



PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM
UNIVERSITY OF PÉCS



SZÉCHENYI TERV

MUNKAHELYI LELKI EGÉSZSÉGVÉDELEM

Tréning tematika

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



MAGYARORSZÁG MEGÚJUL



A projekt az Európai Unió
támogatásával valósul meg.

ISBN 978 963 642 656 9

TARTALOMJEGYZÉK

MENTÁLHIGIÉNÉ.....	5
ELŐÍTÉLETEINK.....	6
MUNKAHELYI MENTÁLHIGIÉNÉ.....	10
MUNKAHELYI KOMMUNIKÁCIÓ.....	17
FELADATOK, GYAKORLATOK A MUNKAHELYI KOMMUNIKÁCIÓ TERÜLETÉRŐL.....	21
<i>Magabiztosság, önérvényesítés a munkahelyi kommunikációban.....</i>	21
„MEG TUDOM ÉRTENI ÖNT!” A SIKERES KOMMUNIKÁCIÓ ALAPJAI.....	32
NE MONDJA KI MINDIG, AMIT GONDOL!.....	32
A TESTBESZÉD FONTOSSÁGA.....	34
HALLGATNI MEGTANULNI NEHEZEBB, MINT BESZÉLNI. MIBŐL ADÓDhat AZ INFORMÁCIÓVESZTÉS?.....	36
ELŐSZÖR GONDOLKODNI, AZTÁN BESZÉLNI! VAGY MÉGSEM?.....	40
STRESSZ KEZELÉS EGYÉNI ÉS SZERVEZETI SZINTEN.....	42
A VÁLTOZÁS LOGIKAI SZINTJEINEK KONCEPCIÓJA A DILTS PIRAMIS TÜKRÉBEN.....	42
EGYÉNI STRESSZKEZELÉSI GYAKORLATOK A MINDENNAPI ÉLETBEN.....	47
KORREKCIÓS JELLEGŰ TERÁPIÁK.....	57
SZERVEZETI SZINTŰ MUNKAHELYI STRESSZ KEZELÉS.....	63
A MUNKAHELYI STRESSZ FELMÉRÉSE.....	70
STRESSZKEZELŐ, INTERVENCIÓS PROGRAMOK A MUNKAHELYEKEN.....	75
EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ PROGRAMOK SZEREPE A STRESSZ SZINT CSÖKKENTÉSÉBEN.....	81
SZORONGÁSOS ZAVAROK, HANGULATZAVAROK.....	85
A PSZICHÉS ZAVAROK FELISMERÉSE.....	87
A SZORONGÁSOS ZAVAROK.....	89
A HANGULATZAVAROK.....	98
MELLÉKLETEK:.....	103
<i>Reménytelenség Skála.....</i>	103
<i>Beck Szorongás Leltár.....</i>	105
<i>Beck Depresszió Kérdőív.....</i>	107
<i>Zung Önértékelő Depresszió Skála.....</i>	110
AZ ALVÁS ÉS ZAVARAI, KÜLÖNÖS TEKINTETTEL AZ INSZOMNIÁRA.....	112
AZ INSZOMNIA FELISMERÉSE, VIZSGÁLATA.....	113
AZ ALVÁSHIGIÉNÉS TANÁCSADÁS.....	117
KÉMIAI ADDIKCIÓ, DROGFOGYASZTÁS.....	122
DROGOK, DROGFOGYASZTÁS, KÉMIAI SZER ADDIKCIÓ.....	122
A DROGHATÁSOK TÍPUSAI.....	127
ADDIKCIÓ.....	128
KÉMIAI ADDIKCIÓ ISMÉRVEI.....	129
A DROGFOGYASZTÓK SZEMÉLYISÉGFEJLŐDÉSE, SZEMÉLYISÉGE.....	130
ALKOHOLFOGYASZTÁS, ALKOHOLFÜGGŐSÉG.....	132
ALKOHOLFOGYASZTÁS, ALKOHOLFÜGGŐSÉG.....	132
RÖVID INTERVENCIÓ.....	133

<i>AUDIT SZŰRŐTESZT</i>	134
<i>ÖNSEGÍTŐ FÜZET</i>	148
FILOZÓFIAI PRAXIS	161
BEVEZETŐ GONDOLATOK	161
A JÓ ÉLET FOGALMÁNAK ÉRTELMEZÉSE	161
AZ AUTONÓM ÉRTÉKVÁLASZTÁS PROBLÉMÁJA	163
A LELKI NYUGALOM MEGŐRZÉSE, A TŐLÜNK FÜGGŐ ÉS FÜGGETLEN DOLGOK MEGKÜLÖNBÖZTETÉSE	166
A HALÁL ÉS A HALDOKLÁS PROBLÉMÁJA	168
LOGOTERÁPIA ÉS EGZISZTENCIAANALÍZIS	173
BEVEZETŐ GONDOLATOK	173
AZ EMBERI SZEMÉLY SZELLEMI DIMENZIÓJA	173
AZ ÉLET ÉRTELMÉRE IRÁNYULÓ KÉRDÉS	175
A MUNKA, A SIKER, AZ ELISMERÉS ÉRTELMÉRŐL	179
A SZERETET, A SZERELEM ÉRTELMÉRŐL	181
LOGOTERÁPIAI KRÍZISINTERVENCIÓ	184
BEVEZETŐ GONDOLATOK	184
AZ ÉRTÉKKONFLIKTUSOK FELOLDÁSA	184
A BEÁLLÍTÓDÁS MEGVÁLTOZTATÁSA TRAUMATIKUS ÉLETESEMÉNY ÉS A HALÁLLAL VALÓ SZEMBESÜLÉS ESETÉN	185
A NEURÓZISOK KIEGÉSZÍTŐ KEZELÉSE	188
IRODALOMJEGYZÉK	191

MENTÁLHIGIÉNÉ

Juhász Éva

A mentálhigiéné nagyon hosszú és bonyolult fejlődésen ment át története során. A fejlődés legfontosabb paramétereit a következő táblázat mutatja.

Paradigmaváltás a mentálhigiéné fejlődése során

Klasszikus medicinális értelmezés szerint (pszichiátriai)	Nonmedikális értelmezés szerint (pozitív mentálhigiéné)
egészség ↔ betegség	egészség ↔ betegség
páciens, beteg	kliens, problémahordozó
kauzális megközelítés	holisztikus, rendszerszemléleti megközelítés
betegség, diagnózis (címké, stigma)	probléma, állapot (nincs címkézés)
terápia, kezelés, egyoldalú szakértés	konzultáció, intervenció, kölcsönös szakértés
orvos, terapeuta, szakértő	segítő, konzultáns, facilitátor, probléma-fogadó
hiányosság-központú felfogás a páciens „nem tehet róla” alárendelő kapcsolat, elszenvedő helyzet	a meglévő értékekre épít, a kliens felelős a helyzetért egyenrangú felek kapcsolata
egészségügyön belüli (szervezeti, intézményi) elkülönítő, szeparáló „kustodiális” (megőrző) elv	non medikális „extramurális” (intézmény falain kívül) elv (színterek: járóbeteg ellátás, nappali kórházak, gondozók) A kliens családjának és tágabb szociális környezetének bevonása az ellátásba: „közösségi pszichiátria”

1. feladat

Tanulmányozzák pármunkában a táblázatot, állapítsák meg, mi a jelentősége, pozitívuma a modern felfogásnak az érintettek szempontjából.

Beszélgék meg plénumban, miért sokkal humánusabb a korszerű felfogás.

2. feladat

Vitassák meg plénumban, miért fontos, hogy az érintetteket ne kizárólag intézményekben kezeljék.

- az érintettek szempontjából
- az ellátók szempontjából
- a család szempontjából.

3. feladat

Ön személy szerint fontosnak tartja-e, hogy az érintettekkel lehetőleg többféle szakember és többféle közösség tagja foglalkozzon, vagy inkább úgy véli, hogy jobb, ha „egy kézben van a dolog”, így könnyebb a változások nyomon kísérése?

4. feladat

Miért fontos, hogy a helyreállítás során a meglévő értékekre építsünk?

Vitassák meg kiscsoportokban, majd közösen!

5. feladat

A mentálhigiéné új értelmezése szerint egyaránt szükséges a primér, a szekunder, és a terciér prevenció. Mi az oka annak, hogy a munkahelyi mentálhigiéné inkább csak a primér megelőzést vallja feladatának? Vitassák meg közösen.

Milyen nehézségei adódnak a feladatvállalásból a munkahelynek?

Előítéleteink

Előítéletekkel találkozhatunk úgy a társadalomban, mint a munkahelyen, de akár a családban is. Mindannyiunkat megviseli lelkiileg, ha mások előítéletekkel közelítenek felénk. Ha ez a folyamat tartós, mélyreható károkat okozhat az egyén életében, esetleg súlyos betegségeket is.

1. feladat

Ön szerint kik azok a személyek vagy társadalmi csoport, akikkel szemben a magyar társadalomban a legnagyobb az emberek előítélete? Vitassák meg a kérdést!

2. feladat

Napjainkban Magyarországra is egyre több menekült érkezik. Milyen előítéletek fogalmazódnak meg velük szemben főként? Hogyan lehet ezek ellen a leghatékonyabban cselekedni?

3. feladat

Az alábbiakban olyan embereket adunk meg a táblázatban, akikkel szemben köztudottan erős a társadalmi előítélet. Rangsorolja őket aszerint, kivel szemben a legerősebb = 1, és kivel szemben a leggyengébb = 18 az Ön előítélete.

alkoholisták	
aluliskolázottak	
eltérő nemi identitásúak	
börtönviseltek	
drogosok	
romák	
hajléktalanok	
menekültek	
munkanélküliek	
mozgáskorlátozottak	
szellemileg korlátozottak	
vakok	
siketek	
prostituáltak	
szegények	
színes bőrűek	
pszichiátriai betegek	
egyéb:.....	

4. feladat

Az alábbiakban állításokat talál az előítélettel kapcsolatban.

- Jelölje be azokat a kategóriákat, amelyek legjellemzőbbek Önre.
- Beszélgék meg a választásaikat és hasonlítsák össze egymáséival.

állítás	egyetértek	részben egyetértek	nem értek egyet
Minden előítéletnek van valós alapja.			
Az előítélet mindig igazságtalan, mert tudatlanság az alapja.			
A szülők előítéleteit gyermekeik is „öröklik”.			
Bizonyos emberek vagy csoportok rászorgáltak, hogy előítélettel legyenek velük szemben mások.			
Ha egy csoport valamelyik tagja előítélettel van másokkal szemben, ez a többi csoporttagra is áterjed.			

5. feladat

Mit gondol Ön, milyen problémákkal (társadalmi, munkahelyi, családi), lelki gyötrelmekkel kell megküzdeniük nap mint nap az előítéletek miatt az érintett személyeknek? Vitassák meg plénumban!

A lelki egészség minősége jelentősen függ attól milyenek az ember szociális kapcsolatai, mennyire intenzívek és mennyire tartósak. Minél mélyebb és intenzívebb kapcsolatai vannak valakinek, annál jobban tud kommunikálni, annál inkább számíthat nehéz élethelyzetekben segítségre, támogatásra.

6. feladat

Gondolja át, kik azok az emberek, akikkel magánéletében kapcsolatot tart? Készítsen kapcsolati térképet. Koncentrikus körökbe írja be a személyeket úgy, hogy Ön áll a kör közepén, és minél közelebb van valaki Önhöz, annál gyakoribb a kapcsolat. Minél vastagabb tollal írja be az illető személyt, annál mélyebb a kapcsolat.

- a) Készítse el mindenki a saját térképét!
- b) Hasonlítsák össze csoportokban.
- c) Mire enged következtetni, ha valakinek sok mély kapcsolata van?
- d) Mire enged következtetni, ha valakinek sok felületes kapcsolata van?

7. feladat

Gondolja át, milyen hatással volt Önre egy új közösség. Ki/mi segítette a beilleszkedést, az elfogadást? Voltak-e negatív tapasztalatai? Vitassák meg, melyek azok a tényezők, amelyek segítik az „új” embert beilleszkedni a csoportba.

A munkahelyi összetartozás érzése, amennyiben a csapat minden tagjára jellemző, előnyösen támogatja a munkahely sikereit, amit az egyén is magáénak érezhet. Előfordul azonban, hogy munkahelyi viszály, zaklatás nehezíti meg a közös gondolkodást és közös cselekvést. A jól működő szervezet nagy hangsúlyt fektet arra, hogy munkatársait felvértesse ez ellen, vagyis képzéseket indít különböző témákban, különböző szinteken.

8. feladat

Nevezzenek meg olyan megtörtént eseményeket, ahol az egyik munkatársat sorozatosan zaklatta valaki (vagy valakik). Vitassák meg:

- a) Hogyan alakulhatott ki a helyzet?
- b) Ki a felelős érte?
- c) Hogyan oldódott meg a probléma?

MUNKAHELYI MENTÁLHIGIÉNÉ

Juhász Éva

Nemcsak az egyén, de a munkahely érdeke és feladata is a munkatársak lelki egészségének biztosítása és fenntartása, - a munkavégzés során szükség van a munkavállalók stabil pszichés állapotára /problémamegoldás, alkalmazkodás, kreativitás.../. De ez ellenkezőleg is igaz: az egyén számára is fontos a munkahely stabilitása, az egzisztenciális biztonság, hiszen a felnőttek életében – már csak az ott eltöltött idő mennyisége miatt is – meghatározó a munka, a munkahely személyiségre gyakorolt hatása.

A munkahelyi mentálhigiéné főként preventív módon biztosítja a megfelelő munkahelyi légkört, a megfelelő munkafeltételeket, és ezzel hozzájárul a lelki egészség megőrzéséhez.

Egy munkahelyen már az első nap első benyomásai hagynak nyomokat az ember lelkében.

Megélni az első találkozást a munkatársakkal, az első közös, majd önálló feladatot, mindenki számára hosszú ideig vagy akár egész életre maradandó élményt jelent. Már maga a bemutatkozás is jelentős esemény.

1. feladat

Ön első ízben találkozik munkatársaival. Mit mondana el önmagáról, és mit inkább nem?

2. feladat (empátia, egymásra figyelés, egymás segítése, munkaszervezés, tervezés, támogatás, összetartozás érzése)

Alkossanak 3 csoportot. Minden csoport minden tagja írjon fel egy-egy pozitív állítást a munkát illetően önmagáról. Fedjék fel a kártyákat, és indokolják azok tartalmát. Ezután minden csoport bemutatkozik, méghozzá úgy, hogy a tőle jobbra ülőt mutatja be mindenki.

1. A következő lépésben kitalálnak egy olyan tevékenységet (munkát), amit a csoportban meglévő paraméterekkel jó minőségben tudnának végezni.

2. Végül keressenek még olyan tulajdonságokat, amelyek a jelenlegi csapatok eredményes működéséhez még szükségesek lehetnek.

3. feladat

Idézzenek fel olyan helyzetet, amelyben akár Önök, akár munkatársuk került olyan helyzetbe, amikor munkahelyükön nem értették meg, véleményét nem vették figyelembe.

- Mi lehetett a meg nem értés oka?
- Mi volt az Ön (munkatárs) válaszreakciója?
- Meddig tartott az eset „utóhatása”, meddig „nyomta a lelkét”, meddig „nem tudott szabadulni a gondolattól”?
- Mennyiben változott volna a helyzet, ha megértik Önt/munkatársát?

4. feladat

Idézzenek fel olyan helyzetet, amikor munkatársa egy munkahelyi problémája miatt segítséget kért Öntől, és Ön szívesen segített.

- Hogy élte meg Ön a helyzetet?
- Hogy élte meg munkatársa a helyzetet?
- Mi történt volna, ha Ön nem tud segíteni?

5. feladat

Ön új munkahelyre kerül, ahol az Ön számára minden és mindenki új. Kezdetben talán zavarja is, hogy új helyzethez kell alkalmazkodnia. Hogy lendületét, magabiztosságát, motivációját növelhesse, segítségre van szüksége.

- Ki(k)től és miben várna el segítséget?

célszemély	segítség fajtája

- Kérne-e segítséget vagy megvárná-e míg felajánlják? Indokoljon!

6. feladat

Önt felettese megbízza, hogy új munkatársát segítse a beilleszkedésben. Ön kitüntetésként éli meg a feladatot. De hasonló helyzetben lévő kollégája „kötelező újabb nyűgként” tekint hasonló feladatára, és lehetőség szerint hanyagolja is a támogatást.

a) Ön ezt nem tudja szó nélkül nézni. Mit cselekszik?

b) Mit gondol, hogy éli meg a helyzetet a támogatást alig kapó új munkatárs?

Egyénileg oldják meg a feladatot, majd vitassák meg a helyzetet plénumban!

A lelki egészség milyensége egyaránt függ a magánéletbeli kapcsolatok és a munkahelyi emberi kapcsolatok alakulásától/alakításától. Mivel a felnőttek munkahelyükön töltik napjaik túlnyomó részét, rendkívül meghatározó számukra, hogy ebben az időben milyen az a munkahelyi légkör, amelyben napról napra tudásuknak és erejüknek megfelelően jól kell teljesíteniük. A munkahelyi légkör nagyon sok faktor függvénye.

1. feladat:

Iskolás korukban valószínűleg megélték azt a helyzetet, hogy elmondhatták, hogy „jó osztályba jártam”, vagy „a mi osztályunk nagyon széthúzó társaság volt”, vagy „nagyon jó osztálytársaim/tanáraim voltak”, vagy éppen „a mi osztályunk volt az iskola réme”. Gyűjtsék össze kiscsoportokban, majd összesítsék plénumban, melyek azok a tényezők, amelyek egy iskolai közösség (osztály) jóságszintjét adják. És melyek azok az iskolai tényezők, amelyek miatt egy diák nem szeret iskolába járni?

2. feladat:

Tervezzenek „jó” iskolát! Oldják meg a feladatot 3 csoportban, majd prezentálják az eredményeiket plénumban. A bemutatás technikája legyen mind-map ábrázolás. (Gondoljanak mindenre: helyszín, épület, felszereltség, tanárok, egyéb személyzet, diákok, órarend, egyéb tevékenységek, DE különösen: szociális kapcsolatok, csoportok, szervezetek, feladatok, lehetőségek, személyközi viszonyok stb.)

- a) Hasonlítsák össze megoldásaikat.
- b) Válasszák ki a legjobbat. Ha ez nem sikerül, a három szintéziséből alkossanak egy negyediket. Minden esetben indokoljanak.

3. feladat

Beszélgék meg plénumban, melyek azok a tényezők, amelyek alapvetően hozzájárulnak a felnőttek esetében jó munkahelyi légkör megteremtéséhez.

4. feladat

Vitassák meg plénumban, mely tényezők rontanak alapvetően a jó munkahelyi légkör megteremtésének lehetőségén. (Gondoljanak mindkét oldalra: munkavállaló ↔ munkahely.)

5. feladat

Hasonlítsák össze a1. és a 3. feladatokban kapott eredményeiket!

Van-e különbség a diákok munkahelye (iskola) és a felnőttek munkahelye között a vizsgált szempontból?

6. feladat

Érveljenek:

Miért fontos a jó munkahelyi klíma

A munkavállaló szempontjából?	A munkaadó szempontjából?

7. feladat

Milyen tényezők árulkodnak arról, hogy jó-e egy munkahelyen a munkahelyi légkör?

A jó munkahelyi légkör kialakításának tényezői közé tartozik a dolgozók közti – akár horizontális, akár vertikális irányú – munkahelyi kapcsolat minősége. Ez nemcsak az adott dolgozó számára fontos, hanem a cég számára is, hiszen eredményes munkát csak jó munkahelyi közösségben lehet végezni.

8. feladat

Önnek mint üzeme részlegvezetőjének feltűnik, hogy egyik munkatársuk már hosszabb ideje nagyon megváltozott: szótlanná vált, munkája lényegesen lassúbb, és ráadásul sokat is hibázik. Az ezt követő beszélgetésből kiderül, hogy az üzemben egy kisebb csoport megfélemlítette, rendszeresen pénzt és cigarettát követelnek tőle. Ő ezért otthon nem tud elszámolni a pénzzel, és ebből már számos konfliktus is adódott otthon. Eddig hallgatott a történetekről.

Vitassák meg:

- a) Milyen megoldás várható/vagy nem?
- b) Miért jöhetett létre a kialakult helyzet?
- c) Miért nem oldódott meg korábban a probléma?
- d) Ki/mi szenvedett kárt az eset miatt?
- e) Ki és hogyan segíthet a korábbi egyensúlyi helyzet helyreállításában?

9. feladat

Beszélgék meg és jegyzeteljem le pármunkában:

- a) Melyek azok a tényezők, amelyek hozzájárulhatnak ahhoz, hogy valaki a munkahelyen sorozatosan támadható, „kikezdhető” legyen?
- b) Melyek azok a tényezők, amelyek ezt meg tudják akadályozni?
- c) Hogyan tud az egyén ez ellen védekezni?
- d) Léteznek tipikus „áldozat” típusok?

Megoldásaikat beszéljem meg plénumban!

Elengedhetetlenül szükséges, hogy a dolgozók szeressék a munkájukat, legyenek tisztában annak hasznosságával, örömmel végezzék azt. Ismerjék helyüket, szerepüket a cégnél, feladatuk mibenlétét és fontosságát, szükségességét. Eredményes munkájukhoz az is szükséges hogy ismerjék munkahelyük struktúráját, céljait, terveit, átlássák a komplett munkafolyamatot, megértsék az összefüggéseket

a különböző folyamatok és munkaterületek között, mert csak így tudnak azonosulni a vállalat érdekeivel, és adott esetben akár azt egyéni érdekeik elé is tudják helyezni. A jó munkahelyi klíma megteremtésében és fenntartásában fontos szerepe van a jó kollektívának. Ebben az esetben a munkatársak együttműködnek a közös célok és érdekek elérésében. Egymás adottságait, személyiségét, és munkáját tiszteletben tartják, megbecsülik.

Egymáshoz segítőkészek és bizalommal vannak egymáshoz. Őszinték egymáshoz, elismerik egymást és egymás eredményeit, s nem sértődnek meg az építő szándékú kritikáért. Tudnak egymáshoz alkalmazkodni, munkájukat egymással összehangolni. A jó munkahelyi közösség szervezi, irányítja és ellenőrzi önmagát és tevékenységét. Mindennek ellenére kell, hogy legyen egy vezető, az alá és felérendeltségi viszony a legjobb kollektívában is jelen kell, hogy legyen. A vezetőknek a konkrét munkafolyamatok irányításán túl az is a feladatuk, hogy szervezzék és irányítsák a közösséget, alakítsák a munkahelyi légkört.

10. feladat

Vállalatuk sürgős megrendelést kapott. Ezért Ön, mint felettes kéri beosztottjait, hogy 1-2 napig túlórázzanak néhány órát a megrendelés teljesítésének érdekében. Egyik munkatársa erre viszont nem hajlandó, mondván, ő este 5 után mindig koccogni szokott, és az egészsége megóvása érdekében erre neki rendkívül szüksége van, és ezért még túlóra-fizetés ellenében sem akar tovább maradni.

Milyen problémákat vet fel az említett helyzet? Hol és miből adódhatnak konfliktusok?

Vitassák meg plénumban.

Egy szervezet sikeres működésének egyik alapvető feltétele, hogy a megfelelő munkatársakat válogassuk össze, akik szakmailag jól felkészültek, eredményesen dolgoznak önállóan és teamben is, és így összetartó, hatékony csapatot alkotnak. Az összecsiszolódás folyamata időt vesz igénybe, valamint egy vezető eredményes csapatépítő munkáját. Első lépés azonban a megfelelő csapat-tagok kiválasztása.

11. feladat

Egyéni munkában jegyzeteljék fel, melyek azok a paraméterek, amelyeknek feltétlenül teljesülnük kellene, ha Ön személyesen megválaszthatná munkatársait?

tudás, végzettség	belső emberi tulajdonságok	képességek, készségek	külső tulajdonságok

- a) Hasonlítsák össze párosával, majd plénumban. Előzőleg rangsoroljanak.
- b) Melyek azok a paraméterek, amelyek kizáró tényezőként hatnak?

A szervezetek sikerének alapja a megfelelő munkatársak kiválasztása. Ahhoz, hogy eredményesen működjenek, közösen (teamekben), összehangoltan kell együttműködniük.

A jó csapat nem adódik azonnal önmagától a helyes összeválogatás alapján, hanem az időt rászánva tervezetten kell kialakítani.

A csapat kialakításának három, időben egymásra következő szakasza van:

- I. az alkalmazkodás időszaka
- II. a normák kialakításának időszaka
- III. az önkormányzás időszaka

MUNKAHELYI KOMMUNIKÁCIÓ

Juhász Éva

Minden ember jól-létének egyik lényegesen meghatározó tényezője – úgy a magánéletben, mint a munkahelyén – szociális kapcsolatait fenntartó kommunikációjának a sikeressége. Egyre több vállalat, intézmény ismeri fel, hogy a hatékony kommunikáció a munkahelyi sikerek legfontosabb eleme, ezért munkatársaik számára rendszeresen szerveznek kommunikációs tréningeket. Ugyanis több kutatás is kimutatta, hogy nem az a szervezet sikeres, ahol csend és nyugalom van, a beosztottak alázattal és némán követik a felülről jövő utasításokat, hanem az a szervezet, ahol rendszeres kommunikáció, esetenként élénk viták következtében születnek meg úgy az egyes munkavállaló, mint a munkaadó kölcsönös érdekeit szolgáló, a szervezet fejlődését előrelendítő döntések.

Hosszú időre visszanyúlik a munkavállalóknak, esetenként feletteseknek az olyan gondolkodásmódja, hogy jobb, ha csendben maradnak, nem nyilvánítanak véleményt, akkor az számukra egy kényelmes megoldás, és felelősségünk sem származik ebből. A sikeres, fejlődőképes, lendületes szervezetek viszont szakítanak ezzel a régi rossz beidegződéssel.

Felnőtt életünk nagy részét munkahelyünkön töltjük. Életünk sikerességéhez nagymértékben hozzájárul, hogy mennyire tudunk eredményesen kommunikálni munkatársainkkal, ügyfeleinkkel.

A munkahelyi kommunikációnak nagyon sok színtere van, akár a szóbeli (értekezlet, fogadóóra, spontán beszélgetés, telefonálás, előadás stb), akár az írásbeli (céges újság, hírlevél, faliújság, kézikönyv, kiállítás, stb.) kommunikációt tekintjük:

- álláshirdetés megpályázása
- felvételi elbeszélgetés
- kapcsolattartás ügyfelekkel
- négy szemközti kommunikáció beosztottal
- négy szemközti kommunikáció feletessel
- telefonos kommunikáció
- megbeszélés csoporttal
- prezentáció bemutatása

- értekezlet tartása
- stb

És mindezekén túl természetesen a megjelenés, a benyomáskeltés, a viselkedés és a testbeszéd is.

1. feladat

Ön egyik bizalmas munkatársával beszélget. Tanácsát kéri a következő helyzetben: Ön beiratkozott egy egyetemre, ahol távoktatásban management ismereteket szeretne tanulni. Dilemmája van afelől, hogy közölje-e a főnökével, akiről köztudott, hogy nem szereti azokat a munkatársakat, akiknek sokrétűbb végzettsége van, mint neki.

- a) Játsszák el párokban a helyzetet.
- b) Értékeljék a dialógusokat.
- c) Beszéljék meg, milyen lehet az adott munkahelyen a munkahelyi légkör.

2. feladat:

(szabad előadás)

- a) Volt már olyan feladata, hogy egy csoport előtt kellett előadást tartania? Ha igen, akkor idézze fel, hogy hogyan készült fel, és milyen tapasztalatokat szerzett. Beszéljék meg a kérdést kiscsoportokban, majd plénumban.
- b) Vannak olyan előadók, akik szó szerint leírják előadásukat, ezt betanulják, és az előadás során a „kéziratba” csak szükség esetén tekintenek bele. Beszéljék meg a csoportban, hogy melyek ennek a módszernek az előnyei, és melyek a hátrányai.
- c) Vannak továbbá olyan előadók, akik leírják előadásuk szövegét, majd azt az előadás helyszínén szó szerint felolvassák. Vitassák meg plénumban az ilyen előadások előnyeit és hátrányait. (beszélt nyelv ↔ írott nyelv)
- d) Valószínűleg megéltek már olyan előadást, ahol az előadó kis kártyákat tartott a kezében és néha-néha beletekintett, majd „lapozott”. Mit tartalmaznak vajon ezek a kártyák, és hogyan használja őket az előadó?

Egy vetített képes előadást tartani ma már az általános iskolában tanítanak. A középfokú és felsőfokú intézményekben pedig még több esélye és lehetősége

(sokszor kötelezettsége is) van a diákoknak erre. Így ma már bármely munkahely, bármely szakképzett dolgozója alkalmas arra, hogy tartson egy ilyen előadást. Sok, vezetőfunkciót nem betöltő munkatárs gondolkodik azonban úgy, hogy neki erre biztosan nem lesz szüksége. A mindennapi gyakorlat erre viszont ráció, egyre több készséggel, egyre nagyobb tudással kell rendelkezniük ma már a munkavállalóknak.

3. feladat:

Ön azt a feladatot kapta, hogy egy pályaválasztási fórumon tartson előadást nyolcadik osztályosoknak saját foglalkozásáról. Mutassa be munkahelyét, munkakörét, munkatársait és a feladatkör ellátásához szükséges tanulmányok állomásait.

Mielőtt nekiállna a feladatnak, olvassa át az alábbiakat.

I. Az előadás tervezése:

1. lépés: Legyen vele tisztában, ki a célközönség!
 - Mit várnak tőlem?
 - Milyen előismereteik, tapasztalataik vannak a témát illetően?
 - Milyen igényeik, kívánságaik, reményeik, félelmeik, érdeklődési területeik lehetnek?
 - Milyen szókinccset, stílust, előadásmódot válasszak?
2. lépés: Határozza meg az előadás célját! (Ismerjék meg, tudják meg, győződjenek meg róla ...)
 - Ismerjék meg az x szakterület szépségeit, nehézségeit.
 - Ismerjék meg az x szakterület elsajátításának lehetőségeit, képzési helyeit.
 - Ismerjenek meg egy olyan szervezetet, ahol az x szakterületen el lehet helyezkedni.
 - Ismerjék meg az x szakterületen történő fejlődési lehetőségeket.
3. lépés: Gyűjtsön anyagot!
 - Közben ne tévessze szem elől, mi a célja, és ki a célközönség.
 - Gyűjtsön sokféle anyagot. (Tények, érvek, példák, kifogások, ellenérvek, viccek, anekdoták stb.)
 - Használja ki a különböző anyaggyűjtő technikákat.

- Ne késlekedjen az anyaggyűjtéssel. Gyakran az idő múlásával jönnek a legjobb ötletek.

4. lépés: Gondolja át a bemutatás lehetséges formáit!

- Verbális? Verbális + vizuális?
- Milyen képek, ábrák, tárgyak, modellek, statisztikák stb alkalmasak arra, hogy leginkább alátámasszák a mondottakat.

II. Az előadás felépítése

Mindezek után tervezze meg előadása felépítését.

Itt is érvényes a hármas tagolás: bevezetés – tárgyalás – befejezés.

	Az Ön feladata	Példa
Bevezetés	Keltse fel a hallgatóság figyelmét egy hatásos kezdéssel! Térjen haladéktalanul a tárgyra! Foglalja össze röviden mondanivalója tartalmát!	érdekes élmény vicces kérdés, megjegyzés érdekes tárgy vagy kép
Tárgyalás	Áttekinthetően tagolva közvetítse a tartalmat!	maximum 3 súlypont világosan követhető tagolás
Befejezés	Zárja le a mondanivalót. Foglalja össze a tartalmat. Hívja fel cselekvésre a hallgatóságot. Központi gondolat emlékezetbe vésése.	Vicc, rövid történet, szólásmondás

III. Az előadás megtartása

Az előadás stílusa legyen meggyőző.

Mindig tartsa szem előtt:

4. Ne terhelje túl a hallgatóságot. Vegye figyelembe, hogy túl sok adatot, tényeket nem tudnak megjegyezni.
5. Tartson folyamatosan kapcsolatot a hallgatósággal. Pl. tegyen fel nekik kérdéseket.
6. Hagyjon időt a hallgatóságnak arra, hogy gondolatait az elmondottakkal kapcsolatban rendezhesse. Építsen be az előadásába alkalmanként rövid összefoglalókat, ismétléseket, példákat.
7. Fejezze ki gondolatait tömören és röviden.

8. Kerülje az elvont gondolatokat. A konkrét példákat a hallgatóság tapasztalati világából, háttérismereteinek megfelelően adja meg.
9. Beszélje a hallgatóság nyelvét. Vegye tekintetbe szókincsét, stílusát és szükségleteit.
10. Az elhangzott szó és az „illusztráció” legyenek összhangban. Az alkalmas vizualizáció lényegesen segíti a megértést.

4. feladat

Értékeljék csoporttársuk előadását, majd beszéljék meg. Használják az iskolából ismert ötfokozatú skálát.

- a) Végezzék el az értékelést
- b) Emeljék ki a pozitívumokat
- c) Nevezzék meg, min lehetne még változtatni.

Értékelőlap

	Szempont	Osztályzat	Megjegyzés
1.	Az előadás felépítése		
2.	Hatásos kezdés		
3.	Világos gondolatvezetés		
4.	Jó befejezés		
5.	Tartalmi felépítés		
6.	Nyelvi eszközök		
7.	Prezentáció		
8.	Fellépés		
9.	Szabad előadásmód		
10.	Tartalom és testbeszéd összhangja		
11.	Hangerő és beszédtempó		
12.	Szemkontaktus a hallgatósággal		

Feladatok, gyakorlatok a munkahelyi kommunikáció területéről

Magabiztosság, önérvényesítés a munkahelyi kommunikációban

Az asszertív viselkedés a kommunikációban azt jelenti, hogy saját érdekeinket érvényesítjük, míg másokét sem sértjük meg. Nemcsak saját érdekeink érvényre juttatása szempontjából, hanem a lelki egészség miatt is nagyon fontos, hogy elsajátítsuk ezt a kommunikációs módszert, technikát. A szociális kapcsolatok, a

cégen belüli együttműködési készségek hatékonysága miatt is szükség van arra, hogy birtokában legyünk ilyen technikáknak. Ennek hiányában gyakran jelennek meg különféle lelki bajok, legtöbbször depresszió vagy kiégés. A munkahelyi mentálhigiéné ebben a tekintetben legtöbbször a primér prevenció, a megelőzés területén tehet. Legyen az valamilyen testi, szomatikus terület, illetve lelki, pszichés terület, a kialakuló bajt megelőzni sokkal hatékonyabb, és hosszabb távon olcsóbb – mint a már kialakult bajokat orvosolni.

