felé húz – húzásmechanizmus. A negatív megerősítés esetén a drog ellöki a fogyasztót egy bizonyos kellemetlen állapotból, pl. a hangulati nyomottságból, szorongásból – ez a lökésmechanizmus. A húzásmechanizmus inkább kémiai addikcióra, a lökésmechanizmus viselkedési addikcióra jellemző.
- *Sóvárgás (drogéhéség, craving):* Erős, kóros vágy a drog iránt. A sóvárgás beindítja a késztetést, amelynek megjelenését nagyfokú izgalmi állapot kíséri, és amely a drogok megszerzésére és fogyasztására serkent.
- *Incentivitás - kielégülés:* az addiktív viselkedés ciklusa két fázisból áll, az incentiv (serkentéses) és a konzummátoros (kielégülési) fázisból. Az incentiv fázist a sóvárgás és késztetés indítja be. A drogélmény fő aktusa a drogbévételt követő jóalakottságérzés, feszültségcsökkenés, elernyedés. A viselkedési addikciók esetében ez a kielégülési fázis sokkal kevésbé kifejezett.
- *Kockázatkereső viselkedés:* a szenvedélybetegek egy része veszélyes helyzeteket is vállal, hogy a szerekhez jusson vagy veszélyes szerezket is fogyaszt, akár életét kockáztatva, hogy drogélményhez jusson. A kockázatkereső viselkedés és az addikció viszonyát tekintve három változatot különböztethetünk meg:
  - A személyiség alapvonásaihoz tartozik a kockázatkeresés, amelynek a drogfogyasztás csak az egyik megnyilvánulási formája.
  - A második változatban a kockázatkereső viselkedés a drog hatására jelenik meg.
  - A két változat kombinációja tragikus végkifejlethez vezethet.
- *Helyettesítés:* Egyes drogok egymást helyettesíthetik, csökkenthetik a másik drog hiánya miatt jelentkező elvonási tüneteket. Gyakori klinikai tapasztalat, hogy a szenvedélybetegek könnyen rászokhatnak más szerekre, különösen a detoxiláció során kapott benzodiazepinek vagy barbiturátok iránt alakulhat ki függőség.

- *Másodlagos kondicionálás:* A droghatásra és az elvonási tünetekre semleges külső és belső ingerek másodlagosan kondicionálódhatnak. A drogfogyasztás abbahagyását követően a drogok hatásával ill. a drog elvonás tüneteivel összefüggő környezeti és lelki ingerek drogfogyasztást serkentő jellege sokáig megmarad. A páciens ilyenkor eufóriát érez vagy az elvonási tüneteket élheti át. Mindkét esetben nagy az esélye annak, hogy folytatja a fogyasztást, akár több év absztinens időszak után is.
- *Komplementaritás:* Egy droghoz való hozzászokás megnöveli a többi droghoz való hozzászokás esélyét is.
- *Multigenerációs jelleg:* A szerfogyasztás rendszerint családi halmozódást mutat. Minél több családtagon észlelhető valamilyen szerhasználati probléma, annál rosszabb az addikció prognózisa. (Gerevich, Bácskai, 2000)

### A drogfogyasztók személyiségfejlődése, személyisége

A később drogfüggővé váló egyének közös jellemzőjének tűnik, hogy a korai anya-gyermek kapcsolat terén zavar, torzulás valószínűsíthető. A szülők, főképp az anya valamilyen okból nem tudja biztosítani a gyermek számára az optimális feltételeket, érzelmi biztonságot, szeretetet, ezért a gyermek nem lesz képes a bizalom és autonómia kialakítására. A gyermek érzelmi kielégületlenségének hátterében nagyon sok tényező állhat: konkrét életesemények, a gyerek bántalmazása, agresszió, szülő halála, szenvedélybetegsége, válás, stb. Nem ritkán az anya személyiségzavarából eredő problémák állnak az előtérben, pl. érzelmi elutasítás, erős ambivalenciák a gyerekekkel kapcsolatban, az anyát érő súlyos trauma, depresszió, elmebetegség. Sokféle karakter állhat drogfüggőség mögött, de közös sajátosságuk a sérült, megzavart, késleltetett személyiségfejlődés. A drogfüggővé váló egyén – alapvető feladatok, konfliktusok megoldatlansága miatt – nem képes érett felnőtt identitás kialakítására. Személyisége a serdülőkornak megfelelő fejlettségi fokon működik, de bizonyos helyzetekben ennél korábbi szintre csúszhat vissza. Személyisége megreked az önállóságigény és az identitás keresés kamaszkorra jellemző szintjén.

A következő területeken igazán szembetűnő az elmaradásuk:

- kommunikáció

- kapcsolatteremtés, kötődés
- empátia
- intimitás
- másokba és a jövőbe vetett bizalom
- önkifejezés
- önismeret, önértékelés, énkép
- stresszkezelés
- önérvényesítés
- másokkal való kooperáció

Egyes feltételezések szerint nem véletlen, hogy melyik fogyasztó melyik szert preferálja, és melyik anyagtól válik függővé. A függőség, a szimbiotikus kapcsolat nagy valószínűséggel ahhoz a droghoz kötődik majd, amely a leginkább választ ad a használó speciális problematikájára. Azok az egyének, akik számára például megoldhatatlan feladatot jelent destruktív indulataik és állandósul konfliktusaik kezelése, azok a heroint választják. A serdülőkor tipikus problémáira (gátoltság, szorongás, kisebbségi érzés) általában a marihuánát, vagy a diszkódrogokat használják. A droghasználattal összefüggésben kialakuló pszichés zavarok közül: a világtól és saját magától való elidegenedés, bizonyos fokú mentális és emocionális leépülés, a motiváció elégtelensége, az önkontrollfunkció hanyatlása, a depresszió, az öngyilkossági tematika és az elmebetegség megjelenése említendő. Munkaképesség, munkavégzés szempontjából a legjelentősebb a fizikai állapot gyors romlása, ami fogyásban, a kondíció romlásában, csökkent immunműködésben, az emésztőrendszer betegségeiben, a nehezen gyógyuló sebekben, gyulladásokban, a fogak és a haj kihullásában, a szexuális érdeklődés hiányában, a menstruáció elmaradásában nyilvánul meg. Megnö a fertőzések gyakorisága. Előfordulnak túladagolások és a nem tiszta, szennyezett szer fogyasztásából eredő komplikációk.

# **ADDIKTOLÓGIA III.**

## **ALKOHOLFOGYASZTÁS, ALKOHOLFÜGGŐSÉG**

**Szabó József**

A WHO Európai Regionális Bizottsága által elfogadott és 2000-ben kiadott, öt évre szóló Európai Alkoholelles Akcióterv a bevezető, elemző szakaszában megjegyzi, hogy Európában az összes megbetegedés 9%-a közvetlenül visszavezethető az alkoholfogyasztásra. A szándékos és véletlen sérülésekből következő halálozások 40-60%-ának hátterében szintén megtaláljuk az alkoholfogyasztást, és az egészségi állapoton túlmenően számos területen nehezíti meg az egyén életét. Egyik legfontosabb problémának azt tartja, hogy az alkoholfogyasztók, de nagy általánosságban Európában az emberek nincsenek tisztában az alkoholfogyasztás kockázataival, azokat általában alulértékelik, figyelmük általában a kedvező hatásokra fókuszál. Ebből kifolyólag az akcióterv lényegi eleme az alkoholtartalmú italok hozzáférhetőségének korlátozása mellett az egészségügyi szervek tudatosságának, felkészültségének növelése, valamint a lakosság reális tudásának fejlesztése. Ugyanannak a szervezetnek a 2005-ben kiadott keretprogramja arra hívja fel a figyelmet, hogy keresletcsökkentő, kínálatcsökkentő és ártalomcsökkentő stratégiák átfogó alkalmazásával érhető el eredmény.

Keresletcsökkentő stratégiák: hatékony és tárgyilagos oktató, felvilágosító munkaoktatási intézményekben, munkahelyeken, kampányok a médiában.

Kínálatcsökkentő stratégiák: Alkoholfogyasztást támogató csomagolás mellőzése, tiltása, ár és jövedéki adó szabályozása, kereskedelem szabályozása, elérhetőség korlátozása, kiskorúak alkohollal való kiszolgálásának tiltása, a reklám, a promóció és a szponzorálás szigorú állami szabályozása, stb.

Az ártalomcsökkentő stratégiák részletesebb ismertetésével egy későbbi fejezetben részletesen foglalkozunk.

## Alkoholfüggőség és pszichiátria

Az alkoholfüggő betegek ellátására kiépített intézményhálózat Magyarországon sok tekintetben az önmedikalizációs modell elvét követi. Az egészségügyi intézményekben az önálló addiktológiai osztályok ritka kivételnek számítanak, többnyire pszichiátriai osztályokon, vagy jobb esetben azokon belül elkülönülő addiktológiai részlegeken kezelik a szenvedélybetegeket. A szociális szférában is bizonyos fókig pszichiátriai alapú a szemlélet, hiszen például a tartós bentlakásos intézmények (szenvedélybetegek otthona, szenvedélybetegek rehabilitációs intézménye, szenvedélybetegek lakóotthona), vagy akár közösségi ellátás igénybevételét is pszichiátriai szakvélemény meglétéhez köti az irányadó jogszabály. Ez a fajta, pszichiátrián belüli intézményesülés persze nem véletlen. Tény, hogy a szenvedélybetegségek és különösen az alkoholfüggőség ritkán létezik önmagában, legtöbbször szekunder jellegű, ezen kívül pedig eredményezhet is további pszichés zavarokat. A következőkben az alkoholdependenciához társuló pszichés zavarokat tekintjük át. Elsőként az önmedikalizációs modell logikájának megfelelő háttérzavarokat, amelyek öngyógyítási kísérlete vezethet az alkoholfüggőség kialakulásához.

- 1. Szorongásos zavarok:** Tekintve, hogy az etil-alkohol egy kiváló szorongásoldó szer, amelyik ráadásul könnyen hozzáférhető is, elsősorban a különböző szorongásos zavarokban szenvedők vannak kitéve annak a veszélynek, hogy öngyógyítási kísérletük alkoholproblémává válik. A szorongásos kórképek közül jellemzően a következők találhatók meg a háttérben: szociális fóbia, generalizált szorongás, pánikbetegség. Az alkoholfogyasztás ezek tüneteit gyakran elfedi, előfordul, hogy csak az absztinenciabeállítás után kerül sor felismerésükre és kezelésükre. Amennyiben fennállnak, kezelésük hiánya lehetetlenné teszi az addikcióból való felépülést, csaknem biztos visszaesés vár a betegre.
- 2. Hangulatzavarok:** A hangulati élet betegségei közül a disztímiát és a depressziót kell kiemelni. Az etil-alkohol hangulatjavító hatásának kihasználása során vezet el az önmedikalizációs kísérlet a függőséghez.





Meg kell jegyezni még, hogy több ok—okozati kapcsolódás lehetséges. A tartós alkoholfogyasztás okozhat is hangulatzavarokat, de ismert az absztinenciális depresszió fogalma is, ami az jelenti, hogy időnként az

3. alkoholfogyasztás abbahagyása után néhány hónappal a lakul ki a depressziós tünetegyüttes. Erre leginkább akkor van esély, ha az „elvesztett” örömforrást (alkoholfogyasztás) és az azzal eltöltött időt nem sikerül valamilyen más örömet okozó tevékenységgel pótolni, kitölteni.

Ezek után csak a felsorolás szintjén és a teljesség igénye nélkül szeretném megemlíteni azokat az akut és krónikus pszichés zavarokat, amelyek az alkoholfüggőség vagy az alkoholmegvonás szövődményeiként szoktak jelentkezni, és szintén pszichiátriai kezelést igényelnek:

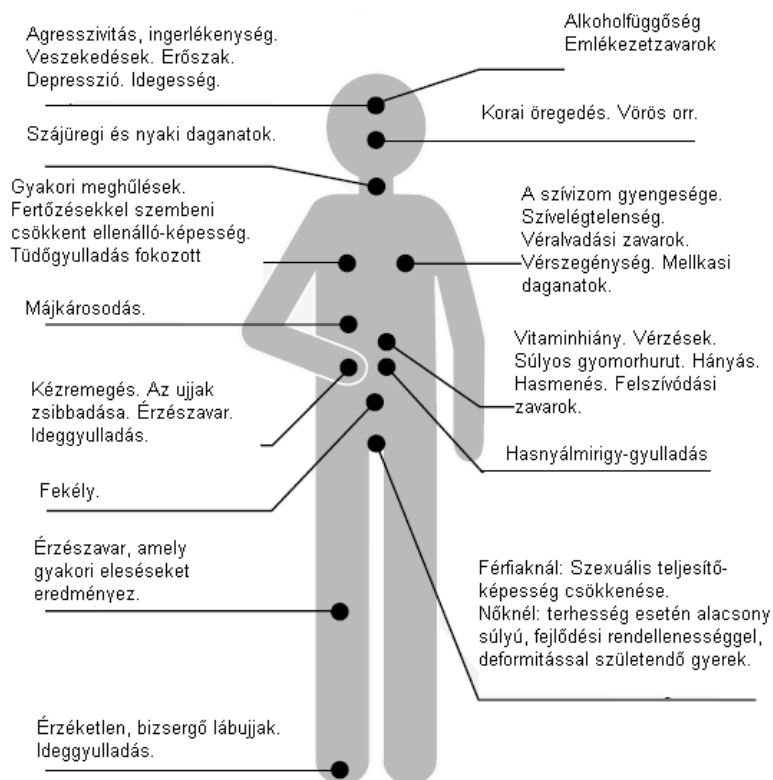
- delirium tremens
- korsakow szindróma
- alkoholos karakteropátia
- alkohol okozta demencia

Az addiktológiai és a pszichiátriai ellátás összekapcsolódása mellett szól továbbá az a statisztikai tény is, hogy az alkoholfüggők körében háromszor gyakoribbak az öngyilkossági események, mint az átlagnépességben.

### Alkoholfüggőség és szomatikus betegségek

Az alkoholfüggőségnek számos szomatikus szövődménye ismert, ezek többsége krónikus zajlású, általában gyakori kórházi kezeléssel járó állapotokat eredményez, hosszú távon halálhoz vezet (Fodor, 2005)). A szakkönyvek általában azt állítják, hogy nincs az embernek olyan szervrendszere, amelyet a tartós nagymértékű alkoholfogyasztás ne érintene, ne alakítana ki benne valamilyen krónikus betegséget. A következő ábra (Babor, higgins-Biddle, 2006) is ezt hivatott szemléltetni.

## A kockázatos ivás hatásai



A kockázatos ivás szociális, jogi, orvosi, családi, munkahelyi és anyagi problémákat eredményez. Lerövidíti a várható élettartamot, baleseteket, ittas vezetésből adódó halált okozhat.

## Szociális szövődmények

Az alkoholfüggőség szociális szövődményeiként ismert problémák a következők lehetnek: családi problémák (veszekedések, válás), jogi problémák (jogosítvány elvesztése, családon belüli erőszak jogi következményei, stb.), munkaképesség csökkenése, rokkantság, munkaképtelenség, érzékszervi és mozgásszervi problémákból következő életviteli nehézségek, hajléktalanság, munkanélküliség. A korántsem teljes felsorolásból világosan következik, hogy a szociális ellátórendszer bármely területének, intézményének (időnként egyszerre többnek is) igénybevevőivé válhatnak.

## Szükségletfelmérő eljárások

Az elsősorban egészségügyi, kórházi, pszichiátriai beágyazottság miatt hazánkban kevésbé terjedt el a szükségletközpontú szemlélet, amely azt jelenti, hogy a rehabilitációs és gondozási beavatkozások meghatározása elsősorban diagnózis alapú, inkább diagnózisokhoz, betegségekhez rendeljük a szükséges beavatkozásokat, nem pedig a kliens vagy beteg aktuális szükségleteihez. Az elmúlt évtizedekben a gyógypedagógiai rehabilitációban történt meg elsőként egy olyan paradigmaváltás, amely a fogyatékos személy szükségleteit helyezte előtérbe szemben a diagnózissal, annak lényegében súlytalan szerepet szánva. Számos európai országban, az Egyesült Államokban vagy Ausztráliában a közösségi pszichiátriai ellátás az elmúlt évtizedekben felismerte a *szükséglet-vezérelt ellátási megközelítések* fontosságát a mentális betegségekkel küzdő kliensek gondozásában. A szükséglet összetett koncepció: az egyének azon igénye, hogy segítséget kapjanak szociális függetlenségük és életminőségük elfogadható szintjének eléréséhez, fenntartásához, vagy helyreállításához, ahogyan azt a kezelő intézmény vagy személy megállapítja (Demetrovics, Lackó, 2008). Az említett országok gyakorlatában sikeresnek bizonyult egy egységes szükségletfelmérő módszer bevezetése, amelyet Magyarországon Demetrovics Zsolt és munkatársai próbáltak meghonosítani kisebb-nagyobb sikerrel. Ez a Camberwell Szükségletfelmérési Interjú, amely a pszichiátriai beteg vagy szenvedélybeteg életének 22 dimenziójában igyekszik feltárni a kielégítetlen szükségleteket, logikájában a szubszidiaritás elvét követve. Az interjú során nyert adatokra kiválóan építhető rehabilitációs vagy gondozási terv, alkalmas statisztikai összehasonlításokra és a beteg állapotának követésére, a rehabilitáció vagy gondozás eredményességének vizsgálatára. Az interjú során az alábbi 22 dimenzió kerül vizsgálat alá:

1. Lakhatás
2. Élelem
3. Háztartásvezetés
4. Ápoltság
5. Napközbeni tevékenységek
6. Testi egészség
7. Pszichotikus tünetek
8. Tájékoztatás
9. Pszichés problémák
10. Önveszélyesség
11. Közveszélyesség
12. Alkoholprobléma
13. Gyógyszer-, drogprobléma
14. Társas kapcsolatok
15. Intim kapcsolatok
16. Szexualitás
17. Gyermekgondozás
18. Írás, olvasás készsége
19. Telefon
20. Közlekedés
21. Pénz
22. Segélyek

Példaként álljon itt egy rehabilitációs terv, amely a Camberwell Szükségletfelmérési Interjú segítségével készült, kórházi rehabilitáció során.

**Beteg neve:**

#### **Állapotfelmérés**

2009. október 08.
2009. szeptember 1-jén került felvételre osztályunk „D” részlegén. Legutóbb 2006-ban kezeltük osztályunkon alkoholfüggőség miatt, ám azt követően nem volt képes absztinenciát tartani. Jelen beutalására megvonásos GM rosszullét után került sor, sürgősségi ellátását követően. Szomatikus állapotának javulása és a megvonási állapot lezajlása után absztinencia beállítása céljából rehabilitációs részlegre helyezték. Reménytelenség Skála normál mértékű reménytelenséget, az

Alkoholfüggőség Súlyossága Kérdőív súlyos fizikai függőséget jelez. A Camberwell szükségletfelmérési interjú során ennek megfelelően az alkoholfogyasztás dimenzióban jelez problémát és kér segítséget, valamint megélhetési nehézségeket panaszol. Jelenleg a fiával él egy háztartásban, aki egyetemen tanul. Más természetes támasza nincs, álláskeresői járadékból él, ennek megszűnése után (novembertől) várhatóan RÁT-ban részesül.

### Rehabilitációs terv

1. Kérésének megfelelően az alkoholproblémákra irányuló pszichoeducációs csoportba vonjuk.
2. Önéletrajz rekonstrukciós csoportba vonjuk.
3. Önsegítésre szocializáló terápiás programokba vonjuk és szorgalmazzuk valamelyik önsegítő közösséggel való kapcsolat felvételét.
4. Elhelyezkedése érdekében munkaügyi központtal való további kapcsolattartás javasolt.

### Rehabilitációs záróértékelés

#### 2009. november 12.

Rehabilitációs gyógykezelése során szabad interakciós csoportba vontuk, ahol kezdetben zárkózott volt, később azonban szorongása kis mértékben oldódott, a csoportban felvetett témákkal kapcsolatban véleményt is nyilvánított. Problémamegoldó képességének növelése és a reménytelenség enyhítése céljából önéletrajz rekonstrukciós csoportban vett részt, a kognitív-narratív átstrukturálás eredményeit pszichológia tesztekkel (HS, MEPS) detektálni is tudtuk. Fizikai aktivitásának növelése és testi erőnlétének fejlesztése céljából napi rendszerességgel vett részt gyógytorna foglalkozásokon. Alvászavarai miatt csoportos keretek között az alvási környezet és az alvási, alvaskörüli szokások megváltoztatására irányuló alváshigiénés tanácsadást és alváskompressziót alkalmaztunk, amelynek hatására alvásának töredezettsége megszűnt, és a kompresszió lassú feloldása mellett sem tért vissza. Az alvás minőségében és mennyiségében bekövetkezett változás hatására nappali tünetei is mérséklődtek, az Athen Insomnia tesztben jelentős javulást mértünk. Az alkoholfogyasztás háttérében feltárható szociális szorongásos panaszainak kezelésére kognitív viselkedésterápiát kezdtünk. Az említett terápiák mindegyikében mindvégig együttműködést tanúsított, az osztály rendjébe jól beilleszkedett, betegtársaival megfelelő kapcsolatokat alakított ki. Betegségbelátása, absztinenciára törekvése megerősödött. Rehabilitációjának kórházi osztályos szakaszát befejezettnek tekintjük. A holnapi napon rendezett állapotban otthonába bocsátjuk. A megkezdett kognitív viselkedésterápiát megegyezésünk szerint Pszichiátriai Szakambulanciánkon heti rendszerességgel tovább folytatjuk. A következő ülés időpontja: 2009. 11. 23. 11. h.

Az említett, pszichiátriai és szenvedélybetegek állapotának felmérésére alkalmas Camberwell Szükségletfelmérési Interjú mellett mindenképpen meg kell még említeni az addikció Súlyossági Index (ASI) vizsgálatot, amely hasonló célok elérésére

alkalmas kizárólag szenvedélybetegek esetében (Gerevich et al, 2001 ).

## Rövid Intervenció

A kézikönyv elkészítése során egy olyan fontos cél vezérelt bennünket, hogy egy mindenki által könnyen megtanulható és minden szakmai területen alkalmazható beavatkozási technikát, ártalomcsökkentő módszert adjunk át. Választásunk a *rövid intervenció* technikájára esett, amelynek részletes leírását az akkor még létező Országos Addiktológiai Intézet kiadásában 2006-ban megjelent Thomas F. Babor és John C. Higgins-Biddle: *Rövid intervenció a kockázatos és az ártalmas ivás kezelésében* című alapellátási kézikönyve tartalmazza (Babor, Higgins-Biddle, 2006). Teljes terjedelmében ingyenes regisztráció után a szükséges kiegészítővel együtt letölthető a [www.konzultacio.hu](http://www.konzultacio.hu) weboldalról. A módszer tulajdonképpen egy bizonyítottan hatékony, a WHO által ajánlott eljárás, ami elsősorban a szociális és az egészségügyi ellátásban alkalmazható sikerrel. Lényege a kockázatos ivás, az ártalmas ivás és az alkoholfüggőség elhatárolása egymástól és a kockázatmentes alkoholfogyasztástól, valamint az említett kategóriákhoz kapcsolódó rövid tanácsadás, amivel eredményesen kezelhetjük, vagy menedzselhetjük az alkoholproblémás esetet. A szűrés az AUDIT teszttel történik, az egyes kategóriákhoz tartozó szükséges beavatkozások elvégzésén részletesen vezet keresztül bennünket a kézikönyv. Az AUDIT pontszámokhoz tartozó kockázati szintek és a szükséges beavatkozások itt láthatók:

Kockázati szint	Intervenció	AUDIT pont*
I.	Felvilágosítás	0-7
II.	Tanácsadás	8-15
III.	Tanácsadás, rövid konzultáció, folyamatos monitorozás	16-19
IV.	Szakellátásba irányítás, diagnosztikai és terápiás céllal	20-40

\* A függetlenített AUDIT pontszám kis mértékben változhat az adott ország ivási mintázataitól, a standard ital alkoholtartalmától, illetve a szűrőprogram sajátosságaitól függően. Részleteket erről az AUDIT kézikönyv tartalmaz. A teszt eredményeinek interpretációjához klinikai szempontú megítélés válhat szükségessé, amely módosíthatja az útmutatót, különösen a 15 és 20 pont közötti tartományban.

A tanácsadás módszertani hátterének a szerzők a Prochaska-DiClemente-féle felépülési modellt (Babor, Higgins-Biddle, 2006; Rácz, 1999) választották, amelynek rövid összefoglalása alább látható:

A változtatás fázisai és a hozzájuk kapcsolódó rövid intervenciós technikák		
Fázisok	Meghatározások	Hangsúlyozott rövid intervenciós technikák
Prekontempláció (előkészületi)	A kockázatos vagy ártalmas ivást folytató személy a közeljövőben nem tervez változtatni, és nincs tudatában a jelenlegi szinten folytatott italozásának aktuális vagy lehetséges egészségügyi következményeinek.	<b>Visszajelzés</b> a szűrés eredményeiről. <b>Felvilágosítás</b> az ivás veszélyeiről.
Kontempláció (döntéshozatali)	Az italozó tudatában lehet az alkoholfogyasztás következményeinek, de ambivalens a változtatást illetően.	A változtatás előnyeinek hangsúlyozása, <b>felvilágosítás</b> az alkoholproblémákról, a késlekedés kockázatairól, és a <b>célkitűzés</b> megbeszélése.
Tervezési	Az italozó már eldöntötte, hogy változtat, és tervezi a teendőket.	A <b>célkitűzés</b> megbeszélése, <b>tanácsok</b> adása, <b>bátorítás</b> .
Akció	Az italozó már abbahagyta vagy mérsékelte alkoholfogyasztását, de a változás még nem stabil.	A korábbi <b>tanácsok</b> áttekintése, <b>bátorítás</b> .
Fenntartó	Az italozó már elérte az absztinenciát, vagy a mértékletes ivást, a változás viszonylag stabilizálódott.	<b>Bátorítás</b> .

A rövid intervenciók hatásosnak bizonyultak és értékük egyre inkább növekszik a kockázatos és ártalmas ivást folytató személyek kezelésében, azáltal, hogy kitöltik az

úrt az elsődleges prevenciós erőfeszítések és a súlyosabb alkoholbetegek intenzívebb gyógykezelése között. A rövid intervenciók továbbá értékes keretet biztosítanak a komoly alkoholfüggők speciális kezelésbe kerülésének előmozdításához. A módszer eredményes használata jelentősen csökkentheti a velük dolgozók tehetetlenségérzetét, ezen keresztül az alkoholfogyasztókkal szembeni ellenérzéseket.



# A FILOZÓFIAI PRAXIS A LELKI EGÉZSÉGVÉDELEMBEN

Barcsi Tamás

E fejezetben a jó életet értelmes életként értelmezzük. A pozitív pszichológia néhány elméletei koncepciójának áttekintését követően – a filozófiai szempontokat jobban érvényesítő – jól-lét koncepció vázlatát adjuk és bemutatunk néhány olyan kutatást, amelyek az értelmes élet, a lelki egészség és a fizikai egészség összefüggéseinek feltárására irányultak. Ezt követően megvizsgáljuk, hogy milyen szerepet tölthet be a filozófia a jól-lét növelésében. Szó lesz a filozófiai praxisszerű felhasználásának gyökereiről és néhány mai filozófiai lélekgondozási irányzatról.

## A jó élet mint értelmes élet

A jó élet, a boldogság mibenlétének kérdéseire próbál tudományosan is alátámasztható válaszokat adni a pszichológia egyik, napjainkban népszerűségnek örvendő ága, a pozitív pszichológia, amelynek talán két legnagyobb hatású képviselője Martin Seligman és Csíkszentmihályi Mihály. Seligman az Amerikai Pszichológiai Társaság elnökeként 1998-ban tartott programadó beszédében hívta fel a figyelmet a pozitív pszichológia tanulmányozásának fontosságára és lehetséges céljaira. 2000-ben Seligman és Csíkszentmihályi együtt publikáltak tanulmányt, amelyben megfogalmazták a „szenvedés pszichológiája” meghaladásának fontosságát: a pszichológia tudományának inkább a „pozitív” emberi működés feltételeinek vizsgálatára kellene törekednie. (Seligman – Csíkszentmihályi 2000, a pozitív pszichológia programjáról lásd: Oláh 2012). A legtöbb „pozitív működéssel” foglalkozó elmélet kifejezetten hangsúlyozza az *értelmes élet* jelentőségét.