Elsődleges prevenció az, 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. Ennek többféle módja van:

- felvilágosítás
- tanácsadás
- csoportos tréning
- szűrés
- védőoltások
- egészséges táplálkozás
- szabadidőprogramok
- lelki segélyszolgálat
- oktatófilmek
- információadás

a) a, Gondolja át, Ön mely lehetőségekkel élne munkahelyén leginkább. Válasszon három lehetséges módot. Indokolja döntését.

b) b, Gondolja át, melyek azok a módok, amelyeket legkevésbé venné igénybe munkahelyén? Válasszon hármat és indokoljon.

A megelőzés egyik legfontosabb feladata, hogy előtérbe helyezze a megfelelő felvilágosító tevékenységet, szakmai információk átadását,

Sokszor sokakkal előfordul, hogy nem mernek visszautasítani kellemetlen, vagy nem a munkakörükhöz kapcsolódó feladatot akár kényelmi, de inkább konfliktus-kerülő

szempontból. Vagy gyakran kihasználják, nem léptetik elő őket, nem mernek jogos haragot, tiltakozást kimutatni, bármit kérnek tőlük, megteszik, még akkor is, ha saját érdekeik nagyban sérülnek. Mindezen problémák elkerülhetők megfelelő kommunikáció alkalmazásával.

A cégen belüli kommunikáció javítására a sikeres cégek tervezetten és rendszeresen szerveznek kommunikációs tréningeket. Itt a résztvevők azonos cég dolgozói, a felmerülő – akár magánjellegű, akár cég-specifikus - konkrét problémákra könnyebben hozhatók közös megegyezésen alapuló megoldások.

Minden kommunikációs tréning

- javítja a munkatársak közötti kommunikációt,
- az együttműködési készséget,
- a résztvevők megértik és megismerik a kollégáik motivációit
- könnyebben bele tudják helyezni magukat a team-munkába
- jobban megértik helyüket, szerepüket a szervezeten belül
- elejét veszi egyoldalú kommunikációs folyamatok elterjedésének
-

1. feladat

Esetleírás: Egyik munkatársa nagyon sokoldalú ember. Ezt látva, felettesei rendszeresen megbízzák olyan feladatokkal, amelyek tulajdonképpen nem tartoznak munkaköri leírásába: üzemi fotó-dokumentációt készíttetnek vele, mert nagyon jó hobbifotós, gyakran kérnek alkalmi tolmácsolásra céges partnerekkel, mert több évet Angliában dolgozott és jól beszél angolul. Ezen „feladatainak” egy részét csak munkaidőn kívül tudja teljesíteni, és saját munkájára is kevesebb ideje marad. Gyakran feszült, ideges, fáj a feje és időhiányra panaszkodik.

a) Milyen főbb okokat lát munkatársa testi-lelki állapotának változásában?

b) Mit tanácsolna neki, hogy újra helyreálljon korábbi egyensúlya?

Dolgozzanak egyénileg, majd válasszanak partnert, akivel kicserélik véleményüket.

2. feladat

Írja le, munkahelyén hogyan ítéli meg az ott dolgozók lelki egészségét.

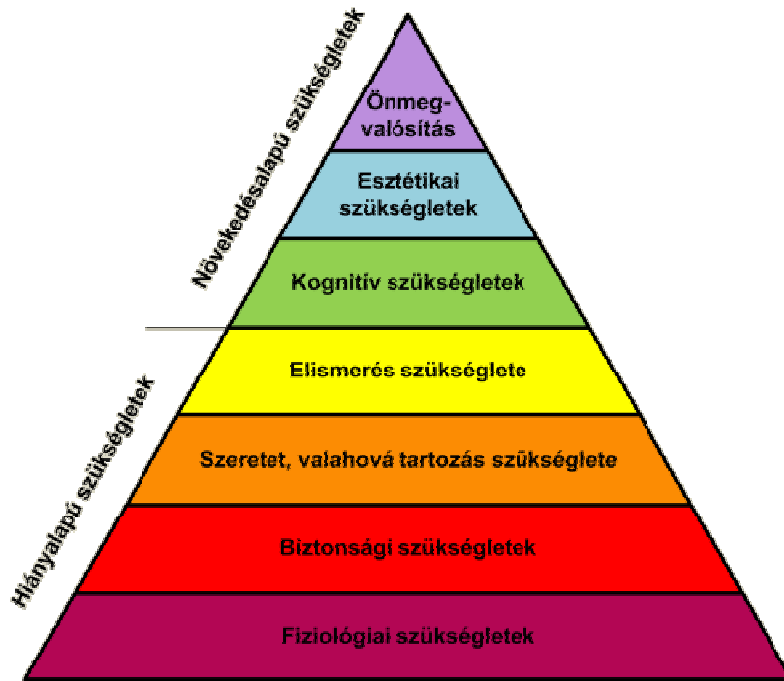
Jegyzetelje le egy papírra gondolatait, beszéljék meg a témát kiscsoportokban, majd plénumban.

3. feladat

Gondoljon a Maslow piramisra. Maslow szerint az önmegvalósító emberre mondhatjuk, hogy egészséges, és így mentálhigiénés szempontból is rendben van.

Az önmegvalósító, mentálhigiénés állapotát tekintve egészséges embernek az alábbiak a főbb ismérvei:

- realista tájékozódás az életben,
- a világ, mások és saját magának az elfogadása,
- spontaneitás,
- probléma és nem érzelmi meghatározottság,
- elkülönülés és intimitás képesség,
- önállóság,
- rugalmas viszonyulás a helyzetekhez és az emberekhez, (sztereotípiák nélkül)
- nyitottság a spirituális élményekre,
- társas érdeklődés, a társadalmi célokkal való azonosulás képessége,
- erős, szelektív érzelmi kapcsolódás,
- demokratikus attitűdök és értékek,
- nem téveszti össze a célt az eszközzel,
- humorérzék, ami nem bánt másokat,
- kreatív lehetőségek,
- konformizmus ellenesség,
- aktív viszonyulás a környezetéhez.



- Válassza ki a fenti ismérvek közül azt a hármat, amelyekről azt gondolja, hogy az Ön számára a legfontosabbak. Választását indokolja is. Készítsen jegyzeteket.
- Hasonlítsa össze választását és indokait egyik társával.
- Beszélgék meg közösen, melyek voltak a legtöbbször választott kategóriák, és keressenek erre válaszokat.

4. feladat

Gondoljon egy közelmúltbeli olyan helyzetre, ahol valamelyik munkatársa krízishelyzetet élt meg. Milyen tényezők váltották ki a helyzetet? Hogyan lehetett volna elkerülni a kifejlődését?

Milyen lehetséges megoldásokat lát? Beszélgék meg közösen a lehetséges teendőket.

5. feladat

Keressenek az Interneten adatokat az alkoholfogyasztás alakulására Magyarországon és Európában. Vajon milyen okok idézik elő a helyzetet? Milyen kiutat lát a probléma orvoslására?

6. feladat

Gyűjtsenek olyan egészségromboló magatartásra utaló tevékenységeket, amelyek kihatnak a munkahelyi teljesítményre is.

- a) Tegyenek javaslatot, ki(k)nek kellene cselekedni a helyzet javítása érdekében.
- b) Tegyenek javaslatot, mit kellene tenni a helyzet javítására.

7. feladat

(Kapcsolódik a 8. feladat.)

Válasszon ki egyet az önmegvalósító ember ismérvei közül és prezentálja azt plénumban az Ön által megválasztott technikával (dia-előadás, rajz, vers, vázlat, mind-map stb.)

8. feladat

(Kapcsolódik az előző feladathoz)

Előadó célzott megfigyelése.

Az alábbi értékelőlap segítségével értékelje előadó csoporttársát.

Név:			
	megfigyelési szempont	érdemjegy	megjegyzés
1.	A bemutató felépítése, logikai menete (hatásosság, gondolatfűzés ...)		
2.	Tartalmi megjelenítés (szemléletesség, információk minősége...)		
3.	Nyelvi megjelenítés (szókincs, mondatszerkezet, stílus ...)		
4.	A prezentáció minősége (fellépés, beszédtempó, szemkontaktus, szabad előadásmód, testbeszéd, mimika...)		
5.	A választott technika alkalmassága		
6.	Egyéb		

9. feladat

Vázoljon fel önmagának egy olyan munkahelyet, ahol személy szerint jól érzi magát. Gondoljon úgy a személyi, mint a tárgyi feltételekre. Gondoljon a legapróbb részletekre is. Hasonlítsák össze plénumban a megoldásaikat, és válasszák ki azokat a paramétereket, amelyek minden ember számára egyaránt fontosak.

A munkahelyi kommunikáció sikeressége a szervezet sikerességének záloga. Hogy mennyiben tudnak egymással eredményesen kommunikálni a csoport tagjai, arra következnek itt különböző gyakorlatok, amelyek a verbális, nonverbális és paraverbális kommunikációra vonatkoznak. Végezzék el a gyakorlatokat, majd beszéljék meg őket, miben és milyen szempontból tartották azokat érdekesnek, hasznosnak saját maguk és a csoport szempontjából.

Varázspálca-gyakorlat

Szükséges: Egy könnyű, hosszú pálcá

Csoportnagyság: 4-14 személy

Időtartam: 5-60 perc

Legalább 4 személy áll egymással szemben, és kinyújtják egyik mutatóujjukat. Erre ráhelyezzük a pálcát. A csoport tagjai megpróbálják a pálcát két tárgyra (pl. két pohárra) ráhelyezni, úgy, hogy közben senki sem veszíti el ujjával a kontaktust a pálcával. Az ujjaknak kinyújtott helyzetben kell lenniük, és nem szabad megfogni a pálcát.

- a) Figyeljék meg: Minél nagyobb a csoport, annál nehezebb a feladatot teljesíteni.
- b) Figyeljék meg: Miként kommunikálnak a csoport tagjai (frusztráció és csoporton belüli agresszió is megfigyelhető). Mi lehet ennek az oka?

Villanydrót-gyakorlat

Szükséges: köté

Csoportnagyság: 3 vagy több személy

Időtartam: 10-30 perc

A teremben 90 cm magasságban kifeszítjük a kötelet. Ez lesz a „villanydrót”. A csoport tagjai felállnak egymás mellett és megfogják egymás kezét. Az a feladat, hogy a csoport átjusson a dróton úgy, hogy nem érintik meg azt senki és egy pillanatra sem engedik el egymás kezét. Amennyiben ez megtörténik, újra kell kezdeni a feladatot. Minden újrakezdekor megváltoztatható a szereplők sorrendje, ha ezt a csoport tagjai óhajtják.

A játékvezető bizonyos idő eltelte után mérlegheti, hogy a drótban „kikapcsolja-e” az áramot, vagyis kisebb érintések nem számítanak.

A feladat sikerességéhez személy szerint minden szereplő hozzájárul. Beszéljék meg, hogyan érezték magukat a játék közben.

Szardíniás doboz-gyakorlat

Szükséges: köté

Csoportnagyság: 3 vagy több személy

Időtartam: 10-30 perc

Minden játékos feláll egymás mellé a legszorosabban. Aztán körbetekerjük a csoportot a kötélel. A feladat abból áll, hogy a csoportnak meghatározott útvonalon végig kell haladni. Közben a köté nem eshet le. Az akadályokat (pl. ajtó, lépcső) vagy ki kell kerülni, vagy le kell küzdeni.

(Csak ismerős, összeszokott csoporttal játszható, idegenek nem kedvelik a szoros test-kontaktust).

Ki hiányzik?-gyakorlat

Szükséges: 2 db szem-bekötő kendő

Csoportnagyság: 10 vagy több személy

Időtartam: 10-20 perc

Két résztvevőnek bekötjük a szemét. A maradék csoport egy tagja elhagyja a játékteret. A bekötött szemű játékosok tapogatva találják ki, ki hiányzik a csoportból.

Közben kommunikálhatnak egymással, így a munkamegosztást is érvényesíthetik.
(A játék egymást legalább valamelyest ismerő személyek részvételével játszható.)

Irányváltás/labdaváltás-gyakorlat

Szükséges: labdák

Csoportnagyság: 8 vagy több személy

Játékidő: 10-15 perc

A csoport körben áll, majd elkezdi az óramutató irányában mozogni. Felvesz egy egyenletes ritmust. A résztvevőknek azonos távolságban kell állniuk egymástól mindig. Ha a csoport elérte az egyenletes ritmusban való mozgást, akkor a játékvezető utasítást ad: „irányváltás”. És a csoport ellenkező irányban mozog tovább. Néhány próba után egy labda is bekerül a játékba: a résztvevők egymásnak folyamatosan továbbadják. Ekkor a játékvezető „labdaváltás”-t diktál. A résztvevőknek ekkor a labdát ellenkező irányban kell továbbadni. Először a menetiránnyal együtt halad a labda, majd az utasítást követően azzal ellenkező irányban.

A játékvezető felváltva hol „irányváltást”, hol „labdaváltást” diktál. A csoportban megfigyelhető a sok váltás nyomán bőven az interferencia és az összezavarodás. Főként akkor, ha több labdát is használunk.

Négy fal – gyakorlat

Csoportnagyság: 8-40 személy

Játékidő: 10-20 perc

Négyfős csoportokat képezünk. Minden négyfős csoport kap egy számot. A játékvezető megnevez két számot. Ennek a két csoportnak az a feladata, hogy egymásba kapaszkodva lehetőleg gyorsan megérintsék mind a négy falat. Eközben fontos, hogy a csoport mindvégig egymásba kapaszkodik, és a csoport minden tagja érintse meg a falat.

(A gyakorlat alkalmas a csoportos együttműködés fokozására.)

Lapozzuk-gyakorlat

Szükséges: egy takarófólia vagy egy takaró

Csoportnagyság: 6 vagy több személy

Játékidő: 10-20 perc

Az egész csoport rááll egy kiterített fóliára vagy takaróra. A feladat az, hogy fordítsák meg a fóliát úgy, hogy közben nem érintik a talajt.

A fólia egyik oldala jelentse például azokat a dolgokat, amiket magunk mögött szeretnénk tudni, a másik pedig azokat, amelyek új értékeket jelentenek számunkra.

Értékelés: az egyik oldalon van a jelenlegi állapot vagy a félelmek, a másikon pedig a kívánságok, erősségek és képességek.

Elvonatkoztatva pl. „Új fejezetet nyitni.” „Az érem két oldala.” „ Félelmek és elvárások.” „Közös hajóban evezünk.”

Corporate Identity-gyakorlat

Csoportnagyság: 4 vagy több személy

Játékidő: 10-20 perc

Felosztjuk a csoportot 3 vagy 4 kiscsoportra. Minden csoportnak ki kell találnia egy zajt és hozzá egy mozdulatot (lehetőleg vidámat), úgy, hogy a többi csoport erről ne szerezzen tudomást. Aztán összejönnek a csoportok, és egymás után mindegyi bemutatja az általa kitalált zajt. Közben a többi csoport mindig elismétli egyszerre az éppen bemutatott produkciót. A csoportok ismét visszavonulnak és kiválasztják maguknak azt a zajt, amit a legjobbnak találtak. Végül ismét összejönnek a csoportok, és a játékvezető számolására, háromra, egyszerre minden bemutatják azt a zajt, amiben megegyeztek.

A cél az, hogy mindnyájan ugyanabban a produkcióban egyezzenek meg.

Értékelés:

- Mennyiben alakult ki versenyhelyzet?
- Létrejött-e nyertes/vesztes léggör?

- Hogyan definiálnánk a „nyertest”?
- Mennyiben volt nehéz a saját „zajt” feladni?
- Mennyire fontos a csapatban a legjobbnak lenni?
- Az elismerés milyen formáját adhatják egymásnak a csapattagok?

„MEG TUDOM ÉRTENI ÖNT!” A SIKERES KOMMUNIKÁCIÓ ALAPJAI

Juhász Éva

Ne mondja ki mindig, amit gondol!

1. feladat:

Olvassa el az alábbi párbeszédet és játssza el partnerével! Juttassa kifejezésre a helyzetre jellemző érzéseket is.

Szereplők: Tóth Péter üzemi részlegvezető
Kovács Péter próbaidős esztergályos

K.P. – Főnök, csak azt akarom mondani, hogy már itt vagyok egy hónapja, de mindig csak az aljamunkát bízzák rám. Folyton, rendet rakni, takarítani, az eszközöket pucolni ...

T.P. – Na ne izgassa fel magát annyira. Az is fontos, amit maga csinál. Rend és tisztaság nélkül nem lehet dolgozni. Meg azt is meg kell tanulnia, minek hol a helye. Szóval elégedett lehet a helyzetével.

K.P. – Hát nem egészen. Mindig én vagyok az, aki utoljára mehet haza, mert nekem kell mások után is elpakolni, meg rendet rakni. A múlt héten sose tudtam 6 előtt hazamenni. Így akár le is járhat a próbaidő, aztán ember meg nem tudja rólam, mennyire értek a szakmához.

T.P. – Ez szerintem azért túlzás. De beláthatja, ha több a megrendelésünk, akkor többet is kell dolgozni. Ez előfordul néha. De ha magának annyira fontos, hogy pontosan hazamenjen, akkor lehet, hogy nem a megfelelő munkahelyet választotta. De talán a megfelelő szakmát se.

K.P. – Én esztergályosnak készültem, nem takarítónak.

T.P. – Jobb is, hogy próbaidőre vettük fel...

K.P. – De én nem úgy gondoltam ...

... nem úgy gondoltam... - végződik a párbeszéd. Vagyis az üzenet a hallgatóban nem azt a reakciót váltotta ki, amit a beszélő szándékozott üzeni. Ez azért fordulhat elő, mert minden közlés mindig többféle üzenetet közvetít.

Minden közléssel négy üzenetet közvetítünk.

Jelen esetben:

- **tárgyi tartalmat** (pl. közli az esztergályos, hogy csupán aljamunkát végeztetnek vele)
- **önmagunkról üzenünk** (pl. nyelvi kifejezőkészségünkről: szókincs, stílus, továbbá érzéseinkről, aktuális állapotunkról stb. itt pl. felháborodást a munka jellege miatt, félelmet attól, hogy nincs lehetőség a szakmai tudás bemutatására)
- **a beszédpartnerhez való viszonyt** (pl. megfogalmazás módja, hangszín, testbeszéd, itt pl. a részlegvezető „Na ne izgassa fel magát annyira.” vagy „Jobb is, hogy próbaidőre vettük fel.” megnyilvánulásai arra utalnak, hogy ő van a felettesi pozícióban.)
- **felhívást**, amivel a beszédpartnernek üzenünk, hogy mit akarunk nála elérni. (jelen esetben: az esztergályos próbaidős azt üzeni, hogy szeretné megmutatni, hogy mennyire ért a szakmájához.)

A kommunikáció során mind adóként, mind vevőként számolni kell a 4 üzenettel.

2. feladat:

Számoljanak be a csoportban olyan beszédhelyzetekről, ahol félreértések vagy konfliktusok adódtak, mert egy kijelentés különböző üzeneteit nem megfelelően értették.

A kommunikációs zavarok elkerülhetők, ezért:

BESZÉLŐKÉNT:

- Beszéljen érthetően!
- Szükség esetén magyarázzon meg (szak) szavakat!
- Tartsa tiszteletben beszédpartnerét!
- Ne legyen fölényes!
- Beszédpartnerével keressen közösen megoldást!
- Ne követeljen, hanem kérjen!

HALLGATÓKÉNT:

- Igyekezzen tényleges érdeklődést mutatni a beszédpartner iránt!
- Hagyjon időt neki, hogy megfogalmazhassa gondolatait!
- Testbeszéddel is közölje vele, hogy figyel rá! (pl. bólintás)
- Figyelje partnere én-üzeneteit!
- Ne értsen mindent személyére vonatkozóan!
- Figyelje a felhívásokat!
- Szükség esetén ellenőrizze, hogy jól értette-e partnerét! (pl. Jól értettem, hogy úgy érzi, hogy ...)

A testbeszéd fontossága

A test vagy testrész minden szándékos vagy nem szándékos mozdulata, amivel másoknak közlünk valamit, a testbeszédhez tartozik.

Minden találkozás egy másik emberrel vizuális módon történik. Egy beszélgetés során az információk 60-80 %-át testbeszéddel „üzenjük” és „fogadjuk”. A testbeszéd tulajdonképpen egy jelnyelv. Eszközei:

- a mimika
- a gesztusok
- a testtartás
- a külső megjelenés

Miközben beszélünk, testünk jeleket küld belső állapotunkról. Ha ezek ellentétben állnak szóbeli közlendőnkkel, azt a beszédpartner nagyon gyorsan észreveszi.

1. feladat:

Mutassanak be egyenként a csoportban testnyelvi jelek segítségével különböző hangulatokat, pl. öröm, düh, meglepődés, unalom, lelkesedés, megdöbbenés, csalódottság, szomorúság stb. (lehet húzott kártyák alapján is). A csoport többi tagja kitalálja, miről van szó (esetleg leírják egy papírra), de a döntést indokolni is kell.

2. feladat:

Mutassanak be egyenként a csoportban testnyelvi jelek segítségével különböző hangulatokat, pl. öröm, düh, meglepődés, unalom, lelkesedés, türelmetlenség, idegesség, bizonytalanság, kedvetlenség, megdöbbenés, csalódottság, szomorúság stb. (lehet húzott kártyák alapján is). Minden hangulati ábrázoláshoz rendeljenek egy mondatot is szóban. Beszéljék meg csoportban, volt-e és miért összhang a testnyelvi jelek és az elhangzott mondatok között.

3. feladat:

Beszéljék meg plénumban, mit jelenthetnek az alábbi testnyelvi jelek:

- kacsintás
- izzadtsággyöngyök a homlokon
- elpirult arc
- sápadt arc
- ujjakkal dobolás az asztalon
- karba tett kezek
- átható izzadtságzag
- feltűnően csinos ruha
- száj elé kapott kéz egy kimondott szó/mondat után
- ökölbe szorított kéz
- lesütött szem
- összehúzott szemöldök
- ökölbe szorított kéz felfelé mutató hüvelykujjal
- kócos haj
- karikás szemek
- teletetovált test
- jegygyűrű a jobb kéz gyűrűs ujján
- kipirosodott orr
- tágra nyitott szemek
- mutatóujjal többszörös rámutatás a karórára

4. feladat:

A testbeszéd egyik nagyon fontos és hatásos kifejező eszköze a szemkontaktus. Milyen beszédshituációban különösen fontos a szemkontaktus tartása a beszédpartnerrel. Mit jelent ezzel szemben, ha valamelyik beszédpartner gyakran kerüli a szemkontaktust (oldalra tekintget vagy lesüti a szemét). Beszéljék meg plénumban!

5. feladat:

Játsszák el párban az alábbi szituációkat. Ketten játszanak, a többiek figyelnek. Minden szituáció után megbeszélik, hogy a mondanivaló szinkronban volt-e a szereplők testbeszédével.

- a) Ön elkésik a randiról. Barátja/barátnője már régóta vár Önre. Játsszák el a találkozást.
- a) Az egyik munkatársa minden előzmény nélkül meghívja Önt színházba. De Önnek nincs kedvére, ezzel a munkatárssal szorosabbra fűzni a kapcsolatot. Hárítsa el a meghívást.
- b) Önt megszólítja egy személy egy kongresszuson az előadások szünetében, hogy nem-e Ön (Kovács Pál/Zsuzsa) az illető régi osztálytársa. De Ön nem azonos a kérdezett személlyel.
- c) Önt barátként üdvözli egy rendezvény résztvevője: „Szia Rudi/Mari!”, de Önt nem úgy hívják. Tisztázza a helyzetet. (Két lehetséges megoldás: névtévesztés vagy személy-tévesztés).

Hallgatni megtanulni nehezebb, mint beszélni. Miből adódhat az információvesztés?

A kommunikációs helyzetekben gyakran előfordul – különösen vitás/kétes témák esetén – hogy a beszédpartnerek nem figyelnek kellőképpen a másik fél (felek) mondanivalójára (üzenetére), mert minden áron csak a saját véleményüket/állításukat akarják kifejezésre juttatni, azt minden áron keresztülvinni (Mindenki mondja a magáét, de senki nem kísérli meg megérteni a másikat). Ilyen helyzetekben gyakran elhúzódik a megbeszélés, a vita, **meg- nem-értés** lesz úrrá, vagy akár még bonyolultabbá,

mérgesebbé is válhat a helyzet. Meg kell (és meg is lehet!) tanulni a másik fél helyzetét átélni, álláspontját, problémáját megérteni, hogy gyorsan, szakszerűen, mindenki megalégedésére találjunk jó megoldást.

1. feladat:

Gyakorolja az odafigyelést a beszédpartnerre!

Hárman játszanak szerepjátékot egy-egy csoportban. A csoport két tagja párbeszédet folytat egy kényes témáról (javaslatok a feladat végén) és közben ellentétes álláspontot képviselnek. Mindkét szereplő úgy folytatja a párbeszédet, hogy először összefoglalja azt, amit előtte a partnere mondott. A harmadik szereplő a megfigyelő, aki azt ellenőrzi, hogy az összefoglalások helyesek, hibásak vagy hiányosak voltak-e. A beszélgetés végén értékel: helyesbít, kiegészít. Értékelése által nyomon követhetjük az információvesztést is. A feladatra 4-5 perc fordítható. Utána szerepcsere más-más témával, addig, míg minden csoporttag szerepel megfigyelői pozícióban.

Egy-egy megnyilvánulás esetén csak egy központi témát érintsünk, a sok – esetenként ellentmondásos – téma érintése zűrzavart, meg nem értést/félreértést okozhat.

Javasolt témák:

- Az egészséges életmód kizárólag pénz kérdése.
- Újra kötelezővé kellene tenni az iskolaköpenyt.
- Nagytestű kutyát csak kertes házban lehessen tartani.
- Lehessen embert is klónozni.
- A nők az élet minden területen hátrányosabb helyzetben vannak mint a férfiak.
- Magyarországon előbb-utóbb minden falu elnéptelenedik.
- Pénzhiány miatt csökken a gyermekvállalási kedv.
- Legjobb, ha a fiatalok külföldre mennek dolgozni.
- Egyedülálló nő ne vállaljon gyermeket!
- A romáknak semmi esélyük nincs a felemelkedésre.

Segítő szempontok a megfigyelő számára:

- Értelmesen és teljességgel foglalta-e össze a beszédpartner az előzőleg mondottakat?
- Voltak-e kisebb-nagyobb eltérések?
- A válaszreakciók a megelőző gondolatokra/mondottakra épülnek-e? (Vagy „mindeni mondja a magáét”, „elbeszélnek egymás mellett”?)
- Az éppen beszélő partner egy-egy fő gondolatra korlátozta-e mondanivalóját vagy zavaróan sok témát érintett-e?
- Logikusan építette-e fel a beszélő a mondanivalóját, tagolt-e gondolatait?

2. feladat:

Beszélgék meg plénumban, miért esik nehezebb az embernek bizonyos helyzetekben a beszélőre figyelni?

3. feladat:

Képrajzolás diktálás alapján:

- a) A csoportvezető mondatról-mondatra leír egy képet szavakkal, amit a csoporttagok lerajzolnak úgy, hogy közben nem látják egymás rajzát. (előzetes megegyezés szerint lehet kérdezni is vagy nem). Ha a csoportvezető úgy gondolja, hogy már megadta a lehető legtöbb információt a képről, befejezik a rajzolást és összehasonlítják a képeket. Megbeszélik az eltérések lehető okait, a számukra hiányzó, esetleg félrevezető információk mibenlétét.
- b) A teremből kimegy két „rajzoló”. A teremben maradó csoport 3 percig néz egy képet, aminek a részleteit megjegyzi, majd a rajzolóknak lediktálják. Bejön az 1. „rajzoló”, aki a tábla egyik felére rajzolja a csoport tagjai által diktált képet. (nem kérdezhet vissza). Ha kapott kellő információt, és készen van a kép, letakarják azt, hogy a 2. rajzoló azt ne láthassa. Majd bejön a 2. „rajzoló”. A csoport minden tagja szó szerint ugyanazt az információt diktálja neki, amit az előző „rajzolóknak” diktáltak. Ha készen van a kép, kitarják az elsőt, és összehasonlítják azokat.

- Hasonlítsák össze a két rajzot az eredeti képpel. Miből adódhatnak a különbségek?
- Hasonlítsák össze a két „rajzoló” képét. Határozzák meg a különbségeket. A különbségek meghatározásánál kérdezzék a „rajzolókat” is.
- Nyilatkozzanak a „rajzoló”, mennyiben és miben változtak volna a képek, ha rajzolás közben kérdezhetek volna.
- Beszéljék meg, milyen jelentősége van a pontos információ-nyújtásnak, információ-szerzésnek és az odafigyelésnek a sikeres információ-áramlás szempontjából.

4. feladat:

Játsszanak „kép-postát”!

A feladat leírása:

A csoportot 3 részre osztjuk: feladatközlők, megfigyelők és „játékosok”. A „játékosok” száma kb. 6 fő legyen.

A „játékosok” kimennek a teremből.

A feladatközlők kiválasztanak egy viszonylag részletes képet. 3 percig nézik a képet, próbálják a részleteket megjegyezni. Utána eltakarják azt..

Bejön az első „játékos”.

Az egyik feladatközlő (de lehet felváltva is) leírja a képet az 1. „játékosnak”, aki szükség esetén akár kérdezhet is. Ha ez megtörtént, bejön a 2. „játékos”.

A 2. játékosnak az 1. „játékos” írja le a képet. És így tovább ... A 2. a harmadiknak, a 3. a negyediknek, a 4. az ötödiknek, az 5. a hatodiknak.

A 6. játékos lerajzolja a képet.

- Végül plénumban összehasonlítjuk az eredeti képet a rajzzal.
- A megfigyelők elmondják, hol tapasztaltak információvesztést, pontatlanságot.
- A „játékosok” elmondják, hol adódtak nehézségeik.
- Összegezzük, mire kell figyelni, hogy ne veszítsünk a kommunikáció során információt.

Az aktív odafigyelésre különösen konfliktusok megoldása során, panaszok orvoslása során van nagy szükség.

Ilyen esetekben különösen fontos:

- Ne szakítsuk félbe túl korán vagy túl gyakran a beszédpartnert.
- Aktívan figyeljünk a mondottakra, esetleg testbeszéddel is támasszuk alá, hogy figyelünk (bólintás, adekvát mimika stb.)
- Ismételjük meg, foglaljuk össze a mondottakat (kritikát, panaszt). → Ezáltal a beszédpartner érzi, hogy komolyan vesszük, megértjük őt. Továbbá ezzel hozzájárulunk ahhoz is, hogy oldjuk a feszültséget. Valamint magunk számára is megfogalmazzuk még egyszer a problémát, így jobban, pontosabban megértjük azt, és az összefoglalás által időt is nyerünk magunknak a válasz gondolatbani megfogalmazására.
- Célzottan válaszoljunk, csak a konkrét problémát érintsük (Ne beszéljünk mellé.).

Először gondolkodni, aztán beszélni! Vagy mégsem?

Vannak beszédhelyzetek, amelyekben nagyon fontos a mondanivaló pontos, alapos előzetes összeállítása, előkészítése. Ilyenek például a tudományos előadás, a tanévnyitó, a terméktájékoztató, az idegenvezetés vagy éppen az időjárás-előrejelzés. Ezekben az esetekben előre tudott, ismert témáról van szó, és többnyire a téma előadására/megbeszélésére tervezett idő is korlátozott. Ezért előzetesen nagyon pontosan kell tervezni, hogy az adott témára vonatkozóan az adott időbe a legsokrétűbb információt tudjuk megfelelő eszközökkel elhelyezni. Az erre irányuló kommunikációs stratégiák sokaságát gazdag szakirodalom tárgyalja.

Előfordul azonban a mindennapokban számtalan olyan kommunikációs helyzet, amely váratlanul adódik, ott és azonnal igényel választ/megoldást, sokféleségük és váratlanságuk miatt felkészülni rájuk gyakorlatilag lehetetlen. Például gyakran kapunk akár a munkahelyen, akár a magánéletben olyan váratlan kérdést, amire azonnal választ kell adni. Ilyen helyzetekben tulajdonképpen miközben gondolkodunk, a gondolkodással párhuzamosan ki is mondjuk gondolatainkat. (Bizonyára mindenkinek ismerősek a helyzetek: „Elakadt a szava”./ „Se köpni, se nyelni nem tudott”, vagy éppen „Nem jött zavarba, azonnal lökte a választ.”) A spontán válaszadás rutinját meg lehet tanulni, ki lehet fejleszteni.

1. feladat:

Vegyük egy újság oldalának minden páros sorának a 2. főnevét. Írjuk fel őket egy cédulára. A csoport minden tagja egymás után húz egy cédulát és előzetes gondolkodási idő nélkül mond a szóval egy (előzetes megállapodás szerinti: valós tartalmú, hihetetlen tartalmú, kijelentő, kérdő, felszólító, feltételes stb.) összetett mondatot. Ha már mindenki mondott egy-egy mondatot, értékeljük a feladatmegoldást plénumban: Ki volt a leggyorsabb? Ki mondta a legérdekesebb mondatot? Mi a gyors vagy lassú megfogalmazás oka?

2. feladat:

Egy újságoldal minden 5. sorából kiválasztjuk az 1. főnevet és az utolsó igét, ezeket párban feljegyzeteljük egy-egy cédulára, annyit, hogy minden csoporttagnak jusson egy-egy főnévi ige-pár. Húzás alapján mindenki mond egy olyan mondatot előzetes gondolkodás nélkül, amiben benne van az általa húzott főnévi ige-pár. Miután mindenki sorra került, értékeljük a feladatot.

3. feladat:

Egy újságoldal meghatározott soraiból cédulákra írjuk külön a főneveket, külön az igéket, annyit, hogy minden csoporttagnak 2-2 főnév és 2-2 ige jusson. A cédulákat lefordítjuk, külön halomban a főneveket és külön halomban az igéket. Az első csoporttag húz mindkét halomból 2-2 cédulát. Megnézi a rajtuk lévő szavakat, és előzetes gondolkodás nélkül „improvizál” velük egy mini-történetet (Koherenciát figyelembe venni, nem összefüggéstelen, önálló mondatokról van szó!). Aztán hasonló módon következnek a többiek. Miután a csoport minden tagjára sor került, értékeljük a feladatot.