Csíkszentmihályi flow elméletének háttérében empirikus vizsgálatok állnak (mint az Élményértékelő Mintavételi Eljárás). A flow az áramlatélmény, a tökéletes élmény, amelynek átélésekor teljesen *együvé válunk azzal a tevékenységgel, amit végzünk*. Ez a pszichikai entrópiával (a rendezetlen tudattal) ellentétes állapot, ekkor a pszichikus energia erőfeszítés nélkül áramlik bennünk. A flow élmény után énünk összetettebb, azaz differenciáltabb, de egyúttal integráltabb is lesz, mint amilyen előtte volt. Csíkszentmihályi hangsúlyozza, hogy az áramlatélmény *autotelikus élmény, célját önmagában hordozza*, önmagáért való tevékenység. A legtöbb

tevékenység, amit végzünk, se nem tisztán autotelikus, se nem tisztán exotelikus (ekkor külső okok játszanak szerepet, pl. pénzt kapunk érte, elismerést akarunk elérni), hanem a kettő kombinációja. Az autotelikus tevékenységet akkor is végeznénk, ha külső okok erre nem kényszerítenének bennünket. (CSÍKSZENTMIHÁLYI 2010: 100-104., A tökéletes élmény elemeiről lásd: CSÍKSZENTMIHÁLYI 2010: 77-104., CSÍKSZENTMIHÁLYI 2009b: 119-121., lásd továbbá: CSÍKSZENTMIHÁLYI 2009a: 223-233.) Egyetlen áramlattevékenység sem abszolút ételemben jó – állítja Csíkszentmihályi – csak annyiban az, hogy segíthet érdekesebbé, jelentősebbé tenni az életet, fokozza az én komplexitását. Nagyon fontos továbbá, hogy *értelmet adjunk az éltünknek*. Egy „keretet”, amelyben megélhetjük a flow élményeket. A szerző kiemeli az alapvető élelcél(ok) kiválasztásának jelentőségét: ezt mindenki saját maga tegye meg, ne csak a genetikailag és a társadalmilag belénk programozott célok megvalósítói legyünk. Az autentikus életterv szabad választáson, racionális döntésen alapul. (CSÍKSZENTMIHÁLYI 2010: 275-306.) A *fejlődés útjai* című könyvében Csíkszentmihályi evolúciós szempontból vizsgálja a boldogság problémáját. Álláspontja szerint bizonyos illúziók tartják fogva a tudatunkat és akadályozzák meg sok esetben a boldogságot: „Maya fátylai”-ként utal a génekre, a kultúrára és az Énre. Az a probléma, ha valaki teljes egészében génjei utasításainak, egy adott kultúrának, vagy saját Énjének a foglya. (CSÍKSZENTMIHÁLYI 2009a: 80-114.) A flow élményre törekvés segíthet hozzá a *transzcendens Én* kialakításához, amely nem csak differenciált, hanem integrált is: a másokkal való törődés, a közösség, a természettel való harmónia szempontjai is jellemzik, fontos számára a *bölcsességre törekvés*. A transzcendens Én tágabb fogalom a szerző értelmezésében, mint a maslow-i transzcendens önmegvalósító, ami az előbbinek egy megvalósítási módja („Kozmikus Én”). Olyan közösségek („a jövő sejtjei”) kialakításának van nagy jelentősége, amelyek tagjai hisznek a komplexitás evolúciójában, nagyobb harmóniára, a flow élmények megélésére törekszenek. (CSÍKSZENTMIHÁLYI 2009a: 256-359.) Csíkszentmihályi kreativitásról írott művében olyan kiemelkedő teljesítményt nyújtó kreatív emberekkel foglalkozik, akik megváltoztatták az adott kultúrát találmányukkal, alkotásukkal, tevékenységükkel (Csíkszentmihályi tehát főként a nagy K-val írt „Kreativitás”-sal foglalkozik). Beszélhetünk még „személyes”, „egyéni” kreativitásról is, olyan emberek vonatkozásában, akik a saját eredeti

módjukon fogják fel a világot, próbálnak alkotó módon viszonyulni az élethez, de az egyetemes kultúrát tevékenységükkel érdemben nem befolyásolják (esetleg szűkebb környezetükre hatnak, CSÍKSZENTMIHÁLYI 2009b: 35.). A kreativitást Csíkszentmihályi rendszer-modellben értelmezi, aminek három összetevője van (a tartomány, a szakértői kör, az újdonságot létrehozó egyén, CSÍKSZENTMIHÁLYI 2009b: 33-40). A kreatív folyamatban fennállnak az áramlat feltételei, Csíkszentmihályi szerint ez az egyik legörömtelibb tevékenység, amit az ember végezhet.

Seligman korábbi elméletében, az autentikus életöröm koncepcióban három elemre bontotta a boldogságot (a pozitív érzelem, az elmélyülés, tehát a flow állapotának megélése, illetve az értelem: az „*értelmes élet*” azt jelenti, hogy vannak olyan céljaink az életünkben, amelyek önmagunkon túlmutatnak). Seligman később módosította elméletét: a cél nem a minél nagyobb fokú elégedettség, jó hangulat, az így értett boldogság (a hétköznapi nyelvhasználatban is ezt jelenti a boldogság). A pozitív pszichológia átfogalmazott tárgya a *jól-lét*, célja a jól-lét elemeihez kapcsolható flourishing (virágzás) növelése (A magyar fordításban az „örömállapot” kifejezés kissé megtévesztő, mivel a flourishing esetében hangsúlyozottan nem érzésről van szó). Míg a boldogság egyszerű tapasztalati jelenség (hogyan érzem magam az adott pillanatban), addig a jól-lét konstruktum, összetett állapot, amelynek öt eleme van, a fenti három tényező: a *pozitív érzelem*, a *flow*, az *értelem*, továbbá a *pozitív kapcsolatok* és a *teljesítmény*. A két utóbbi összetevőt azért emeli ki Seligman, mert pozitív emberi kapcsolatok nélkül, magányosan elképzelhetetlen a jó élet, a magány megnyomorító állapot. A teljesítményre való törekvés önmagában való cél, hiszen a teljesítmény elérése, a sikeres élet a többi négy elemtől függetlenül is fontos lehet a szerző szerint (tehát akkor is, ha a sikerhez vezető út nem jár pozitív érzésekkel, elmélyüléssel, pozitív emberi kapcsolatokkal és nincs benne értelem). Seligman továbbá leír huszonnégy karaktererősséget: a karaktererősség-teszt hozzásegít bennünket ahhoz, hogy felmérjük elsőrendű erősségeinket, amelyek alkalmazása a jól-lét öt elemét támogatja. (SELIGMAN 2011: 13-51., a Karaktererősségek tesztet lásd: 251-272).

Csíkszentmihályi a vázolt elméletek szerint a boldogságot a flow-élményhez kapcsolja, továbbá ezzel összefüggésben a kreativitás és az egyszerre differenciált és integrált Transzcendens Én kialakításának fontosságát hangsúlyozza. Az

elméletben *meghatározó szerepe van az értelemnek* (a flow-élményeket egy értelmes élet keretében kell megélnünk). Csíkszentmihályi szerint „Az áramlat és a boldogság közötti összefüggés tehát attól függ, hogy az áramlat mennyire komplex tevékenység eredménye, hogy mennyire vezet új követelményekhez, és ezáltal személyes és kulturális kiteljesedéshez.”. (Csíkszentmihályi: 2009b: 121-131.) Seligman a jól-létet, ahogy láttuk, öt elemből álló konstruktumként értelmezi, amelyben az értelem az egyik összetevő. Természetesen a pozitív pszichológiában további jól-lét elméleteket is találhatunk (pl. Cloninger, Kahneman, Ed Diener), Keyes a szociális jól-lét összetevőit írja le, Carol D. Ryff pedig a hedonikus jól-lét mellett arisztotelészi fogalmat használva az *eudaimonikus jól-létet* is vizsgálja az előbbihez a pozitív érzelmeket (boldogság, elégedettség érzése) köti, az utóbbi kulcsdimenziói pedig az önelfogadás, az élet célja (értelme), a személyes növekedés, a másokkal való pozitív kapcsolat, a kiválóság, és az autonómia. (az elméletek részletes kifejtésére nincs lehetőség, lásd ezek kitűnő összefoglalóját: OLÁH – KAPITÁNY-FÖVÉNY 2012: 22-31.)

A pszichológiai jól-lét modellek nagy részével, így a részletesebben vizsgált felfogásokkal kapcsolatban is megfogalmazható, hogy a *filozófiai szempontokat* kevésbé érvényesítik, pedig abban, hogy mit jelent a jó élet mint értelmes élet, a filozófia igencsak illetékes. Vannak ugyan filozófiai utalások, de ezek általában csak felületesek, vagy éppen az adott filozófus elméletének félreértésén alapulnak. A jó élet problémája a görögöktől kezdve része a nyugati filozófiának, bár a modern gondolkodók kevésbé foglalkoznak ezzel a kérdéssel (ennek okaira még visszatérünk). Arisztotelész jól-lét elmélete e tradíció kezdetének meghatározó alkotása. Arisztotelész a *Nikomakhoszi etikában* arról ír, hogy a boldogság (eudaimonia) „tökéletes és önmagában elégséges valami, s egyben minden cselekvésnek a végcélja”, „legfőbb jó”, „a léleknek erény ... szerinti tevékenysége” (ARISZTOTELESZ 1997: 18., 1097b, 20.,1098a). Arisztotelész az erényeket két alapvető kategóriába: az erkölcsi és az észbeli erények közé sorolja. Az észbeli erények, az értelmes lélekrész erényei természettől fogva bennünk vannak és tapasztalattal, tanulással gyarapíthatók, az erkölcsi erények a köztes lélekrész erényei és a szokásból erednek, nem adottságok. Egy ember akkor cselekszik erényesen, ha tudja mit tesz, tehát rendelkezik az *okosság* (phronésis) észbeli erényével. A *közép* fogalma az erkölcsi erény meghatározásának differencia

specifikája: „Középhatár két rossz között, melyek közül az egyik túlzásból, a másik a hiányosságból ered.”. (ARISZTOTELÉSZ 1997: 53., 1107a) A filozófus az erkölcsi erények közé sorolja a bátorságot, a mértékletességet, a szelídséget, a nemes lelkű adakozást, az áldozatkészséget, a nemes becsvágyat, az igazmondást, a szellemességet, kedvességet és az igazságosságot, amelynek kiemelkedő jelentősége van. A „barátságnak” (ami tágabb jelentésű a mi barátság fogalmunknál) Arisztotelész két könyvet is szentel a *Nikomakhoszi etikában*, ezzel kapcsolatban olvashatjuk: „a barátság lényege inkább abban van, hogy mi szeretünk, semmint abban, hogy minket szeretnek”, illetve: az „ember ... természettől fogva társas életre van alkotva” (ARISZTOTELÉSZ 1997: 275., 1159a, 318., 1169b). Arisztotelész szerint a boldogságot a tevékenységgel kell kapcsolatba hoznunk (ARISZTOTELÉSZ 1997: 347., 1176b), pontosabban a bennünk lévő legkiválóbb részhez, az észhez kapcsolódó tevékenységgel, az *elmélkedéssel*. Ezt tekinthetjük a legtökéletesebb tevékenységnek, hiszen ezt önmagáért végezzük, míg a többi tevékenységünkől több-kevesebb hasznot húzunk. (ARISZTOTELÉSZ 1997: 350-351., 1177a, b, Arisztotelész etikájáról lásd pl. ROSS 1996: 242-302)

Természetesen a jól-létet nem feltétlenül úgy értelmezni, ahogy Arisztotelész tette (az egyéni jó élet felfogás kialakításakor figyelembe vehetjük, ahogy a többi etikai koncepciót is), de mindenképpen fontos lenne olyan keret-elméletet kialakítani, amelyben a filozófiai szempontok hangsúlyosabban jelennek meg. Emellett természetesen tekintettel kell lennünk a pozitív pszichológia kutatási eredményeire, illetve más pszichológiai elméletekre (különösen a humanisztikus pszichológusok teóriáira: Maslow, Rogers, az alábbiakban csak Maslow elméletére utalok jelzésszerűen, erről lásd Maslow 2003, illetve Maslow-ról: Fodor 2007: 207-244.), továbbá Viktor Frankl bizonyos megállapításaira is. A filozófiai perspektíva a keret-elméletben az erkölcsi dimenzió szempontjainak hangsúlyozásában jelenik meg, ezen túl a filozófiának nagy szerepe van annak tisztázásában is, hogy melyek a bármiként értelmezett jó élet kiteljesítésének lehetőségi feltételei, illetve a filozófiai-etikai elméletek, mint a jó életre vonatkozó „ajánlások”, támpontokat adnak a jó élettal kapcsolatos egyéni kérdések megválaszolásához.

A jól lét *összetevőit* három főbb csoportba sorolhatjuk: a *fizikai jól-lét*, a *pszichológiai és társadalmi jól-lét* és a *szellemi jól-lét* (értelmes élet) csoportjába, ezek további

összetevőkre bonthatók. A *növekedést*, a *flow-t* és a *pozitív érzéseket* a jól-lét *alapelemeinek* tekintjük, amelyek minden jól-lét összetevő-csoporthoz kapcsolódhatnak.

- I. *A fizikai jól-lét.* A fiziológiai szükségletek, a fizikai biztonság szükségletének kielégítése (Maslownál az 1., 2. szükséglet-csoport), a fizikai jól-léthez kapcsolódó értékek realizálása, fejlesztése, flow-élmények és pozitív érzelmek megélése a fizikai jól-lét összetevők vonatkozásában.
- II. *A pszicho-szociális jól-lét.* Az önmagunkhoz és más emberekhez fűződő pozitív viszony kialakítása: tartalmas emberi kapcsolatok megléte, az egyén személyiségéhez illő társadalmi szerepvállalás, szociális integráció, megbecsülés, önfogadás. A valahová tartozás, a szeretet, a társadalmi presztízs és az elismerés szükségletének kielégítése (Maslow, 3., 4.), az önfogadáshoz, a szociális integrációhoz kapcsolódó értékek realizálása, fejlesztése, flow élmények és pozitív érzelmek megélése a pszicho-szociális összetevők vonatkozásában.
- III. *A szellemi jól-lét (az autonóm, értelmes élet).* Főbb összetevői:
  - A morális értékek (mindenkitől elvárt együttélési normák) betartásán túl saját etikai értékek választása (mint „értelmezési” értékek az I., II. és III. csoportba – az utóbbiakat lásd lent – sorolt jól-lét értékek értelmezésében, az élethelyzetekhez, más emberekhez, a nem humán környezethez való egyéni viszonyulás kialakításában játszanak szerepet).
  - Tanulás, megismerés, esztétikai élmények befogadása, mint szellemi élmény-értékek megvalósítása.
  - Vallási, spirituális élmények átélése, mint szellemi élmény-értékek megvalósítása.
  - Az önmegvalósítás, mint szellemi alkotói-értékek megvalósítása (kreativitás). Az önmegvalósító tevékenység lehet alkotómunka, valamely rendkívüli teljesítmény elérésére törekvés, transzcendens önmegvalósítás, a szeretet (az „agapé” értelmében vett szeretet) élethivatásként való felfogása.
  - Az elkerülhetetlen szenvedéshez kapcsolódó beállítódás kialakítása, mint szellemi beállítódási érték megvalósítása.

A jól-lét összetevőinek harmadik csoportjába a kognitív, esztétikai, önmegvalósítás szükséglet (Maslow 5., 6., 7.) és a spirituális szükséglet kielégítése, a tudás, a szépség, a spiritualitás élmény- és az önmegvalósítás alkotói-értékeinek realizálása, fejlesztése, ezekhez kapcsolódó flow élmények és pozitív érzelmek megélése, a morális és az etikai értékek érvényesítése és a szenvedéshez való megfelelő viszony kialakítása tartozik.

## Értelmes élet – lelki egészség – fizikai egészség

A fenti jól-lét összetevők *szoros összefüggésben* állnak egymással. Csak az egészséggel kapcsolatos vonatkozásokra utalva: a szellemi jól-lét a pszicho-szociális egészség megőrzéséhez járul hozzá, hiszen ha életünket értelmes életként éljük meg, az elősegíti a pozitív önértékelésünket, illetve a másokkal kapcsolatos harmonikus viszony kialakítását. Martin Seligman részletesen foglalkozik *a fizikai és a lelki egészség* közti összefüggésekkel. A szerző részletesen bemutatott kutatások alapján többek között arra a következtetésre jut, hogy a pozitív hangulat összefüggést mutat az influenza elleni védelemmel, az optimizmus szoros kapcsolatban áll a szív és érrendszeri egészséggel, a pesszimizmus a szív és érrendszeri betegséggel, a nagyon optimista embereknél kisebb valószínűséggel alakul ki a rákbetegség. Miért van egészségesebbek az *optimisták* mint a pesszimisták? A optimisták hisznek önmagukban, saját hatóképességükben (a kísérletek szerint a hatóképesség erősíti a testet), hisznek abban, hogy számít a cselekvésük, a pesszimisták ezzel szemben úgy érzik, hogy semmi sem számít igazán és nem hisznek saját hatóképességükben. Ez kihatással van a társas kapcsolatokra és a vizsgálatok azt is kimutatták, hogy a társas támogatás is meghatározóan befolyásolja az egészségi állapotot: Seligman John Cacioppo kutatására utal, amely szerint a magányos emberek jóval egészségtelegebbek, mint a társaságkedvelők. Az optimizmus a biológiai mechanizmusokra is kihatással van. Seligman is részt vett egy kutatásban, amely idős optimista és pesszimista emberek immunválaszát vizsgálta: azt találták, hogy az optimista emberek szervezete élénkebben reagált az egészséget fenyegető veszélyre (több volt a T-lymphocytá a vérükben), mint a pesszimistáké. Az optimisták a stresszel is jobban megküzdnek, a

pesszimisták kevésbé képesek erre, és ennek egészségkárosító következményei is lehetnek: pl. a gyakori stressz következtében a kortizol nevű stresszhormon az érfalakat károsítja. Fontos rámutatni témánk szempontjából, hogy az *optimizmus* és az *élet értelmessége* szoros kapcsolatban áll egymással. Seligman a japánok „ikigai” fogalmát említi ebben a vonatkozásban, ami azt jelenti: „van miért élni”. Az olyan ember, aki életét értelmes életként éli meg, akinek vannak értelmes-életcéljai jobban bízik önmagában, a jövőben. De kifejezetten az „ikigai”-ra fókuszáló japán vizsgálat kimutatta, hogy ennek magas szintje csökkenti a szív- és érrendszeri betegségekből eredő halálozás kockázatát. (SELIGMAN 2011: 188-228.)

Carol D. Ryff munkatársaival kimutatta, hogy a *jól-lét eudaimonikus dimenziói nagyobb fokú biológiai meghatározottsággal bírnak*, a jobb egészségi mutatókkal inkább összefüggésben állnak, mint a hedonikus jól-lét összetevői. Az egyik vizsgálatuk alanyai hatvanöt és kilencvenegy éves nők voltak. Hatvanöt évnél idősebbek esetében az eudaimonikus jól-lét „személyes növekedés” dimenziója és a nyálból kimutatható kortizol napi szintjének állandósága között szignifikáns kapcsolatot találtak. Hetvenöt éven felülieknél pedig nem csak a „személyes növekedés”, hanem a „célokkal teli élet” dimenziója is összefüggésben állt a kortizol-szinttel. A „célokkal teli élet” dimenziója továbbá szignifikánsan negatív kapcsolatot mutatott az IL-6 citokin, mint immunmutató szintjével (ennek magas szintje különböző betegségekkel hozható összefüggésbe). (RYFF – SINGER – DIENBERG LOVE 2004: 1383-1394., OLÁH – KAPITÁNY-FÖVÉNY 2012: 27-28.)

Skrabski Árpád, Kopp Mária és munkatársaik a *koherencia-élmény* hatásait vizsgálták. A kohrencia-élmény annak átélését jelenti, „hogyan van embernek a helye és szerepe a világban és a társadalomban, hogy a velünk történő események értelemteliek, kihívások, amelyeknek megoldására képesek vagyunk”. A kutatók Antonovsky salutogenezis modelljéből indultak ki, amely a koherencia-érzés fontosságát hangsúlyozza az egészség megőrzésével kapcsolatban. A vizsgálat során számos kérdőívet és módszert használtak fel (a koherencia-érzést a Rahe-féle „élet-értelme” kérdőív alapján mérték). A kutatók kimutatták, hogy az egészségi állapot önbecslése majdnem tízszer jobb az átlagnál magasabb koherencia érzéssel jellemezhető személyek között, továbbá a WHO jól-lét kérdőíve szerint az ilyen személyeknek ötször jobb az életminőségük és a depresszió több mint ötször kevésbé jellemző esetükben. A koherencia-érzés szoros pozitív kapcsolatban van a



hatékonysággal, a problémaközpontú megbirkózással, a családi és a családon kívüli társas támogatással és a vallásgyakorlással, illetve negatív kapcsolatban van a bizalmatlansággal, a rivalizálással, az anómiával. (KOPP-SKRABSKI 2009, SKRABSKI – KOPP – RÓZSA – RÉTHELYI 2004: 7-25.)

Az említett kutatók kiemelik az értelmes élet jelentőségét jól-lét elméletükben, amelyet a lelki egészség olyan összetevőjeként fognak fel, amely jelentősen hozzájárul a fizikai egészség fenntartásához. Viktor Frankl az ember szellemi dimenziójának pszichofizikai hatékonyságáról ír (erről részletesen a logoterápiával foglalkozó fejezetekben lesz szó). Az egyes elméletek, olykor eltérő fogalomhasználatuk ellenére abban egyetértenek, hogy az értelmes élet (a pszichikumhoz, vagy a „heurisztikusan” elkülönített szellemi dimenzióhoz kapcsolva, ahogy a jól-lét összetevőkről adott fenti vázlatban is szerepel) kihatással van a fizikai egészségre is. A hatás persze fordítva is működik: a fizikai egészség megőrzésének fontos szerepe van abban, hogy megfelelő módon betölthessük a szerepünket a társadalomban, hogy képesek legyünk alkotómunkára. Ugyanakkor attól, hogy egy beteg ember alkotómunkát már nem tud végezni, még alakíthatja életét értelmesen, pl. élményeket még átélhet (különösen szellemi élményeket, de akár a spirituális önmegvalósítás is nyitott számára), illetve a szenvedéshez való megfelelő viszony kialakítása is egyfajta teljesítményt jelent (lásd erről FRANKL: 1997: 120-127.).

### A filozófia lehetséges szerepe a jól-lét megvalósításában

A fenti jól-lét elmélet részletes kifejtésére ezen a helyen nincs mód (lásd erről kissé bővebben: BARCSI: 2014), a filozófia szerepét a jól-lét megvalósításában mindenképpen ki kell emelni. Itt most két fő vonatkozást említünk, amelyek napjaink filozófia-felfogásán alapulnak, az ókori nyugati filozófiákban ezek nem váltak el egymástól.

1. *A jól-lét lehetőség feltételeinek filozófiai tisztázása.* A jó-lét valamennyi összetevője az önfejlesztést és a jól-lét társadalmi feltételeinek fejlesztését kívánja meg. Arisztotelész is beszél „szerencsejavakról” a boldogsággal összefüggésben, az emberi képességek azonban csak részben meghatározottak. A cél a képességek fejlesztése annak érdekében, hogy a biológiai, pszicho-szociális, szellemi jól-lét

összetevők (fizikai egészség, szociális integráció és önfogadás, autonóm értelmes élet) az adott egyén számára lehetséges legmagasabb szinten megvalósíthatók legyenek. A *nevelés* mellett az *önfejlesztésnek* is nagy szerepe van természetesen. Emellett a *jól-lét társadalmi feltételeit* is folyamatosan fejlesztenie kell az államnak, a civil szerveződéseknek: olyan környezet kialakítására kell törekedni, amely a lehető legjobban elősegíti a jól-lét összetevőinek megvalósítását az egyének számára. Ez azonban egyáltalán nem egyszerű feladat, mivel különbözőképpen lehet megválaszolni azokat a kérdéseket, amelyek a jól-lét összetevők társadalmi feltételeire vonatkoznak. Milyen a jó állami berendezkedés, a jó gazdasági rendszer, jogrendszer? Milyen elveket kövessünk a nevelés során? Ezekre a kérdésekre nemcsak a szaktudományok adhatnak választ, az alapkérdések felvetése a filozófia (társadalomfilozófia, politikai filozófia, gazdaságfilozófia, jogfilozófia, nevelésfilozófia) feladata. Külön kiemelném a *morálfilozófia* jelentőségét, amelynek tárgya az alapvető, *mindenki számára érvényes morális minimum leírása*, a bárhogyan értelmezett jó élet alapvető morális feltételeinek kidolgozása (kanti morálfilozófia, utilitarizmus, hegelianus elismerés-elméletek, emberi jogi elméletek, diskurzusetika, stb.). Ernst Tugendhat rámutat, hogy az *etika antik értelemben* elsődlegesen az *igazi boldogság* problémájával foglalkozik, de másodlagosan magába zárja a moralitás problematikáját is. A *modern etika* elsődlegesen a *morált* tartja szem előtt és az igazi boldogság kérdését már egyáltalán nem ismeri (TUGENDHAT 1984: 45., a problémáról lásd továbbá WEISS 2004: 90.). Jürgen Habermas, a diskurzusetika egyik kidolgozója megkülönbözteti a mindenki számára kötelező morális normákra irányuló *morális diskurzusokat* és a jó élet problémáját felvető *etikai diskurzusokat*. A hétköznapi gyakorlat a szigorú igazolás követelményeinek alávethető *normákra* és a különböző életmódokba integrált *értékekre* hasad szét, amellyel szemben már nem vethetők fel normatív szempontok (lásd erről: HABERMAS 2001: 147-148., az emberi méltóság filozófiájáról, mint morálfilozófiáról lásd: BARCSI: 2013). A morális normákat és az etikai értékeket is a jól-lét szellemi összetevőjéhez sorolható „értelmezési” értékeknek tekinthetjük, megkülönböztetve más összetevőkhöz kapcsolódó jól-lét értékektől (pl. egészség, biztonság, önfogadás, társadalmi elismertség, stb.), illetve más szellemi jól-lét értékektől, amelyeket Viktor Frankl tipológiáját (FRANKL 1997: 70-73.) figyelembe véve élmény (tudás, művészet, spiritualitás), alkotói (önmegvalósítás) és beállítódási (a szenvedéssel kapcsolatos

beállítódás, mint teljesítmény) érték-kategóriákba soroltunk. A *morális normák az emberi együttélés alapelvadásait* tartalmazzák, az *etikai értékek pedig a jó élet egyéni értelmezéséhez* kapcsolódnak, és meghatározzák, hogy az egyén *miként fogja fel, tölti ki tartalommal az egyes jól-lét értékeket*, milyen prioritásai vannak (milyen sorrendet állít fel közöttük, lásd erről a 2. pontot). Ahogy a morálfilozófia és a jó élet kérdéseivel foglalkozó etika különvált az újkorban, úgy vált el az etikától a társadalomelmélet is (Arisztotelésznél az egyéni és közösségi szempont szorosan összetartozik: a jól-lét csak az állami közösség keretei között valósítható meg, de a keresztény gondolkodóknál is ezt találjuk, lásd erről: WEISS: 2013: 17-26.). Az újkortól a társadalomfilozófiában alapvetően a bárhogyan felfogott jól-lét társadalmi alapfeltételeinek kutatása lesz fontos (a társadalomfilozófia és a morálfilozófia szempontjai kapcsolódnak tehát össze). Illetve a kultúrkritikát vagy társadalomkritikát megfogalmazó szerzők annak feltárásával foglalkoznak, hogy egy adott kultúrában, társadalomban miért nem lehet jó életet élni, ez már megkívánja a jó élet valamiféle értelmezését is (lásd erről: BARCSI: 2012).

2. *A jól-lét egyéni értelmezése a filozófia segítségével.* A jó élet autonóm értékválasztáson alapuló értelmes élet. Mindenkinek egyéni döntést kell hoznia arról, hogy *számára mit jelent az értelmes élet és ezt milyen etikai értékek figyelembevételével valósítja meg*: milyen célok elérésére törekszik, miként fogja fel az egyes jól-lét összetevőket, melyik összetevőknek ad inkább prioritást, miben keresi az önmegvalósítását. Mindehhez a jó életről folytatott beszélgetések, viták, tehát az *etikai diskurzusok* segíthetnek hozzá. A jól-lét értékekhez tehát a morális értékeken túl (pl. az emberi méltóság tisztelete) egyéni módon felfogott etikai értékek kapcsolódnak. Teljesen eltérő elképzelések szerint lehet felfogni erkölcsileg a pozitív és a negatív tulajdonságokat, cselekedeteket (még egyszer hangsúlyozva: a morális konszenzuson túl), tehát, hogy mi is irányadó az egyes jól-lét összetevők értelmezése, esetleges összeütközésük feloldása során. A (szűkebb értelemben vett) szeretet-kapcsolatokon túli emberi viszonyaink értelmezésében irányadó lehet számunkra valamiféle korrektség-etika, de akár a felebaráti szeretet keresztény elve is. Az igazságosságot is nagyon sokféleképpen foghatjuk fel. Az I. összetevő-csoport vonatkozásában fogalmazza meg Arisztotelész a mértékletesség erényét, amely a keresztény etikában is fontos, de elképzelhető, hogy ezeket az értelmezéseket elveti az, akinek szimpatikusabb egy hedonistább életfelfogás. Mivel itt alapvetően filozófiai

kérdésekről van szó, sokat segíthetnek a megfelelő egyéni életelvek megtalálásában a jó élet filozófiái: ezek mint „ajánlások” figyelembe vehetők. Az ókori görög és latin gondolkodók etikájától a keresztény bölcselőkön és a keleti vallási-filozófiai tanokon keresztül Kierkegaard, Schopenhauer, Nietzsche „életfilozófiáján” át, a 20. századi egzisztencializmusig számos figyelembe vehető koncepció van ebből a szempontból.

A filozófiával való foglalkozás tehát *terápiás szerepet* is betölthet, amennyiben a filozófiai felismerések előmozdítják a jobb, értelmesebb életet. A filozófia terápiás használata szempontjából az etikának és az életfilozófiának van elődleges, de nem kizárólagos jelentősége. A filozófia nem említett területei is hozzájárulhatnak az értelmes élet kiteljesítéséhez, így pl. a logika a helyes gondolkozáshoz segíthet hozzá, az etikai kérdések metafizikai és filozófiai antropológiai problémákhoz is elvezetnek, az ismeretelmélet a megismerés mibenlétének és határainak vizsgálatához, az esztétika a szép fogalmának tisztázásához ad szempontokat, s így – többek között – ezekkel a filozófiai diszciplínákkal való foglalkozás is hasznos lehet minden ember számára. Sokféle mű és filozófiai irányzat használható fel terápiás szempontból, nem csak az életbölcseleti megközelítések jöhetnek szóba: a fenomenológiához számos terápiás irányzat kapcsolódik, de az analitikus filozófia is felhasználható terápiás célból. Nézzük meg kicsit részletesebben a filozófia terápiás használatának eredetét és annak néhány mai megvalósulási formáját.

### Filozófiai terápia – lélekgondozás – praxis

Az ókori görögöknél a filozófiának kifejezetten „*terápiikus*” jellege volt. A filozófia mint a bölcsesség szeretete hozzájárul ahhoz, hogy az ember jobb életet tudjon élni. A filozófia művelésével a görögöknél nem az „istenek gondozásáról”, hanem kifejezetten a „*lélek gondozásáról*” (*psyches therapeia*) van szó, ami a gondolkodás útján történik (SÁRKÁNY: 21-22., 28.). Jan Patočka kiemeli, hogy az ókori görög filozófia a mitikus világszemlélettől abban különbözik, hogy *megalapozásra* törekszik. A gondolkodó már nem az istenség szóvivője, *önmagát kérdésként ismeri* meg és a válaszokat is önmagától várja. A filozófus a megalapozásnak azt az útját keresi, amely az univerzum egészéhez vezet: a cél az örök, kezdet és vég nélküli lét. Az

ember lélekké válik, „halhatatlan lélekké”, akit létviszony fűz a soha el nem múlóhoz. Az embernek meg kell tanulnia, hogy *az egészhez viszonyulva éljen*, hogy lényegi és kifejezett viszonyban éljen az elmúlhatatlannal. A megalapozás két vonatkozását kell kiemelni: az egyik a *dolgok megismerésére való törekvés*, a másik az, hogy az ember *megalapozott gondolataival önmagát alakítja*. A filozófia tehát *lélekgondozás* – mutat rá Patočka – amelynek kétféle módja a *démokritoszi* és a *szókratészi-platóni* lélekgondozás. Az előbbi esetben az ember azért gondozza a lelkét, hogy *a megismerés által az egésznél időzhessen*, az utóbbi esetben az ember azért törekszik a megismerésre, azért kérdez, hogy *a lélek számára a lehető legmagasabb létet biztosítsa*. Démokritosz fordulatot vár el a lélektől, de ez az emberen túli világba vezet: *a lélek a világ megismeréséért van*. A szókratészi-platóni út ezzel ellentétes, hiszen itt a világ megismerésének célja a lélek gyarapítása, tehát *a megismerés a lélekért van* és nem fordítva. A platóni felfogásban a gondolkodás a lélek tökéletesítésének a szerve, a filozófia centruma a lélek. A lélek gondozása általában *a kérdező gondolkodásban* történik, ennek formája a kérdés és a megválaszolás, amely leginkább két személy között oszlik meg, de történhet a lélek belsejében is. Patočka az önmagát gondozó lélek három fő szempontját emeli ki Platónnál: 1. A lélek gondozása mint *ontológiai kivetülés*, amelyben meghatározó az eszmei valóság gondolata. Az eredetét tekintve a kozmoszhoz tartozó lélek olyan mozgásként fogható fel, amelyik önmagát mozgatja, és amelynek *alapmozgása a jóra irányul*. Az ember a lét teljes átlátására képtelen, de a lélek mozgása, az út során lehetővé válik számára a lét megpillantása, amely hozzásegíti addigi életének megváltoztatásához. Ezen az úton maradva az ember *a jót és a „megpillantás világosságát” keresi* mindabban, amit gondol, mond és tesz. 2. Platónnál a lélek gondozása soha nem egy elszigetelt ember ügye: a lélek gondozása *feltételezi az állam, a közösség átalakítását*. A poliszt meghatározza tagjainak lélekmozgása, illetve a poliszból kiolvasható a lélek szerkezete. A Szókratészt kivégző, eltévelyedett poliszt Szókratész örökségének megfelelően át kell alakítani. 3. A lélek gondozásának harmadik aspektusa *önmagunk megismerését és az önuralom kialakítását* jelenti (a testi és a testetlen, a halál és a haldoklás problémáival való szembenézést). (PATOČKA 2001: 11-122.)

Korábban utaltunk rá, hogy Arisztotelész azon túl, hogy kiemeli az okosság észbeli

erényének szerepét az erkölcsi erények meghatározásában, a legkiválóbb tevékenységnek az *elmélkedő tevékenységet* tartja, amely a bennünk lévő legkiválóbb részhez, az észhez kapcsolódik. A hellenisztikus iskolákban kifejezetten erős az etikai-életbölcseleti irányultság, de az újplatonikus felfogásokban is szerepe van ezeknek. A Római Birodalomban a jó élet problémájával foglalkozó filozófusok lelki vezetői szerepet is betöltenek (BAKOS: 2011: 17.) A korai keresztény teológusok viszonya a filozófiához meglehetősen ellentmondásos. Szent Pál szembeállítja a keresztény hitet a görög bölcsességgel, az igazi bölcsesség a hitből származik, Tertullianus úgy véli, hogy amit a filozófusok kerestek azt a keresztények már megtalálták. Az atyák korában vannak, akik a kereszténységet tekintik az igaz filozófiának, elutasítva a korábbi görög filozófiát, mások pedig kifejezetten építenek a filozófiai előzmények bizonyos elemeire (pl. Justinus, Órigenész, Nagy Szent Baszileiosz, erre utal Hadot is, lásd lent). Szent Ágostont és Boëthiust már meghatározó filozófusokként tartjuk számon. (A korai kereszténység és a filozófia viszonyáról lásd: BAKOS 2011: 19-24.)

Pierre Hadot Patočkához hasonló álláspontot fejt ki, de a filozófia gyakorlati orientáltságát általában az ókori filozófia alapvonásának tartja, szerinte tévúton járunk akkor, ha egy ókori filozófiai művet pusztán elméleti konstrukcióként próbálunk megérteni. Az ókoriak a filozófiát elsősorban *életmódnak* tekintették: *a bölcsesség szeretete átalakítja az életet*, lelki fejlődéshez, új világlátáshoz, „megtéréshez” vezet. A filozofálás olyan *lelkigyakorlatokat* jelent, amelyek révén kialakíthatjuk a kozmikus tudatot, a lélek nyugalmaát megvalósítva megszabadulhatunk a szorongásoktól, szert tehetünk a belső szabadságra. Hadot is kiemeli Szókratész és a *szókratikus dialógusok* meghatározó szerepét: az athéni filozófus beszélgetőtársait rávette arra, hogy kérdéssé tegyék önmagukat, végezzenek lelkiismeret-vizsgálatot, értékeljék újra a világhoz és önmagukhoz való viszonyukat. Ez olyan közösen végrehajtott lelkigyakorlat, amely egyéni lelkigyakorlatra is felszólít, Szókratész a saját magával folytatott párbeszédnek is mestere. A *platóni dialógusok* ideális lelkigyakorlatok, olyan irodalmi alkotások, amelyek elképzelik, hogy milyennek kellene lennie egy párbeszédnek – írja Hadot. Nagy jelentősége van a beszélgetőtársnak, ami arra utal, hogy rá kell bírni magunkat elfogadott szempontjaink felülvizsgálatára, beszédbe kell elegyedni önmagunkkal. A lelkigyakorlatok egyik fő célja *a halálhoz való megfelelés*

viszony kialakítása, legkevésbé a helyesen filozofálóknak számára félelmetes a halál. A gondolkodás során a lélek elválik a testtől, ezáltal a Logoszhoz, a mindent átfogó értelemhez kapcsolódik, ami tisztánlátást eredményez. Megtanulni meghalni azt jelenti: megtanulni elszakadni a saját individualitásunktól, szenvedélyeinktől, *egyetemes szemszögből szemlélni* a dolgokat. Hadot utal arra is, hogy azok a filozófiai művek, amelyek formailag nem dialógusok, mindig *implicit dialógusokként* értelmezhetők. Így Arisztotelész írásai („előadás-jegyzetei”) a filozófiai iskolán belüli vita konkrét szituációjához kapcsolódnak. Arisztotelész célja, hogy tanítványait helyes gondolkodási módszerekre tanítsa, nem egy átfogó elmélet megalkotására törekszik. A *hellenisztikus filozófiai irányzatok* kifejezetten gyógy Módként tekintenek a filozófiára, különösen a sztoicizmus és az epikureizmus lelki gyakorlatokat kell kiemelni (pl. Seneca, Epiktétosz, Marcus Aurelius, illetve Epikurosz). A *sztoikus lelki gyakorlatokban* nagy szerepe van az állandó szellemi figyelemnek, éberségnek (proszokhé), az alapvető életszabályok emlékezetbe vésésének – amelyek alapvetően a tőlünk függő és független dolgok megkülönböztetésén, a váratlan helyzetekre való felkészülésen alapulnak – és az ezeken való meditációnak. Az olvasásnak, a kutatásnak, a hallgatásnak is megvan a jelentősége, más gyakorlatok pedig a megszokások kialakítására irányulnak. Az *epikureus lelki gyakorlatok* célja nem a lélek féken tartása, mint a sztoikusoknál, hanem inkább a „lélek elengedése”, a fájdalmas gondolatok mellőzése és az örömeire való koncentrálás. Hadot rámutat, hogy az újplatonizmusban (Plótinosz) is megvolt a jelentősége a lelki gyakorlatoknak, illetve a *kereszténység* első századaiban is vannak folytatói ennek a hagyománynak, azok sorolhatók ide, akik a kereszténységet „philosophiának” tekintették (pl. Alexandriai Kelemen, Órigenész, Szent Ágoston, a szerzetesi mozgalom). A keresztény lelki gyakorlatok a korábbi görög és római filozófiákhoz kapcsolódtak: nagy jelentősége volt a proszokhénak, az Istenre való emlékezésnek, a lelkiismeretvizsgálatnak, az önuralom kialakításának. A *középkori skolasztika* – hangsúlyozza Hadot –, vetett véget a vázolt hagyománynak, mivel elkülöníti a „philosophiát” a „theológiától”, és a filozófiának az lesz a feladata, hogy *elméleti tudással* lássa el a teológiát, tehát annak „szolgáló lányaként” értelmezik. A középkori egyetemeken ez a szemlélet uralkodik. A modern filozófia ugyan autonómmá válik az újkorban, de *teljesen teoretikus jellegű marad*, nem életmódként fogják fel. Kivételek persze vannak, Hadot Spinozát említi, illetve a keresztény lelkiségben újra megjelenik a

lelkigyakorlat (Loyolai Ignác). Kezdetben az egyetemeken kívül van jelen a teológiától független újkori filozófia, majd a 18. század végétől az egyetemekre is bekerül, inentől kezdve napjainkig meghatározó (ha nem is kizárólagos, lásd lent) szerepe lesz a filozófián belül az *egyetemi filozófiának*, mint tisztán *teoretikus filozófiának* (elméleti előadások, elméleti diskurzusok, teoretikus szövegek írása, szövegtelmezések). (HADOT 2010, különösen: 9-84., 263-277.)

Az újkortól kezdve az ún. gyakorlati filozófián belül a morálfilozófia, az alapvető együttélési normák levezetése lesz meghatározó – ahogy már említettük –, illetve előtérbe kerül a különböző erkölcsi jelenségek vizsgálata. A 19. századtól számos, korábban a filozófia részét képező problémakör önálló szaktudománnyá válik (pl. szociológia, pszichológia), illetve a filozófia művelői is egyre szűkebben határozzák meg a filozófia feladatát. Ugyanakkor más irányú, pontosan a *terapikus jelleget erősítő* tendenciák is feltárhatók: az akadémikus rendszer-filozófiával szemben a 19. században nagy jelentőségűvé válnak az „életfilozófiák” (pl. Kierkegaard, Schopenhauer, Nietzsche, a két utóbbi filozófust Hadot is a kivételek között említi meg). Edmund Husserl fenomenológiai módszere elveti a pszichologizmust és a naturalizmust, de a világnézeti filozófiákat is és azt állítja, hogy a fenomenológia transzcendentális önismerethez vezet. A fenomenológiához különböző módon kapcsolódó filozófusok, pl. Martin Heidegger, Max Scheler, Jean-Paul Sartre elméleteit kifejezetten terápiás célból is felhasználták, továbbgondolták (illetve Sartre maga teszi ezt meg). Patočka és Hadot – ahogy láttuk – a filozófiát eredendően lélekgondozásnak, életmódnak fogják fel, megemlíthető még Michel Foucault felfogása az önmagunkkal való törődésről mint „életművészetéről” (Hadot és Foucault álláspontjának hasonlóságairól és különbségeiről lásd: HADOT: 279-285., 297-306., illetve SÁRKÁNY: 2011)

Tekintsük át röviden Scheler, Sartre és Heidegger emberfelfogását. Scheler szerint az, ami az embert emberré teszi, kívül áll mindazon, amit a legszélesebb értelemben „életnek” nevezhetünk, szemben áll az emberi élettel is. Ez a „szellem”, az az aktuscentrum pedig, ahol a szellem a véges létszférákon belül megjelenik a „személy”. Egy szellemi lény már nem ösztön(törekvés)- és környezetfüggő, hanem környezetétől szabad és „világra nyitott” lény. (SCHELER 1995: 43-45.) Sartre arra utal, hogy az egzisztencia megelőzi az esszenciát, az ember először létezik, feltűnik



a világban és csak azután definiálja önmagát. Az ember „előzetesen” nem definiálható, hiszen az ember *kezdetben semmi*, csak *később válik valamivé*, és olyan lesz, amilyenné önmagát alakítja. Nem beszélhetünk emberi természetről, minthogy nincs Isten annak elképzelésére: „Csak ember van, és nem csupán úgy, ahogy önmagát elképzei, hanem amilyennek akarja, és ahogy önmagát az egzisztencia nyomán felfogja; az ember semmi más, mint amivé önmagát teszi.” (SARTRE 1965: 218-219.) Heidegger pedig híres humanizmus-levelében kifejti, az ami a metafizika nyelvén *az ember „lényege” („Wesen”): ek-szisztenciáján alapul*. Az így elgondolt ek-szisztencia – mutat rá Heidegger –, azonban nem azonos az existencia áthagyományozott fogalmával, ami a lehetőségként felfogott essentiával szemben a valóságot jelenti (kritizálja Sartre felfogását, aki a hagyományos metafizikai értelemben használja ezeket a fogalmakat, csupán megfordít egy metafizikai tételt). A *Lét és időben* olvasható mondat: „*A jelenvalólét (Dasein) „lényege” egzisztenciájában rejlik*” jelentése: *az ember úgy létezik (west), hogy ő a „jelenvaló” („Da”), azaz a lét világló tisztása*. A jelenvalónak ez a „léte”, és csak az ek-szisztencia az, amely a lét igazságában való eksztatikus benneállás alapvonásával rendelkezik. Az ember lényege abban áll, hogy *több mint puszta ember*, amennyiben ezt, mint eszes élőlényt képzelik el. Az ember nem a létező ura, hanem a lét pásztora. (HEIDEGGER 1994: 129., 132., 146-147.)

Nézzük meg ezek után, hogy *milyen terápiás módszerek* jöttek létre Heidegger, Sartre és Scheler fenomenológiájának felhasználásával. A Heideggeri ontológiára épít a Ludwig Binswanger által kidolgozott *Daseinalyse* (Daseinanalízis), amit Medard Boss fejlesztett tovább (Boss felfogásának filozófiai vonatkozásairól lásd: HELTING 2007). Binswanger átveszi a heideggeri jelenvalólét (Dasein) fogalmat, de átértelmezi azt saját szempontjainak megfelelően és „emberi jelenvalólétről” beszél, ezzel utal arra, hogy ebben az esetben a konkrét egyén fenomenológiai elemzéséről van szó, terápiás célból. A konkrét egyén világkivetülésének leírásáról van szó. A világkivetülés tudattalan transzcendentális a priori, amely mindig az adott individuumhoz kapcsolódik: az egyén mindig saját világkivetülésébe van vetve, ez konstitutív, az egyénnek nincs lehetősége ezt megváltoztatni. Sartre a *Lét és a semmi* című művének egy fejezetében veti fel egy *egzisztenciális pszichoanalízis* lehetőségét, ez azonban kidolgozatlan marad (SARTRE 2006: 654-674.). A Sartre-

féle egzisztenciális pszichoanalízis is a konkrét egyén világkivetüléseinek leírását jelentené, hiszen az egyén önmegértéséhez ez vezethet el, azonban Binswangerrel szemben Sartre a világkivetülést nem tartja a priorinak, az egyén szabadságát, a választás, az egyéni viszonyulás lehetőségét hangsúlyozza. (Binswanger és Sartre felfogásáról, illetve ezek hasonlóságairól és különbségeiről részletesebb lásd: SÁRKÁNY 2008: 76-90.). Max Scheler antropológiájára (az embert emberré tévő szellem, az ember mint világra nyitott lény) és értékfenomenológiájára (az értékek objektivitása, az értékek felismerése mindenki számára intuitíve adott) a Viktor Frankl által kidolgozott *logoterápia és egzisztenciaanalízis* legmeghatározóbb elméleti háttereként utalhatunk (Scheler hatásáról részletesen: SÁRKÁNY 2008: 105-138.). A logoterápia és egzisztenciaanalízis szellemi megközelítésű pszichoterápiaként főként olyan embereknek nyújt segítséget, akik egzisztenciális frusztrációtól vagy ún. noogén neurózistól szenvednek (de egyéb neurózisok esetén is alkalmazható a módszer). Frankl terápiaja – amelyről a következő fejezetekben lesz szó – az egyéni élet-értelem megtalálásához nyújt segítséget, azáltal, hogy a felelős-létet tudatosítja az emberben (FRANKL 1997: 27-29., 51.)

Sárkány Péter a *fenomenológiai lélekgondozás* eszméjét és módszertanának vázlatát fejti ki, elsősorban Husserl, Heidegger, Scheler fenomenológiájára és Frankl fenomenológiai ihletésű logoterápiájára alapozva. Sárkány kiindulópontja az univerzális fenomenológiai praxishoz kapcsolódóan a husserli fenomenológia. Husserl rámutat, hogy a teóriához az *epokhén*, egy meghatározott gondolkodási eljáráson keresztül juthatunk el. Az epokhé módszerével a filozófus a filozófián kívüli (természetes) beállítódásokból a fenomenológiai beállítódásba kerül, *az egyetemes létezésre reflektál*. Husserl azt is hangsúlyozza, hogy az epokhé transzcendentális önismeretet tesz lehetővé, tehát az epokhé egyszerre ismeretelméleti és etikai fogalom: megvalósítása a *filozófusi életformát*, a megismerésnek szentelt életet kívánja meg, ami nem csak örömet, hanem boldogságot is eredményez. (SÁRKÁNY 2008: 39-56.) Heidegger ugyan nem fogadja el Husserl beállítódás-filozófiáját, de az epokhéhoz hasonlóan ő is egy sajátos filozófiai gondolkodásmódot kíván meg a jelenvalólét megértéséhez: a *fenomenológiai redukciót*, destrukciót és konstrukciót. Sárkány kiemeli, hogy Heideggernél a jelenvalólét léte *gondként* értelmeződik, a jelenvalólét minden viszonyulása a gond létmódjával bír. Heidegger a gond két

aspektusáról ír: a „kéznélvőhöz”, „kézhezállóhoz” kapcsolódó *gondoskodást* és a másokkal való együttlét során megvalósuló *gondozást* (Heidegger a gondról: HEIDEGGER 2001: 213-268., 350-385.) Heidegger nem beszél külön „öngondról”, hiszen a jelenvalólét izolált önvonatkozása elképzelhetetlen lenne világba vetettsége miatt, ugyanakkor hangsúlyozza, hogy az „akárki önmagának” el kell jutnia a „tulajdonképpeni vagy magunk által megragadott önmagához”, ami nyilván csak a gondoskodáson és a gondozáson keresztül történhet meg. Sárkány a gondoskodás és a gondozás mellett a gond egy harmadik aspektusát is kiemeli, ez pedig a *gondolkodás*, amely átfogja a gondoskodást, a gondozást és a gond-struktúra önvonatkozását. A szerző szerint az *univerzális fenomenológiai lélegondozás* (mint egy sajátos filozófiai gondolkodás) a *gondolkodás gondozását* valósítja meg. Itt nem közvetlenül a gondoskodáshoz, vagy a gondozáshoz kapcsolódik a *gondolkodás*, hanem ezt felfüggesztve *magának a gondnak* a tiszta szemléletére törekszik. (SÁRKÁNY 2008: 57-71.) A *személyes fenomenológiai lélegondozás*, tehát a filozófiai ihletésű pszichoterápia során megvalósuló gondolkodást Sárkány (Mezei Balázs nyomán) *gondolkozásnak* nevezi: *ez mindig egy konkrét beállítódáshoz kötődik*, míg a gondolkodás eloldódik a konkrétumoktól.

A *fenomenológiai lélegondozás* Sárkány által kifejtett változata az *univerzális és a személyes fenomenológiai praxis*, tehát a *gondolkodás és a gondolkozás szintézise*. Ez leginkább Scheler bölcséletfelfogásával és Frankl logoterápiájával mutat rokonságot (bár Schelernél a gondolkodás, Franklnál pedig a konkrét terápiához kötött gondolkozás van előtérben). Scheler alapján Sárkány az ember konstitúciójából indul ki (az embert test-lélek-szellem egységeként ragadhatjuk meg), ehhez kapcsolódik a személy önkonstitúciója, továbbá a filozófia önkonstitúciója. A *személyes filozófiai lélegondozás*, a „*fenomenológiai logoterápia*” az *értelem akarására* törekvő személy önkonstitúciójához, az egyéni élet-értelem megtaláláshoz nyújt segítséget a *gondolkozás gondozása* során (a gondolkozás irányulhat az élvezet akarására is, de ez a lélegondozás során nem releváns). Az *univerzális filozófiai lélegondozás*, a szűkebb értelemben vett „*fenomenológiai praxis*” a filozófia önkonstitúcióját jelenti a *teória akarásához* kapcsolódóan, ekkor a *gondolkodás gondozásáról* van szó, a cél a gondolkodás önfelelősségének belátása. Mindkettő *dereflexiót* valósít meg: a „*fenomenológiai logoterápia*” a káros hiperreflexiót leépíti

azáltal, hogy a személyt az értelem felismeréséhez segíti és az iránta való felelősségvállalásra ösztönzi, így egy új önreflexiós szintet hoz létre; a „fenomenológiai praxis” pedig az öngondolás értelmében vett önreflexió kialakítását jelenti. A kettő kiegészíti egymást, hiszen a felfelé törekvő, a *valóságot meghaladó* gondolati mozgást követheti a *valóságához való visszatérés*. Ez utóbbi jelentheti a valóságban való feloldódást, de a léleggondozás esetében azért térünk vissza a valósághoz, hogy *meghaladjuk azt*. Mind a felfelé, mind a lefelé tartó gondolati mozgás (tehát a gondolkodás és a gondolkozás) *kérdező és felelő mozgásként* ragadható meg: mindkét esetben kérdéseket teszünk fel és válaszokat adunk. A különbség az, hogy a gondolkodás (mint felfelé tartó mozgás) *kereső, kétkedő megismerő mozgás*, a gondolkozás (mint lefelé tartó mozgás), pedig *segítő és cselekvő mozgást* jelent. A fenomenológiai léleggondozás a gondolkodás és a gondolkozás, *az epoché és a beállítódás-moduláció egységét* valósítja meg, ami a két bölcséleti irány együttes alkalmazását jelenti *a filozófiai léleggondozást folytató filozófus személyes és személyközi praxisában*. Sárkány hangsúlyozza, hogy a léleggondozás interperszonális praxisa *előfeltételezi a segítő bölcselő intraperszonális praxisát* (a személyes filozófiai habitust, tehát az epoché és a személyes beállítódás egységének kialakítását). A *filozófus által kialakított személyes habitualizált egység* lehet az alapja a terápiás gyakorlat során a másik ember beállítódás-modulálásának, illetve epochális tevékenységre való felszólításának. A cél a terápiában résztvevő személy esetében is az epoché és a személyes beállítódás szintézisének megteremtése. Ennek elérésének érdekében a filozófus *kérdéseket tesz fel, szókratészi párbeszédet* folytat. A léleggondozás során szerepe van a befelé forduló „intrapersonális párbeszédnek”, illetve a terapeuta és a másik személy közti interperszonális párbeszédnek is, a kettő kiegészíti egymást (ahogy láttuk, Hadot is erről beszélt Szókratésszel összefüggésben). (SÁRKÁNY 2008: 187-220.)

A fenomenológiához kapcsolható filozófiai léleggondozási módszerek (pl. Binswanger, Frankl, Sárkány) a filozófia praxisszerű felhasználásának csupán csak egy irányát képviselik, egyre több ilyen kezdeményezés van (ezek között vannak olyanok, amelyek módszertanilag kevésbé kidolgozottak). Gerd B. Achenbach német filozófus az 1980-as évek elején *egyéni filozófiai tanácsadást* indított, és megalapította a Gesellschaft für Philosophische Praxis nevű szervezetet, amelyből

később létrejött az Internationale Gesellschaft für Philosophische Praxis (IGPP). Achenbach elutasította a filozófiát kizárólag akadémiai diszciplínaként tételező felfogást, ugyanakkor nem tartotta a filozófiai praxist terápiának. Achenbach a Frankl-féle logoterápiát, mint „álfilozófián” alapuló pszichoterápiát kifejezetten elutasítja. (SÁRKÁNY 2008: 174-177.) Thomas Gutknecht – az IGPP honlapján is közzétett – írásában kitart amellett, hogy a filozófiai praxis nem egy terápia a sok közül, inkább a terápiák alternatíváját jelenti. Ugyanakkor fontos lenne a filozófiai praxis filozófiájának kidolgozása. (GUTKNECHT 2014) Az USA-ban is egyre jelentősebb szerepet tölt be a filozófiai praxis, amely erősebben kötődik az analitikus filozófiához. 1992-ban jött létre az [American Society for Philosophy Counseling and Psychotherapy](#) (ASPCP), 1998-ban pedig a filozófiai praxis egyik legnevesebb amerikai képviselőjéhez, Lou Marinoff-hoz kötődő [American Philosophical Practitioners Association](#) (APPA). A filozófiai praxis megvalósulási formái közül (lásd ezekről: MARINOFF 2002, NEMES 2012a, 2012b) ki kell emelni a már említett egyéni filozófiai tanácsadáson túl a *csoportfilozófia* különböző formáit: itt is lehet szó *csoportos tanácsadásról*, de ide sorolhatók többek között az egyre népszerűbb *filozófiai kávéházak* is (amelyeket persze nem feltétlenül kávéházakban valósítanak meg). A filozófiai praxishoz sorolják továbbá az *intézményi tanácsadást*, amikor egy szervezet jobb, etikusabb működéséhez nyújt segítséget a tanácsadó. Felvethető, hogy ezeket mennyiben tekinthetjük terápiának (ez függ a terápia fogalmának értelmezésétől is), mindenesetre vannak a filozófiai praxis művelő közül, akik az egyéni filozófiai tanácsadást kifejezetten terápiának tartják, mások ezt elutasítják (Achenbach és követői). A csoportos tanácsadást, illetve a filozófiai kávéház bizonyos változatait olykor már az egészségügyi intézményrendszer keretein belül kifejezetten gyógyászati célokra is használják. Nemes László több példát is hoz erre: az USA-ban, New Jersey államban Vaughana Feary sikeres csoportos filozófiai tanácsadást folytat rákbetegséggel frissen diagnosztizált páciensek számára (a 8-10 hétig tartó csoportos filozófiai üléseket egyéni tanácsadás előzi meg); Stockholmban az orvosi rehabilitáció során (pl. olyan betegek esetében, akik egy baleset következtében egy életre megbénultak) alkalmazzák a filozófiai praxis különböző formáit, az egyéni filozófiai konzultáció mellett filozófiai kávéházakat is tartanak; Kanadában mentális egészségi problémával küzdők számára szerveznek speciális filozófiai kávéházakat. (NEMES 2012a: 550-557.)

A filozófia valamennyi praxisszerű felhasználásának célja a jól-lét növelése. Sárkány Péterrel egyetértve azt mondhatjuk, hogy az erre törekvő filozófiai lélegkondozásnak ötvöznie kell a teória akarását az értelem akarásával. Az *elmélkedést* (a *gondolkodást*) össze kell kötni az *egyéni élet-értelem kiteljesítésére* törekvéssel (*gondolkozás*). Így a teoretikus gondolkodás az egyéni élet konkrét problémáira való reflexiókkal váltakozik. A gondolkodást *ugyanakkor nem csak a fenomenológiai módszer* alkalmazásával valósíthatjuk meg, ez csak az egyik lehetőség. Gondolkodásunk során támaszkodhatunk az *analitikus filozófia* módszereire (ez a nyelv analízisén keresztül a helyes gondolkodáshoz segít hozzá bennünket), illetve rendkívül fontos szerepe lehet az *ókori filozófiai „lelkigyakorlatoknak”*, vagy a *modern életfilozófiai műveknek*, hiszen a jó élet mibenlétének kérdései állnak ilyen esetekben filozofálásunk középpontjában. Jobb, értelmesebb életet eredményezhet a cselekvésre, életmódra vonatkozó „ajánlások” átgondolása, ugyanígy a fenomenológiai egzisztenciaanalízis és az egyén világvivésének leírása, de nagy jelentőséggel bírhat az is, ha a filozófiai lélegkondozásban részesülő személy számára nyilvánvalóvá válik gondolatmenetének, érvelésének problematikusága.

## **Befejezésként**

Napjainkban sokan szenvednek az egzisztenciális vákuumtól (Frankl kifejezésével élve), identitásproblémáktól, az értelmes célok, életelvek hiányától. Martos Tamás és Konkoly Thege Barna az Élet Értelme Kérdőív (Meaning in Life Questionnaire) magyar változatával külön mérték az élet értelmességének *megélését* és az értelem *keresését*. A kutatók a magasabb élet-értelem megélés és az intrinzik életcélok fontossága között pozitív kapcsolatot találtak, illetve a magasabb megélés összefüggést mutatott az alacsonyabb érzelmi labilitással, az extroverzió, a barátságosság, a lelkiismeretesség és a nyitottság személyiségvonásával. Az értelem keresése már összetettebb jelenség: a kutatók kimutatták, hogy *az értelem keresése együtt jár* bizonyos fokú feszültséggel, érzelmi labilitással, *magában hordozza a pszichológiai sérülékenység kockázatát*, ugyanakkor *a fejlődés lehetőségét is* (lásd részletesen: MARTOS – KONKOLY THEGE 2012: 125-149.). A serdülőkoron túl is lehetnek olyan időszakok minden ember életében, amikor az élet

értelmének keresése erősebben van jelen, vagy éppen a keresést feladva súlyos egzisztenciális válság alakul ki (keresés helyett persze mondhatunk akár „értelemadási kísérletet” is). Ilyen esetekben a társas támogatás mellett a filozófiai lélekgyógyászatnak, a szókratészi dialógusok lefolytatásának nagy szerepe lehet. A különböző filozófiai terápiák – vagy a magukat nem terápiaként definiáló filozófiai praxisok – akár kiegészíthetők a pozitív pszichológia eredményeinek terápiás felhasználásával (SELIGMAN 2011: 48-51), hiszen itt is az egyik legfontosabb cél értelmet adni az életnek (a karaktererőségek feltárása ezt szolgálja), de további, konkrét célkitűzései is vannak, így pl. a pozitív érzések, a szociális kapcsolatok erősítése. Ki kell emelnünk végül: a filozófiai kérdésekkel való egyéni vagy csoportos foglalkozás minden kifejezetten erre irányuló szándék nélkül önmagában is terápiás hatású, ha az ókoriakhoz hasonlóan a filozofálás legfontosabb feladatának az értelmes élet elősegítését tartjuk.