STRESSZKEZELÉS EGYÉNI ÉS SZERVEZETI SZINTEN

Karamánné Pakai Annamária

A fejezet célja olyan stressz csökkentő eljárások bemutatása, ami segít - egyéni és szervezeti szinten - a mindennapokban a stresszel való megküzdés fejlesztésében, javításában.

A változás logikai szintjeinek koncepciója a Dilts piramis tükrében

A fejezet elején NLP (neuro-lingvisztikus programozás¹) kiemelkedő képviselőjének Robert Dilts piramisa kerül bemutatásra, aki a változás logikai szintjeinek koncepcióját ismerteti a válaszok és viselkedések kontextusában. A Dilts piramis logikai szintjei kiválóan alkalmazható az egészségfejlesztés és a stresszel való megbirkózás során, valamint segítséget nyújt áttekinteni, hogy mely tényezőket kell megváltoztatnunk a stressz megküzdése, stresszorok negatív tényezőinek csökkentése, kiküszöbölése során.



1. ábra Dilts piramis

¹ A **neuro-lingvisztikus programozás (NLP)** egyrészt tapasztalatokra épülő konkrét pszichológiai, pszichoterápiás és kommunikációs technikák rendszere, amely a nyelvhasználatot és viselkedést tanulmányozva a *kiválóság* struktúráját igyekszik megfejteni, ezzel megismételhetővé és elsajátíthatóvá tenni az egyes ember számára. Az így elsajátított tudás az NLP szerint azután alkalmazható az élet bármely területén, ahol a hatékony kommunikáció, mint releváns szempont megjelenik (nevelés, vállalatvezetés, üzleti élet, politika stb.).

Az **első szint** a (fizikai, társadalmi és érzelmi) környezet. Ebbe a csoportba tartozik a levegő atmoszférája, a dohányfüst, a ruhák, a lakásunk és irodánk bútorai, a körülvevő tárgyak stb. Nemcsak a természeti, de a társadalmi környezetünk is ilyen fontos, mert a családtagok, a barátok, a munkatársak és a vezetők is a környezetünk részei.

Ma már nagy hangsúlyt fektetnek a megfelelő munkahelyi környezet kialakítására, hiszen jelentős mértékben képes befolyásolni a munkavállalók hangulatát, munkakedvét, de a munkavégző képességét is. Az ingerszegény, monoton, személytelen környezet éppúgy nyomasztóan hat az egyénre, akár csak a zaj, a rossz levegő, a nem megfelelő szellőztetés, a rossz megvilágítás, a túlzsúfoltság, a kényelmetlen, régi bútorok vagy az elavult eszközpark.

A munkahelyi környezetet nemcsak a munkáltató, de a munkavállaló is alakítja. A munkáltatónak kötelessége, hogy a munkavállaló számára biztonságos, megfelelő, munkavégzésre optimális környezetet biztosítson.

❖ **Berendezés, munkaeszközök:** A munkába állás első napjától a munkáltató számára biztosítani kell a munkavégzéséhez szükséges eszközöket, mint például saját íróasztalt, működőképes számítógépet, a testmagassága alapján állítható széket, egyéb asztali munkaeszközöket (írószerke, füzet, papír stb). Ha a munkavállaló jelentős részét a számítógép mellett tölti, fontos, hogy a munkaadó arra is figyelmet szánjon, hogy a számítógép asztalánál minden napszakban elég fény legyen - lehetőség szerint természetes fény -, és ne legyenek túl sokan összezsúfolva egy helységben, kapjanak a dolgozók elegendő mozgásteret. Ügyelni kell arra is, hogy ne legyen nagyon zajos a környezet, mert a zaj fokozza a feszültséget. Jótékony hatású lehet, otthonosságot, meghittséget nyújtanak - amennyiben megengedett – a közvetlen környezetbe elhelyezett szobanövények. Jókedvre deríthetnek a színes munkaeszközök alkalmazása, számunkra kedves fotók, tájképek, falinaptárak elhelyezése is.

❖ **Színek:** Érdeemes hangsúlyt fektetni az optimális színekörnyezet kialakítására. A színek eltérő érzéseket, hangulatot váltanak ki az emberekben. A kék és a zöld nyugtatja az egyént, tágítja a teret. A piros, a sárga, narancssárga élénkítő, melegítő hatású, de izgató hatással is bír. A barna a meghittséget áraszt, a fehér a tisztaságot sugallja.

- ❖ **Klíma:** Ügyelni kell a munkahelyi környezet (pl. iroda, üzlethelység, szerelő műhely) - az évszaknak - megfelelő hőmérsékletének biztosítására.
- ❖ **Parkoló:** Célszerű, ha minimum a céges autók számára a vállalat megfelelő kapacitású, ellenőrzött parkolót biztosít. Feszültséget okozhat a munkavállaló számára, ha az autóját nem tudja a munkahely közvetlen környezetében letenni.
- ❖ **Étkezési lehetőség:** Napjainkban nagy hangsúly helyeznek az egészséges táplálkozásra, a napi ötszöri étkezésre. Ideális, ha a cég saját ebédlővel, konyhával és büfével is rendelkezik, így biztosítva a dolgozók étkezési lehetőségét.
- ❖ **Segítség:** Lényeges szempont, hogy a dolgozó a felmerülő problémával a megfelelő helyre tudjon fordulni. Célszerű a cégeknél egy olyan részleg működtetése, amely bármilyen berendezés jellegű fennakadás esetén rendelkezésre áll és gyors segítséget nyújt.

A **második szinten** található a viselkedés, a magatartás, ami felöleli mindazt, amit megteszünk illetve nem teszünk meg egészségi állapot fenntartásáért, a stressz leküzdéséért. Például milyen minőségű ételt fogyasztunk, végzünk-e rendszeres testmozgást, dohányzunk-e, fogyasztunk-e rendszeresen alkoholt, hogyan bánunk önmagunkkal és környezetünkkel, hogyan kommunikálunk, milyen kapcsolatokat alakítunk ki közvetlen környezetünkkel, munkatársainkkal és vezetőinkkel. Mi okoz stresszt (egyéni és szervezeti szinten)? Mit lehetne tenni a stressz csökkentés érdekében? Hogyan védi a vezető, a menedzser a dolgozói egészségét? Biztosít-e különböző szűréseket (menedzserszűrés, kardiológiai szűrés), sportolási alkalmakat? Fontos, hogy a munkáltató is érezzen felelősséget a munkavállaló egészségéért. Évente ajánlatos lenne a munkahelyeken – akár családi nap keretében- egészségnapot szervezni, melynek célja információt adni a dolgozók számára az egészségmegőrzés fontosságáról, segíteni az egészségtudatos szemlélet kialakítását. Az előadások keretében esne szó a dohányzás káros hatásairól, az egészséges táplálkozásról, a sport jótékony hatásairól valamint a stressz csökkentő módszerekről is. Ilyenkor hasznos tanácsokkal szolgálhatnak például arról, milyen módon lehetne leszokni a dohányzásról, milyen módszerek állnak a rendelkezésre az ellazuláshoz...stb.

A testmozgás, a sport növeli a stressztűrő képességet, a fizikai megterhelés semlegesíti a stresszre adott válaszreakciót. Nagyon sok cég köt szerződést

különböző sport klubokkal, így a munkavállalóknak lehetőségük van kedvezményesen a legkülönbélebb sportokat igénybe venni, mint például fallabda, tenisz, úszás, teremfoci, tánc, kosárlabda stb.

Ha a munkavégzés alatt fáradtság jelentkezik vagy túlságosan ideges, feszült a munkavállaló, célszerű egy 10 perc szünetet tartani, sétálni egyet a szabadba. A friss levegő is segíthet megnyugodni, feltöltődni és pár perc pihenés után újult erővel térhet vissza a munkájához.

A magatartásunkhoz tartozik az is, hogy milyen a kommunikáció a kollégákkal. Hangsúlyt kell fektetni a nyitott kommunikációra, oda kell figyelni a jó munkatársi kapcsolatok kiépítésére és fenntartására. Sok cégnél a kommunikáció jelentős része interneten/belső hálózaton keresztül zajlik, vagyis írásban történik, ezért különösen tekintettel kell lenni az írásos közlés szabályainak betartására is.

A mai világunkban jelentős stresszor az időhiány és a késés. Törekedni kell a megfelelő időbeosztásra, mert nagyon sok idegeskedést spórolható meg és mindemellett jobb egyéni teljesítmény alapját is képezi. Munkahelyeken tipikus időrabló tevékenység például a hosszúra nyúlt vagy felesleges megbeszélések, értekezletek, az üres fecsegések. Amennyiben probléma merül fel az időgazdálkodással, meg kell határozni, hogy melyek azok a tevékenységek, amelyek idővesztést jelentenek, majd meg kell tervezni a napi időbeosztást úgy, hogy az hatékonyabb legyen.

A **harmadik szint** a képességek. Ide soroljuk a magatartáscsoportokat, a szokásrendszereket, az általánosan alkalmazott stratégiákat. Példaként említhető, képesek vagyunk-e: a stresszel megküzdeni, megfelelően kommunikálni, konfliktust megoldani, leszokni a dohányzásról, rendszeres testmozgást végezni, egészségesen táplálkozni, megfelelően ellazulni stb.

Számos lehetőség kínálkozik a problémák megoldására, így ezen a szinten tervezhetjük meg azokat a stratégiákat, amelyek segítenek például csökkenteni a stresszt, amelyek segítségével leszokhatunk a dohányzásról stb.

Nem szabad arról sem megfeledkezni, hogy a képességeink nem velünk születnek, mindent meg lehet tanulni, amit az ember kitűzött maga elé. Például fejleszhető a kommunikációs készség, megtanulható a konfliktuskezelés, elsajátítható a különböző stresszkezelési módszerek, javul a rendszeres testmozgás segítségével a szervezet

terhelhetősége, a fizikai teljesítőképességét.

A cégek egy jelentős része ma már különböző tréningeket szervez a munkavállalói számára a hatékonyabb kommunikáció, konfliktuskezelés céljából valamint segítséget nyújt a hétköznapi életben a stressz hatásaival való megküzdésben. Példaként említhető a személyiségfejlesztő és önismereti tréning, a konfliktuskezelési- és kommunikációs tréning, a stresszkezelési tréning, az életvezetési tanácsadás, a vezetői tanácsadás, tárgyalástechnikai tréning stb.

A **negyedik** a meggyőződések és értékek **szintje**. Ide tartozik mindaz, amit önmagunkról és a világról gondolunk, *hiszünk*. Ezekről a cselekedeteinket befolyásoló alapelvektől függ, hogyan szemléljük önmagunkat, hogyan értelmezzük tapasztalatainkat, hogyan reagálunk másokra. Ezen a szinten vannak mindazon az értékeink is, ami fontosak a számunkra, mint például az egészség, a boldogság, a szeretet, a siker, a jólét, a pénz, a karrier, a hatalom stb. Értékeink, és azok fontossági sorrendje (hierarchiája) döntően meghatározza a magatartásunkat. Példaként emelem ki az egészséget. A saját egészségünk nagymértékben függ attól, hogy mennyire hiszünk abban, hogy képesek vagyunk egészségi állapotunkat aktívan befolyásolni, mit vagyunk hajlandók megtenni érte. Meggyőződéseink nagymértékben befolyásolják egészségünket, a korlátozó hiedelmek alááshatják azt, megnehezíthetik, gátolhatják a megbirkózási stratégiákat. A szervezeti szinten pedig azt jelenti, hogy mekkora értéket képvisel számára a dolgozóinak jóléte ill. jól-léte.

Az **ötödik szint** az identitás. Ez a szint az önmagunkról alkotott képünket, öntudatunkat jeleníti meg. Az ember számára legfontosabb értékei, meggyőződései sorolható ide, amelyek meghatározzák az egyént és küldetését az életben. Lényeges elem, hogy az embernek mindig legyenek hosszú távú tervei, céljai, érezze, hogy az életének van értelme, hogy biztos legyen önmagában. Az ember megtanulhatja a pozitív gondolkodás elemeit, hogy úgy érezze, neki megvalósulnak az elképzelt dolgai. A munkáltatónak is fontos feladata van. A munkavállalóval meg kell értetnie, hogy mi a szerepe a cég életében, hogy munkája nagymértékben hozzájárul annak sikeres működésében.

A Dilts piramis bemutatása is érzékelteti, hogy ezeknek a dolgoknak harmonizálni kell egymással, kölcsönösen egymásba kell illeszkedni. Ha a felsorolt szintek valamelyikén nem megfelelően működik, időben észrevehető, korrigálható, módosítható. Természetesen minél magasabb szinten tudunk beavatkozni, annál jelentősebb, tartósabb, mélyrehatóbb változást érhetünk el.

Egyéni stresszkezelési gyakorlatok a mindennapi életben

Ma már különböző módszerek közül van lehetőségünk választani, mint az általános stressz, mint a munkahelyen ránk váró nyomás enyhítésére. A mindennapi feladatok elvégzése során gyakran érezhetjük, hogy olyan nyomás nehezedik ránk, ami jelentősen csökkenti a munkavégző képességünket. Ezért nagyon fontos, hogy önmagunkra is nagyobb figyelmet szánjunk. A mindennapi stressz csökkentése céljából első lépésben nagyon fontos, hogy önmagunkra, ezen belül a testi és lelki egészségünkre is jobban odafigyelünk. Az egészségtudatos életmód révén vigyázunk önmagunkra, ezáltal ellenállóbbá válunk a stressz károsító hatásaival szemben. A változtatást kis lépésekbe kezdjük, az önmagunkra való figyelés nem jelent feltétlenül életmódváltást, de az apró lépések is javíthatják a hangulatot, növelheti az energiánkat.

Stressz felismerésének korai jelei

Napjainkban egyre gyakrabban élünk át stresszteli időszakot mind a munkában, mind a családban egyaránt. Azonban észre kell venni és el kell fogadni, hogy az ember nem rendelkezik végtelen erőforrással, kimeríthetetlen energia tartalékokkal. Az emberi szervezetnek is szüksége van pihenésre, kikapcsolódásra és feltöltődésre, ha erre nem fektet kellő hangsúlyt, hamar kimerülhet. A test és a lélek gyorsan olyan tüneteket kezd mutatni, melyek kifejezetten gátolják az egyént a feladatainak elvégzésben és megoldásában.

Az önmegfigyelés olyan eszköz az ember számára, mely segít a stresszteli időszakban. Meg kell tanulni a stressz figyelmeztető jeleit, a testi, érzelmi, mentális és viselkedésbeli tüneteit. Fel kell időben ismerni, hogy a stressz mikor kezd negatív hatást gyakorolni az ember életére!

Az 1. táblázatban bemutatott tünet-leltár segít a figyelmeztető jelek azonosításában. Gondolja át azokat az életeseményeket, amelyek az Ön számára igen megterhelő volt, erős stresszt élt át, és jelölje be azokat a tüneteket, melyeket ebben az időszakban önmagán tapasztalt!

Fizikai tünetek	Szellemi tünetek	Érzelmi tünetek
<ul style="list-style-type: none"> ○ étvágyváltozás ○ meghűlés/influenza ○ emésztési zavarok ○ fáradtság ○ ujjdobolás, lábdobogás, lábrángatás ○ gyakori sóhajtás, ásítózás ○ fejfájás ○ szaporodó balesetek ○ megnövekedett alkoholfogyasztás ○ álmatlanság ○ rendetlen légzés ○ izomfájdalmak, éjszakai végtag görcsök ○ szívdobogás ○ hirtelenkedés ○ nyughatatlanság ○ fogcsikorgatás ○ feszültség ○ súlyváltozás 	<ul style="list-style-type: none"> ○ unalomérzés ○ zavarodottság ○ világos gondolkodásra való képtelenség ○ gyenge memória ○ tompa közérzet ○ letargia, levertség ○ improduktivitás ○ negatív attitűd, hangulat ○ feledékenység ○ rossz koncentrációs készség ○ furcsa vagy morbid gondolatok ○ összevissza csapongó gondolatok 	<ul style="list-style-type: none"> ○ szorongás ○ rossz álmok, lidércnyomás ○ időszakos sírás ○ depresszió ○ bátortalanság ○ frusztráltság ○ káromkodásra, gúnyolódásra való hajlam ○ fokozott érzelmesség ○ ingerlékenység ○ örömtelenség ○ kedélyingadozások ○ ideges nevetés ○ hirtelen harag ○ melankólia
Lelki tünetek	Kapcsolatbeli tünetek	
<ul style="list-style-type: none"> ○ apátia ○ cinizmus ○ kétségek ○ üresség ○ kérlelhetetlenség ○ iránytalanság ○ hitvesztettség ○ céltalanság ○ mártíromságérzés ○ önigazolási igény ○ „Senki nem törődik velem” érzése ○ pesszimizmus ○ gyámoltalanságérzés ○ reménytelenség érzés 	<ul style="list-style-type: none"> ○ emberek kerülése ○ vádoló hajlam ○ bizalmatlanság ○ csökkenő kapcsolat barátokkal, ismerősökkel, rokonokkal ○ fokozott vitatkozási és ellenkezési igény ○ intolerancia ○ közvetlenség hiánya ○ kitörések ○ csökkenő szeretet és bizalom ○ csökkent szexigény ○ zsémbesség ○ neheztelés, harag 	

1. táblázat. Stressztünet-leltár

A táblázat kitöltése során észrevehette, hogy a bejelölt tünetek között vannak olyanok is, melyek figyelmeztető jelnek tekinthetők. Most válassza ki azokat a tüneteket,

melyek Ön szerint leginkább negatív hatást gyakorol a mindennapi életére.

Meg kell említeni, hogy ezek a kitüntetett jelzések nem állandóak. Másként éljük át egy adott esetben a munkahelyen előforduló stresszhelyzetet, és másként, ha ez otthon, a családban fordul elő.

Lényeges szempont, hogy nem elég csupán felismerni a figyelmeztető, jelzés értékű tüneteket. El kell fogadnia, hogy elérkezett az idő a változtatásra, törődnie és gondot kell fordítania önmagára és időt kell szánni a testi, szellemi, érzelmi, lelki vagy kapcsolatbeli szükséglet kielégítésére.

A stressz csökkentésére irányuló eljárás

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.

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.

Számos kedvező élettani hatás figyelhető meg, ha az egyén tudatosan figyeli 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 higgadtan kezelni.

Testedzés, fizikai aktivitás

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 strukturált, 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.

Kocogás, futás

Napjainkban a futás igen népszerű sportág mind a fiatal, mind az idősebb korosztály körében. A kocogást James Fixx az 1960-as években először az amerikai kultúrában vezette be. A szív- és érrendszeri megbetegedések emelkedése a megelőző orvostudományt arra készítette, hogy a lakosság számára preventív (megelőző) eljárásokat dolgozzon ki.

A sport népszerűsége elsősorban praktikusságának is köszönhető, hiszen nem kell hozzá sok felszerelés, csak egy megfelelő, kényelmes futócipő. Nem kötött életkorhoz, nemhez. Bárhol űzhető, mindenhol található olyan területet (sportpálya, erdő, park, tengerpart), ahol egy félórás kocogással, futással felfrissülhetünk megmozgathatjuk, átmozgathatjuk magunkat.

A rendszeres futásnak számos kedvező élettani hatása van, nő az állóképesség, valamint anyagcsere, légzőszervi, hormonális és idegrendszeri változás is bekövetkezik. A legtöbb sporttevékenység során tapasztaljuk, így a futás során is, hogy boldogságérzetet vált ki, mivel az agy endorfint szabadít fel. Emellett javul a stresszhelyzet-megoldó képesség és a monotoniatűrő-képesség is. Lényeges szempont a futás előtti mindenképp szükséges a bemelegítés, és a futás után a levezetés és a nyújtás.

Nordic Walking

A finn eredetű nordic-walking jelentése „északi gyaloglás”. A hagyományos gyaloglástól abban különbözik, hogy speciális botokat használ, így nemcsak a lábakat terheli, de a felsőtestet is mozgatja. Előnye, hogy bárhol űzhető sport. A szabadban, jó levegőn, kellemes környezetben a stressz-csökkentő hatás is jobban érvényesül. A karmunka révén minimum 10%-kal nő a pulzusszám, ami két előnnyel is jár. Az egyik, hogy nagyobb a kalóriafelhasználás, így hatékonyabb a zsírégetés, a másik az állóképesség is gyorsabban fejlődik.

Kerékpározás

A kerékpározásnak számos pozitív egészségügyi hatással rendelkezik. Biciklizés aerob, oxigén jelenlétében megy végbe, melynek során ugyanaz a mozdulatsor egymás után ciklikusan, gyorsan ismétlődik. Előnye, hogy kiválóan edzi a szív- és keringési rendszert, a szív munkája fokozódik, élénkül a vérkeringés. A rendszeres kerékpározás nagymértékben javítja a terhelhetőséget és a fizikai teljesítőképességet, kedvezően hat a vér zsírsav- és lipidtartalmára. Emellett zsírégető, kedélyjavító hatással is rendelkezik. A kerékpározás során stresszcscsökkentő hatás is érvényesül, hiszen a nagyfokú odafigyelés miatt kiváló gondolatelterő a mindennapi problémákról.

A kerékpározás számtalan formája ismert, ami kortól és nemtől függetlenül végezhető, mint például: hegyi-, országúti-, túra-kerékpározás vagy az edzőtermekben közkedvelt spinning. Nem szabad azonban arról sem megfeledkezni, ha 3 óránál többet kerékpározunk, a szénhidrátaktárak lemerülhetnek és az ún. eléhezés tünet (hirtelen jelentkező fáradtság érzés) jelentkezhet, ami lassításra, megállásra kényszeríthet. Ilyen esetben célszerű müzli szeletet, energiaszeletet, banánt fogyasztani.

Tánc

A tánc kiváló szabadidős tevékenység, emellett jó a léleknek, a testnek, és a szellemnek egyaránt. A többi sporthoz hasonlóan számos kedvező egészségügyi hatása ismert. A teljesség igénye nélkül példaként kiemelhető: élénkül a vérkeringés, fokozza a test rugalmasságát, növeli az állóképességet, hozzájárul a fizikai

erőnléthez és zsírégető hatással is rendelkeznek. Az agy vérellátásának fokozása révén a szellemi teljesítőképesség, éberség, koncentrációképesség is javul. A ozgás közben felszabaduló hormonok révén hozzájárul a hangulat fokozódáshoz. Emellett stresszcsoökkentő hatással bír, kikapcsolja a felesleges gondolatokat, önbizalmat ad és egyszerre képes felpezsdíteni és ellazítani.

Úszás

Hazánkban az úszás igen közkedvelt sport, nemtől és kortól függetlenül úzhető, mindenki számára ajánlott.

Az emberi szervezetre számos kedvező élettani hatást gyakorol, mint például megmozgatja az összes belső izmot, gerincnek stabilitást biztosít, fejleszti az állóképességet, gyorsítja az anyagcserét, élénkíti a vérkeringést, javítja a szövetek és sejtek oxigén-ellátását, de képes fokozni a szellemi teljesítményt is. A légzésszabályozásra jótékony hatása van, így asztmás betegek számára is ajánlott a tünetek enyhítése céljából. Óránként 500-700 kalóriát éget, a fogyókúrázóknak is ajánlott. Az úszás pszichológiai hatásait sem szabad figyelmen kívül hagyni. Az örömteli testmozgás védelmet jelent a pszichoszomatikus betegségek kialakulása ellen, növeli az önbizalmat, javítja a kedélyállapotot, stresszoldó hatással rendelkezik. Segít a felesleges energiák levezetésében, csökkenti az agressziót. Kedvezően hat az idegrendszerre is, segíti a pihenést és a szellemi felfrissülést egyaránt.

Aerobik

Az aerobik gyakorlatok hasonlóan a felsorolt sportok közül kiváló szorongáscsoökkentő kezelés, miközben javul a hangulatot, növeli az energiát, elősegíti a koncentráltást, pihentető a test és a lélek számára.

Étkezés

A stressz helyzetekre gyakran reagálunk evéssel, több kalóriefogyasztással. Az evés során csökkentjük a stressz hatásokat, anélkül, hogy a rendelkezésünkre álló energiatartalékok felhasználásra kerülnének, így újból utánaöltünk azoknak. A stressz hizlaló hatásai az alábbiakban nyilvánulhat meg:

- a kimerültség hatására fokozódik az étvágy,

- a feszültség gyakran nassolással, édességek fogyasztásával kerül levezetésre,
- a stressz hatására emelkedik a vérben a kortizol szint, ami közvetetten növeli az étvágyat és csökkenti a szerotoninszintet, aminek következtében az agyunk kívánja a szénhidrátban gazdag ételeket, ezáltal megnövelve a szerotonin szintet, így kiegyensúlyozottabbá tesznek,
- a stressz következtében, mint „tartalékok”, a hasi zsírpárnák is gyarabodnak.
- a stressz befolyásolja a vércukorszintet is, és nő az édesség utáni vágy,
- a túlhajszolt munka következtében a fáradtság miatt a mozgásra is kevesebb idő jut,
- az időhiány miatt az egészségtelen ételek fogyasztása, a gyorsétteremben való étkezések száma jelentősen nő.

Mindezek átgondolása után érdemes a helyes táplálkozásra is kellő hangsúlyt fektetni. A szervezetnek a feszültséget okozó stresszhatásokkal szemben sok létfontosságú tápanyagra van szüksége, ezért az étkezés során törekedjünk a megfelelő vitaminok, ásványi anyagok és aminosavak megfelelő mennyiségű beviteléről is, mint például a B-vitamin erősíti az ideg- és immunrendszert és a fáradtság legyőzésében is segít, emellett segíti az anyagcsere egészséges működését és megelőzi a túlzott éhségérzet kialakulását. A C-vitamin hozzájárul a nassolás csökkentéséhez és elősegíti más vitaminok és ásványi anyagok felszívódását. A kalcium és magnézium oldják az izomfeszültséget. Gyógynövények tekintetében a ginzeng gyökér javítja a stressztűrő képességet és stresszoldóhatással rendelkezik. Macskagyökér ajánlott, ha a szorongás miatt alvászavarok jelentkeznek. Orbáncfűkivonat a stressz hatására jelentkező enyhe depresszió esetén javasolható.

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.

Hasznos tanácsok a pihentető alvás érdekében

Aludjunk napi 7-8 órát! Igyekezzünk ugyanabban az időben lefeküdni és felkelni. Tegyük szokássá az ideális alvásidőt. Először is jelöljük ki egy fix időpontot a lefekvéshez. Számoljuk ki a 8 óra alvást, például, ha reggel 6.00. órakor kell felkelni, este 10.00. órakor le kell feküdni. Természetesen ettől a szokástól időnként el lehet térni.

A nyugodt, pihentető alvás nélkülözhetetlen kelléke a kényelmes ágy. Ügyeljünk arra, hogy a matrac ne legyen se túl kemény, se túl puha. A nem megfelelően kiválasztott ágy nem csak a pihenést zavarja meg, de hátfájáshoz is vezethet.

A pihent nyugodt alváshoz szükség van a tiszta, rendezett, jól kiszellőztött, besötétített szobára is. A tiszta és rendbe tett szobában könnyebben megtaláljuk a nyugalmat. Az ágy körül uralkodó rendetlenség megzavarhatja a tudatunkat elalvás közben. Ügyeljünk a hálószoba megfelelő hőmérsékletére, ideális a 18-19°C. A meleg szoba felületes alváshoz vezethet és az elalvást is nehezíti. Ha valaki fázós, használjon inkább vastag toll vagy gyapjúkarót, használjon zoknit és vastagabb hálóruhát/pizsamát. Ne felejtünk el lefekvés előtt kiszellőztetni, akár keresztuzatot is lehet csinálni. Miután kiszellőztettünk, sötétítsük be szobát, eresszük le a redőnyt vagy húzzuk be a sötétítő függönyt. Lehetőség szerint kapcsoljuk le az összes fényforrást. Ha szükséges, némi éjszakai jelzőfény természetesen maradhat.

Hangolódjunk rá a lefekvéshez, zárjuk le a napot. A felgyorsult, ingergazdag világunkban szükség van arra, hogy az idegrendszerünk kikapcsoljon a nappali gondolkodásmódról és ráhangolódjon a lefekvésre, ezáltal is elősegítve a „nap” lezárását.

Sportoljunk rendszeresen. A rendszeres testmozgás is elősegíti a gyorsabb elalvást és mélyebb, pihentetőbb alvást eredményez. Lefekvés előtt lazítsuk el az izmainkat. Végezzünk nyújtó gyakorlatokat. A nyújtózkodás javítja az alvás minőségét.

Foglaljuk össze a másnapi teendőinket. Késő délután készítsünk egy listát és foglaljuk össze a másnapi feladatainkat, kötelezettségeket, ezáltal tehermentesítjük az elménket, nem jár az agyunk a nyomasztó gondolatoktól, így az elalvást is gyorsabbá tehetjük.

Ügyeljünk arra, hogy lefekvés előtt egy órával már ne végezzünk komoly agymunkát. Fejezzük be a számítógép előtt végzett munkát, és lehetőség szerint már televíziót se nézzünk. Ez szintén komoly agymunka, csak éppen passzív. Ehelyett végezzünk egyéni igényeknek megfelelő önkényeztető rituálét, mint például illóolajos vagy tengeri só s fürdő, masszázs, krémezés, de akár egy könnyedebb olvasmány is alkalmas lehet erre.

Ajánlott lefekvés előtt meleg folyadék fogyasztása, például: meleg tej, vagy macskagyökér –tea, amely enyhe altató hatással rendelkezik.

Előfordulhat az is, hogy nem tudunk elaludni. Ilyen esetben semmiképp ne erőltessük az elalvást, kelljünk fel és foglalkozzunk mással, keressünk valami hasznos időtöltést, míg ismét el nem álmosodunk. Azonban, ha több hétig alvás nehezítettség áll fenn, mindenképpen orvoshoz, alváscentrumhoz, pszichológushoz kell fordulni. Az alvászavar okát és a pontos tüneteit tisztázni kell. Ehhez szükséges lehet alvásnapló vezetése, a későbbiekben alvászavarok ellátására specializálódott alvási diagnosztikai és terápiás laboratóriumok kivizsgálására. Tartózkodni kell az „öngyógyszereléstől”. A gyógyszeres terápia előtt az altatókat kizárólag orvosi vizsgálat és folyamatos kontroll alapján lehet szedni.

Korrektív jellegű terápiák

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 megküzdeni 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,).

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.

Munkahelyi stressz kezelése egyéni szinten

Mindenki másként éli meg mind a magánéletben, mind a munkakörnyezetben előforduló stresszel teli időszakokat. A mindennapi élet során előfordulnak olyan események, melyek rendkívül nagy terheléssel járnak, mint pl. egy pályázat megírása és lebonyolítása, audit, vagy a magánéletben egy szeretett személy megbetegedése vagy egy váratlan nagyobb összegű kiadás. Emellett stresszforrást jelenthet egy teljesen hétköznapi, de feltorlódozó esemény is, mint pl. új munkakör betöltése, munkahely változtatás, vagy költözés stb.

A következőkben összeállításra került néhány javaslat - amely alapvető stresszkezelési elvekre épülnek - melynek segítségével csökkenthető a stressz negatív hatásai, ezáltal valószínűleg hatékonyabb, jobb teljesítményt lehet majd nyújtani.

A hatékony munkavégzés érdekében első lépésben készítsünk egy ütemtervet, amely egyaránt készülhet havi, heti és napi bontásban. Határozzuk meg és írjuk le a ránk váró feladatainkat, programjainkat és a hozzá tartozó felelősségünket. Ez követően rangsoroljuk és helyezzük őket fontossági sorrendbe (2. táblázat). Mindig a legfontosabb feladat kerüljön a lista elejére. Törekedjünk arra, hogy ne zsúfoljuk túl a napjainkat tennivalókkal. A feladat során mindig tisztázza a pontos határidőt, amennyiben nem hangzik el, kérdezzen rá. Legyen egy határidő naplója, ahová feljegyzi a fontos határidőket.

A 2. táblázat második pontjában felsorolt "Fontos, de nem sürgős" feladataink maradnak el leginkább, pl. a továbbképzések, rákszűrésen való részvétel, stb. Ha ezt tapasztaljuk, változtatni kell a prioritásokon.

- 1. Fontos, sürgős**
- 2. Fontos, de nem sürgős**
- 3. Sürgős, de nem fontos**
- 4. Buzognivalók**
- 5. Időrablók**

2. táblázat: Kategóriák a fontossági sorrend felállításához

A hatékony munkavégzést, koncentrációt akadályozza a zsúfolt íróasztal, emellett feszültséget és frusztrációt okoz. Hasznos lehet, ha a munka megkezdése előtt vagy a munka befejezése után időt szánni a rendezésre. Az asztal közepére mindig a legfontosabb elintézni való kerüljön. A munkavégzés szempontjából nem használt dolgokat pedig helyezze a polcra.

A számunkra nehézséget, kellemetlenséget okozó feladatokkal kezdjük a napot, így a nap további része sokkal kellemesebb lesz és megnyugvást jelent a számunkra.

A megszerzett munkatapasztalatok révén gyakran már előre lehet látni, hogy mikorra várható nagyobb stressz, feszültséget és nyomást okozó feladatok. Ha ezzel tisztában van, akkor tervezzen előre. Tanulja meg az előretervezés módszerét és állítson fel egy munkatervet, melynek segítségével képes lesz a fontos munkára koncentrálni, és a kevésbé fontosakat későbbre halasztani, vagy félretenni.

Nagyobb munkákat – a megerőltetés elkerülése végett - érdemes kisebb lépésekre osztani. Tervezzük meg a munkafolyamatot lépésről lépésre. Egyszerre csak egy lépésre szabad koncentrálni, így sokkal könnyebb lesz áttekinteni és kézben tartani egyszerre az egészet. A munkavégzés során a kompetencia köröknek megfelelően osszuk meg a feladatokat és a hozzá tartozó felelősséget a kollégák között, ezáltal is sok fölösleges idegességtől és munkahelyi *stressztől* szabadulhatunk meg.

Amennyiben nagyon szorosak a határidők, próbáljunk meg reggelenként 10-15 perccel hamarabb elindulni, ezáltal nyugodtan kezdjük a napot és elkerüljük a késés okozta feszültséget.

Amennyiben a munkakörünk megengedi a munkavégzés folyamán rövidebb -5-6 perces- szüneteket is érdemes beiktatni. A szünetekben egy kicsit ellazulhatunk, kis nyugalmat biztosíthatunk magunknak.