# LOGOTERÁPIA ÉS EGZISZTENCIAANALÍZIS

Barcsi Tamás

Ebben a fejezetben a logoterápia és egzisztenciaanalízis – amelyet a freudi pszichoanalízis és az adleri individuálpszichológia után a harmadik bécsi pszichoterápiás irányzatnak tekinthetünk – néhány főbb megállapítását foglaljuk össze. Az iskola megalapítója Viktor Emil Frankl (1905-1997) neurológus és pszichiáter volt, aki filozófiai problémákkal is foglalkozott: a logoterápia mint szellemi megközelítésű pszichoterápia a filozófiát is a gyógyítás szolgálatába állítja, hiszen a szellemi gyökerű problémákkal a hagyományos pszichoterápiák nem tudnak mit kezdeni, sok esetben csak rontanak a helyzeten. Frankl ugyanakkor hangsúlyozza, hogy a logoterápia nem helyettesít más pszichoterápiákat, viszont fontos lenne azokat kiegészíteni a logoterápia módszereivel (FRANKL 1997: 34., 2012: 31.). Frankl felfogására a filozófusok közül elsősorban Max Scheler hatott, de elméleti alapállása bizonyos vonatkozásokban párhuzamba állítható N. Hartmann, K. Jaspers és M. Heidegger teóriájával (ezekre a gondolkodókra olykor maga Frankl is hivatkozik, de csak egy-egy rövid utalás formájában).

Frankl emberfelfogásának alapjai (dimenzionálonológia, a redukcionizmus kritikája, öneltválozódás és öntranszcendencia)

Frankl szerint nagy probléma, hogy sok elméleti és gyakorlati szakember nem veszi figyelembe, hogy az ember nem csak fiziológiai és pszichológiai dimenzióval rendelkezik, hanem egy sajátos emberi dimenzióval, a szellemivel is, illetve, hogy az ember a sokféleség ellenére *egységet* alkot. Ha az embert a *szellemi dimenzió* elhagyásával a biológia és a pszichológia síkjára vetítjük, akkor az első esetben szomatikus, a másodikban pszichikus jelenségeket kapunk (pl. a szabad akarat kérdését vizsgálva a biológia síkján az embert fiziológiai reflexek zárt rendszereként, a pszichológia síkján pedig pszichológiai reflexek zárt rendszereként látjuk). Ezekben az esetekben ellentmondásos, problémás ember-képekhez jutunk hiszen az ember szellemi dimenziójának figyelmen kívül hagyásával attól is eltekintünk, hogy az ember *nyitott a világra*, jellemzője az öntranszcendencia, önmaga meghaladására



törekszik, valami vagy valaki felé irányul. A magasabb dimenzió egy átfogóbb dimenzió, amely magába foglalja az alacsonyabb dimenziókat, így a biológiai, pszichológiai megállapítások nem érvénytelenek, de a teljesebb emberfelfogáshoz csak a szellemi dimenzió figyelembevételével juthatunk el. Ha egy embert valamelyik alacsonyabb szinten vizsgálunk, sosem érthetjük meg lényegi sajátosságait. Pusztán pszichológiai síkon például nem látjuk a mögöttes, vagy felettes dimenziót, a szenvedés mögötti értelmet, így egy pszichiáternek Dosztojevszkij ugyanolyan, mint a többi epilepsziás beteg, mivel ezen a síkon nem képezhető le művészi teljesítménye (A dimenzionálonológiáról, annak két törvényéről lásd: FRANKL 1973: 127-135., 1997 38-43., 2005: 21-30.)

A *redukcionista szemlélet* nem veszi figyelembe az ember szellemi dimenzióját és az ember lényegi egységességét. A redukcionizmus Frankl szerint *szubhumanizmusnak, elméleti nihilizmusnak*, áltudományos eljárásnak tekinthető, alkalmazásával a sajátosan emberi jelenségek ember-alatti jelenségekké redukálódnak. A redukcionizmusnak és így a nihilizmusnak három alapvető változata van: a *fiziologizmus-biologizmus*, amely az embert csupán fiziológiai-biológiai mechanizmusok által uralt lényként látja, a *pszichologizmus*, amely csak a pszichológiai folyamatok játéktereként tekint az emberre (pl. az ösztönerők meghatározó szerepét hangsúlyozva), és a *szociologizmus*, amely az ember társadalmi meghatározottságát hangsúlyozza. Frankl ugyanakkor kiemeli a félreértések elkerülése miatt, hogy az előbb említett „izmusok” nem azonosak a fiziológiával-biológiával, a pszichológiával és a szociológiával, amelyeknek megvan a maguk igazsága, ezt azonban elvesztik akkor, ha művelőik túláltalánosítanak és ezzel a saját megközelítésüket abszolutizálják. Azt nem lehet tagadni, hogy vannak (biológiai, pszichológiai, szociológiai) meghatározottságok az ember életében, Frankl a teljes mértékű determináció tételét, a *pándeterminizmust* utasítja el. Az ember nem valamitől, hanem valami irányában *szabad*: állást foglalhat önmagával, saját meghatározottságaival kapcsolatban, jellemzője az *öneltávolodás* képessége. (FRANKL 2012: 11-14., 2005: 52-68., 1997: 34-38.)

A pszichologizmus jelenségével Frankl behatóbban foglalkozik műveiben. Álláspontja szerint a pszichologizmus gyakran összekapcsolódik a biologizmussal: a

*pszichoterápia sok esetben a pszichofizikum összefüggéseire koncentrál, viszont a szellemi dimenziót egyáltalán nem veszi figyelembe, pedig ez az a dimenzió (a szellemi személy), amely az egységességet megalapozza. Frankl számára az a legfontosabb, hogy a pszichoterápia során tekintettel legyünk a személy emberi méltóságára. A pszichológisztikus pszichoterápia azonban eldologiasítja, dologként kezeli az emberi személyt, mivel azt nem szellemi személyként fogja fel. Ugyanakkor a perszonális egzisztencia soha nem tárgyiasítható maradéktalanul (kivonja magát az eldologiasítás alól), mivel az egzisztencia alapvetően misztérium. Az egzisztenciát csupán megvilágítani lehet, mivel önmegértéssel bír, és ez az önmegértés kifejthető. Frankl meghatározásában tehát az embert szellemi személyként kell látnunk, a szellemiség objektív aspektusa a logosz (értelem), szubjektív aspektusa pedig az egzisztencia, a kettőt köti össze az emberi lét öntranszcendenciája, ennek révén az ember mindig túlmutat önmagán. Az egzisztencia tehát mindig egy betöltendő értelemre (logoszra) irányul, valamire, vagy valakire: az emberi lét akkor tekinthető emberinek, ha egy dolog szolgálatában, vagy egy másik személy iránti szeretetben nyilvánul meg. (FRANKL 2012: 15-38.)*

Frankl szerint tehát az emberi individuum szellemi személy, akinek két fő sajátossága az *öneltávolodás* megvalósításának lehetősége és az *öntranszcendencia*: az ember sohasem teljesen determinált, el tud távolodni meghatározottságaitól, azokhoz szabadon viszonyulhat, illetve az egzisztencia mindig túlmutat önmagán, valamilyen értelem beteljesítésére irányul.

### A pszichoanalízis és az individuálpszichológia hiányosságai a logoterápia szempontjából

Frankl úgy látja, hogy a pszichologizmus hibájába esett mind a freudi *pszichoanalízis*, mind az adleri *individuálpszichológia*, ezek a megközelítések nincsenek tekintettel a szellemi személyre, nem értik az ember öntranszcendenciáját és éppen ezért nem számolnak az értelem akarásának szükségletével. A freudi élvezetelv (örömelv) Frankl szerint semmiféle magyarázó erővel nem bír, az embert nem lehet úgy felfogni, mint egy tudattalan kényszer által hajtott lényt, akinek a

legfontosabb célja, hogy kielégítse ösztöneit, hogy élvezethez jusson. Persze mondhatjuk erre azt, hogy Freudnál a személyiség nem csak ösztön-énből áll, hanem énből és felettes énből is. Frankl viszont az én működését meghatározó valóságelvet az élvezetelv „modifikációjának” tekinti, hiszen más eszközökkel, de itt is az élvezethez jutás a cél (a külső valóság tényeinek figyelembevételé miatt az én a pillanatnyi bizonytalan élvezetet feladja, hogy a későbbi biztosat megnyerje: Frankl Freudot is idézi: FRANKL 2012: 42., 19. lábjegyzet). Az énnel a freudi koncepcióban ugyanakkor a felettes én „elvárásaira” is tekintettel kell lennie, logoterápiai szempontból a felettes én viszont nem más, mint a lelkiismeret ledegradálása. Már azzal, hogy a pszichoanalízis megszemélyesíti az egyes személyiségi összetevőket, az embert dologgá fokozza le Frankl szerint. A pszichoanalízis minden kulturális, szellemi (vallási, esztétikai, etikai, stb.) törekvésben csupán szublimációkat lát: az ember csak áztatja magát azzal, hogy valamilyen értéknek szenteli magát, hiszen emögött csupán az ösztönök szublimációja áll. A filozófiára is úgy tekint Freud, mint az elfojtott szexualitás egyik szublimációs formájára. A pszichoanalízis mindig valamilyen mögöttes szándékot feltételez, folyton „leleplezésre” törekszik. Ugyanakkor Frankl értelmezésében – ahogy láttuk –, az ember számára alapvetően nem az élvezetre törekvés a fontos, hanem valamilyen értelem betöltése. A filozófia pedig az ember segítségére lehet ennek megvalósításában. Az élvezet mindig következmény: ha elértünk valamilyen célt, bekövetkezik, célul azonban nem tűzhetjük ki (sőt ha ezt tesszük és görcsösen élvezetet akarunk előidézni, megtapasztaljuk, hogy ez kudarcra ítélt próbálkozás). Az értékekre törekvés és az ösztönök között a logoterápiás megközelítés is lát összefüggést, de olyan módon, hogy az értékekre törekvésbe az ösztönök „tápláló energiaként” folynak bele és ezeket a felettük rendelkezni képes Én veti be. (FRANKL 2012: 38-54., 1997: 34-38., 226-227.)

A pszichoanalízis alapvető célja, hogy felszámoljuk az elfojtásokat és ahol az ösztön-én van, ott az én legyen, a tudattalan tartalmak tudatossá váljanak. Az individuálpszichológia pedig arra törekszik, hogy felelőssé tegye a neurotikus a tüneteért, mivel a tünetet „egyezségként”, a neurotikus ember társadalom előtti és önmaga előtti felmentési kísérleteként fogja fel. A pszichoanalízis célja kibékíteni a beteget a valósággal, az individuálpszichológia ezzel szemben megköveteli, hogy az

egyén alakítsa is ezt a valóságot. Az individuálpszichológiában ugyan megjelenik a *felelős-lét* hangsúlyozása, de ezt nem jól értelmezik: a valóság alakítása iránti felelősséget, a becsvágy, a hatalom akarásának kiélését értik alatta. A pszichoanalízis a „kausalitás” kategóriája alapján fogja fel a lelki tevékenységet, ehhez képest az adler-i koncepcióban tételezett „finalitás” előrelépést jelent, de fontos lenne Frankl szerint a „*kellene*” kategóriájának bevezetése is: nem csupán az élet külső alakításán van a hangsúly, hanem *valaminek a beteljesítésén*. Az embert nem a gyönyör akarása és nem is a hatalom akarása jellemzi elsősorban, hanem az *értelem akarása*. (FRANKL 1997: 19-27.) Frankl többek között a szeretetet (szerelmet) hozza példának, illusztrálva a freudi és az adler-i elmélet problémáit: a szerelmet az egyik pusztá (szublimált) szexualitássá degradálta, a másik közösségi érzéssé, szocialitássá. A valódi szerelem esetében azonban nem a másik testi vagy lelki vonásait, belső tulajdonságait szeretjük, hanem a szellemi személyt a maga egyediségében és egyszeriségében. Az Én szeretete mindig egy Te iránti szeretet, míg az ösztön-én csak egy Akárcikre lel. (FRANKL 2012: 54-56.) A szeretni-tudás előfeltétele a szublimációnak, nem pedig annak eredménye Frankl felfogásában: az Én-nek a Te-re irányulása a feltétele annak, hogy megtörténjen a szublimáció, amely a szexualitásnak a személy egészébe való integrálása. (FRANKL: 1997: 22.)

### Az egzisztenciális vákuum, a noogén neurózis és a logoterápia

A pszichológusztikus megközelítések (mint a pszichoanalízis és az individuálpszichológia) – mivel az ember szellemi dimenzióját nem veszik figyelembe – nem tudnak mit kezdeni a „szellemi ínség” állapotával, amikor a páciens azért fordul szakemberhez, mert nem talál értelmet az életében. Ennek alapja az ember „metafizikai” szükséglete, az „*értelem akarásának*” *szükséglete*, amelyben a mindent pusztán pszichológiai jelenségekre redukáló *pszichoterápia csak egy neurotikus tünetet lát*, és ennek megfelelő módon fogja kezelni (és ennek eredménye az ilyen szükséglet elfojtása lehet). Megbetegedni csak a pszichofizikai organizmus tud – mutat rá Frankl – a szellemi személy nem. Ugyanakkor – tehetjük hozzá –, az értelemnélküliség akár elvezethet a pszichofizikum megbetegedéséhez is, másfelől az élet értelemmel telítettsége hozzájárul a pszichofizikai egészség megőrzéséhez.

(FRANKL 2012: 15-20) Frankl a „szellemi ínség” mellett az *egzisztenciális vákuum*, illetve az *egzisztenciális frusztráció* fogalmát használja annak az állapotnak a leírására, amikor az embert értelmetlenség-érzés hatja át (az embernek az állattal ellentétben nem mondja meg az ösztöne, hogy mi kell tennie és a modernitásban már a tradíció sem jelent segítséget). Az egzisztenciális frusztráció önmagában még nem betegség, hiszen arra készítheti az egyént, hogy átgondolja az életét és megpróbálja megtalálni saját élet-értelmét. De ha nem ezt teszi, könnyen a *konformizmus* vagy a *totalitarizmus* csapdájába eshet: mivel nem tudja, hogy mit akar, ezért az első esetben azt akarja, amit mások is, a másodikban pedig azt teszi, amit mások akarnak tőle. Az egzisztenciális frusztráció a múlt és a jövő, az emberi létezés „történetisége”, időbelisége elől az állandó jelenidejűség, a mámor állapotába menekülést és így *függőségek kialakulását* is eredményezheti (pl. drogfüggőség, alkoholizmus). (FRANKL 1997: 27., 52-53., 2005: 151-165.) Kialakulhat továbbá, testi és lelki tüneteket produkálva az ún. *noogén neurózis*, amelyet Frankl vezetett be, megkülönböztetve a jelenséget a pszichogén neurózisoktól (FRANKL 1997: 28-29.). A hagyományos pszichiátria nem használja ezt a fogalmat, az általános pszichiátriai kategóriák közül a noogén neurózis a reaktív depresszióval és a nárcisztikus zavarral mutat hasonlóságot, az ilyen neurózisban szenvedő ember lehangolt, csökken a teljesítménye, az aktivitása, elbizonytalanodik, megkérdőjelezi önmaga értékes voltát (KURZ 2013: 17.). Frankl az 1946-ban publikált *Orvosi lélekgondozás (Ärztliche Seelsorge)*, (FRANKL 1997) című művében írta le először ezt a neurózist, amely napjainkra még inkább jellemző, kutatások szerint kb. a neurózisok 30-40 %-át teszi ki (KURZ 2013: 18.). Fontos rámutatni továbbá, hogy az egzisztenciális frusztráció táptalaja lehet más jellegű, pszichogén neurózisoknak is (szorongásos neurózis, kényszerneurózis, szexuális neurózis). A logoterápia, mint szellemi megközelítésű pszichoterápia (amely nem mélylélektan, hanem „magaslélektan” akar lenni, FRANKL: 2005: 155.) segítséget nyújthat az egzisztenciális frusztrációt átélőknek, noogén neurózis esetén pedig a legmegfelelőbb kezelési mód. A *paradox intenció* és a *dereflexió*, mint logoterápiai módszerek eredményesen felhasználhatók a pszichogén neurózisokban szenvedők esetében, továbbá a pszichózisoknál (pl. skizofrénia) kiegészítő kezeléseként alkalmazható a logoterápia.

## Az általános egzisztenciaanalízis főbb megállapításai

### **Az élet értelmére irányuló kérdés, a felettes értelem**

Az egzisztenciaanalízis szempontjából az élet értelmére vonatkozó kérdés *sajátosan emberi kérdés*, amellyel kapcsolatban nem tartható Freud azon felfogása, hogy aki felveti az élet értelmének és értékének kérdését, már beteg is (idézi: FRANKL 1997: 27.). Ugyanakkor vannak olyan periódusok az életben, amikor az élet értelmének kérdése *radikálisan* merül fel: ilyen időszak a serdülőkor, ha valakinek egy súlyos betegséggel, vagy éppen egy közeli hozzátartozójának elvesztésével kell szembenéznie. Ekkor *szükség van szellemi támaszra*: a logoterápia az egzisztenciaanalízis révén ezt nyújthatja, illetve a már neurózisokban szenvedő embereknél is segíthet helyreállítani a „szellemi tartást”. (FRANKL 1997: 51-55.).

Tegyünk egy kis kitérőt, áttekintve napjaink néhány vonatkozó problémáját. A pszichológusok beszámolóí szerint manapság valóban gyakoriak az *identitásproblémák*, amelyek nyilván összefüggésben vannak a Frankl által tematizált értelem-kérdéssel. Nem önmagában a serdülőkori identitáskrízissel van baj, hiszen ez elvezethet a szilárd identitás megtalálásához (ennek fontosságát emelte ki pszichológiájában Erik H. Erikson). A problémát az identitás kialakításának sikertelensége miatt létrejövő *identitásdiffúzió* állapota jelenti, vagy a *korai zárás* jelensége, amikor valaki túl korán és kellő átgondoltság nélkül azonosult bizonyos szerepekkel. Tringer László pszichiáter James Marcia modelljét felhasználva elemzi az identitás problémáját és az *elköteleződés* fontosságát hangsúlyozza. Ennek elemei: *igent mondani* (egy életpályára, egy hivatásra, egy személyre, egy vallásra, stb.), *a jövőre feszülés* és az *aktív részvétel*. Tringer arról ír, hogy a gyakorló pszichiáterek elköteleződni nem tudó fiatalok tömegeivel találkoznak. Az elköteleződés hiányának hátterében különböző személyiségbeli problémák álnak, ezek közül néhány: az individuáció szélsőséges foka (az egyén csak a saját érdekeit nézi), a hosszú távú célok hiánya, a döntési kényszerek (pl. pályaválasztás, tartós kapcsolatok) halogatása, a gyakori váltások, az élődiség, a szeretetkapcsolatra való képtelenség (a birtoklás, az Én kiszolgálása áll a középpontban). (TRINGER: 2005:

121-132.) Itt nyilván az egyéni értelem-megvalósítás elodázásáról van szó. A szilárd identitás, mint elköteleződés feltételezi az értelmes élet „kereteinek” kialakítását. Az autonóm értékválasztások ellen hatnak ugyanakkor a divatos (üzleti érdekek miatt manipulált) tömegkulturális értékek, életelvek: élvezd az életet, a fogyasztásban találd meg az önmegvalósításodat, törekedj a minden áron való sikerességre. Az egyéni élet-értelem kialakításának hiánya szélsőséges konformizmust eredményezhet, de az élvezet-függőség, mint menekülés is gyakori ebben az esetben. Fennáll a veszélye továbbá annak, hogy az egyén valamilyen totális hatalomnak (pl. egy szélsőséges vallási vagy politikai szervezetnek) való alávetettségben „találja meg” önmagát.

Frankl szerint, ha általánosan tesszük fel az élet értelmének kérdését (mi az élet értelme általában), akkor erre nem tudunk, mert nem is lehet válaszolni. Az ilyen kérdés mindig csak *konkrét* lehet: csak *ad personam* és *ad situationem*, egy meghatározott személyhez, és egy adott szituációhoz kötötten tehető fel. Minden egyes személyes helyzetnek saját értelembeteljesítés felel meg. Az élet értelmére irányuló kérdésre felelnünk kell, a válaszon kell munkálkodnunk. (FRANKL 2012: 89-90) Frankl hangsúlyozza, hogy az élet értelmének kérdését akkor tudjuk jól megválaszolni, ha arra figyelünk, hogy az élet milyen kérdéseket tesz fel nekünk: valójában *az élet tesz fel nekünk kérdést, amelyre válaszolnunk, felelnünk kell, felelőssé kell alakítani az életünket.* (FRANKL 1997: 82.) Amikor Frankl azt mondja, hogy az élet értelme az élet, akkor az első esetben a faktikus életre (az életre mint adottságra), a másodikban a fakultatív életre (az életre mint feladatra) gondol: a faktum értelme a fakultatívum. A „legyél azzá aki vagy” felszólítás azt jelenti, hogy *legyél azzá, akivé egyedül te válhatsz.* (FRANKL 2012: 88-89.)

Akkor tudom tehát megtalálni az életem értelmét, ha arra figyelek, én miért, milyen értelem beteljesítéséért (azaz értékek megvalósításáért, lásd erről bővebben lent) vagyok felelős az adott helyzetben. Az értelem nem szubjektív, hanem relatív, relációban van az adott személlyel és azzal a helyzettel, amelybe ez a személy került. Frankl *értelemkeresésről* és *értelemtalálásról* beszél, tehát *feltételezi, hogy a világban van értelem* (nem mi visszük bele azt a világba), ez egy meghatározott ember számára egy meghatározott szituációban megtalálható. Minden kérdésre egy

helyes válasz van, *minden élethelyzetben egy adott ember számára egy igazi értelem van*: ezt nem kitaláljuk (adjuk), hanem megtaláljuk. Mi segíti ebben az embert? A *lelkiismeret*, mint sajátosan emberi jelenség, amelyet Frankl az „értelem szerveként” ír le: olyan *intuitív képesség*, amely a minden helyzetben benne rejlő egyszeri és egyedi értelem felkutatásához segít hozzá. Ugyanakkor a lelkiismeret nem tévedhetetlen, de a tévedés lehetősége ellenére meg kell kockáztatnunk a lelkiismeretnek való engedelmességet: hogy ezt tesszük-e vagy sem, az tőlünk függ, az emberi szabadságból adódóan. A morális és az etikai értékek általános értelem-univerzálék (ezeket „értelmezési” értékeknek neveztük az előző fejezetben), amelyek közül – hiszen az élethelek ellentmondásban is állhatnak egymással –, egy konkrét helyzetben választanunk kell, az adott helyzet kívánalmainak megfelelően, ezt lelkiismeretünkre tekintettel kell megtennünk. A lelkiismeret módszeres elnyomása konformizmushoz (és totalitarizmushoz) vezethet. A lelkiismeret *irracionális* jelenség (Frankl „etikus ösztönről” is beszél), *tudattalan alapon gyökerezik*: az ember nagy egzisztenciális döntései gondolkodás nélkül, tudattalanul történnek, ezeket csak utólag racionalizáljuk. Frankl a lelkiismeretet párhuzamba állítja a szerelemmel és a művészettel, a két utóbbi esetben is az intuíciónak van szerepe, mindegyik jelenségre az jellemző, *hogy a szellemi én a tudattalan szférába*, mint saját alapjába merül. (FRANKL 1997: 66-70., 2005: 69-77.)

A fentiek alapján az élet értelmére irányuló kérdés mindig csak egy adott személy és adott szituáció vonatkozásában tehető fel, de az ember hajlamos rákérdezni az *értelem alapjára is*: értelmes-e a világ, ha igen, miért az? Frankl szerint az Egésznek nem értelme, hanem *felettes értelme* (Übersinn) van, amely értelmén túli, *az emberi értelem számára megragadhatatlan*. Mivel a felettes értelem bizonyíthatatlan, ezért csupán *hihetünk benne*, ha máshogy nem, valamiféle határfogalomként, a vallásos ember a felettes értelmet Istenként határozza meg. (FRANKL 1997: 55-59., 2012: 90-95.) A frankl-i felfogásban valójában a felettes értelemben való hit nem csupán az ember lehetősége, ebben hinnünk *kell*, hiszen ha értelemtalálásról és nem értelemadásról beszélünk, ezzel azt is mondjuk, hogy a világban értelem, az egyes ember számára adott értelem van, amely csak akkor feltételezhető, ha annak valamilyen alapja van. Számos szerző nem fogadja el ezt a felfogást és úgy vélik, hogy az értelemmel nem rendelkező világba *az ember vihet értelmet az értelemadás*



aktusával (pl. Nicolai Hartmann is erről ír, lásd erről: SÁRKÁNY 2008: 138-149.) Sartre és Camus filozófiájukban az ember „magára hagyottságát”, a világ értelemnélküliségét, a felettes értelem hiányát hangsúlyozzák. Camus a *Sziszüphosz mítosza* című művében azt írja, hogy az abszurd az ember és a világ viszonyából következik, abból, hogy az ember értelmet akar vinni az irracionális világba, de az ember hívó szavára a világ esztelen csöndje a válasz. Camus szerint az abszurditásból nem az öngyilkosság következik, amely csupán menekülés az abszurd elől: az emberhez egyedül méltó álláspont *szembenézni az abszurdal*, az életünkkel életet lehelni bele, követelni a megvalósíthatatlan érthetőséget, tehát *lázadni az abszurd ellen*. (vö. CAMUS: 1991). Frankl kifejezetten elutasítja ezt a felfogást, miszerint az életünk értelme az, hogy magunkra vegyük a világ értelmetlenségét. (FRANKL 2012: 92.) A logoterápiában tehát a felettes értelembe vetett hit az értelemtalálás feltételeként hangsúlyozódik: „Legyen a felettes értelem határfogalom vagy vallásosan értett Gondviselés, magától értetődik, hogy a beléje vetett hit kitüntetett lélekgyógyászati és pszichohigiéniai jelentőségű.”, illetve: a „felettes értelembe vetett hit maga az értelem”. (FRANKL 1997: 58. és 2012: 93.) Frankl bizonyos műveiben a felettes értelmet kifejezetten Istennel azonosítja, könyvet írt *A tudattalan Isten* címmel (FRANKL: 2002), de más írásaiban is foglalkozik teológiai kérdésekkel, pl. elutasítja az antropocentrikus (Istent, illetve az ember istenképűségét tagadó) humanizmust, de az antropomorf Isten-felfogást is. (Lásd erről: FRANKL: 2012: 129-176.) A szellemi tudattalanhoz kapcsolt lelkiismeretről *A tudattalan Isten*-ben azt állítja Frankl, hogy a *transzcendencia hangja*, általa egy emberen kívüli instancia szólal meg, a lelkiismeret pszichológiai ténye egy transzcendens jelenség immanens aspektusa (a lelkiismeretünk tévedését ez alapján csak úgy értelmezhetjük, hogy nem megfelelően figyeltünk a transzcendencia hangjára). A nem hívő embernek is van lelkiismerete, felelőssége, de ezek eredetére nem kérdez rá. (FRANKL 2002 42-49., Frankl és Heidegger lelkiismeret-felfogásának összevetését lásd: SÁRKÁNY 2008: 149-159.) Frankl kiemeli, hogy teológiai gondolatai nem képezik a logoterápia részét, mert annak minden betegre alkalmazhatónak kell lennie, függetlenül attól, hogy vallásos-e, vagy nem az: a logoterápiában a felettes értelem csak mint határfogalom jelenik meg.

Talán kívánatos lenne a logoterápia olyan felfogása, amely azon páciensek

világfelfogását is akceptálja, akik nem csak Isten létezését kérdőjelezzik meg, de elutasítják a határfogalomként értett felettes értelemben való hitet is, és a világ értelemnélküliségét tételezik. Esetükben az értelemtalálás lehetőségei helyett az *értelemadás* lehetőségeiről kell beszélnünk. De használhatjuk a keresés és a találás kifejezéseket is: csak most a keresés a *megfelelő értelemadási módok keresését* jelenti, a találás pedig a *megfelelő értelemadási módokra való rátalálásként* értelmeződhet.

### A felelős-lét, az élet-értelem beteljesítése értékek megvalósítása által

A logoterápia egzisztencia-analízisként a *felelős-létet* próbálja tudatosítani az emberben. A felelősség valamilyen *értelemmel szembeni* felelősség, illetve mivel az értelem beteljesítése értékek megvalósítása révén történik, ezért *értékek realizálásáért* viselt felelősség. Frankl a felelősségről írva rámutat, hogy a felelősség az, amire az embert ránevelik („ziehen”), és ami alól az ember „kivonja magát” („entziehen”): mindez arra utal, hogy az emberben vannak olyan ellenerők, amelyek a saját felelősség vállalásának elutasítása irányába hatnak. A felelősségben van valami félelmetes: rajtam a döntés terhe, hogy megragadom-e az adott pillanatban lévő lehetőséget, vagy elszalasztom örök időkre. Ugyanakkor valami felemelő is van benne: amit a saját döntésem által létrehozok a világban, azt bemenekítem a valóságba, megmentve ezzel a múlandóságtól. (FRANKL 1997: 51., 59.) Az egzisztenciaanalízisként felfogott logoterápia során a terapeuta a pácienszt ráébreszti *az élet feladat-jellegére*, tehát arra, hogy az értékek megvalósítása miatti felelőssége mindig valamilyen specifikus feladat beteljesítéséért viselt felelősség. Minden embernek egyedi célja van, és ennek eléréshez egyedi út vezet: annak, aki úgy érzi, hogy már nincs feladata az életben, éppen az az első feladata, hogy rátaláljon a saját igaz feladatára. Frankl szerint mindenki képes – és csak ő maga képes rá – megtalálni a saját életének egyedi értelmét. A logoterápia legfőbb célja tehát, hogy az egzisztencia konfrontálódjon a logossal (az értelemmel). Vannak olyan megközelítések, amelyek szerint a terápia célja csak az lehet, hogy a legalacsonyabb feszültségi állapotot állítsuk helyre, így a pácienszt meg kell kímélni az értelemmel való szembesüléstől (a pszichoanalízis, de Jung felfogását is ide sorolja Frankl). A logoterápia nem a minden áron való feszültség-redukcióra

törekszik. A pszichodinamikával szemben a logoterápiában *noodinamikáról* beszélünk: ami *a van és a kellene* közti feszültségmezőben kialakuló dinamika, amely feltételezi a szabadságot: az értékek vonzanak (nem hajtanak, mint az ösztönök), de egy adott érték felszólítására igent és nemet is lehet mondani. Frankl úgy látja, hogy minél redukáltabb a noodinamikából adódó feszültség, annál veszélyeztetettebb az egyén: az ember értelemre irányultsága a lelki egészség mértékének tekinthető. A logoterápia nézőpontjából az ember célja – ahogy már említettük – nem az öröm akarása, de nem is a hatalom akarása, az adler-i pszichológia által megnevezett cél. Ugyanakkor nem is pusztán a humanisztikus pszichológia szerinti (pl. Maslow, Rogers) önmegvalósításról van szó. A cél az értelem akarása, az ember csak akkor valósítja meg önmagát, amikor értelmet teljesít be (az önmegvalósítás az értelembeteljesítés eredményeképpen jön életre). (FRANKL 1973: 45-57., 1997: 73-92.) Az értelem akarása nem ösztön, de voluntarizmusként sem szabad felfogni, ez inkább azt jelenti: „engedni az értelemnek, hogy magától felvillanjon, s átengedni az akaratnak, hogy akarja ezt az értelmet.” (FRANKL 1997: 86.)

Vannak, akik szerint a *halál* ténye megkérdőjelezi az élet értelmességét. Az egzisztenciaanalízis során azonban egyértelművé válik, hogy ennek pont az ellenkezője igaz: a végesség értelmet ad az emberi életnek, nem megfosztja attól. A halál arra kényszerít bennünket, hogy *kihasználjuk életidőnket* és az egyszeri lehetőségeket ne hagyjuk elmúlni. Ha halhatatlanok lennénk, bármeddig elhalaszthatnánk a cselekvést, az értékek megvalósítását, nem lennénk arra rákényszerítve, hogy itt és most tegyünk meg valamit. Az ember nem tudhatja, hogy mennyi ideje van hátra, ez arra készíti, hogy minél több értéket realizáljon. Még ha valaki a kitűzött céljait nem is tudta a maga teljességében elérni, de értékek megvalósítására törekedett, értelmes életet élt: az élet „*töredék-jellege*” mondja Frankl Simmelre hivatkozva, nem csorbítja az élet értelmét. Az emberi élet végessége, időbelisége tehát értelme szempontjából konstitutív. (FRANKL 1997: 92-96.) Az emberi személy élete nem csak *egyszeri* élet, hanem *egyedi* élet is. Az ember ugyan tökéletlen lény, de ebből következik egyedisége: mindenki a maga módján tökéletlen. Minél differenciáltabb az egyén, annál kevésbé „normális”, azaz felel meg valamilyen szabványnak. Ugyanakkor az ember egyéniségének a

társadalomra kell irányulnia, az egyéniség értelme attól függ, hogy milyen értelemmel bír a társadalom mint egész szempontjából. Frankl megkülönbözteti a *tömeget* és a *közösséget*: amíg a közösségben az ember megőrizheti egyediségét és értelmet valósíthat meg, addig a tömegben az egyedi egzisztencia „feloldódik”, így elveszti az értelmét. A közösséget felelős személyek alkotják, a tömeget pedig a felelősségük és így az értelem-megvalósításuk elől menekülő személytelen lények. (FRANKL 1997: 96-100.)

Az emberi személy tehát egyszerűségéből és egyediségéből következő feladata megvalósításáért felelős. Ez minden helyzetben más és más lehet: a közös elem, hogy mindig értékek megvalósításáról van szó: az élet értelmének beteljesítése *értékek realizálásán* keresztül történik. Frankl *három alapvető érték-kategóriát* különböztet meg. A három érték-kategória közül az első az *alkotói értékek* csoportja: ilyen értékeket valósítunk meg, ha valamiképpen alakítjuk a világot, létrehozunk egy alkotást, véghezviszünk egy teljesítményt. A második érték-kategória az *élmény-értékek* kategóriája: ezeket valaminek az átélésével valósítjuk meg, pl. a természeti vagy a művészeti szépség átélése során. Itt most nem mi gazdagítjuk a világot, hanem önmagunkat gazdagítjuk. Harmadikként Frankl a *beállítódási értékeket* nevezi meg: ezeket létünk korlátozásaival szembeni beállítódásunk során realizáljuk. A megváltoztathatatlan sorssal szembeni beállítódásról van szó: pl. a méltóság megőrzése kudarc esetén, bátorság tanúsítása a szenvedés során. Vannak olyan emberi helyzetek, amikor alkotói érték megvalósítására már nincs lehetőségünk, élmény-értékeket ettől még realizálhatunk. Ha már erre sincs lehetőségünk a megfelelő beállítódás kialakításával továbbra is lehetőség van az élet-értelem beteljesítésére. Frankl szerint a tragikus triász, a szenvedés, a bűn és a halál átalakíthatók pozitívummá, teljesítménnyé, ha megfelelő a beállítódásunk. (FRANKL 1997: 70-73., 2012: 95-97., 2005: 267-268.)

Kiegészítésként felvethető esetleg, hogy az alkotói érték-kategóriát kifejezetten a (mások jól-létéhez) hozzájáruló önkiteljesítéssel kapcsolatban használjuk, és külön beszéljünk „*viszonyulási*” értékekről, mint az élet *fiziológiai és társas* aspektusaihoz fűződő viszonyról. A frankl-i alkotói értékmegvalósítás, ha azon a világ tágabban vett „alakítását” értjük, elvileg mindkét összetevőt tartalmazza, de mégis inkább az előbbi

jelentés (a szűkebben vett alkotótevékenység) hangsúlyozódik Frankl ezzel kapcsolatos utalásaiban. A szenvedéshez való viszony nem tartozik a „viszonyulási értékek” közé, mert az külön kategóriát képez (beállítódási értékek). Megjegyezhetjük továbbá: az élményértékeket sem kifejezetten csak szellemi élményekkel (tudás, művészet, spiritualitás) hozhatjuk összefüggésbe, hiszen az emberi kapcsolatok számos pozitív élmény forrásai lehetnek, illetve a fizikai élményeket is ide sorolhatjuk, amennyiben ezeket nem pusztán szükséglet-kielégítésként foguk fel, hanem a „szellemi” dimenzió is jelen van (az élmények forrására való szellemi irányulás, lényegében arról van szó, amit Csíkszentmihályi flow élményként ír le). Az előző fejezetben a jól-lét aspektusainak leírásakor a frankl-i alkotói és élményértékeket szűkebben értelmeztük (mint önmegvalósítás, illetve mint tudás, művészet, spiritualitás), de releváns lehet a frankl-i elméletnek az imént kifejtett felfogása is.

A három (illetve ha külön vesszük a „viszonyulási” értékeket, akkor négy) érték-kategória *értelem-megvalósítási módokat, irányokat* rögzít. A morális és etikai értékek ahhoz nyújtanak segítséget, hogy miként töltsük ki tartalommal, hogyan *értelmezzük* ezeket. Az egyénnek, sajátos helyzetében meg kell válaszolnia a konkrét értékmegvalósítással kapcsolatos – Frankl szerint: az élet által feltett – kérdéseket, pl. hogy milyen alkotói tevékenység(ek) megvalósítására törekszik, miként viszonyul az egyes élethelyzetekhez és embertársaihoz, milyen élményekre törekszik, mit jelent számára a megváltoztathatatlan szenvedéssel szembeni megfelelő beállítódás. A morálfilozófiai és különösen az erkölcsi minimum-elvárásokon túli követelményeket megfogalmazó etikai felfogások ezek megválaszolásához adnak támpontokat. Abban segíthetik az egyént, mint a logoterápia, tehát hogy az ember racionálisan is belássa, helyes a lelkiismeretének iránymutatása (vagy ha nem a frankl-i lelkiismeret-fogalmat használjuk: olyan értelmet tud adni életének, amelynek helyességét „átérzi”) és vállalja a felelősséget egyéni életfeladataiért.

Elisabeth Lukas az *alkotói értékek és az élmény-értékek* megvalósításának alapvető mechanizmusait írja le. Az alkotói értelembeteljesítés fokozatai: *látomás – felismerés (kogníció) – érzelem*. Ez mindig valamilyen nem-Én-re irányuló vízióval kezdődik, ennek létrehozása érdekében intellektuális felismerések szükségesek, és az alkotói

tevékenység hatására megváltoznak az érzelmek is (vállalkozó kedv, várakozásteljes öröm, beteljesülés). Bár Lukás azt írja, hogy az alkotás háttérében mindig ott kell lennie a szeretetnek, valamilyen konkrét Te számára hozzuk létre az alkotást, erről azonban minden esetben nem beszélhetünk, de az biztos, hogy valamilyen nem Én-re irányulunk, ez lehet önmagában az alkotás tárgya is (a célunk az, hogy a legtöbbet kihozzuk belőle), amivel a világot gazdagítjuk. Élmény-értékek realizálása során Lukás szerint az értelemfelfedezés következő fokozatairól kell beszélnünk: *élmény – elragadottság – felismerés*. Lukás rámutat továbbá a kétféle értelembeteljesítés közötti kapcsolatra: sok esetben az alkotáshoz szükséges „látomás” valamilyen élményre (illetve az azt követő felismerésre) vezethető vissza, az alkotás befogadása pedig élményeket eredményez. (LUKÁS 2008: 13-35.)

Néhány gondolat a *beállítódási értékekről*. Az emberi lét azért felelős-lét, mert *szabad lét*: a felelősséget csak akkor tételezhetjük, ha elismerjük az ember szabadságát. Az ember ugyanakkor személyes sors-teréből nem léphet ki – állítja Frankl. A szabadság és az egyéni sors nem zárják ki egymást, a szabadságot az egzisztenciaanalízisben úgy kell látnunk, mint *szabad viszonyulást a sorshoz*. Sorszerűnek tekinthetjük a megváltoztathatatlan múltat, de az ember szabadon foghatja fel ezt fel: a múlt segíthet a jelen megértésében, de azt nem szabad hagyni, hogy kizárólag a múlt határozza meg a jövőt. Frankl az elmulasztott lehetőségekkel hozza összefüggésbe az elmúlást: amit nem valósítottunk meg, az elmúlt, amit viszont megtettünk, az megőrződik a múltban, mint „a »volt«-ban megmentett valóság”. (FRANKL 1997: 100-104.) A személy adottságaira mint *biológiai sorsra*, a körülményekre mint *szociológiai sorsra* hivatkozhatunk, továbbá *pszichológiai sorsról* is beszélhetünk, amely a kötött lelki beállítottságokat jelenti. Az emberi szellem mindhárom sorsszerűséggel szemben szabad, *szabadon alakíthatja ki a beállítódását*, pl. valamilyen testi fogyatékosságával kapcsolatban, de a legszörnyűbb, legembertelenebb körülmények között is képes erre, illetve a lelki betegségekkel kapcsolatban is nagyobb vagy kisebb mértékben megmarad a szabad beállítódás lehetősége. Az *átállítódás* fogalma a beállítódás időbeni megváltozását jelenti: az átállítódáshoz kapcsolódik nevelés, önnevelés, a legtágabb értelemben vett lélekgyógyászat, de a vallási megtérés is átállítódást jelent. (FRANKL 1997: 104-120.)

## A szenvedés értelméről

Az egzisztenciaanalízis – ahogy a fentiekből is nyilvánvaló –, a szenvedésben értelemlétehetőet lát: ha megfelelő beállítódást alakít ki a személy a szenvedéssel kapcsolatban, akkor értéket valósít meg és ezzel értelmet teljesít be. A szenvedés problémájával Frankl több művében foglalkozott, *A szenvedő ember (Homo patiens*, FRANKL: 2012) című könyvének B. fejezete részletesen megvilágítja a szenvedés jelenségét. A szenvedés értelmének kérdése sem vethető fel általában, a teodiceára irányuló kérdés – hogy miért van a világban szenvedés – megválaszolhatatlan, hiszen ez a világ értelmére irányuló kérdéshez vezet el. Csupán a *patodicea* problémája vethető fel, amely azt vizsgálja, milyen értelmet találhat az ember a szenvedésben. (FRANKL 2012: 173.)

Az újkortól a nyugati civilizációban *a szenvedéstől való menekülés* a jellemző: az actio és a ratio, az aktivitás és a racionalitás segítségével az ember megpróbálta eltüntetni a szenvedést a világban. A szenvedés csökkenthető, de eltüntetni soha nem lehet: ha a megváltoztathatatlan szenvedést nem vagyunk hajlandóak tudomásul venni, a benne foglalt értelemlétehetőet szalasztjuk el. Márpedig az élet passiójellegével szembe kell néznünk: az emberre ne csupán mint homo sapiensre vagy homo faberre tekintsünk, hanem mint *homo patiensre* is. Frankl megfogalmazza a „Pati aude!”, „Merj szenvedni!” imperatívuszát. A szenvedésképesség azt jelenti, hogy a megváltoztathatatlan szenvedést el kell fogadni, megfelelő beállítódást kell kialakítani vele kapcsolatban. Mit jelent ez a megfelelő beállítódás? Általánosságban azt mondhatjuk, hogy a szenvedés elfogadásához a szenvedésre kell irányulni, ahhoz viszont, hogy a szenvedés intendálható legyen, transzcendálni kell. Ez azt jelenti, hogy a szenvedésnek akkor van értelme, ha *a szenvedésen keresztül valami másra irányulunk, ami nem azonos vele: valamiért vagy valakiért szenvedünk*. Az értelmes szenvedés tehát mindig túlmutat önmagán, azaz: *áldozathozatal*. (FRANKL 2012: 108-110.)

Frankl azt is kiemeli, hogy az áldozathozatal a halálnak is értelmet adhat, a koncentrációs táborban a nélkülözések ellenére azért lángolnak fel a filozófiai viták, mert a foglyok a halálra készülve azért küzdöttek, hogy halálukat áldozattá

nemesítsék. Fontos rámutatni, hogy csak a *megváltoztathatatlan, szükséges szenvedésnek* lehet értelmet adni, a szükségtelen, haszontalan, öncélú szenvedésnek nem. A mazochista szenvedése értelem nélküli, ahogy az olyan emberé is, aki azért szenved látványosan, hogy rá irányuljon a figyelem. Ugyanakkor bizonyos esetekben az önkéntes szenvedés is lehet szükségszerű: a mártír feláldozza magát valamiért, valakiért, a vezeklő pedig önként okoz magának szenvedést, hogy ilyen módon bünbánatot gyakoroljon. Frankl a fájdalomcsillapítást a haldokló beteg esetében az orvos feladatának tekinti, az eutanáziát, tehát a szenvedés megszüntetését a beteg halálának elősegítése által, viszont már elutasítja. Ekkor az élet megszüntetésével elveszük a betegől azt a lehetőséget, hogy értelmet valósítson meg a szenvedése ellenére is, a szenvedéséhez való megfelelő beállítódás révén. Frankl ugyanakkor utal arra is, hogy a fájdalomcsillapítás bizonyos esetekben elősegíti a halál bekövetkeztét (ezt a bioetika indirekt aktív halálba segítségnek nevezi, amely nem eutanázia, hiszen az csak szándékos lehet). Az orvos egyéni lelkiismeretén múlik egyrészt, hogy eldöntse, mikor nem lehet már segíteni a betegen és a szenvedés enyhítése az egyetlen lehetőség, másrészt, hogy milyen mértékben és módon látja indokoltnak a szenvedés csillapítását. (FRANKL 2012: 111-123.)

A szenvedéshez való megfelelő beállítódás, tehát a szenvedés mint áldozathozatal, *teljesítményt* és *növekedést* jelent. Az ember bizonyos körülmények között már nem képes arra, hogy kívülről alakítsa sorsát, de a sors *belső leküzdésének* lehetősége adott: a feladat pl. egy gyógyíthatatlan betegség esetén annak tisztázása, hogy mi az, amit ki lehet hozni ebből az állapotból. A szenvedés ráébreszti az embert belső szabadságára, ami *belső éréssel* jár. Frankl rámutat továbbá, hogy a szenvedés *gazdagodás*: a szenvedő ember az „igazság irányába növekszik”, ennek etikai méltósága és metafizikai relevanciája is van: a világ átláthatóvá válik. (FRANKL 2012: 100-106.)

A *megbánásnak* és a *gyász*nak is megvan a maga értelme. A megbánásnak az, hogy egy külső történést a belső történésemben meg nem történtté tesz (eltörölni nem lehet, de felülemelkedni rajta igen, ez az erkölcsi értelemben vett újjászületés feltétele). A



gyász, éppen ellenkezőleg, annak lehetőségét jelenti, hogy az elmúltat valamiképpen fenntartsuk (egy elvesztetett szeretett személyt a gyász a belső időben megőrzi). (FRANKL 1997: 122-123.)

Frankl azért is írhat hitelesen a szenvedésről, mert életének egy szakaszában borzalmas szenvedéseket élt át: 1942 és 1945 között náci koncentrációs táborok foglya volt. Erről az időszakról, értelmezéséről külön kötetet publikált ...*mégis mondj igent az életre!* (...*trotzdem Ja zum Leben sagen*, FRANKL: 2007). E könyv a „lágérirodalom” egy meghatározó darabja, részletesen bemutatja a koncentrációs táborok világát, megtudhatjuk belőle, milyen pszichikai állapotban voltak a foglyok a táborba való felvételnél, hogyan teltek a tábori élet hétköznapijai és milyen érzések töltötték el azt, aki végül túlélte a borzalmakat. Ezen túlmenően mindennek logoterápiai megközelítését is megtaláljuk a kötetben. Frankl leírja, hogy a kezdeti sokkélvány után az apátia és az ingerültség lesz leginkább jellemző a foglyokra: a belső kiüresedés állapotába kerülnek, az alapvető szükségletek hiánya pedig ingerültséghez vezet. A foglyoktól elvesznek mindent, még a nevüket is, egy számmal jelölik őket csupán. Nehéz fizikai munkát kell végezniük a legembertelenebb körülmények között. A foglyok folyamatosan a fiziológiai szükségletek kielégítetlenségének állapotában vannak, éheznek, fáznak, a szexuális ösztöntörekvések szinte teljesen eltűnnek, az emberek legfőbb vágya, hogy táplálékhoz jussanak. Érzelemhiányban, szeretethiányban szenvednek, kisebbségi érzés kínozza őket: míg korábban voltak valakik a társadalomban, itt azt élik meg, hogy pusztán számok (kivéve egy kisebbség, a kápók, a szakácsok, a táborvezetők, akik a foglyok közül kerülnek ki: ők nem érzik deklasszálnak magukat, azt bizonyítják folyton, hogy ők valakik, kicsinyes cezarómánia fejlődik ki bennük sok esetben). Az intellektuális érdeklődés visszaszorul a foglyokban (a politikáról beszélgetnek a szabadulási esélyeiket mérlegelve, olykor „művészi” produkciókat adnak elő egymás szórakoztatására), kivéve a vallási jellegű megnyilvánulásokat, az Istenkeresés és értelemkeresés nagyon is jelen van. (FRANK 2007: 53-64., 97-101.) A fogvatartók célja a rabok *elszemélytelenítése*, eldologiasítása. Azonban minden erre irányuló kísérlet ellenére az emberi méltóság az embertől nem elvehető (ez fogalmilag kizárt: lásd erről: BARCSI 2012), esetleg a személy *méltóság-tudatát* lehet lerombolni, elérve, hogy ne emberi személyként

tekintsen magára (FRANKL 2007: 81.). A rabok megélik saját énjük elértéktelenedését, és gyakran már valóban nem személyként gondolnak önmagukra. Frankl hangsúlyozza azonban, hogy ez ellen küzdeni lehet és kell is: az embernek rá kell ébrednie, hogy mindent elvehetnek tőle, *belső szabadságát* azonban nem, azt, hogy a körülményeihez valamiképpen viszonyuljon. Az ember szellemi szabadsága lehetőséget jelent arra, hogy az *életét értelmesen alakítsa minden helyzetben*, még a legborzalmasabbban is, és ezzel megőrizze méltóság-tudatát. Ha alkotói értékek megvalósítására nincs lehetőség – és a koncentráció táborban általában ez a helyzet –, megmarad az ember számára az élmény-értékek realizálása: ezt persze nem magas szintű művészeti alkotások befogadásával éri el, hanem a szép pillanatok megélésével. Ilyenek még egy koncentrációs táborban is akadnak, egy szép természeti képződmény megpillantása, egy emberi gesztus valakitől, némi humor (ennek jelentőségét külön is kiemeli Frankl), egy beszélgetés, egy rögtönzött szórakoztató előadás a mindennapok elviselését megkönnyítő élményeket eredményezhetnek. De a múltbéli élmények felidézésének is nagy szerepe van, különösen a szeretet-élmények jelenthetnek sokat. Ez már nem függ külső feltételektől, mint ahogy az adott helyzettel kapcsolatos megfelelő beállítódás kialakítása sem. A tábort azok élték túl – írja Frankl –, akiknek volt céljuk, jövő-képük, valamiért, valakiért szenvedtek: azért, hogy újra találkozzanak a szeretteikkel, vagy hogy egy alkotást létrehozzanak. Az a fogoly, aki elvesztette a jövőbe vetett hitét, hamarosan megbetegedett: a szellemi beállítódás megváltozásának következményeképpen a szervezete is feladta a küzdelmet. (FRANKL 2007: 101-120.)

### A munka értelméről

Az egzisztenciaanalízis alapján azt mondhatjuk, hogy az embernek minden körülmények között a saját feladatát kell felelősséggel teljesítenie. Ritkán van olyan helyzet, amikor az ember nem képes más érték megvalósítására, mint a sorsszerű szenvedéshez való megfelelő beállítódás kialakítására. Talán a haldoklás tekinthető egyedül ilyen egzisztenciális helyzetnek, hiszen – ahogy szó volt róla – még a koncentrációs táborban is volt lehetőség, ha ritkán is, élmény-értékek realizálására.

Egy súlyos betegség, valamiféle fogyatékoság is lehetőséget ad erre bizonyos mértékben, sőt a legtöbb esetben – minden korlátozó tényező ellenére – alkotói értékek megvalósítására is.

Ha különleges körülmények nem állnak fel, az ember a saját egyéni feladatát *alkotómunka* végzésével teljesíti, elsősorban ezen keresztül áll kapcsolatban az ember egyedisége a közösséggel (egyéni hozzájárulásával a közösség gazdagodásához járul hozzá). Az alkotói értékek megvalósítása – mutat rá Frankl – általában, de nem szükségszerűen, egybeesik a *hivatás* szerinti munkával. Sokan arra hivatkoznak, hogy azért nem tudnak kiteljesedni, mert rossz hivatást választottak, vagy éppen olyan munkájuk van, amelyet nem szívesen végeznek. Bár Frankl felváltva beszél hivatásról és munkáról, azt mondhatjuk, hogy ha valaki valóban hivatásként tekint a munkájára, akkor azt eleve alkotómunkaként fogja fel. Nem a munka milyenségén van a hangsúly, hanem azon, hogy az ember *mit hoz ki abból*. Azt el kell ismerni Frankl szerint is, hogy a mai munkakörülmények (futószalag melletti munkák, stb.) sok esetben nem teszik lehetővé az egyén kiteljesedését. De ekkor is van lehetőség alkotói értékek realizálására a szabadidő során. Illetve hozzátehetjük: folyamatosan olyan munkalehetőséget kell keresni, amelyben az egyén minél inkább ki tud teljesedni. Frankl kétfajta neurózist is leír (ezeket noogén neurózisoknak tekinthetjük) a munkával összefüggésben. A *munkanélküli neurózis* azokra lehet jellemző, akik hosszabb ideje nem találnak munkát. Az ilyen neurózisban szenvedők apatikusak, elvesztik az érdeklődésüket és a kezdeményezőképességüket. Nem feltétlenül kell, hogy egy munkanélküli ilyen állapotba kerüljön, hiszen alkotói értékeket nem csak foglalkozásszerű munkával lehet realizálni, hanem pl. önkéntes munkával, egyesületi tevékenységgel, vagy a családi feladatokból nagyobb rész vállalásával. Az élmények átélésére pedig még több lehetőség is kínálkozik (művészetekkel való foglalkozás, stb.). Az ún. *vasárnapi neurózis* pedig azokra az emberekre vonatkozik, akinek ugyan van munkájuk, sőt túl sokat is dolgoznak, ezt azonban az önmaguktól (a lelkiismeretüktől) való menekülés miatt csinálják, mivel nem a saját életüket élik. A szabadidejükkel már nem tudnak mit kezdeni, mert ekkor szembe kell nézniük életük értelmetlenségével. Az ilyen ember a szabadidejében is tovább folytatja a menekülést: nem végez alkotó-tevékenységet, de valódi élmény-értékeket sem realizál, olyan tevékenységeket

végez, amelyek „elbódítják”. A szenzációhajhászás ennek eredménye, a legnagyobb szenzáció a halál, mások (filmhősök, stb.) halála. Az, hogy látszólag mindig mások halnak meg, menekülést jelent a saját halállal való szembenézés elől, amelyre Frankl szerint azok nem képesek, akiknek rossz a lelkiismeretük életük tartalmatlansága miatt. (FRANKL 1997: 127-136.) Érdekes összevetni Frankl gondolatait a szabadidő nem megfelelő módon való eltöltéséről a Csíkszentmihályi által a „munka paradoxonának” nevezett jelenséggel. Csíkszentmihályi és munkatársai vizsgálataiból az derült ki, hogy az USA-ban az emberek minél több szabadidőt akarnak, annak ellenére, hogy a munkavégzés közben boldogabbak (inkább átélnek flow élményeket), mint szabadidejükben, amit jobbra „passzív” módon töltenek el. (CSÍKSZENTMIHÁLYI 2010: 207-213.)

Napjainkra jellemző a sikerközpontú szemlélet: a cél sikeresség, mindegy, hogy milyen áron. A sikert értelmezhetjük úgy, mint egy tevékenység eredményét, illetve úgy is, mint a külvilágtól a tevékenységért kapott elismerést. Az első értelemben vett siker ugyan elsősorban tőlünk függ, de számos más tényezőtől is (adottak-e a megvalósítás eszközei, körülményei, milyen az egészség, stb.), viszont a tevékenység elismeréseként értett siker tőlünk függetlenül következik be vagy marad el. A frankl-i felfogásból az következik, hogy a munka során *nem lehet a siker az elsődleges cél*. Alfried Längle pszichiáter, logoterapeuta is arra utal, hogy az értelem nem a sikerességben, hanem egy értékért (egy feladatért, egy szeretett emberért) való fáradozásban rejlik. Ha a munka valamilyen érték megvalósításában rejlik, akkor ez értelmes marad akkor is, ha a tevékenységet végző ember végül nem éri el a kitűzött célt, a munka befejezetlen marad (kultúránk számos nagy alkotása befejezetlen mű), vagy ha éppen nem kap érte elismerést (ez fontos az ember jól-léte szempontjából, de nem lehet a tevékenység elsődleges célja – tehetjük hozzá). A siker kikényszerítésére törekvés – mutat rá Längle – egzisztenciális frusztrációhoz vezet. A sikerorientált személy kívánságának kielégülésére és nem személyiségének kiteljesítésére törekszik. Az ürességérzés előbb utóbb bekövetkezik: ha nem éri el a célját, akkor a kudarc miatt, ha eléri, akkor azért, mert nem marad célja, esetleg egy újabb siker elérése pusztán a siker kedvéért. Mindennek következményeként belső görcsök jelentkeznek (amelynek fizikális tünetei is lehetnek), illetve az ilyen ember előbb vagy utóbb teljesen elbizonytalanodik. (LÄNGLE 2004: 65-76.)

## A szerelem értelméről

A szerelmet az *élmény-értékekkel* hozza összefüggésbe az egzisztenciaanalízis: a szerelem során a másik ember egyediségének és egyszerűségének átéléséről van szó. Ez persze a szeretet meghatározása is lehetne. Frankl használja a „*találkozás*” fogalmát, ennek során emberként viszonyulok a másik emberhez, nem dologként kezelem (Frankl a kanti kategorikus imperatívusz „második” megfogalmazására tesz utalást). A szerelem azonban Frankl értelmezésében túlmegy a találkozáson, mert a másikat nem csak általánosan, ember-voltában, hanem *egyediségében és egyszerűségében* ragadja meg. (FRANKL 1997: 163.) Ezzel kapcsolatban megjegyezhetjük, hogy már az emberi méltóság tiszteletére törekedve is tekintetbe kell venni a másik egyediségét és egyszerűségét, sajátos személyiségét, mindazt, amit ő képvisel, ami létrehozott, ezek figyelmen kívül hagyása, tagadása, torzítása az emberi méltóság sérelmét jelenti (pl. rágalmozás, plágium). A szeretet alapja az emberi méltóság tisztelete, de annál többet jelent, beszéljünk akár erósról, sztrogeról, filiáról vagy agapéről. Ezek közül az Én és a Te intim viszonya az erósz, de a többi esetben is a másik emberhez, mint Te-hez viszonyulunk, és annál jobban tudunk szeretni minél inkább figyelembe vesszük a másik személy egyszerűségét és egyediségét, szellemi személyét, még akkor is, ha a filia (barátság) esetében a személyiségbeli jellemzők játszanak meghatározó szerepet, a sztrogé a családi-rokoni kapcsolaton alapul. Az agapé esetében kifejezetten a szellemi személyt szeretjük, testi és személyiségbeli jellemzőitől, rokoni viszonyoktól függetlenül. Frankl nem különbözteti meg ezeket a formákat, de azt kiemeli, hogy *a valódi szerelem szellemi viszonyulást jelent*. A szerelemben a másik testi és lelki vonásai is szerepet játszanak, bár ezek még nem elegendők a valódi szerelemhez, amelynek a másik szellemi személyként való figyelembe vételét is megkívánja, sőt ez képezi a szerelem tényleges értelmét, illetve Frankl szerint éppen a szerelem során hatolunk bele legmélyebben egy ember szellemiségébe.