Ha már két órája a számítógép monitor mellett ül, érdemes egy alapos nyújtózást is végezni.

Az ebédidőben törekedjünk arra, hogy az irodát elhagyjuk, semmiképp ne az íróasztal mellett kerüljön elfogyasztásra az ebéd. A félórás távolét szintén növeli a nap hátralévő részében a munka hatásfokát.

Az időbeosztás során törekedjünk egyensúlyt teremteni a munka és a család, a napi folyamán elvégzendő feladatok és a pihenés között. Ügyeljünk arra, hogy ne vállaljuk túl magunkat.

Felhívjuk a figyelmet arra, ha folyamatosan csak a munkára koncentrálnak, nem marad idő a kikapcsolódásra, az kiégéshez vezethet. Ügyeljünk arra, hogy ne vállaljunk egyszerre túl sok feladatot. Igyekezzünk felmérni, mennyi időt vesz igénybe a kitűzött feladat elvégzése, azonban ennek ellenére is előfordulhat, hogy alábecsüljük a feladatok elvégzésére szánt időt és azok sokkal tovább is eltarthatnak. Ha egyszerre túl sok feladat hárul ránk, el kell döntenünk, mi az ami kell és mi az, ami muszáj.

Érdemes arra is figyelni, hogy a stresszhelyzetek nehezítik a gondolkodást is, ezért gyakrabban fordulhat elő, hogy feszült helyzetekben rossz döntések születnek. Amennyiben lehetőség van rá, kerülje a fontosabb ügyekben való azonnali döntést, halassza későbbi időpontba! Amennyiben erre nincs lehetőség, ne hamarkodja el és fordítson több időt a döntésre meghozatalára, ezáltal csökkenteni fogja a rossz döntés valószínűségét. A döntés meghozatal előtt érdemes megosztani a problémát olyan emberekkel, akiket tárgyilagosnak ismert meg, és a szakmai tudásában is megbízik. Minden ember más aspektusból közelíti meg a problémát és olyan lehetőségeket is meglátnak, amire Ön nem is gondolt.

Nem szégyen, ha jelzi a felettesének, hogy úgy érzi túlterhelt, túl sok feladatot kell egyszerre elvégezni, vagy a megbízott feladatok meghaladják az erejét. Kérjen segítséget vagy tehermentesítést. Minden esetben - határozottan, de nem követelve - indokolja meg a kérését. Mondja el, hogy milyen előnyei, pozitív következményei lesznek a feladatvégzésére és a teljesítményre nézve egyaránt.

Érdeemes arra is odafigyelni, hogy egyértelmű munkaköri leírással és munkaszerződéssel rendelkezzen. Tisztázza a munkakörben betöltött szerepét, feladatait, miért tartozik személyi felelősséggel, milyen jogok, lehetőségek illetik meg a munkavégzése során.

Ajánlott tisztázni azt is, hogy kinek tartozik beszámolási kötelezettséggel és az adott munkakörben mi az Ön személyes felelőssége, esetleg milyen következménnyel jár, ha nem sikerül teljesíteni stb. Bátran kérjen segítséget, plusz információt, ha nem ért valamit. A megfelelő ismeretek sok stressztől megóvhat bennünket.

A munkavégzés során - a legnagyobb törekvés ellenére is – előfordulhatnak hibák. Sajnos tévedni, hibázni emberi dolog. Ne rágódjon és büntesse magát a sikertelenség miatt, azonban másokat sem szabad hibáztatni, büntetni, mert nem vezet a helyes megoldáshoz. Érdeemes tanulni a munkahelyi kudarcélményekből, hibákból. Vonja le a megfelelő következtetéseket a későbbiekre nézve. Tekintse át azokat a hibaforrásokat, amelyek a kudarchoz vezették, és készítsen egy listát. Tegye fel az alábbi kérdéseket és válaszoljon őszintén:

- Túl magas volt-e az elvárás?
- egyértelmű volt-e az elvárás szintje?
- Állt-e elegendő információ a rendelkezésre?
- Szükség lett volna-e több - vezetői vagy kollegiális - segítségre?
- Fenn állt-e saját képességbeli-, tudásbeli hiányosság?

Az összeállított lista alapján beszélje meg a felettesével a sikertelenség hátterét és kérjen segítséget arra vonatkozóan, hogy mire van szüksége a megfelelő hatékonyság elérése céljából. Pl.: több szakmai segítségre, egy szakmai tanfolyam elvégzésére stb.

Amennyiben úgy érzi valamilyen tudás, képesség még hiányzik a munkája sikeresebb és hatékonyabb elvégzéséhez, tekintse át milyen továbbképzési lehetőségek állnak a rendelkezésére és kérjen segítséget a HR-osztályról is.

A mindennapi munkavégzés során érdemes folyamatos visszajelzést kérni a munkavégzésével kapcsolatban. Kérje ki felettese, kollegái véleményét is, azonban bátran jelezze, hogy ne csak a rosszat mondják el, hanem a pozitívakat is. Gyűjtse be a megérdemelt dicséreteket, elismeréseket (az elismerő okleveleket a iroda falára fel is helyezheti) és legyen büszke Önmagára!

Szervezeti szintű munkahelyi stressz kezelés

Európa-szerte közismert, hogy a munkahelyi stressz és a lelki zavarok miatt nagy arányban növekszik a hiányzások száma, a munkanélküliség és a tartós munkaképtelenség. A 3. táblázat jól szemlélteti a hosszantartó stressz hatásait egyéni-, szervezeti-, és társadalmi szinten.

	A hosszantartó stresszterhelés hatása
Egyéni szint	<p>csökken</p> <ul style="list-style-type: none"> – az egyén általános teljesítőképessége és terhelhetősége – a figyelem-, koncentrációképesség – a döntési hatékonyság – a kreatív és innovatív erőforrások száma <p>növekszik</p> <ul style="list-style-type: none"> – a hibázások, balesetvesztési hajlam kockázata <p>egyéb hatások</p> <ul style="list-style-type: none"> – ingerlékenység, konfliktusfokozó viselkedés, agresszió jelentkezik – pszichés és testi tünetek, pszichoszomatikus betegségek megjelenése – testi-lelki kimerültség, lehangoltság, elégedetlenség érzés jellemző
Szervezeti szint	<ul style="list-style-type: none"> – csökken a hatékonyság – teljesítményromlás, ami egyéb objektív tényezőkkel nem magyarázható, – emelkedik a dolgozói elvándorlás – növekszik a hiányzások száma, betegállományban eltöltött napok – fokozódik az általános munkahelyi elégedetlenség érzése – feszült, konfliktusokkal teli munkahelyi légkör kialakulásának veszélye – csökken a munkamotiváció, – nő a dolgozói kiégés kockázata
Társadalmi és népegészségügyi következmények	<ul style="list-style-type: none"> – csökken a családra, a magánéletre fordított erőforrások száma – családi szerepekben való alulműködés, kapcsolatok megromlása – tartós pszichoszomatikus és pszichés betegségek megjelenése, munkaképtelenné válás

3. táblázat A hosszantartó stresszterhelés hatása (Forrás: Upstairs Consulting)

Magyarázó elméleti modellek a munkahelyi stresszel kapcsolatban

Az elmúlt évtizedekben az általános stresszmodelleket továbbfejlesztve olyan új munkahelyi stresszmodelleket jelentek meg, melyek a munkahelyi környezet összetettségét próbálják átláthatóvá tenni. A kutatók célja megfogalmazni a munkához köthető jelentősebb stresszforrásokat, melyek a munkavállalók egészségi állapotát is nagymértékben befolyásolják. A következőkben a legfontosabb modelleket kívánjuk bemutatni, amelyek önmagában nem magyarázza el teljes mértékben a munkahelyi stressz dinamikáját, azonban mindegyik elméleti modellben megjelenik egy-egy fontos tényező, faktor, mely jelentős szerepet játszik a munkahelyi stressz folyamatában, emellett megmutatják azokat a főbb védőfaktorokat, melyek ellensúlyozni képesek a stressz források negatív hatásait, ezáltal csökkentve a dolgozók stressz szintjét.

Személy-környezet illeszkedés modellje

A Michigani Egyetem kutatói az 1970-es években fejlesztették ki a személy-környezet illeszkedés modelljét.(Baker 1985) Az elmélet szerint a feszültég alapvetően két forrásból származhat egy munkahelyen: a lehetőségek és igények valamint a követelmények és képességek össze nem illéséből.

Az egyik az egyén oldaláról nyilvánul meg, amikor a munkával kapcsolatos motivációk, igények, elvárások akár a munkakörülménnyel akár magával a munkával szemben nem felelnek meg. A másik oldal a munkáltató részéről jelenik meg olyan elvárás formájában, ami a munkavállaló képességeit vagy a munkával kapcsolatos elképzeléseit meghaladja. Ilyen követelmény lehet a terhelés, a munka összetettsége, bonyolultsága.

A személy-környezet illeszkedése akkor valósul meg, ha igények és lehetőségek mindkét oldalon megfelelnek egymásnak. A modell hiányossága, hogy nem képes előre jelezni a várható feszültség megjelenését, akár az igény-lehetőség, akár a követelmény-képesség oldaláról. Az elmélet a hangsúlyt a egyén szubjektív szükségleteire és képességeire helyezi, mivel egyéni tényezőtől függ, hogy ugyanazon helyzetben ugyanaz a döntéshelyzet megterhelő vagy ellenkezőleg ösztönzően fog hatni.

A „Követelmény-Kontroll – modell” (Demand-Control-fit Model)

Karasek által továbbfejlesztett „Követelmény-Kontroll – modell a stresszforrásokat egymással kölcsönhatásban kezeli. A szerző úgy gondolja, ha a munkakörülmények adottak a követelmények teljesítéséhez, a munkavállaló számára munkahelyi terhelés nem okoz feszültséget.

Ebben a modellben a stressz forrásaként a kontroll és követelmények viszonyában, egymásban való kapcsolatában keresendők.

A követelmény kategóriába sorolja a munkakörnyezetben megtalálható pszichológiai stresszorokat, mint például munkaterhelés, ellentmondó elvárások, feszített munkatempó.

A kontroll kategóriában egyrészt a munkavállaló képességeit, készségeit, kreativitását emeli ki, másrészt a munkakörülményekre vonatkozik, mint például a dolgozó milyen mértékben tudja meghatározni, mennyiben választhatja meg a munkavégzés helyszínét, idejét és annak módját. A felsorolt kategóriák alapján négyféle munka típus határozható meg (4. táblázat)

A munka típusa	A követelmények szintje	A kontroll mértéke
magas stresszel járó munka	magas	alacsony
aktív munka	magas	magas
nyugodt munka	alacsony	magas
passzív munka	alacsony	alacsony

4.táblázat A követelmény és kontroll a munka típusa szerint

A magas stresszel járó munka folyamán a munkavállalónak a magas pszichológiai megterhelés mellett kevés beleszólási, döntési joga van a munkakörülményekbe, a munka megválasztásában és a határidők kijelölésében. Ilyen esetben kialakulhat a krónikus stressz állapota.

Az aktív munka esetén mind a megterhelés, mind a kontroll egyaránt nagy. Azonban a dolgozó számára biztosított a fejlődés, a továbbképzés, az új készségek elsajátítása. Ezeket a követelményeket a dolgozó, mint teljesíthető kihívásként élheti

meg. Nyugodt munka esetén a magas kontroll mellett a munkavállalóval szemben alacsonyak az elvárt követelmények, a munkavállalónak lehetősége van a munkakörülményeinek megválasztásában is. Passzív munka során a megterhelés és a kontroll egyaránt alacsony, a motiváció elvesztéséhez és a képességek és készségek lassú leépüléséhez vezethet.

Karasek a későbbiekben tovább bővítette az elméletét és megalkotta a „Követelmény-Kontroll-Támogatás” („Job-Demand-Control-Support”) modelljét. (Karasek, 1990). A korábban kiemelt két tényező mellé a támogatást is megjeleníti, a munkahelyi stresszel kapcsolatban. A modell szerint a támogatás alacsony szintje növeli a munkahelyi stressz és a megbetegedések kockázatát, a magas munkahelyi támogatás azonban védőfaktorak bizonyul.

Az „Erőfeszítés - Jutalom Egyensúlya” modell („Effort-Reward Imbalance”)

Siegrist által bevezetett erőfeszítés- jutalom modell a munkahelyi stressz és a szív- és érrendszeri megbetegedések összefüggése kapcsán került kidolgozásra. A modell nagy hangsúlyt fektet a munkavégzés során kifejtett erőfeszítés és a munkáért kapott jutalom arányára. Az elmélet alapja a társadalomba elfogadott kölcsönösség, vagyis az egyéntől elvárható az erőfeszítés, azonban jogosan jár a társadalomtól a jutalom. A modellben maga a munka nem egy kényszer, hanem az önkifejezés, önmegvalósítás kialakításának a terepe is.

A modell három komponenset emel ki. Az elsőként az erőfeszítést emeli ki, amely olyan munkahelyi jellemzőket foglal magába, mint a fizikai megterhelés, az időkényszer, a túlóra, a felelősség. Második komponensként a jutalom jelenik meg, amely magába foglalja a pénzt, karrier lehetőségeket, biztonságot, egyéb jutalmakat, elismerést, megbecsülést stb. A modellben harmadik komponensként túlvállalás is szerepet kap. Ez az összetevő magába foglalja az egyén hozzáállását és viszonyát a munkához. Olyan attitűdöket foglal magába, mint a fokozott teljesítménykényszer, az elismertség és megbecsülés iránti vágy.

Akire ez fokozottan jellemző, az túlhajtja magát, folyamatosan küzd a céljai eléréseért, miközben kimeríti az erőforrásait és veszélyezteti az egészségét. Ez a viselkedés olyan munkahelyeken jellemző, ahol nagy a versenyhelyzet vagy a munkahely biztonsága kockázatnak van kitéve (Siegrist, 1996).

Összefoglalva, a modell szerint munkahelyi stresszhez és egészségkárosodáshoz vezethet mind az erőfeszítés-jutalom egyensúly megbomlása, mind a túlvállalás. A megélt stressz mértéke mindaddig nem számottevő, amíg a személy szubjektív észlelésében kellő mértékben kompenzálja, ellensúlyozza és egy a munkahellyel való megelégedettség élményét biztosítja.

Palmer és Cooper Munkahelyi Stressz Modellje

A kutatók ezt a modellt elsősorban azzal a céllal alkották meg, hogy gyakorlatban is alkalmazzák a munkahelyi kockázati tényezők felméréséhez. A 4. táblázatban egy folyamat követhető nyomon, melyben a munkahelyi stressz kockázati elemei mellett a szervezeti és személyes szimptomákat valamint a stressz negatív következményeinek kapcsolata kap helyet. A hat szervezeti stresszorok a következők:

1. Követelmények-Terhelések (Demands)

A munkahelyen stressztényezőnek tekinthető minden olyan terhelés vagy munkafeladat elvégzése, ami a munkavállaló képességeit és kapacitásait meghaladja, valamint a munkaköri leírásban meghatározott feladatok elvégzésére nem áll rendelkezésre megfelelő munkafeltétel és munkakörülmény (pl: irreális határidők, váltott műszakban végzett munka).

2. Kontroll – befolyás (Control)

Stresszforrás lehet az egyén számára, ha nem rendelkezik megfelelő döntési jogkörrel, befolyással és a munkavégzéssel kapcsolatos kellő információval.

3. 3. Támogatás (Support)

Stresszt jelenthet az is, ha az egyén a munkavégzés során a nem kap megfelelő támogató segítséget a munkáltató részéről. Lényeges a megfelelő támogatás a szervezet részéről, mint például

4. Munkahelyi kapcsolatok (Relationships)

A mindennapi feladatok elvégzése során problémát jelenthet a munkatársakkal, feletesekkel kialakuló konfliktusok, feszültségek. Nagymértékben nehezítik a együttműködést a sértő, megalázó, megbántó, kommunikációs stílus is. Itt kell kiemelni a pszichológiai terror (mobbing) negatív mentális és fizikális kórtani hatásait is.

5. Szerep-feladat (Role)

Stresszt eredményezhet az is, amennyiben a dolgozó nem rendelkezik elegendő információval a vele szemben és a munkájával kapcsolatos elvárásokról.

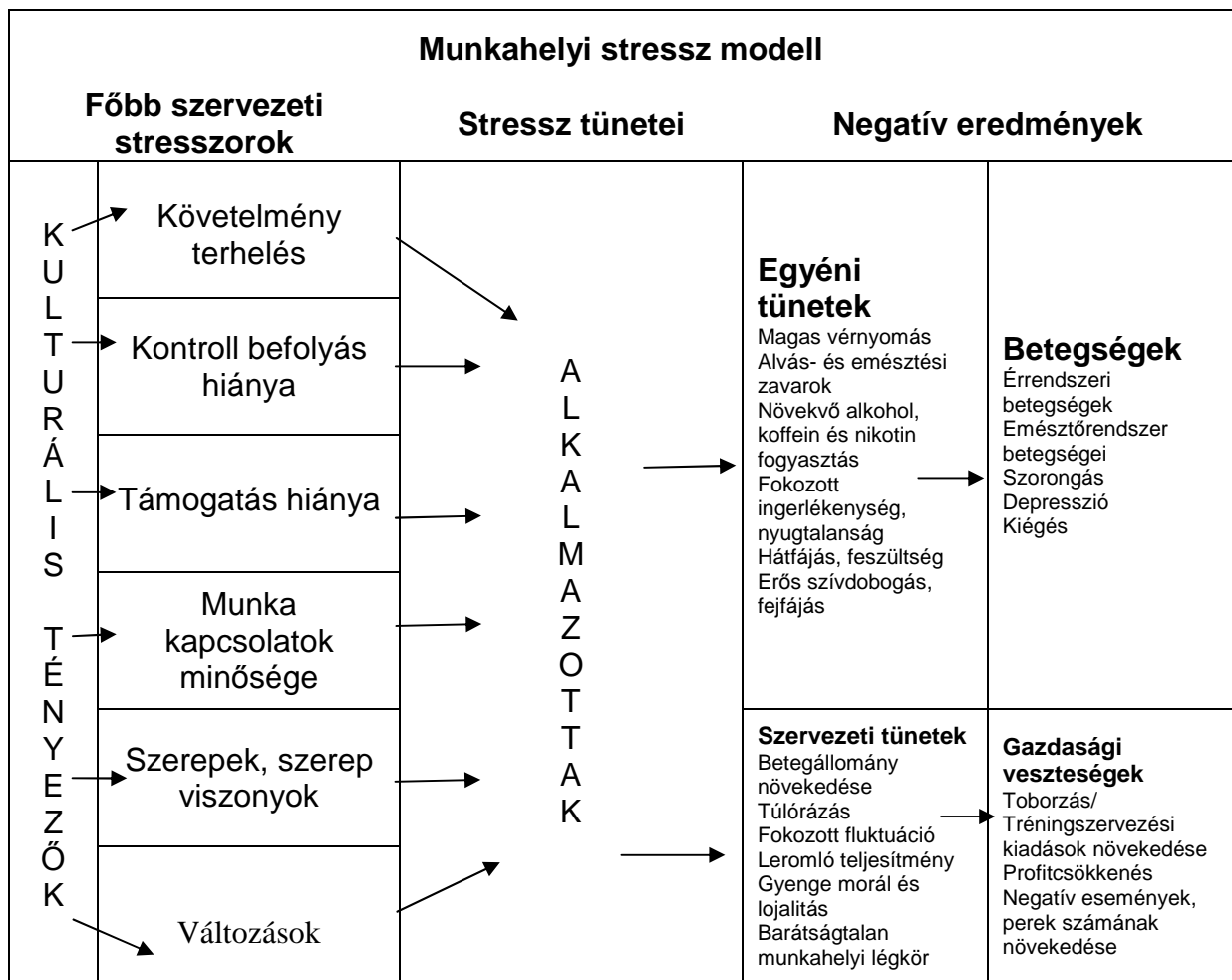
6. Változás (Change)

Stressztényezőnek minősül a munkavállaló részéről, mind a személybeli, mind a munkafolyamatban bekövetkező változások.

A szerzők a kockázatok felmérése mellett kifejlesztették egy öt-lépéses kockázat-felmérési és beavatkozási módszertant is:

1. A kockázat keresése
2. Felmérni, hogy ki és hogyan sérülhet
3. A kockázat felmérése és ennek alapján eldönteni, hogy megtettek-e mindent annak elkerülése céljából
4. Az eredmények rögzítése
5. Az eredmények monitorozása és után követése.

A modell értéke, hogy a munkavállaló egészségére és az érte vállalt felelősségre nagy hangsúlyt fektet. Emellett a modell a stressz kialakulásának folyamatára épít, ahol megjeleníti az egyéni és szervezeti szimptomákat és ezzel lefekteti a negatív következményeket is.



5. táblázat Palmer és Cooper munkahelyi stressz modellje

Törvényi szabályozás

A munkahelyi környezetben tehát számos stresszforrás gyakorol negatív hatást a munkavállalókra, melyek a törvényi szabályozásban is megjelennek, mint „pszichoszociális kockázati tényezők”.

Hazánkban a munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény 2008. január 1-jétől hatályos módosítása helyezi be a munkavédelem törvényi szintű szabályozásába a pszichoszociális kockázati tényezők kezelésének munkáltatói feladatát, egyben meghatározva e tényező fogalmát is.

A törvényi értelmében pszichoszociális kockázatnak minősül a munkavállalót a munkahelyén érő azon hatások (konfliktusok, munkaszervezés, munkarend, foglalkoztatási jogviszony bizonytalansága stb.) összessége, amelyek befolyásolják az e hatásokra adott válaszreakcióit, illetőleg ezzel összefüggésben stressz, munkabaleset, lelki eredetű szervi (pszichoszomatikus) megbetegedés következhet be.

A munkahelyi stressz felmérése

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 a Munkahelyi lelki egészségvédelem Képzési és tanácsadási kézikönyv A stressz szűrés mérési lehetőségek fejezetében 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 „objektívak”. Az alábbi csoportosítás szerint kívánom bemutatni az önbevalláson alapuló kérdőíveket:

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

A munkahelyi stresszfelmérés folyamata

A felmérés megkezdése előtt fontos feladata a munkahelyi stresszfelmérés céljának meghatározása. Egyszerre több cél is megfogalmazható, mint például: *megismerni, hogy milyen a munkavállalók egészségi állapota, feltárni, hogyan lehet a dolgozók egészségének, jólétének fejlesztése, erőforrásainak megőrzése. Célként lehet kitűzni a törvényi szabályozásban leírt pszichoszociális kockázatcsökkentés érdekében a*

munkahelyi protokoll elkészítését vagy egészségesebb és hatékonyabb szervezeti működés elérését.

A vizsgálat megkezdése előtt tekintsük át a nemzetközi és hazai releváns szakirodalmat a témával kapcsolatban. A következő lépésben határozzuk meg a felmérésbe bevont célcsoportot, annak beválasztási és kizárási kritériumával együtt. Jelöljük ki a vizsgálat helyszínét és időpontját. A felmérés során több vizsgálati módszer közül választhatunk. A leggyakrabban alkalmazott kérdőíves módszer mellett készülhet interjú vagy dokumentumelemzés is.

Kérdőíves módszer

A kérdőíves vizsgálat az egyik leggyakrabban használt kutatási technika. Egyaránt alkalmas leíró, magyarázó és felderítő célokra. A munkahelyi stressz kutatások területén is gyakran alkalmazott módszer. Segítségével információk gyűjthetők a munkavállalók ismereteikről, véleményeiről, elvárásairól, tapasztalatairól, továbbá alkalmas standard eszközként stressz, életminőség, megküzdés, kiégés mérésére is. A kérdőíves módszer előnye, hogy viszonylag könnyen kivitelezhető, kevésbé terheli a munkavállalót, továbbá a megfelelően szerkesztett és jól kitöltött kérdőívek releváns információkat nyújtanak a felmérést végző team számára. Hátrányként a szubjektivitást kell kiemelni, mely egyaránt érintheti mind a kérdőívet összeállító szakembert mind a megkérdezett munkavállalót, esetenként előfordulhat az őszinteség hiánya is.

A kérdőíves felmérés négy formáját különböztetjük meg: (1) maga a munkavállaló tölti ki az önkitöltős kérdőívet, (2) kérdezőbiztos vonunk be a felmérésbe, aki felteszi a kérdést és le is jegyzi a választ (3) telefonos megkérdezés vagy (4) interneten, e-mailen keresztül történik a kikérdezés.

Önkitöltős kérdőív

Az önkitöltős kérdőív esetén felkérjük a munkavállalót, hogy saját maga töltse ki a kérdőívet. Az önkitöltős kérdőív kiosztása több úton is lehetséges:

Kérdőív felvétel kérdezőbiztos bevonásával

Amennyiben ezt a módot választjuk, fontos szempont a kérdezőbiztosok felkészítése. Lényeges, hogy a kérdezőbiztos felkészítése.

jól ismerje a kérdőívet és pontos és korrekt jegyzést

A felmérés során maga a kérdezőbiztos teszi fel a kérdéseket és rögzíti is a válaszokat. Ez a módszer eredményesebb és csökkenek „nincs válasz” feljegyzések számát is.

Telefonon vagy e-mail útján történő felmérés

Ez a felmérési mód előnye, hogy olcsó és gyors. A felmérés menete során a munkahelyi telefonon keresztül kerülnek feltevésre a kérdések és a kérdező rögzíti a válaszokat. A válaszadási arányok azonban jóval kevesebbek, de 50-60% arány ezzel is elérhető.

Az e-mailen történő felvétel segítségével

A kérdőív összeállítása során figyelembe kell venni a lekérdezés tervezett módját is, valamint ügyelni kell kutatás tudományos feltételeinek a megbízhatóság és érvényesség kritériumaira is. A megbízhatóság arra vonatkozik, hogy a kérdőív mennyire méri azt, amit mérni szeretnénk, az érvényesség pedig arra utal, hogy megismételve a vizsgálatot mennyire kapunk az eredetivel egyező eredményeket. A megbízhatóság és érvényesség szempontjából el kell választani a saját szerkesztésű kérdőívet és más kutatók által összeállított, (esetleg lefordított, adaptált) validált kérdőívet. A validált kérdőívek bizonyos esetekben (publikációhoz csatolva vagy könyvben) teljes terjedelmében az értékelési instrukciókkal együtt hozzáférhetőek más kutatók számára is. Idegen nyelven megjelent kérdőív estében saját fordítást is el lehet készíteni, de nagyobb vizsgálathoz célszerű korrekt nyelvi adaptációt készíteni, mint például Stauder, Konkoly (2006) észlelt stressz vagy Salavecz et. al (2006) az erőfeszítés – jutalom –egyensúlytalanság kérdőívek validáló tanulmányai, melyek részletesen szemléltetik az adaptálás folyamatát.

A saját szerkesztésű kérdőív szerkesztésénél érdemes néhány hasznos szempontot is szem előtt tartani:

- Vegyük figyelembe a célpopuláció főbb szocio-demográfiai jellemzőit, mint például életkor, társadalmi státusz, iskolai végzettség. Ezek a faktorok is meghatározhatják a kérdőív kérdéseinek a megfogalmazását, a kérdőív összeállítását.
- A kérdéseink legyenek egyértelműek, világosak.
- Ügyeljünk arra, hogy egyszerre csupán egy dologra kérdezzünk rá. Amennyiben a kérdésben az „és” vagy „vagy” szó szerepel, akkor a munkavállaló nem fogja tudni, melyikre válaszoljon.

- Törekedjünk arra, hogy releváns, lényeges, aktuális dolgokra kérdezzünk rá, melyek nem állnak válaszadótól távol.
- Lényeges szempont, hogy olyan kérdéseket tegyünk fel, melyre a munkavállalók megbízhatóan tudnak felelni és elegendő információval rendelkeznek a válaszadáshoz.
- Amennyiben lehet, használjunk rövid kérdéseket, melyeket gyorsan el lehet olvasni, megérteni, és nehézség nélkül gyorsan lehet rá válaszolni.
- Kerüljük a tagadó kérdéseket. A megkérdezettek jelentős része elsiklik a nem szó felett, ami befolyásolja a válaszadást.
- Biztosítsunk lehetőséget a válasz megtagadására, használhatjuk például a „*nincs véleményem*”, „*nem tudom*”, „*nem szeretnék válaszolni*” formákat is.

Kérdés típusok

A kérdések típusa szerinti leggyakrabban *zárt*, *nyitott*, *félíg nyitott* kérdéseket alkalmazunk. Az adható válaszlehetőségek szerint egy- és többválaszos kérdéseket is megkülönböztetünk.

Zárt kérdések feltevése során a munkavállalónak az általunk előre megadott válaszlehetőségek közül kell választani. Ennek a kérdés típusnak az előnyei, hogy nem lényeges szempont a válaszadók íráskészsége, nagyobb a kapott válaszok száma, több kérdést lehet feltenni, a válaszok is egységesebbek és könnyebben feldolgozhatóak a különböző statisztikai programok segítségével. Zárt kérdések esetén azonban két alapvető követelményre kell figyelmet szánni.

A *teljesség elve*, ami azt jelenti, hogy a válaszlehetőségek teljes körét fel kell sorolni, amennyiben ez nem lehetséges a zárt kérdések végén használhatjuk az „*egyéb*” válasz lehetőség.

A *kizárólagosság elve magába foglalja*, hogy a két válaszlehetőség között nem lehet átfedés. Pl. életkor esetén 25-35 éves vagy 35-45 éves esetén az éppen 35 éves személy mindkét helyre jelölhet.

A **nyitott kérdés** feltevése során lehetőséget biztosítunk arra, hogy a válaszadó saját szavaival válaszoljon. E kérdés típus előnyei közé tartozik, hogy könnyű összeállítani és a válaszadót nem befolyásolja a megkérdezett. Hátrányai közé

tartozik, hogy több időt és erőfeszítést igényel a válaszadótól, megkérdezettektől magas fokú íráskészséget követelnek, a feldolgozás is bonyolultabb és időigényesebb.

A **félíg nyitott/félíg zárt kérdések** átmenet az előző két kérdésforma között. abban az esetben nyújt segítséget, ha lehetőséget akarunk biztosítani az egyéb válasz lehetőségre is.

Egyválaszos kérdések esetén az általunk felkínált válaszlehetőségek közül csupán egyetlen válasz jelölhető meg. Sajnos előfordulhat, hogy a válaszadó mégis több választ jelöl meg, ekkor ez a kérdés nem értékelhető.

Többválaszos kérdések feltevése során a felkínált válasz lehetőségek közül több is megjelölhető. Többválaszos kérdések speciális formája a rangsorolható kérdés. A válaszadónak az általunk felkínált válaszlehetőségeket valamilyen szempont alapján rangsorolnia kell.

A kérdőív szerkesztés

A kérdőív szerkesztése során nem csak a tartalomra, de a kérdőív szerkesztésére, rendezettségére és a kérdések sorrendjére is ügyelni kell. A kérdőívet érdemes a kitöltésre vonatkozó instrukcióval bevezetni, ami tartalmazza a bemutatkozást, a vizsgálat célját, a kitöltésre vonatkozó instrukciókat, a motivációt arra vonatkozóan, hogy minden feltett kérdésre választ adjon, az adatvédelem és az anonimitás kérdését és végezetül a köszönetnyilvánítást.

Ügyeljünk arra, hogy a kérdőív könnyen áttekinthető legyen. Önkitöltős kérdőív esetén un. bemelegítő kérdések után következnek a főbb kérdések és csak a végén kerül sor a demográfiai kérdésekre. Amennyiben kérdezőbiztost vonunk be, ebben az esetben a bizalom elnyerése céljából célszerű a demográfiai adatokkal kezdeni és amikor létrejön a kapcsolat a kérdező és a válaszadó között, át lehet térni a főbb kérdéskörökre.

A leg gondosabb kérdőív összeállítás ellenére is előfordulhatnak hibák, mint például:

- formai (elütések, helyesírási és szerkesztési hibák)-,
- a tartalmi (bizonyos kérdések nem értelmezhetők, feleslegesek, esetleg hiányzik a válaszlehetőség) -,
- logikai hibák (nem koherens a kérdésszámozás, nem releváns a válaszlehetőségek).

Ennek elkerülése céljából a végleges kérdőívek kiosztása előtt érdemes kb. 10-15 fő bevonásával egy próbafelmérést végezni. A résztvevők véleményükkel és észrevételeikkel segítik a munkánkat a kérdőív véglegesítésében.

A próbafelmérés után megkezdődhet a célcsoport számára a kérdőívek kiosztása. A visszaérkezett kérdőíveket - erre a célra alkalmas számítógépes programok (Microsoft Excel, SPSS) révén - leíró (átlag, szórás, abszolút és relatív gyakoriság) és matematikai statisztika (chi-négyzet próba, t-próba) segítségével feldolgozásra kerülnek. A kapott eredményeket értékeljük, vonjuk le a megfelelő következtetéseket. A kapott számszerű adatokat vessük össze egyéb mutatókkal (pl.: megbetegedési és baleseti mutatók stb.) és más munkahelyek eredményeivel is. Az eredmények és következtetések tükrében kerüljön megfogalmazásra az új stratégia és a megfelelő intézkedések bevezetése is.

Stresszkezelő, intervenciós programok a munkahelyeken

Minden szervezet törekszik arra, hogy a munkahelyen egy olyan légkört hozzon létre és tartson fenn az alkalmazottak számára, ami fizikai, mentális és szociális jóllétet biztosít. Ennek érdekében szükség van olyan szabályzatokra is, amivel biztosítani lehet az munkavállalók biztonságát és egészségét. Ezek az eljárások magukba foglalják a stressz kezelését is egyéni és szervezeti szinten egyaránt, melyeket rendszeresen kell felülvizsgálni és értékelni.

A stressz megelőzésére nagyon sok lehetőség áll a rendelkezésre. Megkülönböztetünk egyéni és szervezeti intervenciós programokat, valamint az intervenció időpontjára fókuszáló elsődleges-, másodlagos-, és harmadlagos intervenciót.

Az egyéni intervenciós programok során a munkavállalók olyan készségeket és technikákat sajátítanak el, melynek segítségével hatékonyabban képesek kezelni a stresszt és ellenállóbbakká válnak a káros következményeivel szemben. Ilyen technikák a rendszeres testedzés, a relaxáció, meditáció, biofeedback, kognitív terápia, melyek a fejezet korábbi részeiben részletes tárgyalásra kerültek.