A valóban szerelmes ember tehát nem a másik valamelyik testi, vagy lelki jellemzőjét szereti, hanem *őt magát*, fizikai és pszichikai tulajdonságain keresztül őrá magára lát rá. Nem pusztán szexuális beállítódásról van szó, amely csak testi vonzalmat jelent,

de nem is csak erotikus beállítódásról. Frankl ez utóbbi alatt a másik személyiségjegyei, lelki vonásai miatti vonzalmat érti (a mindennapokban ezt értik általában szerelmen). A szerelem *nem egy érzelmi állapot, több annál*: intencionális aktus, amelynek tárgya egy másik ember így-léte. Mivel a szellemi a testin és a lelkin keresztül jut kifejeződésre, ezért a szeretett személy testi-lelki tulajdonságai a szellemi személyre utalnak, ugyanakkor a szerelmes ember magát a *szellemi személyt* szereti, így pl. a testi adottságok megváltozása ezt nem befolyásolhatja. Napjainkra jellemző a testi adottságok felértékelődése (ezt felerősítik a média által közvetített szépség-standardok), amelyek azt sugallják, hogy csak a vonzó külső adottságok tesznek alkalmassá a szerelemre. Ez oda vezet, hogy a párkapcsolatokban túlértékelik a testi adottságokat és a szexualitást, de egy, csak erre épülő viszony nem tekinthető szerelemnek. Frankl a szexuális aktust egy szellemi intenció kifejeződésének tartja. Az is kiemelendő, hogy a szerelmet nem szabad olyan módon túlértékelni, mintha az ember életének csak a szerelem adhatna értelmet, hiszen számos más lehetőség van az értelmes életre: alkotói értékek megvalósítása, egyéb élmény-értékek realizálása. Ugyanakkor – mivel fontos része az emberi életnek – feleslegesen sem szabad lemondani róla, nem kell idő előtt beletörődni a szerelem hiányába (de a görcsös szerelem-vágy biztosan nem segít). (FRANKL 1997: 136-146) Frankl szerelem-felfogását talán jól illusztrálja Ljudmila Ulickaja *Szonyecska* című kisregényében Robert Viktorovics szerelemre ébredése a szépnek legkevésbé sem nevezhető Szonyecska iránt (akihez azonban végül nem tud hűséges maradni): „és most látott egy nőt, aki valódi belső fénnnyel ragyogott, megérezte benne a feleségét”. (ULICKAJA 2006: 17.) Szonyecska pedig így tekint a férjére (és minden helyzetben kitart mellette): „Nem értette sem a bonyolult térproblémákat, sem az annál elegánsabb megoldásokat, de a furcsa játékszerekben megérezte a férfi személyiségének tükröződését, a titokzatos erők mozgását”. (ULICKAJA 2006: 35.)

A valódi szerelemben *a másik ember értékei* tárulnak fel, egy másik világ, amely gazdagítja a szerető ember világát. Frankl rámutat, hogy az igazi szerelemnek *semmi köze nincs a birtokláshoz*: ez a flört, a „szerelmi kaland” jellemzője, amely az éppen (az adott kultúrában és korban) előnyben részesített típussal való személytelen viszony. Az ilyen kapcsolatban a „birtokolt” másik bármikor

lecserélhető, például, ha jön valaki, aki jobban megtestesíti az ideális típust. A birtoklással van összefüggésben a *féltékenység* érzése, amely azért alakul ki, mert a partner mint birtoklott tárgy jelenik meg a „szerelmes” szemében. A féltékenység továbbá létrehozhatja azt, amitől a féltékeny ember fél: az eltávolodást. A hűség feladat a szerelemben, a szerető ember feladata, de nem jelenhet meg mint partnerrel szemben támasztott követelmény. A valódi szerelem amúgy is konstituálja az egymáshoz való hűséget, a monogám kapcsolatot. Ha egyszer megragadtuk a szerelemben az ember lényegét, akkor ennek meg kell maradnia. Az előfordulhat, hogy a szeretett személy méltatlannak bizonyul a szerelemre (pl. visszaél a másik bizalmával, de ha ez így van, akkor ő nem is volt ténylegesen szerelmes), ezért szertefoszlik a másik értéke a szerető szemében. (FRANKL 1997: 146-160.)

Az egzisztenciaanalízis során egyértelművé vált, hogy *a szerelem integrálja a szexualitást* (az integrált szexualitásnak előfeltétele az ember szerelemre való képessége). A szexuális fejlődés alacsonyabb szintjein még nem beszélhetünk integrációról: először (freudi kifejezéseket használva) ösztöncélről beszélünk (itt az ösztön kielégítése jellemző ösztön-tárgy nélkül), ezt követően már van ösztön-tárgy is, de ez bárki lehet. Ez még nem az emberi sík, hiszen a partner nem szubjektumként jelenik meg. A szexualitás legmagasabb szintje a szerelem által integrált szexualitás. Frankl szerint a pszichoszexuális retardáció tünetei: a pornográfia – amely a szexuális fejlődés első szintjéhez kapcsolódik –, illetve a prostitúció és a promiszkuitás. Napjainkban a pornográfia térnyerésének lehetünk tanúi, illetve a szexuális szabadosság dicsőítésének, a szexuális „fogyasztási kényszernek”, amely során a szexualitás csupán mint teljesítmény lesz fontos. Ezek a jelenségek szexuális zavarokhoz is vezetnek (az „élvezetkényszer” eredménye sok esetben az impotencia). (FRANKL 1997: 160-164.)

### A logoterápia és egzisztenciaanalízis célja és jelentősége

A logoterápiát és az egzisztenciaanalízist szellemi megközelítésű terápiaként Frankl *orvosi lélekgondozásnak* tekintette. A logoterápiát meg kell különböztetni az egyéb pszichoterápiáktól, amelyek a szellemire nincsenek tekintettel, ahogy már említettük, a logoterápia nem helyettesíteni akarja ezeket, hanem kiegészíteni. Frankl

elhatárolta az orvosi lélegkondozást a papi lelkipogozástól: az előbbi célja a gyógyítás, az utóbbié a lelki üdvösség. Ugyanakkor a papi lelkipogozás is (bár nem ez a célja) hatékony lehet pszichoterápiásan, mivel a transzcendenciában való megkapaszkodás elősegítésével védettséget biztosít az ember számára. A logoterápia során nem vallási segítségnyújtás történik, így a felettes értelem – ahogy már utaltunk rá –, esetleg mint határfogalom lehet jelen. Az egzisztenciaanalízis célja: *tudatosítani az emberben a felelősségét*. Ezen a ponton nem szabad túlmennie a terapeutának. Az egzisztenciaanalízis során semlegesnek kell maradni azzal a kérdéssel szemben, hogy a páciens ki vagy mi előtt érzi felelősnek magát (Isten, lelkiismeret, társadalom, stb.), és azzal kapcsolatban is, hogy miért, milyen feladatok teljesítéséért, értékek megvalósításáért érez felelősséget. A terapeuta feladata a felelősség átélésének elősegítése – ebben fontos szerepe kap a terápia *találkozás-jellegének* megőrzése –, de érték-rangsort nem állíthat fel, konkrét döntést nem javasolhat. (FRANKL 1997: 221-230.)

A logoterápia *filozófiai szempontokat* vezetett be a pszichoterápiás gyakorlatba. Frankl úgy gondolta, hogy a logoterápiát orvosoknak kell végezniük, nem csak pszichiátereknek, hanem más orvosoknak is, hiszen azok sokszor találkoznak gyógyíthatatlan, vagy addigi életüket tovább folytatni képtelen betegekkel, ezért nagy jelentősége lenne annak, ha az orvosok szellemi támaszt is nyújtanának, átállítva az ilyen emberek betegséggel kapcsolatos beállítódását. Frankl a logoterápiát az orvostudomány és a filozófia határterületeként definiálta, amely éppen ezért támadásokra számíthat mindkét oldalról. (FRANKL 1997: 234., 237.)

Valóban fontos lenne, ha a pszichiátereken kívül más szakterületek orvosai is alkalmaznának logoterápiai módszereket, vagy ha nekik erre nem marad kapacitásuk, akkor az egészségügyi intézményben kifejezetten lélegkondozási feladatokkal megbízott munkatársnak (pl. klinikai pszichológus) kellene ezt megtennie. Logoterapeuta napjainkban már nem csak orvos, pszichiáter lehet, ezt a tevékenységet pszichológusi, illetve egyéb alapvégzettséggel rendelkező, kiegészítő képzésben részesült szakember is végezheti. A logoterápiát túl szűken fogjuk fel, ha orvosi lélegkondozásnak tekintjük, hiszen ebben az esetben a hangsúly a szellemi dimenzió figyelembevételén, tehát a *terápia filozófiai jellegén* van: a *terapeuta*



*filozófiai beszélgetést, szókratészi párbeszédet* folytat a pácienssel (a szabadságról, a felelősségről, az egyéni élet-értelemről, az értékekről, a szenvedésről, a munkáról, a szerelemről), kérdéseket tesz fel, érvel, vitázik. A logoterápia a filozófiai terápia egy változata, amely a Frankl által kidolgozott filozófiai antropológián, egzisztencia-filozófián alapul. A szókratészi párbeszéd során ebben az esetben a terapeuta a frankli „filozófia”, egzisztencia-értelmezés alapján próbálja ráébreszteni a pácienszt az egyéni élet-értelem megvalósításáért viselt felelősségére, és hozzásegíteni ahhoz, hogy megtalálja a saját életében azokat az értékeket, amelyekre irányulnia kell. A párbeszéd a lelkiismeret – amelyet Frankl az értelem-felismerés „szerveként” definiált – belső dialógusát támogatja meg. (vö. SÁRKÁNY 2008: 126., a logoterápia filozófiai terápia volta mellett felhozott érveket lásd: 135-138.) A filozófiai lélekgondozásnak vannak más módjai is, amelyek eltérnek a frankli elmélettől és módszertantól, vagy éppen csak részben használják fel azokat (lásd erről az előző fejezetet).

A frankli-i logoterápiát tanítványai, követői *új szempontokkal* gazdagították, kiterjesztették olyan területekre is, amelyekkel Frankl csak érintőlegesen foglalkozott, illetve új logoterápiás módszereket is kidolgoztak. A már említett Alfried Längle pl. az ún. *perszonális egzisztenciaanalízis* eljárását fejlesztette ki a frankli-i felfogásra alapozva (LÄNGLE 2004., EGLAU 2005: 117-120.). Elisabeth Lukas többek között a szenvedélybetegek kezelése során alkalmazott logoterápiát tökéletesítette (LUKAS 2009). Évtizedek óta *empirikus kutatások* is folynak a frankli elmélethez és módszertanhoz kapcsolódva, az élet-értelem vizsgálatára különböző mérőeszközöket dolgoztak ki, az előző fejezetben említett *Meaning in Life Questionnaire* (Steger és munkatársai) mellett kiemelendő a *Purpose-in-Life Test* (ez volt az első ilyen jellegű teszt: Crumbaugh és Maholick 1964), a *Logo-Test* (E. Lukas) és az *Existenz-Skala* (Längle és munkatársai). (Lásd ezekről: KONKOLY THEGE 2005: 162-165., MARTOS – KONKOLY THEGE 2012: 128-141.) Számos kutatás, elméleti és módszertani kiadvány kapcsolódik a logoterápiához, amelyek jelzik a Frankl által alapított terápiai irányzat növekvő jelentőségét és elismertségét.

# LOGOTERÁPIA KRÍZISINTERVENCIÓ

Barcsi Tamás

A következőkben a krízisek kezelésének logoterápiai módszereiről lesz szó – a teljesség igénye nélkül –, Frankl, illetve követői logoterápiai praxisából vett példákkal illusztrálva a módszer-leírásokat. Mindennek elméleti hátterét az előző fejezetben bemutatott általános egzisztenciaanalízis jelenti, amelynek megállapításai a logoterápia során lefolytatott „filozófiai beszélgetés” során alkalmazandók. Ezt egészíti ki a neurózisok és kivételesen a pszichózisok esetében alkalmazott speciális egzisztenciaanalízis, illetve a Frankl és követői által kidolgozott krízisintervenciós módszerek felhasználása. Főként a krízishelyzetben alkalmazott beállítódás-modulációról, az érték-konfliktusok feloldásának módszeréről, illetve a neurózisok kezeléséről lesz szó. A logoterápia szellemi krízishelyzetekben nyújt fontos támogatást, de pszichofizikai problémák egzisztenciális okainak feltárásában, ezek megszüntetésében is hatásos kezelést jelent, bár ilyenkor általában más pszichoterápia alkalmazására is szükség van. Mindenfajta krízis, így a szellemi alapú személyes krízis is, válságot, fordulópontot jelent, ami legrosszabb esetben a személyiség összeomlását is eredményezheti, ugyanakkor a krízis megfelelő feldolgozása a személyiség érettebbé válásához, fejlődéséhez vezethet (a krízisről lásd: PINTÉR 2004: 24-28.).

## A beállítódás megváltoztatása

A logoterápia egyik fő célkitűzése a páciens *beállítódásának megváltoztatása*, hogy úgy szemlélje az életét, mint amelyet értelmesen kell élnie: erre minden helyzetben lehetősége van, hiszen nincs olyan szituáció, amikor ne lehetne értékeket megvalósítani. Ha valakit valamilyen *súlyos trauma* ért (pl. közeli hozzátartozó halála, egy súlyos betegség) fontos, hogy a terapeuta megfelelő beállítódást alakítson ki *a szenvedéssel kapcsolatban*: a páciensnek a szenvedés megváltoztathatatlan kiváltó okára úgy kell tekintenie, mint amely új élet-feladatokat jelent a számára. Az, hogy *miként fogja fel az adott szituációt, az ő szabad szellemi állásfoglalásán* múlik. A páciens feladata alkotói értékek és élmény-értékek megvalósítási lehetőségeinek keresése. Amikor valaki élete utolsó időszakát éli, sok esetben már csak beállítódási

értékeket képes realizálni. A terapeuta feladata az, hogy a *haldoklóban* tudatosítsa, ebben az állapotban is képes értékeket megvalósítani, ha pl. úgy viseli szenvedését, hogy azzal a legkevesebb terhet rója másokra, ezzel áldozatot hoz. Fontos annak tudatosítása is a betegben, hogy milyen sok *pozitívum* volt az életében, hiszen ha a haldokló csak a negatívumokra gondol, akkor az életét és így a haldoklását is értelmetlennek fogja találni. (Az utolsó segélyről lásd: FRANKL 1997: 235-237., LUKAS 2008: 37-55.) Elisabeth Lukas szerint az emberi élet negatív mérlegei általában ugyanarra a hibára vezethetők vissza: a lét síkja helyett a birtoklás síkján vonják meg a mérleget („mennyit adott nekem az élet”). Pedig a mérlegelésnek azt kell figyelembe vennie, *amivé vált az ember* („mit hoztam ki az életemből”). De mit tegyünk, ha így is negatív a mérleg? Fel kell hívni a figyelmet arra ebben az esetben, hogy az életünkkel kapcsolatos *szellemi állásfoglalás az utolsó pillanatig adott*, az idős ember, vagy éppen a haldokló is változtathat az életén. Fontos szerepe van az életben elkövetett tévedések belátásának és a megbocsátásnak. Sokat segíthet az ún. *képzeltbeli párbeszéd* módszere akkor, ha tisztázó (pl. megbocsátást kérő, vagy megbocsátó) beszélgetés lefolytatására a valóságban már nincs lehetőség (mert a másik fél már nem él, vagy nem elérhető). Ilyenkor a páciensnek azt kell elképzelnie, hogy ellenfelével találkozik a túlvilágon, ahol baráti beszélgetést folytatnak egymással az életükről, ennek során feltárják tetteik mozgatórugóját. Ez írásban is kidolgozható. A képzeltbeli beszélgetés során a páciens mind a saját, mind a másik szempontjait megérti, ez hozzásegítheti az utólagos konfliktusfeloldáshoz, a lelki megnyugváshoz. (LUKAS 2008: 57-81.) William Breitbart munkatársaival végstádiumú rákbetegek számára dolgozott ki *csoportos logoterápiás módszert*, amelyet sikerrel alkalmaztak New Yorkban. Breitbart frankl-i elveken alapuló csoportos terápiáját értelemközpontú pszichoterápiának (Meaning-Centered Psychotherapy) nevezi, amely nyolc ülésből áll, a másfél órás ülésekre hetente egyszer kerül sor. A terápia során többek között az értelem fogalmáról, forrásairól, az értelem és a rák kapcsolatáról, az élet történetiségéről (múlt, jelen, jövő), a beállítódási-, az alkotói és az élményértelem szerepéről, az élettől való búcsúzásról, a jó halálról esik szó. A betegek különböző feladatokat kapnak az ülések közötti időszakokra: pl. mesélik el az élettörténetüket valakinek, olvassák el Frankl egy megadott művét. A kontrollcsoportos vizsgálatok szerint az értelemközpontú terápiában résztvevő végstádiumú rákbetegek spirituális jól-létében és bizonyos

vonatkozásában pszichés állapotukban is (pl. szorongás csökkenése) nagyobb javulás mutatkozott, mint a „hagyományos” pszichoterápiában részesült betegeknél. (Részletesebben: BREITBART – APPLEBAUM: 2011, NEMES: 2012: 553.)

A beállítódás megváltoztatása tehát jelenti egyrészt a *szenvedéshez való viszony átalakítását*, másrésztől, ennél tágabban, általában *saját helyzetünk, életlehetőségeink ártértékelését*. A noogén neurózisok esetében a filozófiai beszélgetéseknek ez a céljuk, de a pszichogén neurózisok esetében alkalmazott paradox intervenció és dereflexió is a betegséggel kapcsolatos beállítódást változtatják meg (lásd ezekről a 3. pontot). Bizonyos esetekben csupán arra van szükség, hogy *más szempontból* nézzen rá az életére az ember, ez hozzásegítheti *egy nehéz döntés* meghozatalához, vagy problémájának megoldásához. Frankl ilyen esetekre azt tanácsolja, hogy a páciens képzelje el: élete alkonyán életrajzát lapozgatja és éppen ahhoz a fejezethez ér, ami a mostani életszakaszát tárgyalja. Egy csoda folytán megváltoztathatja élettörténetének e szakaszát: hogyan döntene? (FRANKL 1997: 93.) Boglarka Hadinger az „*időutazásos*” módszer több változatát alkalmazza praxisában. A jelen problémái – mutat rá Hadinger – gyakran leküzdhetetlennek tűnnek, mert túldimenzionáljuk azokat: ha a múltat és a jövőt is bevonjuk az átélésbe, elősegítjük problémánk belső relativizálását. Egy lazító gyakorlat után a páciens a terapeuta arra kéri, hogy aktuális helyzetét *a jövő perspektívájából szemlélje*, úgy tekintsen rá, mint ami a múltban játszódott le. A terapeuta kérdéseket tesz fel, amelyekkel hozzásegíti a páciensét, hogy múltként élje át a jelent. Hadinger tapasztalatai szerint spontán módon bekövetkezik a jelenbeli problémához való beállítódás átalakulása. Egy anya nehéz helyzetben volt a lányával kapcsolatban, aki tanult szakmáját el akarta hagyni, mert nem szerette, és egy meglehetősen bizonytalan életcélt tűzött ki maga elé. Az anya nem tudta, hogy lebeszélje-e a lányát tervéről, vagy inkább támogassa az elképzeléseit. Hadinger azt kérte a páciensről, hogy képzelje el, hogy már nagyon öreg, a lánya felkeresi őt és köszönetet mond neki. De miért is mond köszönetet? A szituáció elképzelése hozzásegítette az anyát a megoldás megtalálásához: a jó döntés meghozatalában fogja segíteni a lányát. Arra biztatja, hogy kérjen tanácsot szakavatott emberektől a tervével kapcsolatban, gondolja végig alaposan, mit is szeretne csinálni. Végül olyan megoldás született, amely az anyát is megnyugtatta. Egy nehéz döntést meghozni

képtelen páciensen az is segíthet, ha a terapeuta megkéri, hogy mondjon egy olyan azonos nemű, fiatalabb személyt, aki érzelmileg nagyon közel áll hozzá (pl. lánya vagy fia, testvére). A páciensnek azt kell elképzelnie, hogy ez a szeretett személy van az ő helyzetében. Mit tanácsolna neki? Ilyenkor sok esetben meglepően határozott válasz érkezik. A terapeuta feladata ezt követően az, hogy a meghozott döntés megvalósításában támogassa a páciensét. (A módszerről és az esetekről részletesebben: HADINGER 2013a: 53-62., további módszerek a beállítódás megváltoztatásának elősegítéséhez: 62-87.)

A beállítódás-megváltoztatásnak nagy szerepe van a *szenvedélybetegek* kezelése során. A kutatások szerint az értelmetlenség-érzés elősegíti a függőségek kialakulását: az egzisztenciális frusztráció mélysége és a drog- és alkoholproblémák súlyossága között pozitív kapcsolatot tártak fel a vizsgálatok (vö. KONKOLY THEGE 2005: 162.). Egy magyar kutatás (KONKOLY THEGE 2005: 163-175.) a Logo-test és az Existenz-Skala magyar változatait alkalmazta, továbbá rákérdezett az alkohol- és drogfogyasztási szokásokra, a dohányzási szokásokra és a szexuális magatartásra (a minta 59.6%-a nő, 40.4 %-a férfi, az átlagéletkor 23.9 év). Az eredmények részben támogatták azt a feltételezést, hogy az értelmetlenség-érzés az addiktív magatartások nagyobb valószínűségével jár együtt. A dohányzás, a drog- és alkoholfogyasztás esetében ez a helyzet, de a vizsgálat nem talált összefüggéseket a szexuális magatartás és az értelembeteljesítés között. Konkoly Thege magyarázata szerint az egzisztenciális frusztráció öncélú örömkereső motivációt ébreszt, amely együtt jár a szexuális attitűdök liberálissá válásával, de a megvalósuló magatartás számos erősebb hatás befolyása alatt áll (szocializációs háttér, etikai megfontolások, fizikai vonzerő, meglévő kapcsolat jellemzői, stb.). Elisabeth Lukas is felhívja a figyelmet, hogy a szenvedélybetegség kialakulása tekintetében protektív tényezőnek számít, ha értelmet találunk az életben. Fontos továbbá, hogy értelmes döntéseket hozzunk, és megvalósítsuk ezeket a döntéseket. Lukas kiemeli: súlyos szenvedélybetegség esetén kezdetben a logoterápia, illetve más beszélgetésen alapuló pszichoterápia nem hatásos. Először intézményi keretekben végzett méregtelenítésre és elvonókúrásra van szükség. Ezt követheti ambuláns kezelésként *a szuggesztív akarat-tréninggel összekötött lazító tréning*, a cél az akaraterő megerősítése. Ezután kerülhet sor *logoterápiára*, az értelem megtalálására irányuló

beszélgetésekre, amelyek során a terapeuta segítséget nyújt ahhoz, hogy a páciens megtalálja az értelemlehetőségeket az életében, ezek beteljesítése érdekében megfelelő döntéseket hozzon és ki is tartson e döntések mellett. Ilyen terápia alkalmazásával csökkentjük a visszaesés kockázatát. A páciensnek *más beállítódást kell kialakítania* az élet nehézségeivel kapcsolatban: problémákkal továbbra is szembe kell néznie, de nem az a fontos, hogy mit nyújt neki az élet, hanem az, hogy miként reagál a frusztrációt okozó helyzetekre. A feladat az, hogy a megtalált élet-értelmennek megfelelően válaszoljon ezekre a kihívásokra. Lehet, hogy az értelmes cselekedet szenvedéssel, lemondással jár, de az önbecsülés megőrzését is biztosítja. (LUKAS 2009: 17-32., 59-86.)

### Az érték-konfliktusok feloldása

Az ember sok esetben azért kerül krízishelyzetbe, mert nem tud választani értékek között, képtelen feloldani valamilyen érték-konfliktust. A logoterápia az ilyen esetekben fontos segítséget nyújthat, főként az ún. *logoterápiai teamorientált eljárás* (a fogalmat lásd: KURZ 2013: 114.) felhasználásával. Ezt a módszert nem Frankl fejlesztette ki, újabb, de napjaink logoterapeutái által gyakran használt eljárásnak tekinthetjük, amelynek több változata is létezik. Itt lényegében a Schulz von Thun által leírt „belső team” modell logoterápiai alkalmazásáról van szó. Schulz von Thun úgy véli, az optimális kommunikáció előfeltétele, hogy az ember optimalizálja az önmagával folytatott párbeszédet, tehát a belső kommunikációt. Minden döntést igénylő helyzetben *belső párbeszéd* lefolytatására kerül sor, belső színpadunkon különböző, egymásnak *ellentmondó szándékokat képviselő hangok* szólalnak meg. Az embernél teljesen normális a belső pluralitás, a különböző rész-személyiségek megléte: a hangok ezeket képviselik. Hangokként értelmezhetjük a hangulatainkat, gondolatainkat, érzéseinket, akár testünk jelzéseit is. Vannak hangosabb hangok és halkabbak. A fontos az lenne, hogy *mi magunk legyünk* a belső színpadunkon *a rendezők*: a belső hangok meghallgatása után döntenünk kell a „szereposztásról”, erős irányítóként egységet kell teremtenünk. Mindennek logoterápiai felhasználása során – emeli ki Wolfram Kurz –, arra kell tekintettel lennünk, hogy *a különböző hangok különféle értékeket reprezentálnak*. Miután a páciens elmondta a

problémáját, a terapeuta ráébreszti őt, hogy több szempont, érdek jelenik meg az adott szituációhoz való viszonyában, ezeket úgy is felfoghatjuk, mint a belső színpadon megszólaló (különböző hangerejű) hangokat. A páciens ezt követően *beazonosítja a hangokat*, különböző – a lényegüket kifejező – *neveket* ad nekik. Engedjük a hangokat szóhoz jutni, illetve azt, hogy „beszédbe elegyedjenek” egymással. Mivel a páciens minden hangra figyel, ezért a félig tudatos és a tudattalan is tudatossá válhat. Minden hang valamilyen értéket képvisel: a következő feladat, *a hangokhoz értékeket kapcsolni*. A cél az, hogy *olyan módon rendezzük el a hangokat* belső színpadunkon, hogy az elrendezés létrehozza az önmagunkkal és a külső helyzettel kapcsolatos *összhangot*. Kurz utal rá, hogy ez a módszer egyesíti a Frankl-féle tartalomorientált terápia és a Rogers által kidolgozott kliens-centrikus pszichoterápia előnyeit. A cél a megvalósítandó értékek feltárása, ez azonban olyan eljárás keretében történik, amely arra is nagy hangsúlyt helyez, hogy a terapeuta rendelkezzen a megbecsülés, az empátia, az odafigyelés-észlelés képességeivel. Az a vád, miszerint a logoterápia nem veszi figyelembe a tudattalan tartalmakat, e módszer esetében nem tartható. (Nem árt ugyanakkor utalni arra, hogy Frankl azt állította, hogy a lelkiismeret a szellemi tudattalanban gyökerezik és a terapeutának azért kell tudatosítania a tudattalant, hogy ismét hagyja azt tudattalanná válni, tehát a tudattalan folyamatok magától értetődésének helyreállítása a cél: FRANKL 2005: 69-77.) Az előbb bemutatott terápia *folyamatorientált* beavatkozás: azaz a terapeuta nem csak arra figyel, hogy a páciens miről beszél, hanem arra is, milyen módon kommunikál (hogyan viszonyul a páciens önmagához, illetve a terapeutához). A terapeuta arra biztatja a páciens, hogy a leghalkabb belső hangot is hallja meg, belső érzései, asszociációi iránt érdeklődik, felhívja a páciens figyelmét a beszéd közben tanúsított viselkedésére, nonverbális kifejezésekre, gesztusokra, mozdulatokra kérdez rá. Az interakció folyamata is tárgya lesz a beszélgetésnek, amely elősegíti a tudattalan tartalmak tudatosítását. (KURZ 2013b: 91-124.) Itt persze elsősorban a szellemi tudattalanról van szó. Az Uwe Böschmeyer által bevezetett *értékorientált imaginációs* módszerben az „ösztönyszerű tudattalan” is kifejezetten szerepet kap: az értelemkeresés akkor lehetséges e szerint, ha a szellemi számára „elegyengetik az utat”, ha elhárulnak a szellemi célok megvalósítását akadályozó okok. (EGLAU 2005: 111.)