A szervezeti intervenciók a munkahelyi környezet megváltoztatására helyezik a hangsúlyt, ahol a cél a munkavállalók munkahelyi szükségleteinek minél jobb kielégítése. Ide sorolható a fizikai és ergonómiai stresszorokra összpontosító

beavatkozások. A szervezeti intervenciók programban szerepel a szerepek és követelmények pontosítása, munkahelyi társas támogatás növelése, a döntésbevonásba való bevonás, munkakörök átalakítása stb.

A munkahelyi stresszkezelés szintjeit az intervenció időpontja alapján is osztályozhatjuk. A munkahelyi stressz vonatkozásában a leghatékonyabb intervenciók módját maga a megelőzés jelenti. Az elsődleges intervenciók programok célja a főbb munkahelyi stresszorok, szervezeti terhelések redukálása, illetve a stresszorok megváltoztatása, negatív hatásainak csökkentése valamint védőfaktorok kiépítése és a pszichoszociális kockázatcsökkentés, mint például

- megfelelő munkakörülmények, tárgyi és személyi feltételek biztosítása
- emberi léptékű munkaterhelések megállapítása,
- a munkakörök pontosítása,
- a feladat- felelősség és hatáskörök összehangolása,
- a hatékony munkavégzést és együttműködést akadályozó tényezők feltárása, elhárítása.

Az elsődleges prevenció azonban nemcsak a stresszorok csökkentésére fókuszál, de a védőfaktorok, támogató tényezők fejlesztésére is hangsúlyt fektet. A védőfaktorok képesek a munkahelyi stresszorok káros következményeit mérsékelni és a szervezeti erőforrásait mozgósítani.

Példaként emelhető ki:

- támogató mentor-rendszer kiépítése újonnan érkező kollegák részére,
- új pozíció, feladat esetén konzultációk,
- esetmegbeszélők tartása a munkahelyi problémák, konfliktusok sikeres megoldása érdekében
- monitoring-rendszer kiépítése a dolgozói stressztünetek figyelésére és szükség esetén megfelelő kockázatcsökkentés (támogatás erősítése, személyes konzultáció, pihenőszünet, szaksegítség ajánlása stb.)
- a sikeres alkalmazkodást elősegítő változás-menedzsment, kríziskommunikáció
- munkahelyi krízisintervenciók csoportok, teamek tartása kritikus helyzetek esetén stb.

A másodlagos megelőzés célja, a jelenlévő munkahelyi stressz csökkentése vagy kiküszöbölése. A dolgozókat különböző oktatási programok révén olyan tudással, képességgel, erőforrásokkal kell felvértezni, ami elősegíti a stresszel való hatékonyabb megküzdést. Emellett fontos a negatív hatások mérséklése érdekében a szervezeti védőfaktorok erősítése is.

Példaként emelhető ki:

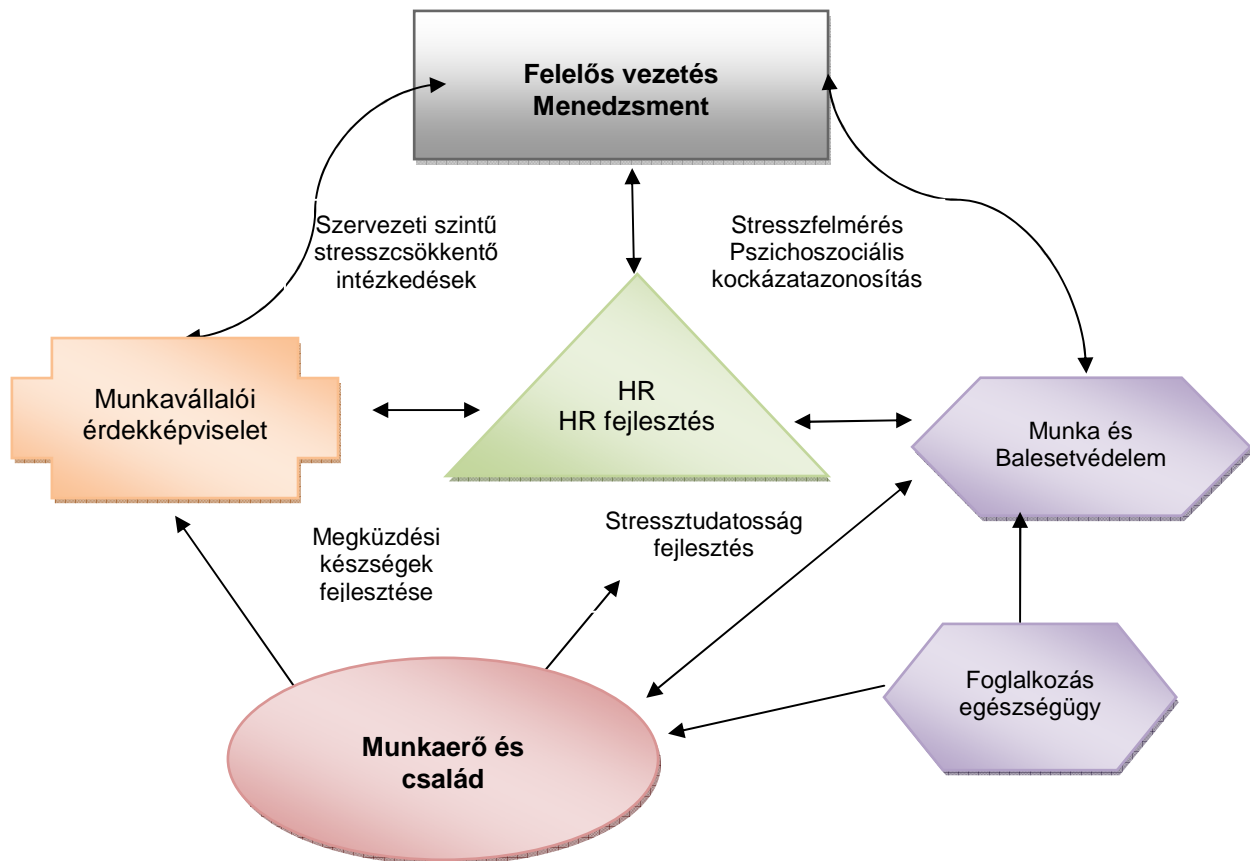
- stressz-tudatosság fejlesztése: előadások, workshopok tartása a stressz jelenségéről, tüneteiről, hatásmechanizmusáról
- munkavállalók stresszkezelési-, életvezetési technikáinak, megküzdési módjainak fejlesztése (kognitív-proaktív és relaxációs-reaktív technikák elsajátítása)

A harmadlagos prevenció célja a már kialakult stressztünetek, betegségek kezelése, az egyén egészségi állapotának és munkaképességének helyreállítása. A szakszerű rehabilitáció olyan szakemberek kompetenciája, akik kellőképpen jártasak a pszichoszomatikus tünetek, betegségek komplex kezelése terén.

Példaként említhető programok

- Hosszas betegállomány után az újbóli munkábaállás segítése
- Poszt-traumás stressz kezelése
- Pszichoterápia
- Relaxáció

2. ábra Biztonságos és egészséges szervezeti kultúra működtetése (Forrás: Upstairs Consulting)



A munkahelyi stresszkezelés folyamata

Első lépésben határozzuk meg a hatékony szervezeti működés mellett a dolgozók stresszforrásainak csökkentése és erőforrásainak megőrzése érdekében azokat a reális célokat, amelyekkel hatékonyan csökkenthető a munkahelyi stressz szintje.

A munkahelyen stressz csökkentésben jártas szakemberek segítségével - második lépésben - alapítsunk egy „munkahelyi stresszkezelő csoportot” (melynek tagjai: egy felelős felsővezető, munkavédelmi szakember, HR-szakember, foglalkozás-egészségügyi szakember, egészségfejlesztő, esetleg egy külső szakember: aki a facilitátor, moderátor, coach szerepét betölti), melybe vezetők és munkavállalók is kerüljenek bevonásra. Harmadik lépésben helyezzünk hangsúlyt a megfelelő kommunikációra. A kampány során hangsúlyozni kell, hogy fontosnak tartjuk a munkahelyi stressz csökkentését, mely mind a dolgozók, mind a szervezet egészséges működését szolgálja. Vonjuk be aktívan a kollegákat a folyamatba.

Negyedik lépésként a felelős vezetőket is tájékoztatni kell. Célszerű már a projekt elején a „munkahelyi stresszkezelő csoportot” munkáját bemutatni és a csoport támogatásáról meggyőzni. Keltsük fel az érdeklődésüket, szervezzünk a számukra is a munkahelyi stressz jelenségéről szóló előadásokat, különböző workshopokat.

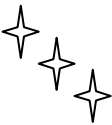
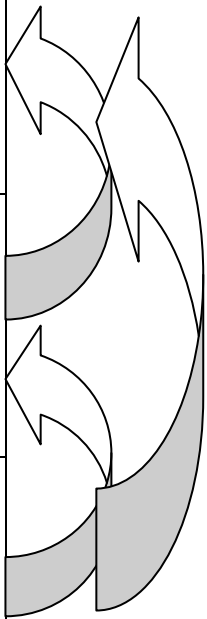


Ötödik lépcsőben azonosítani kell a munkahelyi stresszorokat, és a pszichoszociális kockázati tényezőket. A munkahelyi stressz mérésére különböző standard kérdőívek állnak a rendelkezésre. A célcsoportot egyéni vagy csoportos szinten egyaránt kikérdezhajjuk. A kikérdezést követően elemizzük, értékeljük és rangsoroljuk a kapott eredményeket az alábbiak szerint:

- Melyek jelentik a legfontosabb, szervezeti szintű stresszforrásokat?
- Melyek stresszforrások kapták a legmagasabb értékeket?
- Melyek a munkakör-specifikus terhelések?
- Mely terhelés jelenik meg egy-egy pozícióban, munkakörben?
- Melyek azok az általános és specifikus stresszorok, melyek csökkentése a munkafolyamatok optimalizálásával, belső folyamatfejlesztéssel, HR-rendszerek fejlesztésével megoldhatóak és akár már rövidtávon, mind a dolgozók, mind a hatékonyabb szervezeti működés érdekeit szolgálják?
- Vannak-e olyan stresszhatások, melyek megterhelőek ugyan a munkavállalók számára, de sajnos nem megváltoztathatóak, csökkenthetőek? (alapvetően a munka jellegéből fakadó „belekódolt” stresszforrás, vagy a megváltoztatásával túlságosan nagy kockázatot vállalna a szervezet, vagy még nem adottak a változtatáshoz szükséges feltételek stb.)
- A jelenleg nem megváltoztatható stresszforrások esetében nézzük meg, milyen intézkedésekkel tudjuk mérsékelni adott stresszor dolgozókra gyakorolt negatív hatásait.
- Milyen lehetőségünk van a dolgozókat egyéni szinten támogatni abban, hogy sikeresebben birkózzanak meg a mindennapi munkavégzés kihívásaival?

A kapott eredmények alapján el kell készíteni a dolgozók és a felelős szakemberek bevonásával olyan megoldási, fejlesztési cselekvési terveket, amelyek hatékonyan képesek csökkenteni a munkahelyi stresszt. Emellett a negatív hatások mérséklése érdekében a nem megváltoztatható stresszhatások kompenzálására egy másik intézkedési tervet is célszerű kidolgozni. A előző alfejezetben már tárgyalásra kerültek a különböző stresszkezelő programok. Ennek megfelelően állítsunk össze a

dolgozók megküzdési képességeit fejlesztő stresszkezelő egészségnevelő, egészségfejlesztő programcsomagot is. Az elkészítés során - amennyiben lehetséges - vonjunk be külső szakembereket. Tekintsük át és határozzuk meg, mit tudunk védőfaktoroként kiépíteni. Nem szabad a vezetők részéről megfélemlíteni a kollégák támogatásáról sem. Találjuk meg azokat az ösztönző tényezőket, mellyel hatékonyan motiváljuk a kollégákat a projektben való részvételre.

A következő, utolsó előtti (9.) lépés a végrehajtás. Hajtsuk végre az intézkedéseket és közben folyamatosan kérjünk visszajelzéseket. Rendszeres visszacsatolásokkal ellenőrizzük le a projektet, és ha kell – megfelelő szakmai konszenzus esetén – változtassunk rajta. A tizedik, egyben utolsó lépésben kérjünk visszajelzést a résztvevőktől. Ez történhet egy elégedettségi kérdőív formájában, de pontosabb képet kapunk, ha a projekt kezdetén kiosztott stressz kérdőív kerül ismét kiosztásra. A projekt elején és végén kiosztott kérdőív eredményeiből jól láthatóvá válik a változás mértéke.

Az intervenció szintje		Az intervenció célpontja	Példák	Rendszer szintű integráció
Definíció és leírás	Hatásosság			
1. ELSŐDLEGES <ul style="list-style-type: none"> ▪ a potenciális rizikó tényezők csökkentése a stresszor természetének befolyásolása, mielőtt az tünetképződéshez vezet 		A stresszorok eredete a munka megszervezése munkakörülmények	A munka újratervezése, a munkateher csökkentése, a kommunikáció javítása, konfliktuskezelési készségek fejlesztése	
2. MÁSODLAGOS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Amelioráció ▪ Az alkalmazottak stresszcsoökkentő tudásának, készségének és erőforrásainak fejlesztése 		Az alkalmazott válasza a stresszorra (észlelt stressz, strain)	kognitív –viselkedés terápia agressziókezelés megküzdés tréning	
3. REAKTÍV <ul style="list-style-type: none"> ▪ a tartós stressz miatt fellépő tünet együttes vagy betegség kezelése, kompenzáció illetve rehabilitáció 		A munka rövid távú és tartós egészségkárosító hatása	a munkába visszatérést segítő tréning, foglalkozásterápia, orvosi rehabilitáció	

6. táblázat A stressz intézeti szintjei (Forrás: Lamontagne és mtsai, 2007)

Egészségfejlesztő programok szerepe a stressz szint csökkentésében

Egészség és az egészségfejlesztés fogalma

Az Egészségügyi Világszervezet megfogalmazása szerint az egészség a teljes testi, lelki és szociális jóllét állapota, nemcsak a betegség vagy nyomorékság hiánya.

Az egészséget befolyásoló tényezőket az alábbiak szerint csoportosíthatjuk a százalékos megoszlás tekintetében:

- Környezeti tényezők (társadalmi, természeti): 34%
- Életmód: 29%
- Genetikai, örökletes tulajdonságok: 27%
- Egészségügyi ellátás: 10%

Az egészségért való felelősség legfőképp annak megőrzésére irányul, azonban megoszlik az egyén, a közösség és a társadalom között. A szocializáció során számos érték alakul ki, köztük alapértékként jelenik meg maga az egészség is.

Az egészségfejlesztés fogalmát a WHO Ottawai Charta megfogalmazásában vált ismerté: *"Az egészségfejlesztés az a folyamat, amely módot ad az embereknek, közösségeknek, egészségük fokozottabb kézben tartására és tökéletesítésére. A teljes fizikai, szellemi és szociális jólét állapotának elérése érdekében az egyénnek vagy csoportnak képesnek kell lennie arra, hogy megfogalmazza és megvalósítsa vágyait, kielégítse szükségleteit, és környezetével változzék vagy alkalmazkodjon ahhoz. Az egészséget tehát, mint a mindennapi élet erőforrását, nem pedig mint életcélként kell értelmezni. Az egészség pozitív fogalom, amely a társadalmi és egyéni erőforrásokat, valamint a testi képességeket hangsúlyozza. Az egészségfejlesztés következképpen nem csupán az egészségügyi ágazat kötelezettsége."*

Az egészségmegőrzés ezáltal hozzájárul az életminőség javításához azzal a céllal, hogy az emberek a mindennapi életük során elégedettebb, örömtelibb munkát tudjanak végezni, miközben elegendő pihenést és kikapcsolódást biztosítva saját egészségüket erősítsék, ezáltal maguknak hosszú életet nyerjenek.

Az egészségmegőrzés célja:

- az egyén oldaláról - az egészséges magatartás fenntartása, fejlesztése, hogy tevékenyen vegyenek részt saját egészségük védelmében. Az egészségmegőrzés egy folyamat, melyben a munkavállalók az egészségük javítása mellett képesek megjavítani (optimalizálni) környezetüket, ezen belül a munkakörülményüket is;
- a társadalom oldaláról - olyan élet- és munkafeltételek biztosítása, szociális és egészségügyi gondoskodás megteremtése, olyan társas támogatórendszer működtetése, amelyek az egyéni egészségmegőrző (fejlesztő) tevékenységek nélkülözhetetlen feltételeit képezik.

A munkahelyi környezetre WHO az alábbi ajánlást teszi: „Az optimális egészségi állapot úgy érhető el, hogy életkorunknak és nemünknek megfelelően növeljük fizikai és szellemi képességeinket, fejlesztjük a változó élet- és munka-körülményekhez szükséges alkalmazkodóképességünket, fokozzuk erőtartalékainkat és új egyéni teljesítményeket érünk el a munkában és az élet más területein.

A munkaerő egészsége mind a munkaadó, mind a munkavállaló érdeke. Alapvetően a megelőzésre kell a hangsúlyt fektetni, ennek nemcsak gazdasági, de HR szempontból is jelentősége van. Emellett sok múlik az egyénen és a társadalmi szereplőkön is. Az egészségmegőrző programok sikeressége azonban összetett és a különböző szintek hatékony együttműködése elengedhetetlen.

Williams Életkészségek Program (WÉK)

Az Amerikai Egyesült Államokban működő Duke Egyetem (Durham) vezető szakemberei dr. Virginia Williams és dr. Redford Williams által kidolgozott „**Williams Életkészségek Program**” során a mindennapi életben is jól alkalmazható stresszkezelő stratégiák és kommunikációs technikák sajátíthatóak el. A programot több évtizedes csoportterápiás tapasztalat felhasználásával és annak eredményei alapján dolgozták ki. Tudományos kutatások eredményei támasztják alá, hogy a készségfejlesztő program révén csökkenthető és megelőzhető a túlzott stressz következtében kialakuló testi és lelki tünetek, hosszú távon javul a személyes hatékonyság. A program hazánkban is működik 2004 óta, a magyar változat a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet munkatársainak közreműködésével a Selye János Magyar Magatartástudományi és Magatartásorvoslási Társaság dolgozta ki. A 16 órás tréning tematikája teljesen strukturált, meghatározott egységekből áll. A tréning során 10 bizonyítottan hatékony készséget ismernek meg és sajátítanak el a résztvevők. A tréning fő témakörei: Hogyan fogalmazzuk meg a problémát és hozzunk döntést? Hogyan ismerjük fel és vezessük le feszültségeinket? Hogyan oldjuk meg kreatívan problémáinkat és érvényesítsük érdekeinket? Hogyan építsünk ki kölcsönösen támogató kapcsolatokat? A tréning kiscsoportos formában zajlik. A csoport maximális létszáma 12-15 fő. Az alacsony létszám minden résztvevő számára egyaránt biztosítja a kellő gyakorlási időt és a személyre szóló visszajelzést.

Információs eszközök és módszerek

A munkahelyi egészségmegőrző programok gyakran alkalmaznak szakmai anyagot tartalmazó hírleveleket. A hírlevelek formája, tartalma azonban változó és tartalmukban is eltérőek lehetnek. A hírlevél szerkesztése és összeállítása előtt

azonban érdemes pár szempontot szem előtt tartani.

Az elvárt minőség érdekében átgondolást igényel, hogy rendelkezésre áll-e elegendő pénzügyi forrás a hírlevél előállítására. Foglaljuk össze a hírlevél célját és határozzuk meg a megszólítandó célcsoportot. Ezt követően szakemberek, foglalkozás-egészségügyen dolgozók bevonásával - a kitűzött célt szem előtt tartva – állítsuk össze a tematikát. A hírlevelek formátuma és felépítése egységesített szempontok alapján készüljenek el. A tartalom inkább a megelőzésre (prevenció) és az egészséges életvezetésre fókuszáljon. Tervezzük meg a konkrét időpontokat, amikor a hírlevelek kiküldésre kerülnek. Törekedjünk a rendszeres visszacsatolásra is, kérjünk visszajelzést a célcsoporttól, mint például mennyire elégedettek a hírlevelek tartalmával, érthetőségével kapcsolatba valamint a későbbiekben milyen témákról olvasnának szívesen.

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 zavaraiból 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 fogyatékoságok 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 egészségsszorongás 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 pszichés zavarok felismerése

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.

Buda Béla nyomán a normalitás ismérvei a következők:

- általános alkalmazkodási képesség
- örömképesség (szexuális örömkészség, munkájának szeretete, ellazulás képessége)
- kompetens interperszonális viselkedés
- megfelelő intellektuális képességek
- érzelmi és motivációs kontroll (jó frusztrációtűrő képesség, megfelelő szorongáskontroll, erkölcsi érzék, megfelelő énerő)
- szociális attitűdök (empátia, intim kapcsolat kialakítására és fenntartására való képesség)
- produktivitás
- autonómia (érzelmi függetlenség, önbizalom)
- integráltság (különböző késztetések sikeres összehangolása)
- 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 vizsgálatkor 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 szomatiform 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 adolescenciában jelentkező zavarai

A szorongásos zavarok

Normalitás-abnormalitás, funkcionalitás-diszfunkcionalitás szempontjából talán a legnehezebben megragadható, az egészséges és a kóros határvonalának meghúzása 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 megfélemlkezni 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 koragyermekkori 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, felismerésükhöz szükséges jellegzetességeiket.

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) panasznak. A BNO-'0 szerint is fő tünete a következők:

- nyugtalanság vagy idegesség, „felhúzottság” érzése
- fáradékonyság
- koncentrációs zavarok, „gondolkodásképtelenség”
- ingerlékenység
- izomfeszültség
- 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 visszahúzódná 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 szomatoform 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

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, vizeleti 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 rosszullét 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 rosszullét 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 betegségektől, 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
- megőrléstől 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.

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 nemből előfordul, krónikus lefolyást mutat, csekély spontán hullámzással. Gyakran társul egyéb szorongásos betegségekkel, elsősorban pánikbetegséggel és agorafóbiával. A kétségbeesett öngyógyító erőfeszítések eredményeképpen a betegség gyakran vezet alkoholizmushoz és drogabúzáshoz

Tünetei:

- Állandó félelem olyan helyzetektől, ahol a beteg érzései szerint más személyek figyelmének központjába kerül, zavarba jöhet, vagy megszégyenülhet.
- 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 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, katasztrofizáló gondolatok) is kialakulnak.

Fő tünetei a következők:

- Szorongásos panaszok (félelmek, kényszercselekvések, pánikrohamok).
- Magatartásváltozások (agresszió, antiszociális magatartás, öngyilkossági kísérlet).
- Kognitív funkciók károsodása, azaz figyelem- és koncentrációs zavar, döntésképtelenség és fáradékonyság.

- A gondolkodás és a beszéd zavarai (körülményeskedő beszéd, asszociációs zavarok).
- Hangulati- és érzelemzavarok (harag, apátia, ingerlékenység).
- A munkahelyi és szociális teljesítmény zavarai (csökkent munkateljesítmény, hiányosan betöltött szociális szerep).
- Személyiségjegyek változása (romló kapcsolatok, közöny mások iránt).
- 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

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, tettekész, 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) hátterében állhatnak, és ezek átstrukturálása képezi a kognitív terápia legfontosabb részét

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.”

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”.

Negatív szűrés

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

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.”

Elhamarkodott következtetés: a negatív értékelés nem a tényeken alapul.

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

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.”

Érzelmi logika

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

„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.”

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.”

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 probléma azonosítását, meghatározását jól szolgálhatják az alábbi kérdések:

Gondolatok azonosítása

1. Mi a probléma természete, jellege általánosságban?
2. Milyen konkrét helyzetekben jelentkezik?
3. Aktuális, nem túlságosan régi példa keresése (Legutóbb mikor jelentkezett a probléma?)
4. Mentális „újrajátszás”:
 - a. Mi volt a helyzet? Hol? Mikor? Kivel? Mit csinált?
 - b. Mikor kezdte a beteg rosszul érezni magát? Mit érzett? Milyen volt a hangulata? Mennyire volt rossz (0-100%)?
 - c. Pontosán mire gondolt, amikor rosszul kezdte érezni magát (képek, szavak, jelentés)? (Keresd a jelentést, ami elég erős ahhoz, hogy kialakulhasson a rossz érzés)
 - d. Mennyire hisz/van meggyőződve a beteg az adott gondolatokról (0-100%)?

5. Összefoglalás: a probléma összefoglalása
6. Visszajelzés, hogy biztosan pontosan értettük-e?

Mellékletek:

Reménytelenség Skála

Név:

Dátum:

Iskolai végzettség:

Életkor:

A kérdőív húsz állítást (mondatot) tartalmaz. Kérjük, gondosan olvassa el mindegyiket. Ha az állítás a múlt héten, a mai napot is beleértve jellemző volt Önre, írja mellé, hogy **IGAZ**. Amennyiben az állítás nem jellemző Önre, írja mellé, hogy **HAMIS**. Írhat egyszerűen I-t az IGAZ, H-t a HAMIS helyett. Kérjük, mindenképpen olvasson el minden egyes mondatot.

	A.	Reményekkel telve és lelkesedéssel nézek a jövőbe.
	B.	Akár fel is adhatnám, mert nincs semmi, amit tehetnék azért, hogy a dolgok jobbra forduljanak a számomra.
	C.	Amikor a dolgok rosszul mennek, azzal vigasztalom magam, hogy ez nem tarthat így örökké.
	D.	Nem tudom elképezni, hogy milyen lenne az életem tíz év múlva.
	E.	A számomra legfontosabb dolgok megvalósítására tudok elég időt szakítani.
	F.	Számítok rá, hogy a jövőben sikeres leszek azon a téren, ami a legfontosabb számomra.
	G.	Sötétben látom a jövőmet.
	H.	Nagyon szerencsés vagyok és bízom benne, hogy nekem több jó jut osztályrészül mint egy átlagembernek.
	I.	Egyszerűen nem vagyok szerencsés s nincs okom azt hinni, hogy a jövőben az leszek.
	J.	Múltbeli tapasztalataim alaposan felkészítettek a jövőre.
	K.	Csak a kellemetlen dolgokat látom a jövőben és nem a kellemeseket.
	L.	Nem bízom benne, hogy elérem amit igazán akarok.
	M.	Amikor előre tekintek a jövőbe, remélem, hogy boldogabb leszek, mint amilyen most vagyok.
	N.	Sosem fognak úgy alakulni a dolgok, ahogy én akarom.
	O.	Erősen bízom a jövőben.
	P.	Sosem sikerül elérnem azt, amit akarok, ezért örültség bármit is akarni.
	Q.	Több mint valószínűtlen, hogy igazi elégedettséget érezzek a jövőben.
	R.	A jövő homályosnak és bizonytalannak tűnik számomra.
	S.	Több jóra, mint rosszra számíthatok a jövőben.
	T.	Főlöszleges igazán törni magam valamiért, amit akarok, mert valószínűleg úgysem érem el.

Elért pontszám:

Reménytelenség Skála

A skálát az öngyilkossági szándék, illetve készletés felmérésére készítették; ennek legfontosabb előrejelzője a reménytelenség. A kérdőív belső konzisztenciája igen magas (Cronbach alfa 0,93), valamint magas reliabilitással és validitással bír. Prediktív értéke igen jónak bizonyult.

Beck és munkatársai (1993) a skála faktoranalízisével három faktort azonosítottak:

1. affektív faktor: jövővel kapcsolatos érzések (1, 5, 6, 13, 15, 19)
2. motivációs faktor: a motiváció elvesztése (2, 3, 9, 11, 12, 16, 17, 20)
3. kognitív faktor: a jövővel kapcsolatos elvárások (4, 7, 8, 10, 14, 18)

Értékelés:

A skála húsz állításból áll, melyek mindegyikére 1-1 pont adható az „igen” (fordított tételek esetén a „nem” válaszra). Fordított állítások: 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 és 19. A maximálisan elérhető pontszám 20. A kilenc feletti pontszám komoly szuicid veszélyeztetettséget jelez.

Övezetek:

0 – 3	enyhe reménytelenség
4 – 8	normális mértékű reménytelenség
9 – 14	magas reménytelenség
15 – 20	súlyos reménytelenség

Beck Szorongás Leltár

Név:

Dátum:

Az alábbi listán a szorongás általános tünetei találhatóak. Kérem, olvassa el gondosan a lista összes tételét! Jelezze, hogy mennyire zavarták az egyes tünetek az elmúlt héten, beleértve a mai napot is. Helyezzen X-et minden egyes tünethez a megfelelő oszlopba!

		Egyáltalán nem zavart	Enyhén (nem zavart túlságosan)	Mérsékelten kellemetlen volt, de kibírtam	Erősen, alig tudtam elviselni
1.	Dermedtség, kábultság				
2.	Melegségérzet				
3.	Lábretegés				
4.	Nem tud ellazulni				
5.	Félelem attól, hogy a legrosszabb történik				
6.	Szédülés				
7.	Heves szívverés				
8.	Bizonytalanság				
9.	Rémület				
10.	Idegesség, izgatottság				
11.	Fulladásérzet				
12.	Kézremegés				
13.	Reszketés				
14.	Félelem a kontroll elvesztésétől				
15.	Légzési nehézség				
16.	Halálfélelem				
17.	Ijedtség				
18.	Emésztési probléma vagy diszkomfortérzés a hasban				
19.	Bágyadtság, ájulás				
20.	Arcpirulás				
21.	Izzadás (nem a meleg miatt)				

Elért pontszám:

Beck Szorongás Leltár

Huszonegy tételből álló önbecslő skála. Felvétele a szorongás különböző (pl. testi, gondolkodásbeli stb.) tünetei meglétének, illetve erősségének vizsgálatát teszi lehetővé. Széles körben elterjedt, s a témában szinte minden tudományos közleményben idézett kérdőív, mely igen magas belső konzisztenciával bír, és az egyéb szorongás-skálákkal erősen korrelál. A terápia folyamatában a skála többszöri felvétele révén a páciens állapotának változását is nyomon követhetjük.

Értékelés:

A válaszokat a tünetek intenzitása alapján 0-3 ponttal értékeljük, majd az egyes tételek pontszámait összeadjuk az alábbiak szerint:

Egyáltalán nem zavart:	0 pont
Enyhén, nem zavart túlságosan:	1 pont
Mérsékelten kellemetlen, de kibírtam:	2 pont
Erősen, alig tudtam elviselni:	3 pont

A maximális pontszám: 63

0 – 21 pont:	alacsony szorongási szint
22 – 35 pont:	közepes mértékű szorongás
36 pont fölött:	erőteljes, súlyos szorongás

Beck Depresszió Kérdőív

Név:

Dátum:

A kérdőív csoportosított állításokat tartalmaz. Kérjük, gondosan olvasson át minden állításcsoportot. Válassza ki a csoport többi tagjai közül azt az egy állítást, amely a legjobban leírja az Ön érzését az elmúlt héttől egészen a mai napig. Karikázza be a kiválasztott állítás számjelét. Ha az adott csoportból több állítást is választana, akkor valamennyit karikázza be. Kérjük, olvassa el valamennyi állítást az adott csoporton belül, mielőtt választ.

1.	<p>0. Nem vagyok szomorú. 1. Szomorú vagy nyomott vagyok. 2. Mindig szomorú vagyok, és nem tudok kikeveredni belőle. 3. Anyira szomorú és boldogtalan vagyok, hogy nem bírom tovább.</p>	
2.	<p>0. Nem félek különösebben a jövőt illetően. 1. Félek a jövőtől. 2. Úgy érzem, semmit sem várhatok a jövőtől. 3. Úgy látom, hogy a jövő reménytelen és a helyzetem nem fog javulni.</p>	
3.	<p>0. Nem érzem, hogy kudarcot vallottam. 1. Úgy érzem, több kudarc ér, mint másokat. 2. Visszatekintve életemre, kudarcok sorozatát látom. 3. Úgy érzem, mint ember teljesen kudarcot vallottam.</p>	
4.	<p>0. A dolgok ugyanolyan elégedettséggel töltenek el, mint máskor. 1. A dolgokkal nem vagyok úgy megelégedve, mint máskor. 2. Valójában többé semmi nem okoz elégedettséget nekem. 3. Mindennel elégedetlen vagy közömbös vagyok.</p>	
5.	<p>0. Nem hibáztatom különösebben magam. 1. Gyakran hibáztatom magam. 2. Majdnem mindig hibáztatom magam valami miatt. 3. Állandóan hibáztatom magam.</p>	
6.	<p>0. Nem érzem magam különösebben hibásnak. 1. Úgy érzem, lehet, hogy rászolgáltam valami büntetésre. 2. Úgy érzem, hogy rászolgáltam a büntetésre. 3. Azt akarom, hogy megbüntessenek.</p>	
7.	<p>0. Nem csalódtam magamban. 1. Csalódtam magamban. 2. Nem szeretem magam. 3. Gyűlölöm magam.</p>	
8.	<p>0. Nem érzem, hogy rosszabb lennék, mint bárki más. 1. Gyengeségeim és hibáim miatt erősen bírálom magam. 2. Mindig vádoló magam a hibáim miatt. 3. Minden rosszért, ami bekövetkezik, vádoló magam.</p>	
9.	<p>0. Eszembe sem jut, hogy magamnak ártsak, vagy magam ellen tegyek valamit. 1. Van öngyilkossággal kapcsolatos gondolatom, de nem tudnám megtenni. 2. Szeretném megölni magam. 3. Megölném magam, ha tudnám.</p>	
10.	<p>0. Nem sírok többet, mint szoktam. 1. Mostanában többet sírok, mint szoktam. 2. Mostanában midig sírok. 3. Valaha tudtam sírni, most nem tudok, még akkor sem, ha akarnám.</p>	

11.	<p>0. Nem vagyok ingerlékenyebb, mint máskor.</p> <p>1. Könnyebben leszek ingerült, vagy haragos, mint korábban.</p> <p>2. Mostanában állandóan ingerült vagyok.</p> <p>3. Már nem izgatnak fel olyan dolgok, amik korábban ingerültté tettek.</p>	
12.	<p>0. Az emberek iránti érdeklődésem nem csökkent.</p> <p>1. Kevésbé érdekelnek az emberek most, mint az előtt.</p> <p>2. Jelentősen csökkent mások iránti érdeklődésem.</p> <p>3. Minden érdeklődésemet elvesztettem mások iránt.</p>	
13.	<p>0. Éppen olyan jól döntök, mint korábban.</p> <p>1. Mostanában elhalasztom a döntéseimet.</p> <p>2. A korábbiakhoz képest igen nehezen döntök.</p> <p>3. Semmiben nem tudok dönteni többé.</p>	
14.	<p>0. Nem érzem, hogy rosszabbul néznék ki, mint máskor.</p> <p>1. Félek, hogy öregnek és csúnyának látszom.</p> <p>2. Úgy érzem, hogy hátrányomra változtam és kevésbé vagyok vonzó.</p> <p>3. Azt hiszem, csúnya vagyok.</p>	
15.	<p>0. Éppen olyan jól tudok dolgozni, mint máskor.</p> <p>1. Külön erőfeszítésembe kerül, hogy valami munkába belefogjak.</p> <p>2. Nagy erőfeszítésre van szükségem ahhoz, hogy megcsináljak valamit is.</p> <p>3. Semmi munkát nem vagyok képes ellátni.</p>	
16.	<p>0. Ugyanolyan jól tudok aludni, mint általában.</p> <p>1. Nem alszom olyan jól, mint azelőtt.</p> <p>2. A szokottnál 2-3 órával korábban ébredek, és nehezen tudok újra elaludni.</p> <p>3. Több órával korábban ébredek, mint szoktam és nem tudok újra elaludni.</p>	
17.	<p>0. Nem fáradok el jobban, mint azelőtt.</p> <p>1. Hamarabb elfáradok, mint azelőtt.</p> <p>2. Majdnem minden elfáraszt, amit csinállok.</p> <p>3. Túlságosan fáradt vagyok, hogy bármit is csináljak.</p>	
18.	<p>0. Az étvágyam nem rosszabb, mint azelőtt.</p> <p>1. Az étvágyam nem olyan jó, mint azelőtt.</p> <p>2. Mostanában az étvágyam sokkal rosszabb.</p> <p>3. Egyáltalán nincs már étvágyam.</p>	
19.	<p>0. Semmivel sem vesztettem többet a súlyomból, mint máskor.</p> <p>1. Az utóbbi két hónapban többet vesztettem, mint 2 kg.</p> <p>2. Az utóbbi két hónapban többet vesztettem, mint 5 kg.</p> <p>3. Az utóbbi két hónapban többet vesztettem, mint 8 kg.</p>	
	<p>Kevesebb evéssel tudatosan igyekszem lefogy. igen nem</p> <p>Testsúly: kg Testmagasság: cm</p>	
20.	<p>0. Nem foglalkozom többet egészségi állapotommal, mint azelőtt.</p> <p>1. Aggódok olyan testi-fizikai problémák miatt, mint fájdalmak, gyomorpanaszok.</p> <p>2. Nagyon aggódok testi-fizikai panaszaim miatt és nehéz valami másra is gondolnom.</p> <p>3. Annyira aggódok a testi-fizikai panaszok miatt, hogy másra nem tudok gondolni.</p>	
21.	<p>0. Nem vettem észre lényeges változást szexuális érdeklődésemben.</p> <p>1. A szokottnál kevésbé érdeklődöm a szex iránt.</p> <p>2. Mostanában jóval kevésbé érdeklődöm a szex iránt.</p> <p>3. Teljesen elvesztettem a szex iránti érdeklődésemet.</p>	

Elért pontszám:.....

Beck Depresszió Kérdőív

A Beck-féle depresszió kérdőív a szakirodalomban az egyik leggyakrabban használt kérdőív a depresszió súlyosságának megállapítására és követésére. A kérdőív pszichometriai elemzése igen jó validitás és reliabilitás értékeket jelez. Alkalmazásával jól követhető a hangulat változása, így mind a kutatásban, mind a terápia folyamatos követésében hasznos eszköz, de nem diagnosztikai cézzattal készült, vagyis önmagában nem alkalmas a depresszió diagnosztizálására.

Értékelés:

Az egyes tételek négyféle megállapítást tartalmaznak, 0-3 súlyossági sorrendben. A kitöltő személy a rá legtalálóbba megállapításokat jelöli meg. Az értékelésnél a megállapítások előtt szereplő számot, illetve, ha egy tételnél a személy több számot is megjelölt, akkor a nagyobb számot vesszük figyelembe. (A 19. tételnél csak akkor értékeljük a választ, ha a súlycsökkenést nem szándékos fogyás okozta.) Az így kapott számokat összeadjuk.

Övezetek:

0-9	normál érték
10-18	enyhe depressziós állapot
19-25	középsúlyos depressziós állapot
25 fölött	súlyos depressziós állapot

A 2. és 9. tétel különösen fontos a reménytelenség és az öngyilkossági veszély szempontjából.

Zung Önértékelő Depresszió Skála

Név:

Dátum:

Kérem, olvassa el az alábbi állításokat és a négy lehetséges válasz közül (nagyon ritkán, ritkán, gyakran, nagyon gyakran) húzza alá azt az egyet, amelyik az utóbbi időben leginkább megfelel saját érzéseinek. Fontos, hogy ne hagyjon ki egyetlen kérdést sem.

1.	Lehangolt és csüggedt vagyok.	nagyon ritkán	ritkán	gyakran	nagyon gyakran
2.	A hangulatom reggelenként a legjobb.	nagyon ritkán	ritkán	gyakran	nagyon gyakran
3.	Könnyen sírok.	nagyon ritkán	ritkán	gyakran	nagyon gyakran
4.	Éjszakáinként nyugtalanul alszom.	nagyon ritkán	ritkán	gyakran	nagyon gyakran
5.	Jó étvágyam van.	nagyon ritkán	ritkán	gyakran	nagyon gyakran
6.	Örömet jelent számomra a nemi élet.	nagyon ritkán	ritkán	gyakran	nagyon gyakran
7.	Hamar és könnyen lefogyok.	nagyon ritkán	ritkán	gyakran	nagyon gyakran
8.	Székrekedésem szokott lenni.	nagyon ritkán	ritkán	gyakran	nagyon gyakran
9.	Heves szívdobogásaim vannak.	nagyon ritkán	ritkán	gyakran	nagyon gyakran
10.	Ok nélkül is hamar elfáradok.	nagyon ritkán	ritkán	gyakran	nagyon gyakran
11.	Tisztán és logikusan szoktam gondolkodni.	nagyon ritkán	ritkán	gyakran	nagyon gyakran
12.	Könnyen és gyorsan cselekszem.	nagyon ritkán	ritkán	gyakran	nagyon gyakran
13.	Idegess vagyok és nehezen nyugszom meg.	nagyon ritkán	ritkán	gyakran	nagyon gyakran
14.	Bizakodva gondolok a jövőre.	nagyon ritkán	ritkán	gyakran	nagyon gyakran
15.	Úgy érzem, nagyon érzékeny ember vagyok.	nagyon ritkán	ritkán	gyakran	nagyon gyakran
16.	Gyorsan tudok határozni, dönteni.	nagyon ritkán	ritkán	gyakran	nagyon gyakran
17.	Érzem, hogy szükség van rám, másoknak hasznára vagyok.	nagyon ritkán	ritkán	gyakran	nagyon gyakran
18.	Úgy érzem, életem gazdag, mozgalmas.	nagyon ritkán	ritkán	gyakran	nagyon gyakran
19.	Úgy érzem, másoknak is jobb lenne, ha már nem lennék.	nagyon ritkán	ritkán	gyakran	nagyon gyakran
20.	Kedvemet lelem abban amit csinálok.	nagyon ritkán	ritkán	gyakran	nagyon gyakran

Elért pontszám:

Zung-féle Önértékelő Depresszió Skála

A húsz tételből álló kérdőív a depressziós állapot fennállásának diagnosztizálására szolgál. Előnye, hogy rövid és egyszerű, mégis felöleli a depresszió összes tünetét. A skála kvantitatív módon mér, és maga a páciens tölti ki. Széles körben alkalmazzák a klinikumban: a kutatásokban, a kezelés alatti tüneti változások vizsgálatára, depressziós betegek és egyéb diagnosztikus csoportoktól illetve kontroll-csoportoktól való elkülönítésre, valamint kultúrközi vizsgálatokban szűrésre. A kérdőív reliabilitása magas, validitását azonban csökkenti, hogy kitöltését az intelligenciaszint, az iskolázottság befolyásolja.

Értékelés:

A páciens minden tételt 1-4-ig terjedő skálán értékeli. Fordított tételek: 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20. A kapott értékpontok összeadásával kapjuk meg a nyerspontok összegét, mely 20-80 lehet 48 pont fölött nem zárható ki a depresszió, de annak súlyossági fokának megítélésére teszt nem használható.

Gyakorlati alkalmazás során kiszámolhatjuk az úgynevezett ÖDS-indexet az alábbi képlet segítségével:

$$\frac{\text{Nyerspontok összege}}{80} \times 100$$

Zung saját vizsgálatában depressziósoknál 0,63-0,90 közötti értékeket kapott, 0,74 átlaggal, egészségeseknél pedig 0,30-0,50 közötti értékeket, 0,39 átlaggal.

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. 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. Kiemelt veszélyeztetettségű 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. 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 készteti orvoshoz fordulásra az érintetteket. (Sajnos nem mindig, hiszen a munkahely elvesztésétől való félelem gyakran akadálya 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 információ 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:
 - a) Fáradtság vagy rossz közérzet
 - b) A figyelem, a koncentrációképesség, vagy a memória romlása

- c) Szociális, munkahelyi vagy iskolai teljesítményromlás
- d) Hangulatzavar vagy irritabilitás
- e) Nappali álmoság
- f) Az energiaszint, a motiváció vagy a kezdeményezőkézség csökkenése
- g) Hibák és/vagy balesetek a munkahelyen vagy vezetés közben
- h) Feszültség, fejfájás vagy gasztrointesztinális tünetek az alvászavarral kapcsolatban
- i) 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.

1. Elalvás (a lámpaoltástól az elalvásig eltelt idő)

- 0. nem okozott gondot
- 1. kissé tovább tartott
- 2. sokkal tovább tartott
- 3. nagyon sokáig tartott vagy egyáltalán nem aludt el

2. Éjszakai felébredés

- 0. nem okoz problémát
- 1. enyhe problémát okozott
- 2. jelentős problémát okozott
- 3. súlyos problémát okozott vagy egyáltalán nem aludt el

3. Korai ébredés (reggel a kívánatosnál korábban ébredt)

- 0. nem okozott problémát okozott problémát
- 1. kicsivel korábban
- 2. jelentősen korábban
- 3. sokkal korábban vagy egyáltalán nem aludt el

4. Az alvás teljes időtartama

- 0. megfelelő
- 1. kissé elégtelen
- 2. kifejezetten elégtelen
- 3. nagyon elégtelen vagy egyáltalán nem aludt

5. Az alvás átlagos minősége (függetlenül attól, hogy mennyi ideig aludt)

- 0. megfelelő
- 1. kissé rosszabb
- 2. kifejezetten rosszabb
- 3. nagyon rossz vagy egyáltalán nem aludt

6. Nappali közérzet

- 0. megfelelő
- 1. kissé rosszabb
- 2. kifejezetten rossz
- 3. nagyon rossz

7. Nappali (testi/szellemi teljesítmény)

- 0. megfelelő
- 1. kissé rosszabb
- 2. kifejezetten rossz
- 3. nagyon rossz

8. Nappali álmoság

- 0. nincs
- 1. enyhe
- 2. kifejezett
- 3. nagyfokú

A teszt kitöltése semmilyen különösebb instrukciót nem igényel, általánosságban elmondható, hogy egyszerű, érthető nyelvezetű, legtöbbször kérdésfeltevés nélkül kitöltik a célszemélyek. Az összesített pontszám 10 ponttól kóros mértékű álmatlanságot jelez, ami mindenképpen szakember igénybevételének szükségességét jelenti. 7-8-9 pont esetén a rossz minőségű, vagy kevés alvás miatt

alváshigiénés beavatkozásokra lehet szükség. Fontos, hogy a kitöltő személy későbbi azonosítása céljából személyi adatokat, vagy valamilyen kódot alkalmazzunk, hogy állapotának követése céljából később ismét fel tudjuk venni a tesztet, és össze tudjuk hasonlítani a korábbi eredményekkel.

Az alváshigiénés tanácsadás

A módszer lényegét tekintve nem más, mint az alvási és alvaskörüli szokások és az alvási környezet egyszerű, apró módosításokat tartalmazó átalakítása úgy, hogy az a megfelelő minőségű és mennyiségű alvás elérésének irányába hasson. 11 területen avatkozik be az egyén szokásaiba és környezetébe, mielőtt azonban felsorolnánk ezt 11 pontban, fontos elmondani, hogy ezeket a tanácsadás során részletesen, egyesével végig kell tárgyaljuk, 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 zúdíjtjuk 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 füldugó, 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 Inszomnia 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 eztán 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 melatoninintermelésre, 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:

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

KÉMIAI ADDIKCIÓ, DROGFOGYASZTÁS

Szabó József

Drogok, drogfogyasztás, kémiai szer addikció

Bár programunk 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.. Fontosnak gondoltuk ezért áttekinteni néhány fontos alapfogalmat, és a drogok fő hatástani csoportjait, az azokhoz tartozó szereket és hatásait.

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
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.
 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
 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 felmérése 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

elvégezésükkel nyert adatok statisztikai összehasonlításokra is alkalmasak

- 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
- 8. Szövődmény:** Egy betegség zajlása, vagy kezelése során ki, annak talaján kialakuló másik, betegség, zavar. Az addikcióknak szomatikus, pszichés és szociális szövődményei ismertek.
- 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
- 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

Hatástani csoportok

- 1. Stimulánsok:** A stimulánsok olyan természetes vagy mesterséges kábítószeres, 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 ópiumok és az alkohol (nagyobb mennyiségben).
- 3. Hallucinogének:** Amint azt a nevük is sugallja, fogyasztásuk érzékszervi élmények megjelenéséhez vezet. A csoportba tartoznak: LSD, pszilocibin, meszkalin, PCP, ketamin, THC, stb

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 kerületstanulásban. 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 élettelvelkenység 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 s drogokat lebontó enzimeket. Élettani v. farmakodinamikus tolerancia – a megváltozott receptorsejtek egyre kevésbé érzékelik a drogot. Viselkedési tolerancia – a környezeti feltételek megváltozásának a 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 (drogéhség, 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 incentív (serkentéses) és a konzummátoros (kielégülési) fázisból. Az incentív fázist a sóvárgás és késztetés indítja be. A drogélmény fő aktusa a drogbevétel 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 szereket is fogyaszt, akár életét kockáztatva, hogy drogélményhez jusson. A kockázatkereső viselkedés és az addikció viszonyát tekintve három változatot különböztethetünk meg:
 1. A személyiség alapvonásaihoz tartozik a kockázatkeresés, amelynek a drogfogyasztás csak az egyik megnyilvánulási formája.
 2. A második változatban a kockázatkereső viselkedés a drog hatására jelenik meg.
 3. 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 drogelvonás 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, szervenélybetegsége, 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 identitáskeresés 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. Megnövekszik a fertőzések gyakorisága. Előfordulnak túladagolások és a nem tiszta, szennyezett szer fogyasztásából eredő komplikációk.

ALKOHOLFOGYASZTÁS, ALKOHOLFÜGGŐSÉG

Szabó József

Alkoholfogyasztás, alkoholfüggőség

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 tisztábban 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.

A továbbiakban az ártalomcsökkentő stratégiák egyikének, a *rövid intervenció*nak a részletesebb ismertetésével foglalkozunk:

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 kiegészítőkkel együtt letölthető a 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.

AUDIT SZŰRŐTESZT

Karikázza be a megadott válaszok közül az önre leginkább jellemzőt!				
Név:			Dátum:	
Iskolai végzettség:			Kor:	
1. Milyen gyakran fogyaszt alkoholtartalmú italokat?				
Soha	Havonta egyszer, vagy ritkábban	Havi 2-4 alkalommal	Hetente 2-3 alkalommal	Hetente négyszer, vagy többször
2. Azokon a napokon, amikor iszik, általában hány italt (egy ital= 1 doboz, azaz 0,33 l sör, 1,5 dl bor, vagy 4 cl tömény szesz) fogyaszt el?				
1-2	3-4	5-6	7-8-9	10, vagy több
3. Milyen gyakran fogyaszt el egy alkalommal 6, vagy annál is több italt?				
Soha	Ritkábban, mint havonta	Havonta	Hetente	Naponta, vagy majdnem naponta
4. Az elmúlt egy év során milyen gyakran érezte úgy, hogy ha elkezd inni, nem tudja abbahagyni?				
Soha	Ritkábban, mint havonta	Havonta	Hetente	Naponta, vagy majdnem naponta
5. Az elmúlt egy év során milyen gyakran fordult elő, hogy az alkoholfogyasztás miatt nem tudott eleget tenni a normálisan elvárható feladatainak?				
Soha	Ritkábban, mint havonta	Havonta	Hetente	Naponta, vagy majdnem naponta

6. Az elmúlt egy év során milyen gyakran fordult elő, hogy reggel ivással kellett kezdenie a napot az előző napi italozás utóhatásainak megszüntetése céljából?				
Soha	Ritkábban, mint havonta	Havonta	Hetente	Naponta, vagy majdnem naponta
7. Az elmúlt egy év során milyen gyakran érzett bűntudatot, vagy lelkifurdalást az ivás miatt?				
Soha	Ritkábban, mint havonta	Havonta	Hetente	Naponta, vagy majdnem naponta
8. Az elmúlt egy év során milyen gyakran fordult elő, hogy reggel nem emlékezett, mi történt önnel előző nap, miután ivott?				
Soha	Ritkábban, mint havonta	Havonta	Hetente	Naponta, vagy majdnem naponta
9. Előfordult-e, hogy italozása következményeként ön, vagy valaki más sérülést szenvedett?				
Nem		Igen, de nem az elmúlt évben		Igen, előfordult
10. Előfordult-e, hogy egy családtag, rokon, barát, orvos, vagy más egészségügyi dolgozó szóvá tette az alkoholfogyasztását, vagy javasolta, hogy hagyja abba?				
Nem		Igen, de nem az elmúlt évben		Igen, előfordult
0	1	2	3	4

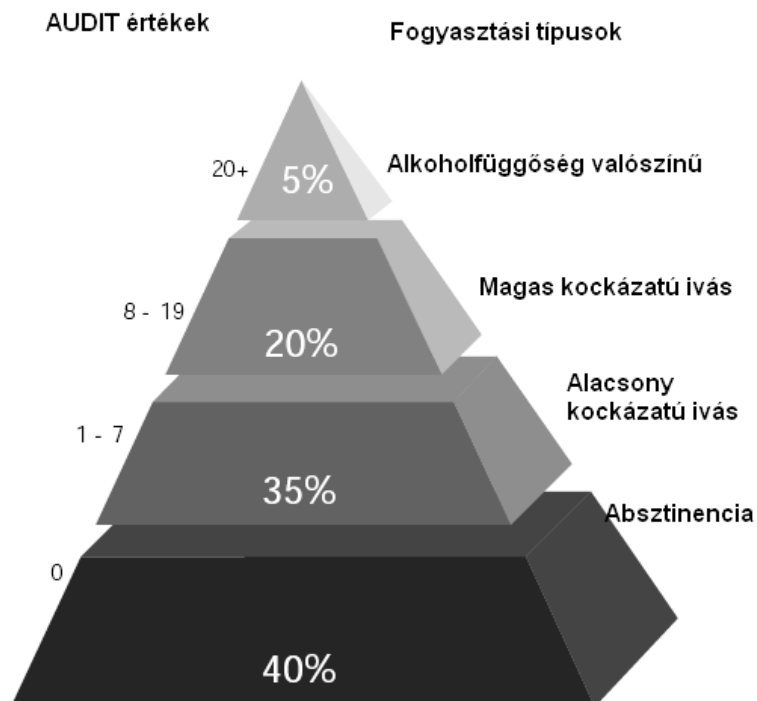
Összes pontszám:

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.

Az ivási piramis



A tanácsadás módszertani háttérének a szerzők a Prochaska-DiClemente-féle felépülési modellt 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.	Visszajelzés a szűrés eredményeiről. Felvilágosítás az ivás veszélyeiről.
Kontempláció (döntéshozatali)	Az italozó tudatában lehet az alkoholfogyasztás következményeinek, de ambivalens a változtatást illetően.	A változtatás előnyeinek hangsúlyozása, felvilágosítás az alkoholproblémákról, a késlekedés kockázatairól, és a célkitűzés megbeszélése.
Tervezési	Az italozó már eldöntötte, hogy változtat, és tervezi a teendőket.	A célkitűzés megbeszélése, tanácsok adása, bátorítás .
Akción	Az italozó már abbahagyta vagy mérsékelte alkoholfogyasztását, de a változás még nem stabil.	A korábbi tanácsok áttekintése, bátorítás .
Fenntartó	Az italozó már elérte az absztinenciát, vagy a mértékletes ivást, a változás viszonylag stabilizálódott.	Bátorítás .

A rövid intervenciók hatásosnak bizonyultak és értékük egyre inkább növekszik a kockázatos és ártalmas ivást folytató személyek kezelésében, azáltal, hogy kitöltik az űrt 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 továbbiakban a már azonosított kockázati szinten fogyasztókkal való teendőket ismertetjük az említett kézikönyv tematikája alapján.

Felvilágosítás az alacsony kockázatú ivók és absztinensek számára

Az AUDIT tesztben negatív eredményt elért alacsony kockázatú ivók, vagy absztinens személyek esetében is lehet hozadéka az alkoholfogyasztással kapcsolatos információknak. A legtöbb ember alkoholfogyasztási szokásai megváltoznak az idők során. Aki pillanatnyilag moderáltan iszik, később növelheti a fogyasztását. Sőt, a szeszesitalreklámok és a média alkoholfogyasztást kedvező hatásúnak feltüntető történetei ahhoz vezethetnek, hogy egészségügyi okokból néhány nem ivó is inni kezd, az eddig moderáltan ivók pedig többet fogyasztanak. Éppen ezért néhány szó, vagy írásos anyag az ivás veszélyeiről megelőzheti a jövőbeni kockázatos vagy ártalmas alkoholhasználatot. Az alacsony kockázatú ivók felé szolgálhatunk pozitív visszajelzésekkel, és emlékeztethetjük őket, hogy ha isznak is, maradjanak az ajánlott mennyiségi keretek között.

Mi a teendő azokkal a páciensekkel, akiknek a szűrőteszt eredménye negatív?

Adjunk visszajelzést a teszt negatív eredményéről!

Példa:

„Átnéztem a néhány perccel ezelőtt kitöltött kérdőív eredményeit. Amint bizonyára emlékszik, a kérdések arról szóltak, hogy mennyi alkoholt fogyaszt, és tapasztalt-e valaha alkoholfogyasztásból eredő problémákat. A válaszaiból arra lehet következtetni, hogy alacsony a kockázata annak, hogy alkohollal kapcsolatos problémái legyenek, ha továbbra is mértékletesen iszik (vagy absztinens marad).”

Világosítsuk fel a pácienszt az alacsony kockázati szintű ivásról, és a mennyiség növelésének veszélyeiről!

Példa:

„Ha iszik is, ne igyon többet napi két italnál, és mindig figyeljen arra, hogy hetente legalább két napon ne fogyasszon alkoholt, még kis mennyiségben sem! Érdemes figyelmet fordítani arra, hogy mennyi 'standard italnak' felel meg, amit elfogyaszt. Egy üveg sör, egy pohár bor, és fél deci tömény szesz alkoholtartalma körülbelül azonos. Azoknak, akik meghaladják ezt a szintet, megnő az esélye arra, hogy alkohollal kapcsolatos egészségi problémáik alakuljanak ki, pl. balesetek, sérülések, magas vérnyomás, májbetegség, daganatos betegségek, szívbetegségek.”

Gratuláljunk a páciensnek az útmutatás betartásához!

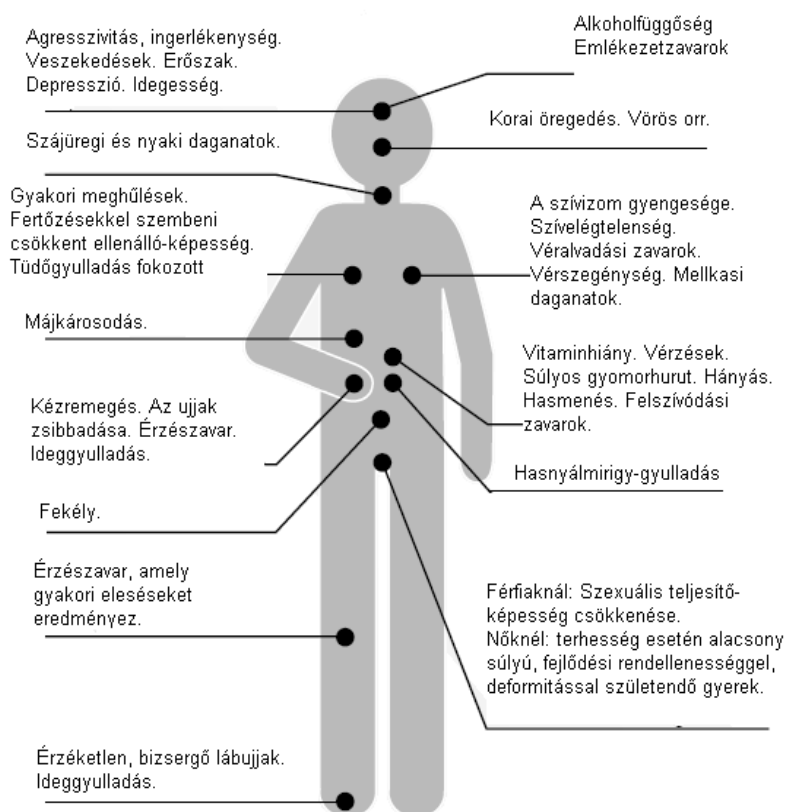
Példa:

„Csak így tovább! Mindig próbálja meg az alkoholfogyasztását az alacsony kockázati szinten, vagy az alatt tartani!”

Egyszerű tanácsok a II. kockázati szinten

Miután megállapítottuk, hogy az AUDIT pontszám alapján egyszerű tanácsokra van szükség, helyzetértékelést kell készíteni, hogy felkészítsük a páciens az intervencióra. Ez az átmeneti helyzetértékelés leginkább úgy kivitelezhető, ha hivatkozunk a szűrőteszt gyakoriságot, mennyiséget vagy ivási mintázatot és az alkoholfogyasztással kapcsolatos problémákat illető eredményeire. Ezt követően adjuk át a brosúra egy példányát a páciensnek. Nem csak hogy tartalmazza az összes szükséges információt, de egy teljes vizuális útmutatással egészíti ki az egészségügyi dolgozó szóbeli tanácsait. Közösen áttekintve minden egyes panelt, teljes, természetes módon kivitelezhető a rövid intervenció, amelyhez az egészségügyi dolgozó részéről minimális képzettség és gyakorlat szükségeltetik.

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.

Jelöljük ki a célt!

Legfontosabb része az egyszerű tanácsadási folyamatnak, hogy a páciens kitűzzön egy célt az ivási szokásainak megváltoztatásában. Az alacsony kockázatú ivás vagy a teljes absztinencia célként választásához iránymutatás a brosúrában található. A legtöbb kultúrában az a legjobb, ha az egészségügyi dolgozó a páciensre bízta a döntést. Azokban az országokban, ahol lakosok az egészségügyi szolgáltatótól direkt tanácsokat várnak, inkább az elváró, előíró megközelítés lehet megfelelő. A cél kijelölésekor fontos, hogy azonosítsuk azokat a személyeket, akiket az alkoholtól való teljes tartózkodásra kell biztatni. A következő személyek esetében kerülendő cél az alacsony kockázatú ivás:

- akiknek anamnézisében alkohol-, vagy drogdependencia (amire korábbi kezelések utalhatnak), vagy májkárosodás szerepel;
- korábbi, vagy jelenlegi pszichiátriai betegség;
- terhes nők;
- orvosi kezelésre szorulóknak, vagy olyan gyógyszert szedők, amelyek mellett az alkohol fogyasztása tilos.

A bizonytalan, vagy elutasító pácienseket, akiknél komolyabb problémák is valószínűsíthetőek, ajánlatosabb rövid konzultációba, és az ezzel összefüggésben lévő motivációs terápiába vonni, amelyeket a következő fejezet ír le (Rövid konzultáció a III. kockázati szinten).



Adjunk tanácsokat a mennyiségi határokat illetően!

A páciensek többsége valószínűleg az alacsony rizikójú ivást választja célként. Ez estben egyet kell érteniük azzal, hogy alkoholfogyasztásukat az alacsony kockázatú ivási szintre csökkentik. Ezek a limitek nem minden országban egyformák, nemzeti sajátosságoktól, kultúrától és helyi ivási szokásoktól függően változnak. Emellett a nemtől, a testtömegetől, a táplálkozási szokásoktól is függnnek, mert ezek mindegyike befolyásolja az alkohol metabolizmusát és az egészségre gyakorolt hatását. Ezen kívül a következő irányelvek összhangban vannak azokkal az epidemiológiai adatokkal, amelyek azt mutatják, hogy az egészségügyi és szociális szövődmények megjelenése megnövekszik napi 20g feletti fogyasztás következtében. Ugyanekkora mennyiség egyszeri fogyasztása is megnövelheti a balesetek és sérülések veszélyét az alkohol okozta pszichomotoros deficit miatt. Tehát az irányelvek: 2 standard italnál nem több naponta. Nők és férfiak esetében egyaránt kerülendő a heti több mint 5 napon történő alkoholfogyasztás. Fel kell hívni még a figyelmüket azokra a szituációkra is, amikor egyáltalán nem ajánlatos inniuk.

1 standard ital =



1 doboz sör (330 ml,
5%-os
alkoholtartalommal)

vagy



1 kupica töményszesz (pálinka, rum,
konyak, vodka)
(40 ml, 40%-os alkoholtartalommal)

vagy



1 pohár bor vagy 1 kis pohár vermut
(140 ml 12%-os, vagy 90 ml 18%-os
alkoholtartalommal)

vagy



1 kis pohár likőr vagy aperitif
(70 ml, 25% alkoholtartalommal)

*Mennyi a túl sok? Igazából az italban levő alkohol mennyisége számít.
A fenti italok alkoholtartalma megegyezik.
Tekintse ezeket egy standard italnak.*

Bátorítsuk a pácienseket!

Ne felejtsük el, hogy a kockázatos ivók nem függők, és könnyen meg tudják változtatni ivási szokásaikat. Az egészségügyi dolgozónak keresni kell a lehetőséget a páciens motiválására, újra és újra fel kell vetnie a kockázatcsökkentés szükségességét, és bátorítani, hogy kezdje el „most”. Bár a szokások megváltoztatása nem könnyű, az egészségügyi dolgozónak fenn kell tartania a reményt azért, hogy megérteti velük, az alkalmi botlásokat új utak tanulási lehetőségeként tekintsék céljuk eléréséhez. Például így: *„Nem lehet könnyű ilyen mértékben csökkenteni. Ha egy alkalommal túllépi a határt, próbálja megérteni, hogy miért történt, és tervezze el, hogy hogyan kerülje el legközelebb! Ha nem felejtje el, hogy milyen fontos csökkenteni az alkoholfogyasztás veszélyeit, meg tudja tenni.”*

Klinikai megközelítés

A következő technikák hozzájárulnak az egyszerű tanácsadás eredményességéhez:

Legyünk empátikusak és ne ítélkezzünk!

Az egészségügyi dolgozónak fel kell ismernie, hogy a páciensek gyakran nincsenek tisztában az ivás veszélyeivel, és ezért nem szabad hibáztatni őket. Bár a kockázatos ivás általában nem egy tartós állapot, hanem egy ivási mintázat, amit sok ember követ bizonyos ideig élete során, az egészségügyi személyzetnek kifejezésre kell juttatnia az egyén elfogadását, anélkül hogy elnézné aktuális italozási szokásait. Ne felejtsük, hogy a páciensek leginkább az őszinte törődésre és a változást támogató tanácsokra reagálnak! A rosszallás ellentétes hatást válthat ki, a tanácsot és a tanácsadót egyaránt elutasíthatja a páciens.

Legyünk irányadók!

Az egészségügyi dolgozók tudásukból, képzettségükből kifolyólag sajátos tekintéllyel rendelkeznek. A páciensek általában elfogadják őket a szakértelmük miatt. Hogy előnyt kovácsolhassunk ebből a tekintélyből, legyünk világosak, objektívek és személyesek, amikor megállapítjuk, hogy a páciens többet iszik a kelleténél. A páciensek tudják, hogy akkor törődünk igazán az egészségükkel, ha irányadó tanácsokat tudunk nyújtani a csökkentéshez vagy az abbahagyáshoz.

Győzzük le a tagadást!

Előfordul hogy a páciensek még nem állnak készen ivási szokásaik megváltoztatására. Néhányan tagadhatják, hogy túl sokat isznak, és elutasítják a csökkentésre vonatkozó javaslatot. A változtatásra még nem kész páciensek segítésekor legyünk biztosak benne, hogy anélkül vagyunk hitelesek, hogy szembekerülnénk velük. Kerüljük a megfélemlítést és az olyan pejoratív szavakat, mint az „alkoholista”, helyette motiváljuk a páciens információ nyújtásával és törődésünk kifejezésével. Ha a páciens szűrési eredménye nagymértékű italozást, vagy alkohollal kapcsolatos problémákat jelez, használjuk ezt az információt arra, hogy kérjük meg, adjon magyarázatot a szakmai vélemény és a saját nézőpontja eltérésére. Ebben a pozícióban már lehetőségünk lesz azt sugallni, hogy a helyzet nem annyira kedvező, mint gondolja.

Facilitáció

Mivel az egyszerű tanácsok nyújtásának az a célja, hogy előmozdítsa kliens viselkedésének megváltozását, alapvető fontosságú, hogy maga is részt vegyen a folyamatban. Nem elegendő megmondani neki, hogy mit tegyen. A leginkább hatékony megközelítés az, ha páciens is bevonjuk a döntéshozatalba. Ez azt jelenti, hogy meg kell kérdeznünk az ivás okait, és hangsúlyoznunk kell az alacsony kockázatú ivás, vagy az absztinencia személyes hozadékait. Kritikus jelentőséggel bír, hogy a páciens maga válassza ki az alacsony kockázatú ivást, vagy az absztinenciát, értsen egyet a folyamat céljával, amit el próbál érnei.