Renate Mrusek a „belső team” modell logoterápiai alkalmazását oly módon fejlesztette tovább, hogy a belső színpadot alkotó hangok ábrázolására *fából faragott figurákat* alkalmaz a terápia során. Mintegy húsz különböző méretű és alakú, testtel és fejjel rendelkező (de arcnélküli) figurát használ, amelyeket a páciens a belső hangok és a köztük lévő viszony illusztrálására használhat fel, egy tényleges színpadképet kialakítva, nem csak gondolatban, hanem ténylegesen átélve a helyzetet. Mivel a bábuk nincsenek teljes mértékben kidolgozva, ezért az egyéni képzelőerőnek is szerepe van, a páciensen múlik, hogy mit lát bele az adott figurába, azokat hogyan nevezi el. A terápia során az asszociáció és a disszociáció váltakozik: a páciens olykor rendezgeti a figurákat, máskor pedig a rendezői székéből kívülálló megfigyelőként tekint rájuk: a cél, olyan színpadképet kialakítani, amelyet a páciens megfelelőnek tart. (MRUSEK 2013: 125-139.) Mrusek egy fiatal női páciensének, egy színésznőnek az volt a problémája, hogy nem tudta eldönteni: folytassa-e szeretett hivatását, vagy – mivel nem nagyon jutott előre a karrierjében –, keressen más foglalkozást. A páciens először két nagy figurát állított ki a színpadra, ezeket „dívának” és „kritikusnak” nevezte el: jellemző rá, hogy csodálatot akar kiváltani, ami egy színésznőnél rendben is van, illetve a kritikusság (az önkritika) is jellemzi, amely idegesítő tulajdonságnak tűnik, de háttérében az igényességre törekvés áll. A következő bábu, amit ezek mögé helyezett, a „szolgálólány” volt: hivatásával az embereket akarja szolgálni, hogy jobban megértsék önmagukat. Fontos szerep jutott a színpadon a féltékenységet kifejező bábunak (a bukástól való félelem), de ott volt, bár kissé hátrább a „harcra kész” figura is. Még egy figurának jutott szerep: az életörömet, vidámságot kifejező „lebegőnek”, aki a színpad hátsó részében kapott helyet. A páciens a színpadképpel nem volt elégedett és olyan módon rendezte át, hogy a „szolgálólánynak” és a „lebegőnek” jutott a főszerep, tehát a hivatás mint adni akarás és a játékosság értéke játszott nagyobb szerepet az új elrendezésben, nem a hírnév, a csillogás utáni vágy és a kritikusság. Ezek is megmaradtak, de jóval hátrébb kerültek a színpadon, a féltékenységet kifejező bábú mellé pedig a „harcra kész” került. A páciens a terapeuta segítségével ezt követően azt gondolta át, hogy milyen lépések során valósítja meg a „belső színpad” átalakítását a valóságban. A „lebegő” megerősítésére a páciens táncot kezdett tanulni, amihez mindig is volt kedve, de a kritikus énje miatt eddig nem kezdett bele. Ez a hivatásához is fontos lehet, ami – ez tisztázódott – továbbra is fontos volt számára, csak ezt elsősorban



mint szolgálatot kell felfognia. Ennek folyamatos tudatosítása érdekében, a páciens írni kezdett, a szakmájával kapcsolatos gondolatait rendszeresen írásba foglalta önmaga számára. (MRUSEK 2013: 145-151, további esetek: 139- 144., 151-166.)

## A neurózisok logoterápiás kezelése

### A neurózisokról általában, a noogén neurózis

Frankl szerint a neurotikus tüneteknek négy gyökere van: vannak fiziológiai alapjai (öröklött hajlam), valami pszichikainak a kifejeződése, a szociális mezőben alkalmazott eszköz, és az egzisztencia egyfajta módozata. A logoterápiás kezelésnek az utóbbi elem jelenti a kiindulópontját. Frankl idézi Allportot, aki a neurózisokat „makacs önközpontúsággként” értelmezi. Az egzisztenciaanalízis célja ennek megszüntetése, azáltal, hogy hozzásegíti a páciens ahhoz, hogy saját életfeladatára irányuljon. Ugyanakkor a neurózisok a legtöbb esetben igénylik más pszichoterápiás módszerek alkalmazását is a logoterápia mellett. (FRANKL 1997: 167-168.)

A Frankl által bevezetett *noogén neurózis*, az egzisztenciális frusztrációból alakulhat ki, az embert ilyenkor *átható értelmetlenség-érzés* hatja át, noogén depresszió jellemzi. Ilyen esetben a logoterapeutának rá kell mutatnia: a páciens úgy szabadulhat az értelmetlenség-érzéstől, hogy megtalálja, őt most milyen feladatok elé állítja az élet. Minden embernek minden helyzetben *megvannak a feladatai*, amelyek teljesítésével értelmet tud beteljesíteni. Nem szabad tehát önsajnálamba feledkezni, hanem *valamilyen érték megvalósítására kell irányulni*, amelyre minden helyzetben lehetőség van. Az alkotói értékek realizálásának van prioritása, de értékmegvalósításnak tekinthető az is, ha az ember élményeknek adja át magát. A „*munkanélküliség neurózisban*” szenvedők figyelmét fel kell hívni arra, hogy a foglalkozásszerű munkavégzés nem az egyetlen lehetőség arra, hogy alkotói értékeket realizáljunk, az élmény-értékek megvalósítását pedig még kevésbé érinti. Az aktivitás, az érdeklődés, az emberi kapcsolatok fenntartása új álláshoz is hozzásegíthet. Ha valakinek olyan munkát kell elvállalnia, pl. anyagi okok miatt, amiben nem tud kiteljesedni, végezzen önkiteljesítő tevékenységet a

szabadidejében. Akinek a *munka csupán menekülést* jelent az értelmetlenség-érzés elől (amely rögtön rátör, mikor nem dolgozik: „*vasárnapi neurózis*”), az nem a saját feladatát teljesíti, itt a cél annak megtalálása, hogy mi is az ő feladata (ebben segíthet a már bemutatott belső-team módszer alkalmazása). Bizonyos esetekben a *szervedés* (pl. egy súlyos betegség, egy közeli hozzátartozó elvesztése, a halál közelsége) *váltja ki a noogén neurózist*, ekkor a terapeutának azt kell hangsúlyoznia, hogy a szenvedéssel kapcsolatos megfelelő beállítódás önmagában is teljesítményt jelent. Ilyenkor a szenvedést mint áldozathozatalt kell felfogni: találni valamit, vagy valakit, amiért, vagy akiért szenvedünk, és a szenvedés értelemmel telítődik. Frankl leírja annak az idős orvosnak az esetét, aki felesége halála után (noogén) depresszióba esett, teljesen értelmetlennek érezte az életét. Frankl először azt tudatosította a betegben, hogy amit megélt, a boldog házasságot, senki nem veheti el tőle: ne csak a múlt tarlóját lássa, hanem a múlt teli csűrjeit is. Meg kellett értetni vele továbbá azt, hogy a szenvedése nem értelmetlen. Frankl arra kérte páciensét, gondolkodjon el azon, hogy mi történt volna, hogy ha ő hal meg előbb: akkor felesége gyászolná őt. A felesége mentesült a gyász okozta szenvedéstől, de azon az áron, hogy most neki kell szenvednie őhelyette, ezt áldozathozatalként is felfoghatja. Ilyen módon már nem tűnik értelmetlennek a szenvedés. (FRANKL 2012: 111-112.) Vannak esetek, amikor a logoterapeutának arról kell meggyőznie a páciensét, pl. ha egy baleset miatt mozgáskorlátozottság alakul ki, hogy nem zárult le az élete, értékeket, köztük alkotói értékeket továbbra is képes megvalósítani. Ilyenkor példaként lehet állítani olyan betegeket, akik súlyos fogyatékoságuk ellenére is ki tudtak tejesedni. Egy neves, idősebb jogász egyik lábát amputálni kellett. A beteg a műtét után teljesen elkeseredett, úgy érezte, nincs értelme az életének. A terapeuta azt a kérdést tette fel neki: talán rövid- vagy hosszútávúfutóként szeretne karriert csinálni? Mert ha ez a helyzet, erről valóban le kell mondania. De nyilván itt nem erről van szó, a jogászai munka pedig egy lábal is minden további nélkül folytatható, így semmi nem áll az értelmes élet útjában. (FRANKL 2005: 279-280.)

## **A szorongásos neurózis, a kényszerneurózis és a szexuálneurózis kezelése paradox intenció és dereflexió alkalmazásával**

A *szorongásos neurózis* reakciómintája a következőképpen írható le: a páciens egy szimptomára várakozási félelemmel reagál, attól fél, hogy az ismét felléphet, ez pedig azt eredményezi, hogy a szimptóma valóban megismétlődik, amely a páciens félelmét tovább erősíti. (FRANKL 2005: 127.) A szorongásos neurózis fiziológiai alapja lehet az endokrin szabályozás zavara (pl. tériszonymál a hipertireózis), de kialakulhat valamilyen trauma-élmény hatására is (pl. agorafóbia). A beteggel a logoterápia során először *meg kell értetni az előbb említett mechanizmust*, hogy a várakozási félelemre ne sorszerű dologként tekintsen. Ezt követően távolságot kell létrehozni a beteg és a félelem között, ezzel tulajdonképpen tárgyiasítjuk a tünetet. A *paradox intenció* módszere kínálkozik megoldásnak, amely az ember öneltválozási képességén alapul: a páciens arra kell biztatni, hogy azt tegye, amitől szorong, keresse az olyan helyzeteket, amelyekben szorongást szokott átélni. Ha a páciens a szorongást maga mögött hagyva cselekszik, a szorongás fokozatosan csökkeni fog. A paradox intencióval megszakítjuk a patogén reakciómintát. A paradox intenció megfogalmazásánál a terapeuta a humor eszközét is alkalmazhatja, ez is segíti a páciens abban, hogy kívülről tekintsen a tüneteire. A tünetek megszüntetésének „negatív” célja mellett a logoterápiának van egy pozitív célja is: a páciens hozzásegíteni ahhoz, hogy megtalálja azokat a célokat, amelyek követésével értelmet adhat az életének. A *dereflexió* módszere az ember öntranszcendenciára irányuló képességével áll összefüggésben: a páciens figyelmét önmagáról, a tüneteiről egy értelem-lehetőség betöltése felé kell irányítani. Frankl rámutat, hogy a kifejezetten noogén neurózis is produkálhat szorongásos tüneteket: egy fiatalember pl. folyton attól rettegett, hogy rákban fog meghalni. A halálfélelmének hátterében a lelkiismeretétől való félelem állt, hiszen érezte, hogy eljátszotta a lehetőségeit, nem megfelelő módon élt. Frankl szerint a szorongások hátterében nagyobb vagy kisebb mértékben, de *egzisztenciális szorongás* tárható fel: az élet egészétől, a haláltól való *totális szorongás konkrét tartalmat keres*, a „halál” vagy az „élet” tárgyi reprezentánsát: ez agorafóbia esetén az utca, klausztofóbia esetén a zárt tér és folytathatnánk a sort. (FRANKL 1973: 136-154., 1997: 169-172., 188., 200., 2005: 130-132.)

Nézzünk néhány példát a fentiek alkalmazására! Egy operaénekesnő, akinek állandóan fellépésekre kellett utaznia, 15 éve klausztrófóbiában szenvedett, ami erősen megnehezítette a munkavégzését. A terapeuta más kiegészítő kezelések mellett paradox intenciót alkalmazott: azt tanácsolta neki, hogy keresse fel azokat a helyeket, amelyeket kerül és kívánja azt, amitől annyira fél, azt kell mondania: „meg akarok fulladni”. A páciens ezt tette és a fulladás nem következett be. Két nap múlva már képes volt bemenni egy étterembe, hamarosan teljesen tünetmentessé vált. (FRANKL 2005: 137.) Egy harmincöt éves, családos férfi folyton attól rettegett, hogy szívrohamban fog meghalni. Nővére és anyja is szívbajban halt meg. Egy nemi érintkezés után hirtelen szív táji fájdalmat érzett. Ez csak megerősítette a szorongását. A páciens a logoterápiai kezelés során arra kérték, hogy essen össze szívrohamban. A betegnek nyilván ez nem sikerült, elnevette magát a képtelen ötletre. A terapeuta azt tanácsolta neki, hogy naponta legalább háromszor mindent tegyen meg, hogy szívrohamot kapjon. Mivel soha sem történt semmi, a páciens félelmei lassan megszűntek. (FRANKL 1997: 192-193.) Egy klimakterikus szorongásos neurózis esetében a terapeuta a probléma valódi gyökerét a szellemi dimenzióban találta meg. A páciens – akinek nagyon fontos volt saját külleme, mivel emiatt sok elismerést kapott –, nehezen viselte szépsége elmúlását, életét üresnek érezte, szorongása ennek következményeképpen alakult ki. A logoterapeuta feladata az volt, hogy az adott helyzetben hozzásegítse a páciensét a saját életfeladatának megtalálásához. Frankl kiemeli, hogy a terapeutának a szókratészi értelemben vett „bábaként” kellett működnie. Nem valaminek a ráerőltetéséről volt szó, hanem szellemi segítségnyújtásról: a nő valóban megtalálta azt az értelemlehetőséget, amit neki kellett betöltenie, szorongásos panaszai megszűntek. (FRANKL 1997: 173-174.) Itt dereflexió alkalmazására került sor: az önmagára figyelést az életfeladatra irányuló figyelem váltotta fel, amely gyógyulást eredményezett. Egy fiatal sebész attól félt, hogy amikor a főnöke a műtőbe lép, reszketni kezd a keze. Ez a várakozási félelem valóban reszketést eredményezett, tremorfóbia alakult ki, amin a sebész úgy próbált úrrá lenni, hogy műtét előtt alkoholt fogyasztott. Ugyanígy, egy fiatal medika attól félt, hogy az anatómiaprofesszor jelenlétében kézremegést produkál, ami a félelem hatására valóban bekövetkezett. Mindkét esetben megoldást hozott, hogy az adott helyzetben a félelmet kiváltó személy jelenlétében kifejezetten azt akarták, hogy

reszkessen a kezük, úgy, hogy ez jól látható legyen. Ilyenkor azonban nem sikerült előidézniük a reszketést. A paradox intenció alkalmazásával tehát megszűntek a tünetek. (FRANKL 2005: 145-146.)

*Kényszerneurózis* esetén a páciens folyton kényszerképzetek nyomása alatt áll, ezeket megpróbálja elnyomni, de ez az ellennyomás az eredeti nyomást csak növeli. Az ilyen páciens nem a félelemtől fél (mint a szorongásos beteg), hanem önmagától: attól tart, hogy kárt tesz valakiben, vagy éppen önmagában, fél attól, hogy kényszerképzetei nem is neurózist, hanem pszichózist jelentenek. (FRANKL 2005: 129-130.) A kényszerneurózis kezelésében is a leírt reakcióminta ördögi körének megszüntetése és a páciens saját életfeladatára irányulásának elősegítése a logoterápia célja. A kényszerneurózis esetén a „sorsszerű” elemek (pl. túlzott rendszeretetre való hajlam, aggályos természet) csupán azt a talajt jelentik, amiből kinőhet a kényszerneurózis, ez azonban soha nem szükségszerű. Itt a *szabad szellemi viszonyulásnak* is szerepe van, amely *átállítható*: a terápiának meg kell változtatnia a betegnek a neurózissal kapcsolatos görcsös magatartását. El kell érni, hogy a beteg ne féljen a kényszerképzetektől, és fel kell oldani a pszichózistól való félelmét. El kell távolítani a beteget a kényszerképzetektől, illetve bagatellizálni kell azokat, ennek során itt is alkalmazható a humor eszköze. A *paradox intenció* módszerének megfelelően a terapeuta feladata, hogy a beteget bízassa: tegye azt, amitől fél. A kényszerneurotikusok gondolkodásában – mutat rá Frankl – az *evidencia-érzés zavaráról* beszélhetünk, ami az „irracionális maradvánnyal” szembeni tolerancia hiányát jelenti, a beteg újabb és újabb gondolati műveletekkel próbálja felszámolni az irracionális maradványt, de ez soha sem sikerülhet teljesen. A döntési szituációkban mindez az *ösztön-biztonság zavaraként* jelentkezik. A kényszerneurotikus mind a felismerésben, mind a döntésben abszolút biztonságra törekszik. Ahogy a szorongásos neurotikus a világtól való szorongását egyetlen tünetbe sűríti össze, úgy a kényszerneurotikus a totalitás és az *abszolút biztonság iránti igényét* – mint hogy azt teljesen lehetetlen kielégíteni – *az élet valamely területére összpontosítja*: legalább ezt akarja uralni teljes mértékben. Itt tulajdonképpen egy fausti törekvés eltorzulásáról van szó. Mivel a kényszerneurotikust túlzott tudatosság és lelkiismeretesség jellemzi, ezért a

gyógyítás egyik feladata *visszavezetni a páciens az evidencia-érzés és az ösztönbiztonság* a személyiség mélyrétegeiben megtalálható *forrásaihoz*. (FRANKL 1997: 175-188.)

Nézzünk ezzel kapcsolatban is egy esetet! Egy ötvenhat éves nő ügyvédnek hirtelen kényszerképzetei támadtak: úgy gondolta, hogy a jövedelemadó-bevallásánál – bár a legjobb tudása alapján készítette el –, adóját háromszáz dollárral alacsonyabban becsülte meg és ezáltal becsapta az államot. Ettől a gondolattól képtelen volt szabadulni, már vádlottnak képzelte magát, aki újságcikkek célpontja, és aki ezt követően feladni kényszerül a hivatását is. Pszichoterápiával próbálták kezelni, de ez nem vezetett eredményre. Kényszerképzetei erősödtek, már aludni sem tudott miattuk, pl. úgy vélte, hogy lejártak a biztosításai, és ő ezt nem vette észre, ezért újra és újra átvizsgálta ezeket. Már a hivatását sem tudta ellátni. Végül egy logoterápiát alkalmazó orvoshoz került, aki négy hónapon keresztül, heti háromszor foglalkozott vele. A terapeuta a paradox intenció módszerét alkalmazta: azt az utasítást adta a betegnek, hogy határozza el, ezután hibát hibára fog halmozni, füttyöljön a perfekcionizmusra, arra, hogy esetleg letartóztatják valamilyen hibája miatt. A terapeuta a humor eszközét is felhasználta: pl. amikor a páciens belépett a rendelőbe, így szólt hozzá: „Mi ez – te jó ég! Maga még mindig szabadon járkál?”, amire a beteg elnevette magát. Ez is hozzájárult ahhoz, hogy más szemmel nézzen a problémájára. A páciens a logoterápiás kezelés eredményeképpen négy hónap alatt megszabadult a kényszerképzeteitől. (FRANKL 2005: 149-150.)

Alexander Batthyány felhívja a figyelmet arra, amit Frankl is hangsúlyozott: a szellemi személy nem azonos a betegségével, így ahhoz így vagy úgy viszonyulhat. A szellem képes változást előidézni a pszichofizikumban. Az interakcionizmus a három dimenzió (fizikai, pszichikai, szellemi) kölcsönös egymásra-hatását tételezi, szemben az epifenomenalizmussal, amely a szellemit a pszichofizikum felületi képződményének tekinti. A szellem kauzális hatékonyságát tudományos bizonyítékok is alátámasztják. Batthyány utal egy kényszerbetegéknél alkalmazott kognitív-viselkedésterápiára, amely a logoterápiás modell átültetéseként értelmezhető (elemei: a kényszeres impulzusok felismerése, ezek újranevezése, egy fontosabb dolog irányába történő figyelemelterelés, újraértékelés). A többhetes

terápiát megelőzően és azt követően is felvételt készítettek a betegek agyi folyamatairól (a kényszeres betegek esetében az elváltozások a frontális lebenyben jelentkeznek). A neuronális felvételek (PET-Screen) az interakcionizmus tételét erősítették meg, bebizonyosodott, hogy *a szellem kauzálisan hatékony*: a betegség által érintett agyi területeken egyértelmű változásokat tapasztaltak. (BATTHYÁNY 2005: 149-160.)

A *szexuálneurózis* esetekben (potencia- és orgazmuszavarok) Frankl leírása szerint a páciens nem valami ellen küzd (mint a kényszerneurotikus), hanem valamiért: a szexuális öröm bekövetkezéséért. Azonban minél inkább próbálja valaki szándékosan előidézni az örömet, annál kevésbé van benne része. A forszírozott hiperintenció *hiperreflexiót* eredményez: az ember önmagát kezdi el figyelni a szexuális aktus során. Az örömhöz azonban önátadás és önfelejtés szükséges. (FRANKL 2005: 139.) Frankl úgy látja, hogy a hiperintenció háttérében a szexualitás teljesítményjellege áll: a páciens úgy tekint a szexuális aktusra, mint egyfajta teljesítményre, amit elvárnak tőle. Impotencia estében a terapeutának arra kell bízgatni a páciens, hogy ne programszerűen tervezze el a szexuális aktust. Segítséget jelenthet, ha a páciens a partnerének azt mondja, hogy orvosi okokból tilos egy ideig szexuális életet élnie. Mivel nem lesz rákényszerítve az aktusra, illetve esetleges közeledését a partner az orvosi véleményre hivatkozva visszautasítja, így a belső görcs feloldódik, nincs kényszer-szituáció. A hiperreflexió – a fokozott önmegfigyelés az aktus közben – a *dereflexióval* küszöbölhető ki: a páciens figyelmének nem önmagára kell irányulnia, hanem a partnerre: teljes mértékű önátadásra van szükség. (FRANKL 2005: 139-140., esetleírások: 141-145.)

### A logoterápia egyéb alkalmazási lehetőségei

Frankl a logoterápiát kiegészítő kezelésként ajánlotta *pszichotikus megbetegedések* esetében, rámutatva, hogy még az ilyen betegségekben szenvedőknek is marad valamennyi lehetőségük (olykor csekély mértékben) az állapotukkal kapcsolatos szellemi állásfoglalásra, beállítódási értékek megvalósítására. Az endogén depressziót követő lelkifurdalás nem a pszichofizikai megbetegedés tünete, hanem a „van” és a „kellene” (a személy és ideálja) közötti távolság túldimenzionálásából, a

felfokozott létfeszültségből adódik. A beteg saját magában és életében nem talál értékeket. Az ilyen páciensnek nem azt kell tanácsolni, hogy „szedje össze magát”, inkább arra kell törekedni, hogy a depresszióját valóban endogénnek fogadja el, és ezáltal képes legyen eltávolodni tőle. Az önmagukat „tárgyként” (a megfigyelés, a kihallgatás tárgyaként) megélő skizofrén betegeknél bizonyos esetekben hatékony lehet a dereflexió módszerét is alkalmazni. (FRANKL 1997: 204-217.)

A logoterápia nem csak a kríziseket átélő, lelki problémákkal küzdő, valamilyen betegségben szenvedő embereknek nyújthat segítséget, hiszen alapelveit, módszereit *általános személyiségfejlesztés* céljából is használják. (EGLAU 2005: 113-117., HADINGER 2013b 169-204.) Ilyenkor az a cél, hogy még értelmesebb életet éljen az egyén, még jobban tisztában legyen a lehetőségeivel, és meghozza azokat a döntéseket, amelyek élete jobbá tételéhez szükségesek.



## IRODALOMJEGYZÉK:

- Novák, M. – Mucsi, I. (2000): Belgyógyászati betegségekhez társuló alvászavarok. In: Novák M (szerk.): Az alvás - és ébrenléti zavarok diagnosztikája és terápiája. Budapest: OKKER Kiadó, 2000. 156-174.
- Aaron T. Beck – A. John Rush – Brian F. Shaw – Gary Emery: A depresszió kognitív terápiája. Animula kiadó. Budapest. 1997. 12.-37. old.
- Ágoston, G. –Szil, I. (2001): Diagnosztikus kérdőívek és tünetbecslő skálák. In: Füredi, J. – Németh, A. –Tariska, P. (szerk): A pszichiátria magyar kézikönyve. Medicina. Budapest.
- Anna Volna-Peresson (1992): A pszichotrop szerek abúzusának megelőzése a munkahelyeken, különös tekintettel a fiatalokra. IN: Gerevich József (szerk.): Drog és Politika. Egészséges Ifjúságért alapítvány. Budapest. 1994. 81.-86. old.
- Arisztotelész 1997: *Nikomakhoszi etika*. Fordította: Szabó Miklós, Európa, Bp.
- Atkinson RL., Atkinson RC., Smith EE, Bem DJ. (1996) Pszichológia. Osiris, Budapest
- Atkinson, R. L. –Atkinson, R. C. – Smith, E. – Bem, J. D.: Pszichológia. Osiris kiadó. Budapest. 1997. 19.-33.old. 194.- 217. old. 248. 267. old.
- Babor, T. F. - John C. Higgins-Biddle, J. C. (2006): Rövid intervenció a kockázatos és az ártalmas ivás kezelésében. Alapellátási kézikönyv. Országos Addiktológia Intézet. Budapest. 2006.
- Bakos Gergely OSB 2011: *A filozófia mint életbölcesség az ókortól a középkorig*. In: *Teória és praxis között, avagy a filozófia gyakorlati arcáról*. Szerkesztette: Bakos Gergely OSB. L'Harmattan, Sapientia Szerzetesi Hittudományi Főiskola, Bp.
- Barcsi Tamás 2012: *A kivonulás mint lázadás*. Publikon, Pécs.
- Barcsi Tamás 2013: *Az emberi méltóság filozófiája*. Typotex, Bp
- Barcsi Tamás 2014: *A pozitív pszichológia és a jó élet filozófiája*. XVII. Apáczai Nap – tanulmánykötet, Győr, megjelenés alatt.
- Batthyány, Alexander: *A logoterápia, mint tudományos diszciplína*. Fordította: Sárkány Péter. In: *Az értelemkérdés sodrában*. Szerkesztette: Sárkány Péter. Bp., JEL Kiadó.
- Bech P., Staehr-Johansen K., Gudex C. (1996) The WHO (Ten) Well-Being Index: validation in diabetes. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65: 183.190.
- Beck, A. T. – Beck, R. W. (1972): Shortened version of BDI. *Postgraduate Medicine*. 52. 81-85.

- Beck, A. T. – Epstein, N. – Brown, G. – Steer, R. A. (1988): An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Cons Clin Psychology*. 56(6): 893-897.
- Beck, A. T. – Ward, C. H. – Mendelsohn, M. – Mock, J. – Erbaugh, J. (1961): An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiat*. 4:561-571.
- Berényi A, Juhász BSz. (2012) *Stressz, Konfliktus, Munkahely, Megküzdés*. Debrecen, Debreceni Egyetem Rektora.
- Bingel U.(2008)Migraine and hormones: what can we be certain of?. *Schmerz. Suppl* 1:31-6.
- Bodrogi, A. (2006): Az addikciók kognitív viselkedésterápiája. In: Mórotz, K. – Perczel Forintos, D. (szerk.): *Kognitív viselkedésterápia*. Medicina, Budapest. 583-609.
- Breitbart, William – Applebaum, Alison 2011: *Meaning-Centered Group Psychotherapy*. In: *Handbook of Psychotherapy in Cancer Care*. Edited by Maggie Watson and David Kissane. Wiley-Blackwell, UK
- Buda Béla: *A mentálhigiéné szemléleti és gyakorlati kérdései (Újabb tanulmányok)*. Budapest, Animula Kiadó (2002)
- Buda Béla: *Elmélet és alkalmazás a mentálhigiénében*; Támasz 1998
- Buda, B. (2011): *Az elme gyógyítása*. Budapest. Háttér Kiadó. 286-296. old.
- Caldwell RA, Pearson JL, Chin RJ. (1987) Stress moderating effects: social support in the context of gender and locus of control. *Pers Soc Psychol B*, 13(2): 5-17.
- CAMUS, Albert 1991: *Sziszüphosz mítosza* (fordította: Vargyas Zoltán, In.: *A pestis, Sziszüphosz mítosza Európa, Bp.*)
- Cavanagh, M. E. (1982): *The counseling experience. A theoretical and practical approach*. Monterey, California, Brooks/Cole Publishing Co.
- Cerclé, A. (2002): Textual and narratological analysis of the social representation of alcoholism in a self-help group. *European Review of Applied Psychology*. 52. (3-4) 253-261.
- Claes R., Martin G., Coetsier P., Super D.E. (1995) Homemakers and Employed Women in Belgian Flanders and the Southeast United States, in: *Life roles, values and carriers*. Ed.: Super, D.E. and Sverko, B., Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 325-339.
- Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. (1983): A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24: 385-396.
- Cook W., Medley D. (1954): Proposed hostility and pharisaic-virtue scales for MMPI. *Journal of Applied Psychology*, 38: 414-418.
- Cooper C., Davidson M. (1987) Sources of stress at work and their relations to stressors in non-working environments. In Kalimo R., El-Batawi M. and Cooper C.

- (Eds.). Psychosocial factors at their relations to health.. Geneva: World Health Organization. pp. 99-111.
- Cooper CL., Marshall J. (1978) Understanding executive stress. London: Macmillan.
  - Cooper, CL.; Marshall J. (1978) Sources of Managerial and White Collar Stress. In: Cooper, C. L.; Payne, R. (eds.) Stress at Work. John Wiley & Sons Ltd., New York.
  - Csíkszentmihályi Mihály 2009a: *A fejlődés útjai. A harmadik évezred pszichológiája*. Fordította: Buda Júlia, Nyitott Könyvműhely, Bp.
  - Csíkszentmihályi Mihály 2009b: *Kreativitás. A flow és a felfedezés, avagy a találékonyosság pszichológiája*. Fordította: Keresztes Attila, Akadémiai Kiadó, Bp.
  - Csíkszentmihályi Mihály 2010: *Flow. Az áramlat. A tökéletes élmény pszichológiája*. Fordította: Legéndyné Szabó Edit, Akadémiai Kiadó, Bp.
  - Csíkszentmihályi Mihály 2010: *Flow. Az áramlat. A tökéletes élmény pszichológiája*. Fordította: Legéndyné Szabó Edit, Akadémiai Kiadó, Bp.
  - Demetrovics, Zs. – Laczkó, Zs. (2008): A Camberwell Szükségletfelmérési Interjú (Camberwell Assessment of Need) magyar változatának (CAN-R-hu) bemutatása. *Psychiatria Hungarica* 2008, 23 (4):298-304.
  - Edelwich J, Brodsky A. (1997) A kiégés fogalma. In: Szilágyi K, Váry A (eds.). A pszichés terhelés és a munkaközvetítés. A burn-out jelenség. Gödöllő: Gödöllői Agrártudományi Egyetem; pp. 9-25.
  - Eglau, Uwe 2005: *A lélek sötét ösvénye (Freud) – a lélek fényes ösvénye*. Fordította: Schaffhauser Franz. In: *Az értelemkérdés sodrában*. Szerkesztette: Sárkány Péter. Bp., JEL Kiadó.
  - Eglau, Uwe 2005: *A lélek sötét ösvénye (Freud) – a lélek fényes ösvénye*. Fordította: Schaffhauser Franz. In: *Az értelemkérdés sodrában*. Szerkesztette: Sárkány Péter. Bp., JEL Kiadó.
  - Fekete S. (1991) Segítő foglalkozások kockázatai. Hefler szindóma és burnout jelenség. *Psychiatria Hungarica*, 1:17-29.
  - Fodor László 2007: *Fejezetek a motivációkutatásból*. Gondolat, Bp.
  - Fodor, M. (2005): Addiktológia és droggönyv. Dr. Fodor Miklós. Budapest. 2005. 4.-32. old.
  - Frankl, Viktor E. 1973: *Psychotherapy and Existentialism. Selected Papers on Logotherapy*. Penguin Books, Harmondsworth, Middlesex, England)
  - Frankl, Viktor E. 1973: *Psychotherapy and Existentialism. Selected Papers on Logotherapy*. Penguin Books, Harmondsworth, Middlesex, England)
  - Frankl, Viktor E. 1997: *Orvosi léleg Gondozás*. Fordította: Jakabffy Imre, Jakabffy Éva. UR Kiadó, Bp.