Utánkövetés

Az egészségügyi gyakorlatban minden páciens esetében szükséges az utánkövetés. Mivel a kockázatos ivók még nem szenvedtek károsodást, esetükben ez nem igényel sürgős, vagy költséges ellátást. Utánkövetésüket időben úgy kell tervezni, hogy az megfeleljen a kockázat észlelt fokának, hogy megbizonyosodhassunk róla, hogy a páciens ért-e el sikereket kitűzött céljai megvalósításában. Ha elérte célját, további bátorítás ajánlott. Ha nem, fontolóra vehetjük a rövid konzultációt, vagy további vizsgálatokra utalását.

Vezessük be a témát helyzetértékeléssel!

„Átnéztem a néhány perccel ezelőtt kitöltött kérdőív eredményeit. Amint bizonyára emlékszik, a kérdések arról szóltak, hogy mennyi alkoholt fogyaszt, és tapasztalt-e valaha alkoholfogyasztásból eredő problémákat. A válaszaiból arra lehet következtetni, hogy fennáll a veszélye annak, hogy alkohollal kapcsolatos problémái lesznek, ha a jelenlegi mértékben folytatja az italozást. Néhány percet venne igénybe, hogy megbeszéljük a témát.”

Beszéljük meg az ajánlott ivási határokat, ha az alacsony kockázatú ivást választja a páciens

„Szakértők szerint napi két italnál többet nem kellene inni, és még ennyit sem, ha egy vagy két italnak érzi a hatását. Ahhoz, hogy a minimálisra csökkentse az alkoholfüggőség kialakulásának veszélyét, egy héten legalább két napig tartózkodnia kell az ivástól. Ugyanígy el kell kerülnie a lerészegedést, amit bizonyos alkalmakkor akár két vagy három ital is eredményezhet. Sőt vannak olyan helyzetek, amikor egyáltalán nem szabad innia, ezeknek a felsorolását itt láthatja.”

Nézzük át, hogy mit jelent a „standard ital” fogalma!

„Végül alapvető fontosságú tudni, hogy az egyes italfajták mennyi alkoholt tartalmaznak. Ha ezt tudja, akkor számolja az italokat, amit elfogyasztott, és próbálja meg az ajánlott határt tartani. Ez az ábra a különböző italfajtákat mutatja be. Tudta, hogy egy üveg sörnek, egy pohár bornak, illetve fél deci tömény szesznek körülbelül azonos az alkoholtartalma? Ha ezekre a mennyiségekre úgy tekint, mint egy standard italra, akkor csak számolnia kell az italokat, amit elfogyaszt.”

Nyújtsunk bátorító összegzést

„Most, hogy megbeszéltük az ivás veszélyeit és ajánlott mértékét, van-e kérdése? Sok embert megnyugtat az a tudat, hogy saját maguk is tehetnek lépéseket az egészségük érdekében. Biztos vagyok benne, hogy követni tudja a tanácsokat, és tartani tudja a megbeszélt ivási határokat. De ha úgy érzi, hogy nehézségek adódnak, és nem tudja mérsékelni az ivását, akkor hívjon nyugodtan, és bármikor visszajöhet ismét megbeszélni ezeket a dolgokat.”

Rövid konzultáció a III. kockázati szinten

Kinek segíthet a rövid konzultáció?

A rövid konzultáció alkalmazása azoknál a személyeknél indokolt, akiknek az AUDIT tesztben elért pontszáma a 16 és 19 pont közötti tartományba esik. Azok a páciensek, kik ilyen eredményt értek el, valószínűleg ártalmas ivást folytatnak. A következők jellemzik őket:

- már észlelhetők a rendszeres és nagymértékű alkoholfogyasztásból eredő fizikális és mentális egészségügyi problémák; és/vagy
- a gyakori intoxikációkból kifolyólag megjelennek a sérülések, az erőszak, a gyenge munkahelyi teljesítmény, a jogi, vagy a szociális problémák.

Bár általában az AUDIT-nak ebbe a tartományába eső személyek többet isznak, mint akiknek a pontszáma 16 alatt van, a lényegi különbség azonban az AUDIT kérdőív 9. és 10. kérdéseire adott válaszokban van, amelyek az ártalmakat hivatottak jelezni. Az is előfordulhat, hogy néhányuk nem is iszik többet, mint a II. kockázati szinthez tartozók. Ha a páciens jelzi, hogy az elmúlt évben baleset érte, vagy megsérült, esetleg más személyek jelzik érintettségüket, akkor rövid konzultációban érdemes gondolkodni.

A rövid konzultációval segíthetünk azoknak a kockázatos ivóknak is, akiknek tartósan, vagy átmenetileg tartózkodniuk kell az alkohol fogyasztásától. Ez lehet a helyzet terhes nőkkel, kisgyermekes anyákkal, és azokkal, akiknek gyógyszereszedés miatt kontraindikált az alkoholfogyasztás.

Miben különbözik a rövid konzultáció az egyszerű tanácsadástól?

A rövid konzultáció egy szisztematikus, fókuszált folyamat, amely egy gyors állapotfelmérésből, a páciens elköteleződésének elősegítéséből, és a változtatási stratégiák azonnali végrehajtásából áll. Abban különbözik az egyszerű tanácsadástól, hogy fő célkitűzése az, hogy eszközt biztosítson a páciens számára alapattitűdjének megváltoztatásához és a hangsúlyos problémák kezeléséhez. Jóllehet ugyanazokat az elemeket használja, mint az egyszerű tanácsadás, kiterjedtebb céljai miatt több mindent tartalmaz, és hosszabb időt vesz igénybe. Az

egészségügyi dolgozók, akik a rövid konzultációval szeretnének foglalkozni, hasznos lehet, ha gyakorlatot szereznek az empátias meghallgatásban, és a motivációs interjúban.

Amint az egyszerű tanácsadásnak is, a rövidkonzultációnak az acélja, hogy a nagymértékű italozás ártalmainak veszélyét csökkentse. Mivel a páciensek már tapasztalják a károsodást, alapvető fontosságú tájékoztatni őket, hogy ennek végrehajtása az alkohollal kapcsolatos egészségügyi problémák megelőzését szolgálja.

A rövid konzultáció folyamata

A rövid konzultációnak négy nélkülözhetetlen eleme van:

a) Adjunk rövid tanácsot!

Legjobb módja a rövid konzultáció elkezdésének, ha követjük az egyszerű tanácsadásnál leírt folyamatokat az Alacsony kockázatú ivási útmutatót használva, annak érdekében, hogy elkezdődjék a párbeszéd az alkohorról. A páciens tájékoztatjuk arról, hogy a szűrési eredménye értelmében a fennálló ártalmak alapján a nagyivók kategóriájába tartozik. Részletezzük a specifikus károsodás(oka)t, (az AUDIT-tal azonosítottakat és a páciens tüneteiből adódókat), és hangsúlyozzuk helyzetének komolyságát.

b) Állapítsuk meg, hogy a változás folyamatának mely szakaszában járunk, és adjunk annak megfelelő tanácsokat!

A kezdeti szűrés után további állapotfelmérés fontos segítséget nyújthat a rövid konzultációhoz. A diagnosztikai állapotfelmérés magában foglalja a nagymértékű ivást kiváltó, és azt fenntartó tényezők széles körű analízisét, a probléma súlyosságát, és az ebből fakadó következményeket. Az állapotfelmérés egy lehetséges másik típusa a páciens motiváltsági szintjének megállapítása, amely széles skálán mozoghat, az ivási szokások megváltoztatására irányuló motiváció teljes hiányától (prekontemplációs, vagy előkészületi fázis) az ivás azonnali mérséklésének kész tervéig (akció fázis).

A változás szakaszai egy olyan folyamatot mutatnak be, amely leírja, ahogy az emberek gondolkodnak egy új életmód kialakításán, elkezdik, illetve fenntartják azt. Az öt szakasz összegzését és a hozzájuk rendelt specifikus rövid intervenciók

elemeket az 5. tábla mutatja be. Az egyik legegyszerűbb mód a páciens változtatásra motiváltságának felmérésére a Miller által ajánlott Készségfelmérő Skála. Kérjük meg a páciens, hogy egytől tízig terjedő skálán osztályozza, hogy mennyire érzi fontosnak, hogy változtasson az italozásán. (1, ha egyáltalán nem fontos, 10, ha nagyon fontos). Azok, akik a skála alsó tartományaiban osztályozzák magukat, a prekontemplációs fázisban vannak, akik a középső régióban (4-6 pont) a kontemplációsban (döntéshozatali), akik pedig a skála tetején helyezkednek el, készek a változtatásra.

Célszerű olyan módon kezdeni a konzultációt, amely találkozik a páciens aktuális motiváltsági szintjével. Például, ha a páciens a prekontemplációs fázisban van, akkor a tanácsadás során célszerű arra fókuszálni, hogy több visszajelzést adjunk annak érdekében, hogy motiváljuk a páciens. Ha már gondolkodik a változtatáson (kontemplációs fázis) helyezük a hangsúlyt annak előnyeire, a késlekedés veszélyeire, valamint arra, hogyan tegye meg az első lépéseket. Ha már készen áll a változtatásra, akkor a célkitűzésre és a páciens elkötelezettségére fókuszáljunk jobban. A legtöbb esetben a visszajelzés, a felvilágosítás, a célválasztás, a tanácsadás, és a bátorítás sorrendje követendő, az aktuális fázisnak megfelelő kisebb változtatásokkal.

c) Végeztessünk élethelyzet gyakorlatokat az önsegítő füzet segítségével!

A kockázatos és ártalmas ivást folytatók személyes segítségnyújtása, tanácsadása során az alábbi önsegítő füzet kitöltésével, rendszeres megbeszélésével segíthetjük az alkoholfogyasztás kontrolljának megtanulását:

ÖNSEGÍTŐ FÜZET

Hogyan előzzük meg az alkoholfogyasztással kapcsolatos problémákat?

Kinek szól ez a füzet?

Nem csak azoknak, akik számára az ivás problémát jelent, hanem azoknak is, akik ugyan kisebb mennyiségben fogyasztanak alkoholt, de elegendő mennyiségben ahhoz, hogy az a későbbiekben egészségi problémákat okozhasson.

Az ebben a füzetben levő tanácsok segítséget adnak azoknak, akik számára az ivás problémát okoz, és azoknak is, akik el akarják kerülni a problémák későbbi jelentkezését.

A füzet részei:

- Tanácsok az alacsony kockázatot jelentő ivás határértékeiről
- Okok a csekély kockázati szintet jelentő alkoholfogyasztásra
- Tanács a szokások megváltoztatásához

Tartalom:

- Mit jelent az alacsony kockázatú ivás?
- Hogyan változtathatja meg az ivási szokásait?
- Jó okok a kevesebbet ivásra
- Magas kockázatot jelentő szituációk
- Mit tegyen, ha érzi a csábítást?
- Az embernek emberekre van szüksége
- Mit kezdjünk az unalommal?
- Hogyan tartsa magát a terveihez
- Irányvonalak a segítők számára
- Tervezze meg a szokás megtörését.

▪ **Mit jelent az alacsony kockázatú ivás?**

Az alacsony kockázatú ivás részben azt jelenti, hogy az alkoholfogyasztás mennyiségét és gyakoriságát olyan szintre csökkentjük, amely mellett nem valószínű, hogy akár magunknak, akár másoknak ártanánk. A tudományos bizonyítékok azt mutatják, hogy az ártalmak kockázata jelentősen emelkedik, ha napi két italnál többet iszunk, illetve ha heti öt napnál többször. Ugyanakkor ennél kisebb alkoholmennyiségek is kockázattal járhatnak bizonyos szituációkban.

Az alábbi egyszerű szabályokat követve csökkentheti az egészségkárosodás kockázatát és annak esélyét, hogy másoknak sérülést okoz.

- Egyik napon se igyon két standard italnál többet.
- Egy héten ne legyen ötnél több italos nap.
- Egyáltalán ne igyon, amennyiben:
 - Gépkocsit vezet, vagy gépet működtet
 - Terhes, vagy szoptat
 - Szedett gyógyszerei hatását befolyásolja az alkohol
 - Olyan betegsége van, melyet az alkohol ronthat.
 - Nem tudja abbahagyni vagy kontrollálni az ivást.

Ha több információt szeretne azokról a helyzetekről, melyekben csökkentenie kellene alkoholfogyasztását, kérdezze meg egészségügyi szolgáltatóját (orvosát, gondozónőjét).

Az alacsony kockázatú ivás fenti megszorításai az alkohol „standard” mérésén alapulnak. Fontos, hogy meg tudja határozni, mennyi alkohol van azokban az italokban, amit általában fogyasztani szokott. A legtöbb üveges és dobozos sörben nagyjából ugyanannyi alkohol van, mint egy pohár borban, vagy egy kupica égetett szeszen. Amikor elgondolkodik azon, hogy mennyit is iszik, standard italokban számolja ki.

Ha a fentieknél többet iszik, azt kockáztatja, hogy magának vagy másoknak ártalmára lesz. Egy alkalommal három vagy több ital fogyasztása a „baleseti” kockázatot jelent, vagyis sérüléseket, kapcsolati és munkahelyi problémákat,

egészségügyi problémákat, mint például a másnaposság, az álmatlanság, a gyomorpanaszok. Ha hosszabb ideig iszik kettőnél több italt naponta, az rákot, májbetegséget, depressziót és alkoholfüggőséget (alkoholizmus) eredményezhet.

Szerencsére a legtöbb ember képes abbahagyni vagy csökkenteni az ivást, ha elhatározza, és keményen dolgozik is azért, hogy megváltoztassa ivási szokásait.

A következő fejezetek elmondják, hogyan.

- **Hogyan változtathatja meg ivási szokásait?**

Ha sikerül megváltoztatni valamelyik szokásunkat, általában egy egyszerű tervet követünk.

Ez a füzet segít Önnek, hogy kidolgozzon egy értelmes ivási tervet. Ha lehetséges, kérjen meg valakit, hogy segítsen Önnek. Talán egy barát, vagy egy rokon, egy egészségügyi dolgozó vagy vallási közösségének egyik tagja hajlandó és képes is lesz segíteni egy ilyen terv kidolgozásában, és a tervhez való ragaszkodásban. Kérje meg ezt a személyt, hogy először olvassa el ezt a füzetet.

Az ok, amiért célszerű segítséget kérni, egyszerű: több szem többet lát. Továbbá bizonyos támogatást is tudnak nyújtani.

Ezt a füzetet másképp is lehet használni: néhány, szintén az ivási szokásainak megváltoztatását akaró emberrel közösen.

Természetesen sok ember a többiek segítségével változtat a szokásain. Ha nem talál senkit, aki segíteni tudna, dolgozza ki egyedül a tervet.

Először is kérdezze meg magától:

- Mi hasznom lesz abból, ha kevesebbet iszom?
- Hogyan fog javulni az életem?

E kérdések megválaszolásában a következő fejezet nyújt segítséget.

- **Jó okok, hogy kevesebbet igyon**

Az alkohol hatásainak legfrissebb kutatási eredményei alapján összeállítottunk egy listát azokról az előnyökről, melyek az ivás csökkentését követően várhatók. Olvassa végig őket, és válassza ki azt a hármat, amelyik legjobb indoknak tűnik. Azokat válassza, amelyek érdekében tényleg hajlandó kevesebbet inni.

Ha a csekély kockázatot jelentő mértékben iszom,

- Tovább élhetek – valószínűleg öt-tíz évvel.
- Jobban fogok aludni.
- Boldogabb leszek
- Rengeteg pénzem megmarad
- Javulni fognak a kapcsolataim
- Tovább maradok fiatal
- Többre viszem az életben
- Sokkal jobbak az esélyeim arra, hogy egészséges öregkort élek meg, elkerülöm a korai agykárosodást
- Jobban tudok teljesíteni a munkában
- Valószínűleg könnyebben maradok karcsú, mivel az alkoholos italok energiatartalma magas
- Kevésbé valószínű, hogy rosszkedvűnek érezzem magam, és hogy öngyilkosságot kíséreljek meg (hatod akkora esély)
- Kevésbé valószínű, hogy szívbetegség vagy rák miatt halok meg
- Jelentősen csökken annak esélye, hogy égés vagy fulladás okozza a halálomat
- A többiek tisztelni fognak
- Kevésbé valószínű, hogy bajom akadna a rendőrséggel
- Drámaian csökken annak esélye, hogy májbetegség miatt halok meg (12-szeres csökkenés)
- Kevésbé valószínű, hogy közlekedési baleset miatt halok meg (3-szoros csökkenés)
- Férfiak számára: szexuális teljesítményem valószínűleg javulni fog
- Nőknek: kisebb az esélye annak, hogy nem kívánt terhességbe essem.

- Nőknek: kisebb az esélye annak, hogy kárt okozok a meg sem született gyermekemnek.

Ha kiválasztotta azt a három jó okot, melyek miatt érdemes csökkenteni az ivást, jegyezze fel azokat a füzet végén található „Terv az ivási szokások megváltoztatására” fejezetnél található helyre.

Mostanra világossá válhatott, hogy mit várhat a jövőtől, ha folytatja a nagyivást, valamint az is, hogy milyen jövő vár Önre, ha abbahagyja, vagy a csekély kockázatot jelentő mértékben folytatja az ivást.

- **Kockázatos helyzetek**

A vágyat, hogy sokat igyon, valószínűleg befolyásolja a hangulata, a társaság, és az is, hogy mennyire könnyen lehet alkoholhoz jutni.

Gondoljon a legutóbbi alkalomra, amikor túl sokat ivott, és próbálja megfejteni, hogy mik járultak hozzá az iváshoz. A jövőben milyen helyzetek váltják ki a vágyat, hogy többet igyon, mint kellene? Például álljon itt egyvalaki listája:

- Azok a helyzetek, amikor mások isznak, és tőlem is elvárják.
- Unalom és lehangoltság érzése, főként a hétvégeken.
- Családi veszekedés után
- Amikor a barátaival iszik
- Amikor otthon magányosnak érzi magát

A következő lista segítségével válassza ki azt a négy szituációt, melyekben a leginkább valószínű, hogy sokat inna:

partik	rossz társaság
fesztiválok	feszültség
család	magányosság
bárok	ünnepi vacsorák
hangulat	unalom
munka után	álmatlanság

veszekedések	hétvégék
bírálat	fizetésnap
sikertelenség érzése	ha mások is isznak

Miután kiválasztotta az Ön számára legveszélyesebb négy helyzetet vagy hangulatot, írja le azokat a füzet végén található oldalakra, a „Terv az ivási szokások megváltoztatására” fejezetnél.

A következő feladat annak kitalálása-kimunkálása, hogyan lesz képes kezelni ezeket a helyzeteket anélkül, hogy többet inná az ajánlott mennyiségnél.

- **Mit tegyen, ha kísértést érez**

Ebben a fejezetben próbálja megválaszolni a kérdést: hogyan kerülhetem el a túl sokat ivásra való csábítást; és ha már érzem, hogyan leszek képes megállítani magamat?

Ez nem könnyű feladat, de könnyebb lehet, ha talált segítőt, akivel együtt járhatja végig a következő lépéseket:

- válaszson ki egyet a négy kockázatos helyzetből.
- Képzелjen el különböző lehetőségeket az elkerülésére vagy leküzdésére
- Válassza ki azt a kettőt, amit ki fog próbálni

Írja le ezeket a „Terv az ivási szokások megváltoztatására” fejezetnél, a füzet végén.

Példának álljon itt egy ember próbálkozásai, hogy a munka után a barátaival való együttes ivás kísértését legyőzze.

Kockázatos helyzet

Munka után a barátokkal iszogatni

A túl sokat ivás elkerülésének lehetőségei

- Ivás helyett inkább hazamenni
- Másik elfoglaltságot találni, pl. edzés
- Ritkábban megy el inni a barátokkal a munka után.
- Csak két italt inni

- Két ital után alkoholmentes italokra térni át.
- Más barátokat keresni
- Tovább m
- aradni a munkahelyen

Az a kettő amit kipróbál:

- a) Ritkábban megy el inni a barátaival a munka után.
- b) Két standard ital után alkoholmentes italokra tér át.

Fontos megjegyezni, hogy a fenti elképzelések egyike-másika valószínűleg nem válik be. Ez az ötletgyűjtéskor nem is fontos. Találjon ki annyi módszert, amennyit csak tud, és döntse el, melyek válhatnak be leginkább az Ön esetében. Ha talált két módot az első kockázatos helyzet leküzdésére, folytassa a következővel, így a végén két-két módszer lesz mind a négy kockázatos helyzet leküzdésére.

A következő terület, amit át kell tekinteni, az a többiekkel való kapcsolat. Ha több alkalommal talál örömet a másokkal való együttlétben (anélkül, hogy az ésszerűnél többet inna), nem lesz szüksége annyi italra.

- **Az ember társas lény**

A legfontosabb nem elfelejteni, hogy legtöbbszörünknek szüksége van más emberekre. Szükségünk van az együttlétre. Másodsorban, a csekély kockázatú ivásra való buzdítás legjobb módjai közé tartozik az olyan barátokkal való együttlét, akik ilyen módon isznak. Harmadrészt, ha törekszik ismeretlen emberekkel való találkozásra, javítja az új kapcsolatok kialakításának esélyét.

Ezért a következő feladat az, hogy találja ki, hogyan teheti ezt meg. Ismét használja azt a módszert, hogy annyi lehetőséget talál ki, amennyit csak tud, és utána választja ki azt a kettőt, amelyek az Ön esetében a legjobban beválhat. Íme egy példa:

Probléma

Hogyan keressem olyan emberek társaságát, akik a csekély kockázatot jelentő módon isznak?

Gondolatok

- Csatlakozni egy egyesülethez
- Egyházi szerepvállalás, vagy a Közösségi Ház munkájában való részvétel
- Szerepvállalás a gyermek iskolájában (szülői munkaközösség?) vagy az Ifjúsági Klubban.
- Csatlakozni egy önkéntes segítő szervezethez (például a fogyatékosok segítésére)
- Gyakrabban hívni vendégeket
- Gyakrabban látogatni a rokonokat

Írja le a két kiválasztott lehetőséget a „Terv az ivási szokások megváltoztatására!” fejezetnél.

▪ Mit lehet kezdeni az unalommal?

Sok ember unalmában iszik. Ha az unalom szerepet játszik abban, hogy a csekély kockázatnak megfelelőnél többet iszik, ebben a fejezetben az a feladat, hogy találjon annyi elfoglaltságot magának, amennyit csak tud. Utána válassza ki közülük azt a kettőt, amivel megpróbálkozik. A lista összeállításában használja a következő kérdéseket.

- Melyek voltak azok a foglalatosságok, amiknek a megtanulását korábban élvezte (pl. sportok, kézművesség, nyelvek)
- Milyen utazásokat élvezett a múltban (a tengerhez, a hegyekbe, vidékre)
Ha nem aggódna a kudarc miatt, mit csinálna szívesen (pl. festés, tánc)
- Mit csinált szívesen, amikor egyedül volt? (pl. hosszú séták, hangszeres játék, varrás)
- Mit csinált szívesen társaságban? (például telefon-beszélgetések, társasjáték)
- Ha azokra a dolgokra gondol, amik nem kerülnek pénzbe, mi volt a kedvenc időtöltése? (pl. játék a gyerekekkel, olvasni, könyvtárba menni)
- Ha azokra a dolgokra gondol, amik nem kerülnek sokba, mi volt a kedvenc időtöltése? (pl. elmenni a Vidám Parkba vagy az Állatkertbe)

- Mikor milyen tevékenységeknek tudott örülni? (pl. reggel, szabadnapokon, tavasszal, ősszel)

Írja le a két kiválasztott időtöltést a „Terv az ivási szokások megváltoztatására” résznél található helyre.

Az unalom elkerülésének két módja:

- a) Csatlakozni egy közösséghez (pl. könyvtár, egyház, nőmozgalmi szervezet vagy olyan felnőttképzések, mint kézművesség, festészet stb.)
- b) Rendszeres testgyakorlás (edzés): úszás, kocogás, stb., vagy csatlakozni egy sportklubhoz

Megjegyzés a depresszió kapcsán

Sok ember a hangulati nyomottsága miatt iszik. A depressziót a szomorúság érzése, az érdeklődés elvesztése, az erőtlenség érzése jellemzi. Az egyéb tünetek közé tartozik a csökkent önértékelés és önbecsülés, a túlzott bűntudat, az elmúlással, az öngyilkossággal kapcsolatos gondolatok, a rosszabb koncentráció képesség, az alvás és az étvágy zavara.

Ha legalább két hete lehangoltnak érzi magát, forduljon segítségért orvosához vagy gondozónőjéhez. A kezelés segíteni fog. A depresszió kezelése során abba kell hagyni az ivást, mert az alkohol depresszív anyag, mely késleltetné a terápiára adott választ.

- **Hogyan ragaszkodjon a tervéhez?**

Először is, töltsse ki és őrizze meg a „Terv az ivási szokások megváltoztatására” fejezetet.

Ez lesz a tanácsadója a következő hetekben. Minden reggel gondolja végig a tervét. Ha nem teszi, el fogja felejteni, főleg, ha veszélyes vagy csábító helyzetbe kerül. A legjobb módszer a terv észben tartására a következő.

- Gondoljon egy tevékenységre, melyet minden nap többször is megtesz (pl. kávézás, kézmosás).
- Amikor éppen ezt teszi, gondolatban fussa át a tervét. Gondoljon az ivási tervre, az okokra, amiért csökkenteni akarja alkoholfogyasztását, a veszélyes

- helyzetekre és a megküzdés lehetőségeire. Gondoljon arra is, hogyan fog más emberekkel találkozni, és hogyan kezd önt érdeklő tevékenységekbe.
- Ha van segítőtje, eleinte naponta, később hetente több alkalommal meséljen neki a tervről, számoljon be neki az elért haladásról.
- Ha a tervet képes fejben tartani, segíteni fogja, hogy megváltozzon. Ha csak papíron van, semmi hatással nem bír.
- Emlékezzen, hogy minden alkalommal, amikor egy csábító helyzetben képes ellenállni annak, hogy sokat igyon, megtöri a szokást.
- Amikor rosszul érzi magát, szenved, nyomorultul érzi magát, mondogassa magának, hogy ez el fog múlni. Ha sóvárgást érez, tegyen úgy, mintha sóvárgás torokfájás lenne, amit el kell viselni, amíg megszűnik.
- Ha van segítőtje, mondja el neki őszintén, mennyit ihat naponta, és hogy sikerült-e mértéket tartania, vagy sokat ivott.
- Végül, valószínűleg lesznek rossz napok, amikor sokat fog inni. Ha így történne, NE TÖRŐDJÖN BELE! Emlékezzen, hogy azoknak az embereknek, akik MÁR megtanultak csekély kockázattal inni, a siker előtt számos hasonló rossz napjuk volt. Idővel majd könnyebben megy.

▪ **Útmutatás a segítőknek**

Könnyebb lehet elolvasni ezt a füzetet és tervet dolgozni ki az ivási szokás megváltoztatására, ha valaki segít benne. Több szem néha többet lát.

Ezért biztatjuk azokat az embereket, akik ezt a füzetet használják, hogy keressenek hozzá társat.

Ha úgy döntött, hogy szeretne így segíteni, ne feledkezzen meg a következőkről:

E füzet összeállítása során kétféle alkoholfogyasztót tartottunk szem előtt. Egyik részüknek már most problémát okoz az ivás, és változtatni akarnak. Mások kevesebb alkoholt fogyasztanak, mely a későbbiekben idézhet elő problémákat. Számukra azt tanácsoltuk, hogy a jövőbeli problémák elkerülése érdekében csökkentsék a fogyasztást. A megelőzés többet ér a kezelésnél.

E füzet fő célja az, hogy elég jó okokat találjunk a kevesebbet ivásra, illetve, hogy az ivás helyett más időtöltést sikerüljön találni.

A szokások megváltoztatása nehéz feladat, de kétféle módon is tud segíteni. Először is, segíthet az itt leírt gyakorlatok végrehajtásában. Másodsorban, bátorítást és támogatást nyújthat.

Lehetőleg ne bírálja azt, akit segíteni próbál, még akkor se, ha cselekedetei bosszantóak és csalódást keltők. Emlékezzen rá, hogy a szokás megváltoztatása soha sem könnyű. Lesznek könnyű hetek és nehéz hetek. Szükség van az ön biztatására, a csekély kockázatot jelentő ivás vagy a józanság támogatására, a jó ötleteire.

Készítsen tervet ivási szokásainak megváltoztatására

Okok az ivás csökkentésére vagy abbahagyására:

1.

2.

3.

Veszélyes szituáció 1

Hogyan küzdöm le:

1.

2.

Veszélyes szituáció 2

Hogyan küzdöm le:

1.

2.

Veszélyes szituáció 3

Hogyan küzdöm le:

1.

2.

Veszélyes szituáció 4

Hogyan küzdöm le:

1.

2.

Hogyan ismerkedjek meg olyanokkal, akik a csekély kockázatot jelentő szinten, vagy egyáltalán nem isznak:

1.

2.

Hogyan kerüljem el az unatkozást?

1.

2.

Hogyan emlékeztessenem magam a tervemre?

1.

2.

FILOZÓFIAI PRAXIS

Barcsi Tamás

Bevezető gondolatok

Ebben a fejezetben a személyiségfejlesztésként alkalmazott „általános” filozófiai praxis (tehát nem logoterápiáról vagy éppen daseinanalízisről lesz szó, logoterápiával a következő fejezetek foglalkoznak) egy lehetséges megvalósítási módjához adunk szempontokat, természetesen a teljesesség igénye nélkül. A filozófiai praxis filozófiai kérdésfelvetésekkel, fogalmak tisztázásával, szókratészi párbeszédekkel, filozófiai művek olvasásával és megvitatásával a jó élet mint értelmes élet értelmezéséhez nyújt segítséget. A foglalkozásokon résztvevők végiggondolják, hogy mitől is lesz értelmes az emberi élet, hogy mit is kezdünk a szabadságunkkal, milyen életfelfogások és értékválasztások képzelhetők el, mi a megfelelő viszonyulás a halálhoz. Mindezek hozzásegítik az egyént életfelfogásának felülvizsgálatához, a tudatos értékválasztáshoz, vagy ahhoz, hogy új elemekkel gazdagodjon eddigi és továbbra is megfelelőnek talált életszemlélete.

Fontos, hogy a foglalkozásokat filozófiai szempontból képzett, tehát filozófia szakos diplomával rendelkező tréner vezesse. A filozófiai praxis alkalmazható csoportos és egyéni beszélgetések formájában is. A tréner először összefoglalja a felvetett probléma lényegét (15-20 percben), majd következhet a (kb. ¾ órás) beszélgetés. Az alábbiakban olvasható néhány problémafelvetés, kiegészítve a beszélgetéseket segítő kérdésekkel, illetve a témákhoz kapcsolódó olvasmány-listákkal. Ezekon túl számos más probléma is előkerülhet, ahogy az olvasmánylista is tetszőlegesen bővíthető. Egy-egy témára több alkalmat is lehet szánni, a tréner „kötelező olvasmányokat” írhat elő az egyes foglalkozásokra (ezek ne legyenek túl nagy terjedelműek, 15-20 oldalas könyvrészletek ajánlhatók).

A jó élet fogalmának értelmezése

Problémafelvetés

Tisztáznunk kell, hogy mit értünk jó, boldog élet alatt. 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”. A boldogságot már Arisztotelész is konstruktumként értelmezi, amelyben értelemnek (a gyakorlati észnek) meghatározó szerepe van (az „okosság” mint észbeli erény az erkölcsi erények értelmezéséhez szükséges), ahogy a mai jól-lét elméletekre is jellemző, hogy több tényező együtteseként fogják fel a jó életet, és az *értelem* kiemelkedő fontosságát hangsúlyozzák. Csíkszentmihályi Mihály a boldogságot a flow-élményhez kapcsolja. Elméletben meghatározó szerepe van az értelemnek: a flow-élményeket egy értelmes élet keretében kell megélnünk. Martin Seligman a jól-lét öt elemét azonosítja, ezek: a *pozitív érzelem*, a *flow*, az *értelem*, továbbá a *pozitív kapcsolatok* és a *teljesítmény*. Carol D. Ryff a hedonikus jól-lét mellett arisztotelészi fogalmat használva az *eudaimonikus jól-létről* is ír, az előbbihez a pozitív érzelmeket (boldogság, elégedettség érzése) köti, az utóbbi kulcsdimenziói pedig az önfogadás, az élet célja (értelme), a személyes növekedés, a másokkal való pozitív kapcsolat, a kiválóság, és az autonómia. A jól-lét *összetevőit* három főbb csoportba is sorolhatjuk: a *fizikai jól-lét*, a *pszichológiai és társadalmi jól-lét*, illetve a *szellemi jól-lét* (értelmes élet) csoportjába, ezek további összetevőkre bonthatók.

Orientáló kérdések

Mit értünk jó élet (boldogság) alatt?

Miben különbözik a jól-lét, mint konstrukció a pusztán elégedettséggént értett boldogságtól?

Milyen elemei lehetnek a jól-létnek?

A filozófia mennyiben tud segítséget nyújtani az egyéni jól-lét fejlesztéséhez?

Megvitatásra ajánlott olvasmányok

Arisztotelész: *Nikomakhoszi etika* (ARISZTOTELÉSZ 1997)

Csíkszentmihályi Mihály: *Flow. Az áramlat. A tökéletes élmény pszichológiája* (CSÍKSZENTMIHÁLYI 2010)

Csíkszentmihályi Mihály: *A fejlődés útjai. A harmadik évezred pszichológiája* (CSÍKSZENTMIHÁLYI 2009)

Martin Seligman: *Flourish – élj boldogan! A boldogság és a jól-lét radikálisan új értelmezése* (SELIGMAN 2011)

Barcsi Tamás: *A pozitív pszichológia és a jó élet filozófiája* (BARCSI 2014)

Az autonóm értékválasztás problémája

Problémafelvetés

Nietzsche az autonóm, önmagának erkölcsöt adó individuum ideálját fogalmazza meg. Az *Így szólott Zarathustracímű* műben Zarathustra azt mondja magának: „Még ilyet! Ez a szentéletű aggastyán itt a vadonban még nem is hallott róla, hogy *Isten halott!*” Isten halála az ember halálát is előrevetíti: a nihilizmus meghaladása, az *értékek átértékelésének* követelménye szétfeszíti a humanitás kereteit: az embernek túl kell lépnie önmagán, az embert fölülmúló embernek (Übermenschnek) kell fellépnie. A *Jón és gonoszon túl* című könyv kilencedik részében Nietzsche megkülönbözteti a *jó és rossz* ellentétpárján alapuló *úr-morált*, illetve a *jó és gonosz* ellentétére épülő *rabszolga-morált*. Az előbbiben a jó előkelőt, a rossz pedig megvetendőt jelent: megvetés sújtja a gyávát, a kicsinyest, a szűk hasznosságra gondolót, a magát lealacsonyítót. Az előkelő természetű ember értékteremtő, önmagát érzi az értékek meghatározójának, „kemény szív” jellemzi és elővigyázatosság a részvételi érzések és a „meleg szív” iránt, ellenséges az önzetlenséggel szemben. Az ilyen embernek csak a hozzá hasonlóké iránt vannak kötelességei, az alacsonyabb rendű-rangú lényekkel szemben tetszés szerint, „Jón és Gonoszon” túl járhat el. (260. aforizma, Nietzsche 2010: 141-144.) Az *Antikrisztus. Átok a kereszténységre* (NIETZSCHE 2007) című művében Nietzsche Jézust mint nemet mondani képtelen „idiótát” írja le. Nietzsche a hit, remény és szeretet három keresztény erényét három keresztény fondorlatnak nevezi. *Jézust olyan idiótaként* jellemzi Nietzsche, aki *ösztönszerű gyűlölettel viseltetett mindenféle realitással szemben*, ösztönszerűen kizárt minden ellenszenvet, ellenségeskedést, minden határt és távolságot az érzelemben és a szeretetet mint egyetlen, végső életlehetőséget hirdette.