- Frankl, Viktor E. 1997: *Orvosi lélegzõdozás*. Fordította: Jakobffy Imre, Jakobffy Éva, UR Kiadó, Bp.
- Frankl, Viktor E. 1997: *Orvosi lélegzõdozás*. Fordította: Jakobffy Imre, Jakobffy Éva. UR Kiadó, Bp.
- Frankl, Viktor E. 2005: *Az ember az értelemre irányuló kérdéssel szemben*. Fordította: Molnár Mária, Schaffhauser Ferenc. JEL Kiadó, Bp.
- Frankl, Viktor E. 2005: *Az ember az értelemre irányuló kérdéssel szemben*. Fordította: Molnár Mária, Schaffhauser Ferenc. JEL Kiadó, Bp.
- Frankl, Viktor E. 2005: *Az ember az értelemre irányuló kérdéssel szemben*. Fordította: Molnár Mária, Schaffhauser Ferenc. JEL Kiadó, Bp.
- Frankl, Viktor E. 2012: *A szenvedõ ember. Patodicea-kísérlet*. Fordította: Buncsák István, Kalocsai Varga Éva. JEL Kiadó, Bp.
- Frankl, Viktor E. 2012: *A szenvedõ ember. Patodicea-kísérlet*. Fordította: Buncsák István, Kalocsai Varga Éva. JEL Kiadó, Bp.
- Frankl, Viktor E. 2013: *...mégis mondj igent az életre!* Fordította: Kalocsai Varga Éva. JEL Kiadó, Bp.
- Frankl, Viktor E. 2013: *...mégis mondj igent az életre!* Fordította: Kalocsai Varga Éva. JEL Kiadó, Bp.
- Frankl, Viktor E.: 2002: *A tudattalan Isten. Pszichoterápia és vallás*. Fordította: Varga Judit, Bircsák Anikó, Varga Zsófia. EuroAdvice
- Fukui PT., Gonçaves TR., Strabelli CG., Lucchino NM., Matos FC., Santos JP., Zukerman E., Zukerman-Guendler V., Mercante JP., Masruha MR., Vieira DS., Peres MF.(2008) Trigger factors in migraine patients. *Arq Neuropsiquiatr.* 66 (3A):494-9.
- Gál B. (2012) *Biológia 11. A sejt és az ember biológiája*. 11 kiadás.
- Gere, I. – Szellõ, J. (2007): *Foglalkozási rehabilitáció. Fogyatékos Személyek esélyegyenlõségéért Közalapítvány*. Budapest. 2007. 11.-13. old.
- Gerevich, J. – Bácskai, E. (2000): *A kortárssegítés tanári kézikönyve. Egészséges ifjúságért alapítvány*. Vác. 2000. 13.-45. old.
- Gerevich, J. (1997): *Az önsegítés fogalomköre a nyugati kultúrában* In: Gerevich, J. (1997): *Közösségi mentálhigiéné*. Animula Kiadó. Budapest. 1997. 107.-118. old.
- Gerevich, J. (2000) *Kémiai függõségek pszichoterápiája*. In: Szõnyi, G. – Füredi, J. (szerk.) (2000): *A pszichoterápia tankönyve*. Medicina. Budapest 2000. 486-500. old.
- Gerevich, J., Bácskai, E., Kõ, N., Rózsa, S. (2001) *Az Addikció Súlyossági Index (ASI) magyarországi reliabilitás és validitás vizsgálata*. *Psychiatria Hungarica*, 16:292-307.

- Gladding, S. T. (2000): Az egyéni konzultáció elmélete és gyakorlata. IN: Fonyó, I.-Pajor, A. (szerk): Fejezetek a konzultáció pszichológiájának témaköréből. Budapest. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola. 25.-126. old.
- Gutknecht, Thomas 2014: *Toward Philosophy of the Practice of Philosophy*. Translation: Petra von Morstein. [http://igpp.org/?page\\_id=130](http://igpp.org/?page_id=130) (Letöltés: 2014. január 15.)
- Habermas, Jürgen 2001: *Feljegyzések a diszkurzus-életelmélet megalapozásának programjához*. Fordította: Felkai Gábor. In: Jürgen Habermas: *A kommunikatív etika*. Új Mandátum, Bp.
- Hadinger, Boglarka 2013a: *A beállítódás megváltoztatásának módszerei*. In: Boglarka Hadinger – Wolfram Kurz – Renate Mrusek: *Értelemkeresés és személyiségfejlesztés*. Fordította: Kalocsai Varga Éva. Szerkesztette: Sárkány Péter, Vik János. JEL Kiadó, Bp.
- Hadinger, Boglarka 2013b: *Személyiségfejlesztés a gyakorlatban*. In: Boglarka Hadinger – Wolfram Kurz – Renate Mrusek: *Értelemkeresés és személyiségfejlesztés*. Fordította: Kalocsai Varga Éva. Szerkesztette: Sárkány Péter, Vik János. JEL Kiadó, Bp.
- Hadot, Pierre 2010: *A lélek iskolája. Lelkigyakorlatok és ókori filozófia*. Fordította: Cseke Ákos. Kairosz Kiadó, Bp.
- Harangozó, J.-Bodrogi, A. (2009) A közösségi alapú rehabilitáció és gondozás. In: Füredi J., Németh A., Tariska P. (szerk.): *A Pszichiátria magyar kézikönyve*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2009. 570-594. old.
- Heidegger, Martin 1994: *Levél a „humanizmusról”*. Fordította Bacsó Béla. In: Martin Heidegger: *„...költőien lakozik az ember”- válogatott írások -*, T-Twins Kiadó/Pomeji, Bp-Szeged.
- Heidegger, Martin 2001: *Lét és idő*. Fordította: Vajda Mihály, Angyalosi Gergely, Bacsó Béla, Kardos András, Orosz István. Osiris Kiadó, Bp.
- HELTING, Holger 2007: *Bevezetés a pszichoterápiás daseinanalízis filozófiai dimenzióiba*. Fordította: Blandl Borbála, Lengyel Zsuzsa. L'Harmattan, Bp.
- Herr EL. Kiegész. In: Szilágyi K, Váry A (szerk). (1997) *A pszichés terhelés és a munkaközvetítés. A burn-out jelenség*. Gödöllő: Gödöllői Agrártudományi Egyetem. 27-40.
- Hézser G. (1996) *Miért? Rendszerszemlélet és lelki gondozói gyakorlat*. Pasztorálpszichológiai tanulmányok. Budapest, Kálvin János Kiadó;
- Barcsi Tamás 2013: *Az emberi méltóság filozófiája*. Typotex, Bp
- Jacques T. (1996) *Lelki bajok – testi bajok 1*. Park Kiadó, Budapest.

- Jacques T. (1996) *Lelki bajok – testi bajok. A pszichoszomatikus betegségekről 2.*, (Hétköznapi pszichológia) Park Kiadó, Budapest.
- Juhász Á.(2002) *Munkahelyi stressz, munkahelyi egészségfejlesztés. Oktatási segédanyag. Munka- és Szervezetpszichológiai Szakképzés.* Budapest.
- Kaló Z., Péntek M. (2005) *Az életminőség mérése.* In: Gulácsi L.(szerk) *Egészség-gazdaságtan.* Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest. 161-189.
- Klaw, E.- Humpreys, K. (2000): *Life stories of Moderation Management mutual help group members.* Contemporary Drug Problems. 27/winter
- Klitzman S., House JS., Israel BA., Mero RP. (1990) *Work stress, nonwork stress, and health.* Journal of Behavioral Medicine, 13(3):221-243.
- Konkoly Thege Barna 2005: *Az élet értelmessége és az egészségmagatartás.* In: *Az értelemkérdés sodrában.* Szerkesztette: Sárkány Péter. Bp., JEL Kiadó.
- Konkoly Thege Barna 2005: *Az élet értelmessége és az egészségmagatartás.* In: *Az értelemkérdés sodrában.* Szerkesztette: Sárkány Péter. Bp., JEL Kiadó.
- Kopp M. (1994): *Orvosi pszichológia.* SOTE Magatartástudományi Intézet, Budapest.
- Kopp M. (szerk.), *Magyar lelkiállapot 2008, Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban.* Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008
- Kopp M. *Egészséglélektan.* In: Kopp M, Berghammer R (szerk.), *Orvosi Pszichológia.* Medicina, Budapest, 2005: 280-321.
- Kopp M., Berghammer R. (szerk.)(2009) *Orvosi Pszichológia.* Medicina, Budapest.
- Kopp M., Kovács M. (szerk.) (2006) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón.* Semmelweis Kiadó, Budapest,
- Kopp M., Skrabski Á, Szedmák S. (1998) *A szociális kohézió jelentősége a magyarországi morbiditás és mortalitás alakulásában.* In: Glatz F (szerk.), *Magyarország az ezredfordulón.* MTA Stratégiai Kutatások, Népegészség, orvos, társadalom. Budapest, 15- 37.
- Kopp M., Skrabski Á. (1992) *Magyar lelkiállapot. Végeken Alapítvány,* Budapest,
- Kopp M., Skrabski Á. (1995) *Alkalmazott magatartástudomány. A megbirkózás egyéni és társadalmi stratégiái.* Corvinus Kiadó, Budapest,
- Kopp M., Skrabski Á., Székely A. (2006): *Az életminőség nemi, életkor szerinti és területi jellemzői a magyar népesség körében.* In Kopp M., Kovács M. E. (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón.* Semmelweis Kiadó, Budapest, 84.105.
- Kopp Mária – Berghammer Rita (szerk.): *Orvosi pszichológia.* Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest. 2009. 451.-472. old.
- KOPP Mária, SKRABSKI Árpád 2009: *Magyar lelkiállapot az ezredforduló után.* In: *Távlatok/44,* 2009 karácsony)

- Kovács M. (2006) A kiégés jelensége a kutatási eredmények tükrében. LAM, 16 (11):981-987.
- Kovács M., Kovács E., Hegedűs K. (2012) Az érzelmi munka és a kiégés összefüggései egészségügyi dolgozók különböző csoportjaiban. Mentálhigiéné és pszichoszomatika, 13(2): 219-241.
- Köbli M., Nagy L., Pálfiné Szabó I. (2008) Kiégés szindróma vizsgálata az ápolók körében. Nővér, 21 (6):11-20.
- Kulcsár Zsuzsanna Pszichoszomatika, ELTE, BTK, Nemzeti Tankönyvkiadó (1993)
- Kurz, Wolfram 2013: *Értelemkeresés a lélek belső konfliktusainak legyőzése által*. In: Boglarka Hadinger – Wolfram Kurz – Renate Mrusek: *Értelemkeresés és személyiségfejlesztés*. Fordította: Kalocsai Varga Éva. Szerkesztette: Sárkány Péter, Vik János. JEL Kiadó, Bp.
- Kurz, Wolfram 2013: *Értelemkeresés*. In: Boglarka Hadinger – Wolfram Kurz – Renate Mrusek: *Értelemkeresés és személyiségfejlesztés*. Fordította: Kalocsai Varga Éva. Szerkesztette: Sárkány Péter, Vik János. JEL Kiadó, Bp.
- Längle, Alfried 2004: *Értelemesen élni. Életvezetési útmutató*. Fordította: Molnár Mária. JEL Kiadó, Bp.
- László János – Vince Orsolya (2006): Alkalmazott szociálpszichológia. In: Bagdy emőke – Klein Sándor (szerk.): Alkalmazott pszichológia. Edge 2000 Kiadó. Budapest. 2006. 141-159. old.
- Lazányi K. (2012) Stressz és társas támogatás a felsőoktatásban. Vállalkozásfejlesztés a XXI.században. Budapest.
- Lazarus RS. (1977) Cognitive and coping processes in emotion. In: A. Monet; R.S. Lazarus (eds.). Stress and coping. New York: Columbia University Press.
- Lazarus RS. (1993). Coping theory and research: Past, Present and Future. In: Psychosomatic Medicine, 55, 234-247.
- Lazarus RS., DeLongis A. (1983) Psychological Stress and Coping in Aging, in: American Psychologist, 245–254.
- Lazarus RS., Folkman S. (1984) Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.
- Liberman, R. P. (2010): Felépülés a betegségből. A pszichiátriai rehabilitáció gyakorlati kézikönyve. Oriold és Társai Kiadó. Budapest 2010. 37-88. old.
- Lovas K., McKenna S., Whalley D., Kaló Z., Péntek M., Genti Gy. (2001): A Nottingham Health Profile kérdőív magyarországi adaptációja. In: Vincze Z., Kaló Z., Bodrogi J.(szerk): Bevezetés a farmakoökonómiába. Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest. 249-254.
- Lukás, Elisabeth 2008: *Beteljesülés – értelemkeresés időskorban*. Fordította: Kalocsai Varga Éva. JEL Kiadó, Bp.

- Lukas, Elisabeth 2008: *Beteljesülés – értelemkeresés időskorban*. Fordította: Kalocsai Varga Éva. JEL Kiadó, Bp.
- Lukas, Elisabeth 2009: *Szabadság és identitás*. Fordította: Kalocsai Varga Éva. JEL Kiadó, Bp.
- Lukas, Elisabeth 2009: *Szabadság és identitás*. Fordította: Kalocsai Varga Éva. JEL Kiadó, Bp.
- Major M. Gy. (2011) A szív –érrendszeri megbetegedések pszichoszomatikai megközelítése. <http://193.224.76.4/download/konyvtar/digitgy/publikacio/Major01.pdf> (megtekintve:2014.02.24.)
- Marinoff, Lee 2002: *Philosophical Practice*. Academic Press, San Diego
- Márkus Attila: Neurológia pszichológia szakos hallgatóknak. Akadémiai Kiadó. Budapest. 2006. 241. old.; 273.-276. old.
- Martos Tamás – KONKOLY THEGE Barna 2012: *Aki keres, és aki talál – az élet értelmessége keresésének és megélésének mérése az Élet Értelme Kérdőív magyar változatával*. In: *A pozitív pszichológia világa*. Szerkesztette: Oláh Attila. Akadémiai Kiadó, Bp.
- Martos Tamás – KONKOLY THEGE Barna 2012: *Aki keres, és aki talál – az élet értelmessége keresésének és megélésének mérése az Élet Értelme Kérdőív magyar változatával*. In: *A pozitív pszichológia világa*. Szerkesztette: Oláh Attila. Akadémiai Kiadó, Bp.
- Maslach C., Jackson S. E., & Leiter, M. P. (1996). *The Maslach Burnout Inventory (MBI)*. Third edition, Consulting Psychologists Press.
- Maslach C., Jackson SE. (1982) Burnout in health professions. A social psychological analysis. In: Sanders GS, Suls J (eds.). *Social Psychology of Health and Illness*. NJ Erlbaum: Hillsdale;. p. 227-47.
- Maslach C., Jackson SE.(1993) *Maslach Burnout Inventory: Manual (2nd ed)*. Palo Alto, CA: Cousing Psychologist Press;
- Maslow, Abraham H. 2003: *A lét pszichológiája felé*. Fordította: Turóczi Attila. Ursus Libris, Bp.
- Mészáros V., Cserhádi Z., Oláh A., Perczel Forintos D., - Ádám Sz. (2013) A munkahelyi stresszel való megküzdés egészségügyi szakdolgozók körében – lehetőségek a kiégés és depresszió megelőzésének szolgálatában. *Orvosi hetilap*, 154. (12): 449-454.
- Molnár E, Füredi J, Papp Z.(2006) *Szülészeti-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt.
- Mórotz, K. – Perczel Forintos, D. (szerk.): *Kognitív viselkedésterápia*. Medicina, Budapest. 583-609.



- Mrusek, Renate 2013: *Logoterápiai gyakorlat*. In: Boglarka Hadinger – Wolfram Kurz – Renate Mrusek: *Értelemkeresés és személyiségfejlesztés*. Fordította: Kalocsai Varga Éva. Szerkesztette: Sárkány Péter, Vik János. JEL Kiadó, Bp.
- Neculai K., Salavecz Gy., Stauder A., Kopp M. (2006): Munkahelyi tényezők és pszichés jól-lét az oktatás és kultúra területén dolgozó nők körében. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*. 7/2.
- Nemes László 2012a: *Filozófiai praxis az egészségügyben*. In: *LAM*, 22 (8-9), 550-557.
- Nemes László 2012a: *Filozófiai praxis az egészségügyben*. In: *LAM*, 22 (8-9), 550-557.
- Nemes László 2012b: *Megismerés és praxis: a filozófiai céljai*. Válasz Nánay Bence vitaindító írására. In: *Magyar Tudomány*, 2012/3 362-366.
- Németh, A. (2000): A viselkedési addikciók jellegzetességei. in: Németh, A. – Gerevich, J.(2000): *Addikciók*. Medicina Könyvkiadó. Budapest. 2000
- Novák, M. – Vizi, J. (1999): Az inszomnia jelentősége, diagnosztikája és terápiás megközelítése *HIPPOCRATES (BP)* 1: 29-36.
- Oláh A., Radnai B., Müller Á., Gál N., Fullér N.(2012): *Vitális paraméterek*. In: Oláh András (szerk.) *Az ápolástudomány tankönyve*. Budapest: Medicina Könyvkiadó
- Oláh Attila – KAPITÁNY-FÖVÉNY Máté 2012: *A pozitív pszichológia tíz éve*. In: *A pozitív pszichológia világa*. Szerkesztette: Oláh Attila. Akadémiai Kiadó, Bp.
- Oláh Attila 2012: *A pszichológia napos oldala*. In: *A pozitív pszichológia világa*. Szerkesztette: Oláh Attila. Akadémiai Kiadó, Bp.
- Ozsváth K. (szerk)(2011) *Pszichiátriai lexikon*. Oriold és Társai Kiadó.
- Pakai, A. – Kivés, Zs. (2013): *Kutatásról ápolóknak* 2. rész: Mintavétel és adatgyűjtési módszerek az egészségügyi kutatásokban. *Nővér*. 2013. 26(3): 20-43. old.
- Pálfi I. (2007) *Ápolói és gondozói magatartások alakulása különböző ellátási helyzetekben, különös tekintettel a kiégés jelenségére*. PTE Általános Orvostudományi Kar. PhD értekezés
- Pálfiné Szabó I. (2008) *Ápolói és gondozói magatartások alakulása különböző ellátási helyzetekben, különös tekintettel a kiégés jelenségére*. *Orvosi hetilap*, 149 (31): 1463-1469.
- Patočka, Jan 2001: *Európa és az Európa utáni kor*. Fordította: Németh István. Kalligram, Pozsony, 2001.
- Petrika E. (2012) *Rendszeres testedzés hatása a mentális egészségre és az életminőségre fiatal felnőtteknél: depresszív tünetek, stressz és stresszkezelés*

összefüggéseinek empirikus vizsgálata. Debreceni Egyetem. Humán Tudományok Doktori Iskola.

- Piczil M., Kasza B., Markovic M., Pikó B. (2005) Határon innen és túl...Szegedi és vajdasági ápolók élet- és munkakörülményei. *Nővér*, 18 (2): 3-10.
- Pikó B. (2006) Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*.43:311-318.
- Pikó B., Piczil M. (2000) "És rajtunk ki segít...? Kvalitatív egészségzociológiai elemzés a nővéri hivatásról. *Esély*, 10 (1): 110 - 120.
- Pintér Tibor 2004: *Mentálhigiéné – krízis, krízisintervenció – tanácsadás*. Ethelbert Stauffer Teológiai Kutatóintézet, Szeged.
- Purebl Gy, Bódizs R (2008): Az inszomnia komorbiditása egyéb betegségekkel. *Gyógyszerészet* 52: 323-328.
- Rácz József: A drogkérdésről őszintén. B+V Lap- és Könyvkiadó Kft. 2000.13.-26. old.
- Rácz József: Addiktológia. HIETE, Budapest, 1999. 128.–176. old.
- Radat F. (2013) Stress and migraine. *Rev Neurol (Paris)*, 169(5):406-412.
- Radics, J. (2011): A tartósan fennálló inszomnia kedvezőtlen hatása a testi betegségek kimenetelére. *HIPPOCRATES (BP)* 2011/1. pp. 27-28.
- Rafalovich, A. (1999): Keep Coming Back! Narcotics Anonymous narrative and recovering-addict identity *Contemporary Drug Problems*. 26/spring.
- Ronald J. Comer: A lélek betegségei. *Pszichopatológia*. Osiris kiadó. Budapest. 2000. 51. 87. old. 149.- 1269. old.
- Rózsa S., Purebl Gy., Susánszky É., Kő N., Szádóczky E., Réthelyi J., Danis I., Skrabski Á., Kopp M. (2008) A megküzdés dimenziói: A konfliktusmegoldó kérdőív hazai adaptációja. *Mentálhig Pszichoszom*, 9(3): 217-241.
- Rózsa S., Réthelyi J., Stauder A., Susánszky É., Mészáros E., Skrabski Á., Kopp M. (2003) A Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés általános módszertana és a felhasznált tesztbattéria pszichometriai jellemzői. *Psychiatria Hungarica*, 18(2): 83-94.
- Rózsa S., Szádóczky E., Füredi J. (2001): A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői a hazai mintán. *Psychiatria Hungarica*, 16 (4): 384.402.
- RYFF, C. D. – SINGER, B. H. – DIENBERG LOVE, G. 2004: *Positive health: connecting well-being with biology*. In: *Philosophical transactions of the Royal Society of London: Biological sciences*, 359(1449), 1383-1394.
- Salavecz G., T Chandola, H Pikhart, N Dragano, J Siegrist, K-H Jöckel, R Erbel, A Pajak, Maljutina, R Kubinova, M Marmot, M Bobak, M Kopp. (2010) Work stress and

- health in Western European and post-communist countries: an East–West comparison study. *J Epidemiol Community Health*;64:57-62
- Salavecz Gy. (2008): Munkahelyi Stressz és Egészség in: Kopp Mária szerk: Magyar Lelkiállapot 2008. Semmelweis Kiadó
  - Salavecz Gy., Neculai K, Rózsa S., Kopp M. (2006): Az Erőfeszítés- Jutalom Egyensúlytalanság Kérdőív magyar változatának megbízhatósága és érvényessége *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*. 7/3.
  - Salavecz Gy., Neculai K. (2006): Pedagógusok mentális egészsége - munkahelyi stressz és megküzdés függvényében. *Pedagógusképzés*. 4. évf. 1-2. sz. / 2006.
  - Salavecz Gy., Neculai K., Jakab E. (2006): Munkahelyi stressz és énhatékonyság szerepe pedagógusok mentális egészségének alakulásában. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*. 7/2.
  - Sárkány Péter 2008: *Filozófiai lélekgondozás*. JEL Kiadó, Bp.
  - Sárkány Péter 2008: *Filozófiai lélekgondozás*. JEL Kiadó, Bp.
  - Sárkány Péter 2011: *A filozófiai életformától az életművészet filozófiájáig*. In: *Teória és praxis között, avagy a filozófia gyakorlati arcáról*. Szerkesztette: Bakos Gergely OSB. L'Harmattan, Sapientia Szerzetesi Hittudományi Főiskola, Bp.
  - Sartre, Jean-Paul 1965: *Az egzisztencializmus: humanizmus*: Fordította: Csatlós János, In: *Az egzisztencializmus*, Gondolat, Bp.
  - Sartre, Jean-Paul 2006: *A lét és a semmi. Egy fenomenológiai ontológia vázlat*. L'Harmattan, SZTE Filozófia Tanszék, Magyar Filozófiai Társaság, Bp.- Szeged.
  - Scheler, Max 1995: *Az ember helye a kozmoszban – tanulmányok*. Fordította: Csatár Péter, Osiris, Bp.
  - Seligman, M. – Csíkszentmihályi M.: *Positive Psychology: An Introduction*. In: *American Psychologist*, 55., 5-14.
  - Seligman, Martin 2011: *Flourish – élj boldogan! A boldogság és a jól-lét radikálisan új értelmezése*. Fordította: Bozai Ágota. Akadémiai Kiadó, Bp.
  - Selye H. (1955): Stress and disease, *Science*, 122: 625-631
  - Selye H. (1956): *The Stress of life*, McGraw-Hill, New York
  - Selye H.(1936) A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138(3479, July 4):32.
  - Selye J. (1965) *Életünk és a stressz*. Akadémiai Kiadó, Budapest,76-97.
  - Selye J. (1983): *Stressz distressz nélkül*, Akadémiai Kiadó, Budapest, 23-64.
  - Selye János: *Stressz distressz nélkül*, Akadémia Kiadó, Budapest (1983),
  - Skrabski Árpád – Kopp Mária – Rózsa Sándor – Réthelyi János: *A koherencia mint a lelki és testi egészség alapvető meghatározója a mai magyar társadalomban*. In: *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 2004/1, 7-25.

- Soldatos, C. R. – Dikeos, D. G. – Paparrigopoulos, T. J. (2000): Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based in ICD-10 criteria. *J Psychosom Res* 48(69): 555-560.
- Soldatos, C. R. – Dikeos, D. G. – Paparrigopoulos, T. J. (2003): The diagnostic validity of the Athens Insomnia Scale. *Psychosom Res* 55(3): 263-267.
- Stauder A., Konkoly Thege B. (2006) Az észlelt stressz kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné és pszichoszomatika*. 7(3):203-216.
- Stauder A.: Stressz és stresszkezelés szerepe az esélyerősítésben. In: Kopp M. (szerk.)(2008) *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest. pp.10-19.
- Stauder A.: Stressz és stresszkezelés. In: Kállai J., Varga J., Oláh A. (szerk.)(2007) *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest. pp:153-176
- Steffen, V. (1997): Life stories and shared experience. *Soc. Sci. Med.* 1. 99-111.
- Susánszky É. (2009) A magyar fiatalok életminőségének alakulása az elmúlt két évtizedben. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem. Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola.
- Susánszky É., Konkoly Thege B., Stauder A., Kopp M. (2006) A WHO Jól-lét kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakosságági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 3: 247-255.
- Szabó E. (2009) A munkahelyi egészségpszichológia és egészségfejlesztés rendszere a Magyar Köztársaság Rendőrségén, valamint a szubjektíve észlelt munkahelyi stresszterheltség jellegzetességei-különös tekintettel az idői tényezőre - a hivatásos állományú rendőrök körében. Doktori értekezés. Debreceni Egyetem, BTK.
- Szabó G. (2013) Az életesemények pszichoszociális összefüggései és a krónikus betegségekkel való kapcsolata. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem. Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola
- Szabó, L. (1993): *Szociális esetmunka* Budapest. Szociális Munka Alapítvány. 38.-108. old.
- Szőnyi, M. (2000): Relaxációs és imaginatív terápiák. In: Szőnyi, G. – Füredi, J. (2000): *A pszichoterápia tankönyve*. Medicina könyvkiadó Rt. Budapest. 2000. 341.-353.
- Tandari-Kovács M. (2010) Érzelmi megterhelődés, lelki kiégés az egészségügyi dolgozók körében. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem. Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola
- The Ottawa Charter (1986)

- Tölgyes, T. (2000): Viselkedés- és kognitív terápiák. In: Szőnyi, G. – Füredi, J. (2000): A pszichoterápia tankönyve. Medicina könyvkiadó Rt. Budapest. 2000. 306.-328.
- Tringer László 2005: *Az identitás folyamata*. In: *Az értelemkérdés sodrában*. Szerkesztette: Sárkány Péter. Bp., JEL Kiadó.
- Tringer, L. (2001): Az alvás és zavarai. In: Tringer, L. (2001) A pszichiátria tankönyve. Semmelweis kiadó. Budapest 2001. 385-392.
- Tringer, L. (2001): Relaxációs technikák. In: Tringer, L. (2001) A pszichiátria tankönyve. Semmelweis kiadó. Budapest 2001. 511.
- Trull, J. T. – Phares, E. J. (2004): A viselkedésterápia hagyományos módszerei. In: Trull, J. T. – Phares, E. J. (2004): Klinikai pszichológia. Osiris Kiadó. Budapest. 2004. 495.-509.
- Tugendhat, Ernst 1984: *Antike und moderne Ethik*. In: Ernst Tugendhat: *Probleme der Ethik*. Reclam Verlag, Stuttgart.
- Ulickaja, Ljudmila 2006: *Szonyecska*. Fordította: V. Gilbert Edit. Magvető Kiadó, Bp.
- Vgontzas A. N., Liao D., Bixler E. O., Chrousos G. P., Vela-Bueno A., (2009), Insomnia with Objective Short Sleep Duration is Associated with a High Risk for Hypertension, *Sleep*, 32(4): 491–497.
- Weiss János 2004: *Az elismerés elmélete*. Áron Kiadó, Bp.
- Weiss János 2013: *Az etika társadalomelméleti kontextusban*. In: *Etikák, identitások, perspektívák*. Szerkesztette: Bertók Rózsa, Barcsi Tamás. ETHOSZ – Virágmandula Kft., Pécs.
- Zoller Rezső: Horkolás, légzéskimaradás – alvási apnoe? Springmed Kiadó. Budapest. 2012. 15.-28. old.