Dosztojevszkij (aki nem ismerte Nietzsche műveit) „polifonikus”, különféle eszméket, világlátásokat ütköztető regényei a nietzschei Übermensch-gondolat kritikájaként is olvashatók. Az „Isten halott” gondolatát valló, vagy legalábbis ennek megfelelően cselekvő Übermenschek Dosztojevszkijnél végül nem kerülhetik el valamiféle katasztrófa bekövetkezését. Individualizmusuk széttörik, öngyilkosok lesznek, összeomlanak, jobb esetben az összeomlás után elindulnak az újjászületés felé (pl.

Raszkolnyikov a *Bűn és bűnhődés*ben, DOSZTOJEVSZKIJ 1993). Ezzel szemben a szeretet embereinek tettei legrosszabb esetben azt eredményezik, hogy minden erőfeszítésük ellenére is képtelenek megakadályozni a tragédiát, mint Miskin *A félkegyelmű* című regényben, akinek alakját és Nietzsche Jézus-képét sok szempontból párhuzamba állíthatjuk. Ha Dosztojevszkij regényeiből valami egyértelműen kiderül, akkor az, hogy *van olyan érték, amelyet nem lehet átértékelni*. Ez az ember, minden ember életének, szabadságának tisztelete, önértéke, méltósága, bármiben is lássuk meg ennek alapját. Továbbá: a szeretetelvet nemcsak Miskin vagy Nietzsche Jézusának módján lehet megvalósítani, ahogy az Übermensch morális mértéktelensége, úgy a szeretet emberének mérték-nélkülisége, „világ-talansága” is problémás. Dosztojevszkij bizonyos hősei azért tudnak jól szeretni, mert *otthon vannak a világban*, leginkább Aljosa Karamazov alakját kell kiemelnünk ebből a szempontból *A Karamazov testvérek* című regényből. David Riesman szociológus három alapvető korszakot ír le (RIESMAN 1996), és ezekhez három társadalmi karaktert kapcsol az alapján, hogy mi biztosítja meghatározó módon a társadalmi konformitást. *A tradíció által irányított korszakban* az egyénnek nem sok mozgástere marad, a szokások meghatározzák a szerepeket; *a belülről irányított időszakban* a szóba jöhető számos életút közül az általános szülői értékek alapján választanak az emberek; míg *a kívülről irányított társadalomban* alapvetően a tömegkultúrának és a kortárs csoportoknak van a legnagyobb hatása a viselkedésmódok, de az egyéni életcélok tekintetében is. Azokat az embereket, akiknek a magatartása eltér egy adott társadalom tipikus beilleszkedő karakterének viselkedésétől, *anómiásnak* vagy *autonómnak* nevezi a szerző. Riesman anómiás alatt a be nem illeszkedőt érti, az autonómok pedig értelmezésében olyan emberek, akik képesek arra, hogy teljesítsék társadalmuk viselkedési normáit (az anómiásokra ez általában nem jellemző), de szabadon választhatnak, hogy teljesítik-e azokat vagy sem.

Egy *alapvetően* autonóm ember számos tekintetben lehet beilleszkedő (betart egy sor társadalmi szabályt), míg az *alapvetően* beilleszkedő ember is hozhat autonóm döntéseket. A választóvonal ott húzódik, hogy az autonóm személyiség – amennyire lehetséges – *maga választja ki életmódját, céljait*, amelyek eltérhetnek a társadalmilag sikeresként értékelt tevékenységektől, céloktól, de nem feltétlenül

térnek el: tehát élhet és cselekedhet kívülről nézve konform és non-konform módon is.

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, mely összetevőknek ad inkább prioritást, miben keresi az önmegvalósítását.

Orientáló kérdések

Hova vezethet a minden erkölcsi korlátot átlépő individualitás?

Milyen módon lehet képviselni a szeretetelvet? Milyen párhuzamokat találhatunk Nietzsche Jézus-értelmezése és Dosztojevszkij Miskin hercege között (*A félkegyelmű*)? Hogyan jelenik meg Jézus, illetve mi jellemzi Aljosa alakját *A Karamazov testvérek*-ben?

Miért mondhatjuk azt, hogy a társadalmi konformitás tekintetében a „kívülről irányított” korszakban (Riesman) vagyunk? Milyen veszélyei vannak ennek?

Miért problémás a szélsőségesen konform viselkedés (elvtelen igazodás az éppen aktuális elvárásokhoz)?

Miért fontos az autonóm érték- és életmódválasztás?

Ön mennyire él autonóm módon?

Gondolja végig az Ön által ideálisnak tartott életmódot, értékeket, erkölcsi alapállást! Menyiben valósítja meg ezt mostani életében? Milyen lépéseket kell tennie, hogy úgy érezze, autonóm módon él?

Megvitatásra ajánlott olvasmányok

Dosztojevszkij: *Bűn és bűnhődés* (DOSZTOJEVSZKIJ 1993)

Dosztojevszkij: *A félkegyelmű* (DOSZTOJEVSZKIJ 2002)

Dosztojevszkij: *A Karamazov testvérek I-II.* (DOSZTOJEVSZKIJ 2004)

Friedrich Nietzsche: *Így szólott Zarathustra* (NIETZSCHE 2001)

Friedrich Nietzsche: *Az Antikrisztus. Átok a kereszténységre,* (NIETZSCHE 2007)

Friedrich Nietzsche: *Jón és gonoszon túl. Egy jövőbéli filozófia előjátéka* (NIETZSCHE 2010)

David Riesman: *A magányos tömeg* (RIESMAN 1996)

Barcsi Tamás: *A kivonulás mint lázadás* (BARCSI 2012)

A lelki nyugalom megőrzése, a tőlünk függő és független dolgok megkülönböztetése

Problémafelvetés

A *sztoikus filozófiai lelkigyakorlatokban* 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 lelkigyakorlatok* célja nem a lélek féken tartása, mint a sztoikusoknál, hanem inkább a „lélek elengedése”, a fájdalmas gondolatok mellőzése és az örömeire való koncentráció.

A sztoikus Epiktétosz *Kézikönyvecske* című művében arról ír, hogy *bizonyos dolgok hatalmunkban vannak, más dolgok nincsenek. Tőlünk függ* a véleményünk, az ösztönös vágyunk, a törekvésünk és ellenszenvünk, egyszóval mindaz, amit egyedül alkotunk meg. *Nem tőlünk függ* a testünk, a vagyonunk, a hírnevünk és a tisztségeink, tehát mindaz, amit nem egyedül hoztunk létre. Ha a természetüknél fogva függő dolgokat függetleneknek tartjuk és mások dolgait sajátjainknak tekintjük, ez bánkódáshoz és háborogáshoz vezet. De ha csak azt tartjuk a miénknek, ami valóban az, akkor sohasem leszünk a kényszer hatalmában, nem fogunk senkit szidalmazni és vádolni, és semmit sem kell majd akaratunk ellenére végrehajtanunk. Epiktétosz szerint *nem a tények zavarják az embereket, hanem a tényekről alkotott vélemények*. Marcus Aureliusnál hasonlókat olvashatunk: a külső dolgok kívül vannak a lelken, mozdulatlanul: minden izgalom a belső felfogásból fakad. Arra kell gondolnunk, hogy mit látunk, az hamarosan megváltozik, sőt megszűnik: *a világ*

változás, az élet felfogás dolga. Életed úgy éld le, hogy minden dolgodat teljes lelkedből az istenekre bízod, és az emberek közül egynek sem vagy sem zsarnoka, sem szolgája – tanácsolja a sztoikus filozófus (aki római császár volt). Montaigne a reneszánsz nagy írója, az *Esszék* Első könyvének Tizenegyedik fejezetében (*Arról, hogy jó és rossz megítélése nagyrészt fogalmainkon múlik*) Epiktétosz fenti gondolatából indul ki, mi szerint az embereket nem maguk a dolgok bántják, hanem a róluk alkotott fogalmaik és ez alapján vizsgálja meg többek között a halál, a fájdalom, a gyermekáldás, a gazdagság jelenségét. Montaigne Epiktétosz gondolatát felvésette könyvtárának mennyezetgerendájára. A 19. századi dán filozófus, Kierkegaard *Vagy-vagy* című művében ír az ún. *esztétikai életszemléletről*, amely *a tőlünk független dolgokon alapul*. Vannak emberek, akiknek az élete *egy dolog* körül forog: ebben találják meg életük értelmét, jelentőségét. Például a legfontosabb dolog az életükben az egészség vagy a szépség. Ezt azonban nem uralja az individuum: a szépség és az egészség is múlandó. Vannak, akik a feltételt (azt a dolgot, amely körül az életük forog) önmagukon kívülre helyezik, pl. a gazdagság, a tekintély, az elithez való tartozás jelenti számukra az élet értelmét, amelyekben szintén közös, hogy az individuum nem uralja őket. Vannak olyan esztétikai életformák, amelyek a *sokféleségben* ragadhatók meg, ezeknek az életelve: „Élj a vágyaidért!”. Az esztétikai életformák Kierkegaard szerint kétségbeeséshez vezetnek: átmeneti sikereket lehet elérni, de előbb-utóbb problémák jelentkeznek, hiszen nem állnak hatalmunkban az értékek, amelyekre az egész életünket építettük. Az ember ekkor választásra kényszerül: ha azt választja, hogy továbblép az *etikai életszemléletbe*, akkor önmagát választja, a maga örök érvényességében. Amikor az egyén átlép az etikai életformába, önmagát úgy ragadja meg, hogy felismeri saját lényegét. Ez a lényeg a *szabadság*. Az ember ráébred szabadságára, ebben az állapotban képes helyesen látni az élet lehetőségét és értelmét. *Ráébred feladatára az életben*: e szerint kell élnie, ezt kell megvalósítani. Aki etikailag él, az is szereti élvezni az életet, tudja mi a pillanat varázsa, de nincs kiszolgáltatva hangulatainak, pillanatainak, vágyainak. Az ilyen ember nem esik kétségbe, bármilyen helyzetbe is sodorja az élet. Nem jellemző rá a beteges szorongás, mint arra, aki mindent kívülről vár. Önmaga feletti szuverenitását nem adja fel. Minden helyzetben meg tudja találni a feladatát. Nem feltétlenül akar jelentős életviszonyokba kerülni, hiszen tudja, hogy minden attól függ, mit lát az ember az egyes életviszonyokban. Kierkegaard továbbá egy mindennél

tökéletesebb életszemléletről is ír: ez a vallási életvitel. Minél inkább elmélyed az ember önmagában, annál inkább tudatára jut önmaga végességének, ekkor Istenhez fordul.

Orientáló kérdések

Miért nehéz megőrizni a lelki nyugalmunkat?

Melyek a tőlünk függő és független dolgok?

Mit jelent az, hogy az élet változás, a világ felfogás dolga?

Miért problémás a Kierkegaard által leírt ún. „esztétikai életszemlélet”?

Milyen előnyei vannak az „etikai életszemléletnek”?

Gondolja végig: melyik Kierkegaard által leírt életstádiumban van?

Megvitatásra ajánlott olvasmányok

Epiktétos kézikönyvecskéje (EPIKTÉTOS é. n.)

Marcus Aurelius elmékedései (MARCUS AURELIUS 1983)

Søren Kierkegaard: *Vagy-vagy* (KIERKEGAARD 1994)

Pierre Hadot: *A lélek iskolája. Lelkigyakorlatok és ókori filozófia* (HADOT: 2010)

A halál és a haldoklás problémája

Problémafelvetés

Fontos lenne, hogy mindenki a „saját” halálát halja, amely az élet részeként (az élet beteljesedéseként) értelmezett meghalással és halállal, egyéni felfogásnak megfelelő módon és környezetben való szembenézés lehetőségét jelenti.

Hadot utal rá, hogy a szókratészi-platóni filozófiai lelkigyakorlatok egyik fő célja a *halálhoz való megfelelő viszony* kialakítása. 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. A *Phaidon*-ban ezt olvashatjuk: „a helyesen filozofálók valóban gondosan

készülnek a meghalásra, és minden ember közül számukra a legkevésbé félelmetes a halál” .

A keresztény gondolkodás számára is alapvető jelentőségű a halállal való szembesülés, ami a földi élet végét, de egyúttal egy új élet kezdetét is jelenti. Philippe Ariès úgy véli, hogy a középkorban az európai ember félt a haláltól, ugyanakkor elkeseredés nélkül tudomásul vette annak tényét, a halállal szembeni attitűd ekkor félúton volt valahol a passzív belenyugvás és a misztikus bizalom között. A halálban a Sors mutatkozik meg, a haldokló elfogadja a halált egy szokásszerű, nyilvános rítus keretében.

A 16. század gondolkodója, Montaigne *Esszéiben* gyakran előkerül a halál témája. Az Első könyv Huszadik fejezete a következő címet viseli: *Bölcselkedni annyi, mint megtanulni meghalni*, első sora Cicerót idézi. Montaigne szerint hozzá kell szoktatnunk magunkat a halál gondolatához, meg kell fosztanunk idegenségétől, hiszen a halál bármikor és sokféle módon lephet meg bennünket. A halál elkerülhetetlen része a mindenség rendjének, egy másik élet kezdete. Az *Esszék* számos más helyén is olvashatunk erről a témáról (pl. I. könyv 11. fejezet, II. könyv 3., 6., 13., 35. fejezet, III. könyv 4. fejezet). Montaigne csodálja azokat az embereket, akik bátran szembenéztek a halállal, különösen Szókratészt, ugyanakkor arról is ír, hogy nem mindenki tudja elviselni azt „nyitott szemmel”, ezért el tudja fogadni azt az álláspontot is, hogy a legjobb halál a hirtelen halál.

Ariès szerint a 18. század elejétől az embereket elfogta az a kísértés, hogy kitolják haláluk időpontját, törődni kezdtek egészségükkel: az orvostudományhoz fordultak. A 19. században a halál rítusa még semmit sem változott, de elkezdik megfosztani drámaiságától, és a haldoklót környezete egyre inkább „megkíméli”, megpróbálja leplezni állapota súlyosságát, megtéve az első lépéseket a *halál „eltüntetése”* felé. A 20. század 30-as éveitől teljesen megváltozott a halállal szembeni attitűd. Korábban a haldoklás és a halál családi, baráti körben történt, társadalmi esemény volt, ettől az időszaktól kezdve a halál azonban teljesen *klinikai eseménnyé* vált. Ma a legtöbb nyugati ember a hosszú szenvedésekkel járó halált szeretné elkerülni. A nyugati országokban általában magas életkort érnek meg az emberek, s legtöbbször kórházi körülmények között halnak meg (70-80 %), többnyire hosszú lefolyású, hónapokig vagy évekig tartó szenvedéssel járó betegségben. Az újkorban megkezdődött szekularizáció, naturalizálódás és individualizálódás a 20. század végére oda

vezetett, hogy a haldoklás és a halál de-metafizikálódott, egyre inkább mindennapi és privát eseménnyé, egy *magányos és néma eseménnyé*, pusztán biológiai tényévé vált. Napjainkban már nem is beszélhetünk a halál kultúrájáról, a halál eltüntetésével jár, hogy az emberek többsége már nem tudja értelmezni a haldoklást és a halált, sőt nem is gondol rá, amíg megteheti. Norbert Elias bizonyos vonatkozásokban vitatkozik Ariès gondolataival, pl. úgy véli, hogy a középkori halál általánosságban nem volt nyugodt (pestisjárványok, erőszakosság, stb.), de azt elfogadja, hogy a jelenlét összehasonlítva a halál akkor kendőzetlenebb volt, a nyilvánosság előtt zajlott a haldoklás. *Atöbbi ember jelenléte* vigaszt jelenthetett, de ez attól függött, hogy ezek az emberek hogyan viselkedtek. Elias a halál „eltüntetését” egy civilizációs folyamat részeként értelmezi, amelynek jellemzője, hogy az emberi élet animális, elementáris vonatkozásait, amelyek veszélyt jelenthetnek az egyén és a társadalom számára, a társas élet kulisszái mögé rejtik, differenciáltabb módon veszik körül társadalmi és lelkiismereti szabályokkal. Elias szerint mindez a *haldokló magányosságához* vezetett: „Manapság a haldoklóhoz közelálló gyakran képtelenek támaszt és vigaszt nyújtani nekik szeretetük és gyengédségük bizonyításával. ... Pedig mint minden búcsú esetében, a fizikai fájdalom csillapításától eltekintve a végérvényesen távozó számára is talán az ismerősök változatlan szeretetének gesztusa a legnagyobb segítség, melyet a hátramaradottaktól kaphatnak.”

Érdekes ebben az összefüggésben elolvasni Martin Heidegger *Lét és idő* című művének vonatkozó részeit. Heidegger arról ír, hogy a halál a jelenvalólét (Dasein) létmódja, amelyet – mihelyt már van – magára vesz, így a jelenvalólét halálhoz viszonyuló lét (Sein zum Tode). A halál mint a legsajátabb vonatkozás nélküli, meghaladhatatlan lehetőség mutatkozik meg, és a halálba való belevettség a jelenvalólét számára a szorongás diszpozíciójában válik nyilvánvalóvá. A nyilvánosság a halált, mint állandóan előforduló eseményt, mint „halálesetet” ismeri, az erre vonatkozó kimondott vagy többnyire visszafojtott „menekülő” beszéd azt mondja: „az ember a végén egyszer meghal, de ez bennünket egyelőre nem érint”. „A halál elől való elfedő kísértés oly makacsul uralja a mindennapiságot, hogy az egymással létben a »közelálló« gyakran még a »haldoklóval« is elhítetik, hogy meg fog menekülni a haláltól, és hamarosan vissza fog térni gondoskodása tárgyát alkotó világának nyugodt mindennapiságába.” „Az akárki nem engedi, hogy bátran vállaljuk

a haláltól való szorongást.”

Bizonyos álláspontok szerint az *eutanázia* segíthet hozzá a „saját” halálhoz (az eutanáziáról lásd KOVÁCS 1999: 395-466.) Az eutanázia mindig csak korlátozó tényezők betartásával megengedhető végső eszköz, ezért nem jelenthet teljes megoldást a problémára. Egy olyan szemlélet kialakítására van szükség, amely az élet részeként fogadja el a halált, illetve amely elutasítja a szélsőséges megoldásokat. A *hospice-mozgalom* a halálba kísérés koncepciójának elfogadásán, illetve a palliatív orvostudomány alkalmazásán alapul: alapvető célja a súlyos szenvedéseket átélő beteg ember számára méltóságának megfelelő ápolást és környezetet biztosítani. A halálhoz és a haldoklóhoz való viszony átalakításának fontosságát hangsúlyozza Bitó László *Eutelia-koncepciója* (eutelia: jó vég) is. Bitó támogatja az önkéntes aktív eutanázia lehetőségét is, de úgy véli, hogy az eutanázia bevezetésénél többre van szükség. Az eutelia az életből való elkerülhetetlen kilépésünkhöz a szellemi felkészülést-felkészítést helyezi előtérbe, az eutanáziát egyes esetekben szükségesnek, de amennyire lehetséges, elkerülendőnek tekinti. Az eutelia „intézményei” hozzásegítenek ahhoz, hogy nyugodalmasabb legyen életünk utolsó szakasza.

Orientáló kérdések

Mi jellemzi kultúránkban a halálhoz való viszonyt?

Miért érdemes foglalkozni a halál és a haldoklás problémájával?

Beszéljen arról, hogy az Ön számára mit jelent a méltó halál, a „saját” halál lehetősége?

Hogyan viszonyul Montaigne a halálhoz? Hasonlítsuk össze az *Esszék* vonatkozó részeit!

Miképpen lehet enyhíteni a „haldokló magányosságát”?

Beszéljen arról: Ön hogyan viszonyul az eutanázia kérdéséhez? Lát erkölcsi különbséget az önkéntes aktív és passzív eutanázia között önkéntesség esetén?

Milyen euteliás intézményeket javasol Bitó László a könyvében? Vitassuk meg ezeket!

Megvitatásra ajánlott olvasmányok

Platón: *Phaidón*(PLATÓN 1983)

Michel de Montaigne: *Esszék I-II-III.* (MONTAIGNE 2013)

Philippe Ariès: *Gyermek, család, halál* (ARIÉS 1987)

Norbert Elias: *A haldoklók magányossága* (ELIAS: 2000)

Csejtei Dezső: *Filozófiai metszetek a halálról* (CSEJTEI 2002)

Pierre Hadot: *A lélek iskolája. Lelkigyakorlatok és ókori filozófia* (HADOT: 2010)

Martin Heidegger: *Lét és idő*(HEIDEGGER 2001)

Kovács József: *A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikábaeutanáziáról*
szóló fejezete (KOVÁCS 1999)

Bitó László: *Boldogabb élet – jó halál. Eutelia – eutanázia* (BITÓ 2005)

LOGOTERÁPIA ÉS EGZISZTENCIAANALÍZIS

Barcsi Tamás

Bevezető gondolatok

A Viktor E. Frankl által kidolgozott logoterápia és egzisztenciaanalízis célja: *tudatosítani az emberben az egyéni élet-értelem megvalósításáért viselt felelősségét.* Az egzisztenciaanalízis során semlegesnek kell maradni azzal a kérdéssel szemben, hogy az egyén ki vagy mi előtt érzi felelősnek magát (Isten, lelkiismeret, társadalom, stb.), és azzal kapcsolatban is, hogy miért, milyen feladatok teljesítéséért, értékek megvalósításáért érez felelősséget. Az alábbiakban a logoterápián alapuló személyiségfejlesztő tréninghez adunk szempontokat. A tréner *filozófiai beszélgetést* folytat a klienssel vagy kliensekkel (egyéni és csoportos változatban is alkalmazható a tréning) a szabadságról, a felelősségről, az egyéni élet-értelemről, az értékekről, a szenvedésről, a munkáról, a szerelemről, kérdéseket tesz fel, érvel, vitázik, elősegítve az értelmes élet megvalósítását.

Az emberi személy szellemi dimenziója

Problémafelvetés

A logoterápia megközelítése szerint az ember nem csak fiziológiai és pszichológiai dimenzióval rendelkezik, hanem egy sajátos emberi dimenzióval, a szellemivel is, továbbá 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 a szellemi dimenzió 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.

A *redukcionista szemlélet* nem veszi figyelembe az ember szellemi dimenzióját és az ember lényegi egységességét. A redukcionizmusnak 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 ösztöneik meghatározó szerepét hangsúlyozva), és a *szociologizmus*, amely az ember társadalmi meghatározottságát hangsúlyozza. Azt nem lehet tagadni, hogy vannak (biológiai, pszichológiai, szociológiai) meghatározottságok az ember életében, a logoterápia 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.

A pszichologisztikus megközelítések (mint a pszichoanalízis és az individuálpszichológia) – mivel az ember szellemi dimenzióját nem veszik figyelembe – nem tudnak mit kezdeni a „szellemi ínség” állapotával, amikor az ember úgy érzi, hogy nem talál értelmet az életében. Ennek alapja az ember „metafizikai” szüksége, az *„értelem akarása”*, 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). A logoterápia megközelítése szerint megbetegedni csak a pszichofizikai organizmus tud a szellemi személy nem. Ugyanakkor az értelemnélküliség akár elvezethet a pszichofizikum megbetegedéséhez is, másfelől az élet értelemmel telítettsége hozzájárul a pszichofizikai egészség megőrzéséhez. Viktor 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). Kialakulhat továbbá, testi és lelki tüneteket produkálva az ún. *noogén neurózis*, amelyet Frankl vezetett be, megkülönböztetve a jelenséget a pszichogén neurózisoktól

Ajánlott módszerek

A tréner ismerteti a logoterápia emberképét, megmagyarázza a főbb fogalmakat és összefüggéseket (az ember szellemi dimenziója, a redukcionizmus elutasítása, öntranszcendencia, öneltválasztás, az értelem akarása, egzisztenciális frusztráció, noogén neurózis) ezt követően értelmező beszélgetés következhet.

Néhány orientáló kérdés:

Mit jelent az, hogy az emberi individuum szellemi személy? Fogalmazza meg a saját szavaival!

Átélt már értelmetlenség-érzést? Most érzi úgy, hogy nem talál értelmet az életében?

Mit érzett/érez pontosan? Beszéljen róla részletesen!

Milyen veszélyeket hordoz magában az értelmetlenség-érzés elől a „látszat-értelem” világába menekülni (a fogyasztói kultúra élmény-világába, vagy éppen egy totális szervezetbe: pl. szélsőséges vallási szekta, politikai csoportosulás)?

Miért vezethet az értelmetlenség-érzés függőségek kialakulásához? Mi a véleménye, a mámoros állapotokba való menekülés valóban gyógyír az értelmetlenség-érzésre?

Az egyén élet-értelem vizsgálatára alkalmazhatók különböző tesztek: *Meaning in Life Questionnaire* (Steger és munkatársai), *Purpose-in-Life Test* (Crumbaugh és Maholick), *Logo-Test* (E. Lukas), *Existenz-Skala* (Längle és munkatársai).

Az élet értelmére irányuló kérdés

Problémafelvetés

Az egzisztenciaanalízis szempontjából az élet értelmére vonatkozó kérdés *sajátosan emberi kérdés*. Akkor tudom tehát megtalálni az életem értelmét, ha arra figyelek, én miért, milyen értelem beteljesítéséért 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. A logoterápiai felfogás szerint *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 engedelmisséget: hogy ezt tesszük-e vagy sem, az tőlünk függ, az emberi szabadságból adódóan. A lelkiismeret módszeres elnyomása konformizmushoz (és totalitarizmushoz) vezethet. A lelkiismeret *irracionális* jelenség, *tudattalan alapon gyökerezik*: az ember nagy egzisztenciális döntései gondolkodás nélkül, tudattalanul történnek, ezeket csak utólag racionalizáljuk.

A fentiek alapján az élet értelmére irányuló kérdés mindig csak egy adott személy és egy adott szituáció vonatkozásában tehető fel, de az ember hajlamos rákérdezni az *értelem alapjára is*: értelmes-e a világ, ha igen, miért az? Viktor 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.

A logoterápia felfogásában az emberi lét *felelős-lét*. A felelősség valamilyen *értelmmel szembeni* felelősség, illetve mivel az értelem beteljesítése értékek megvalósítása révén történik, ezért *értékek realizálásáért* 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 igazi feladatára. A logoterápia legfőbb célja tehát, hogy az egzisztencia konfrontálódjon a logosszal (az értelemmel). 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.

A logoterápiában *három alapvető érték-kategóriát* (értelem-megvalósítási módot) különböztetünk 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.

Ajánlott módszerek

A tréner ismerteti a logoterápia értelem-felfogását, megmagyarázza a főbb fogalmakat és összefüggéseket (felelős lét, értelem-találás, lelkiismeret, noodinamika, alkotói, élmény és beállítódási értékek) ezt követően értelmező beszélgetés következhet.

Néhány orientáló kérdés:

Egyetért azzal, hogy egy adott élethelyzetben egy adott ember számára egy valódi értelem van, ami megtalálható, feltárható, aminek megvalósításáért az egyén felelős?

Mit jelent felelősnek lenni egy értelem-lehetőség beteljesítéséért?

Milyen tényezők gátolják meg, hogy a lelkiismeretünkre hallgassunk egy adott helyzetben?

Milyen helyzetekben fordulhat elő, hogy alkotói értéket nem, de élmény-értéket és beállítódási értéket még tudunk realizálni?

Milyen helyzetekben fordulhat elő, hogy már csak beállítódási értéket tudunk realizálni?

Fontos tisztázni, hogy egy adott egyén milyen érték/ek megvalósításáért felelős az adott helyzetben. Ez nem könnyű, mert az ember sok esetben bizonyos tényezők

hatására nem látja tisztán, hogy mit is kellene tennie. Ebben nyújthat segítséget az ún. *logoterápiai teamorientált eljárás*. Itt 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*ek lefolytatására kerül sor, belső színpadunkon különböző, egymásnak *ellentmondó szándékokat képviselő hangok* szólalnak meg. A fontos az, 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 kliens elmondta a problémáját, a logoterapeuta 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 kliens ezt követően *beazonosítja a hangokat*, különböző – a lényegüket kifejező – *neveket* ad nekik. Engedjük a hangokat szóhoz jutni, illetve azt, hogy „beszédbe elegyedjenek” egymással. Mivel az egyén 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*. 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. Ezek a módszerek egy konkrét érték-konfliktus esetében is alkalmazhatók (lásd erről a krízisintervenciók fejezetet), de személyiségfejlesztés céljából is, hogy az egyén minél inkább tisztában legyen a saját útjával. Kifejezetten személyiségfejlesztés céljából használt Boglarka Hadinger az előbbiekhöz hasonló módszert, amely *az ember lényegi vonásainak* feltárására irányul. A cél, hogy a kliens megválaszolja a következő kérdéseket: milyen ember vagyok és milyen szeretnék lenni? A tréner itt rajzoltat a klienssel: az

adott állapotot szimbólumokkal vagy figurákkal kell ábrázolni (különböző méretben, formában, színben, az elrendezésre is figyelni kell: a dominánsabb tulajdonságokat jelző figurák álljanak előtérben). A kliens megszemléli a rajzot, amit beszélgetés követ. Majd egy új lapon azt kell ábrázolnia a kliensnek, hogy milyen lenne az ideális, illetve az adott helyzetéhez jobban illő elrendezés.

A munka, a siker, az elismerés értelméről

Problémafelvetés

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 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. 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, 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 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 *munkánélküli 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 munkánélküli 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.

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 logoterápia felfogása szerint a munka során *nem lehet a siker az elsődleges cél*. Alfried Längle 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 egzisztenciális frusztrációhoz vezet

Ajánlott módszerek

A tréner ismerteti a logoterápia felfogását a munkáról, a sikerről, az elismerésről, megmagyarázza a főbb fogalmakat és összefüggéseket (hivatás, alkotómunka, munkanélküli és vasárnapi neurózis, siker) ezt követően értelmező beszélgetés következhet.

Néhány orientáló kérdés:

Mit jelent a hivatásként felfogott munka?

Ön ki tudja magát teljesíteni a munkájában? Ha ott nem, a szabadidejében tud olyan tevékenységet végezni, amely hozzájárul az önkiteljesítéséhez?

Úgy véli, hogy a képességeinek megfelelő munkát végez?

Ha elégedetlen a munkájával, milyen munka lenne az Ön számára ideális (tekintetbe véve a képességeit, érdeklődését és a reális lehetőségeket)? Milyen konkrét lépések

kellenek ahhoz, hogy ilyen munkát végezzen?

Érezte már úgy, hogy nem tud mit kezdeni a szabadidejével, illetve, hogy értelmetlenül használja fel azt? Mit ért Ön a szabadidő értelmes felhasználásán?

Milyen konkrét lépések kellene ahhoz, hogy értelmesebben töltsen el a szabadidejét?

Volt már munkanélküli? Ha igen, milyen tapasztalatai vannak erről az állapotról? Ha nem, mit gondol, hogy viselkedne, ha elvesztené a munkáját?

Mit gondol, hogyan lehet értelmessé tenni a munkanélküliség időszakát?

Mit jelent az Ön számára a siker? Mit gondol, milyen veszélyei lehetnek annak az életfelfogásnak, amelynek központi eleme a külső elismerésként értett siker elérése?

Egyetért azzal a felfogással, hogy 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 szeretet, a szerelem értelméről

Problémafelvetés

A szeretet alapja az emberi méltóság tisztelete, de annál többet jelent, beszéljünk akár erősről, sztrogeről, filiáról vagy agapéről. Ezek közül az Én és a Te intim viszonya az erősz, 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.

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, amely a másik szellemi személyként való figyelembe vételét is megkívánja, sőt ez képezi a szerelem tényleges értelmét, illetve éppen a szerelem során hatolunk bele legmélyebben egy ember szellemiségébe. Nem pusztán szexuális beállítódásról van szó, amely csak testi vonzalmat jelent, de nem is csak erotikus beállítódásról (ez

utóbbi alatt a másik személyiségjegyei, lelki vonásai miatti vonzalmat értjük, 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. A szexuális aktust egy szellemi intenció kifejeződésének kell felfognunk. 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 beletörödni a szerelem hiányába (de a görcsös szerelem-vágy biztosan nem segít). A valódi szerelemben *a másik ember értékei* tárulnak fel, egy másik világ, amely gazdagítja a szerető ember világát. 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 feladata 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.

A szerelem integrálja a szexualitást (az integrált szexualitásnak előfeltétele az ember szerelemre való képessége). Napjainkban a pornográfia térnyerésének lehetünk tanúi, illetve a szexuális szabadság dicsőítésének, a szexuális „fogyasztási kényszernek”, amely során a szexualitás csupán mint teljesítmény lesz fontos. Ezek a jelenségek szexuális zavarokhoz is vezetnek (az impotenciasok esetében az „élvezetkényszer” eredménye).

Ajánlott módszerek

A tréner ismerteti a logoterápia felfogását a szeretetről-szerelemről, megmagyarázza a főbb fogalmakat és összefüggéseket (a valódi szerelem, vonzalom, féltékenység, hűség) ezt követően értelmező beszélgetés következhet.

Néhány orientáló kérdés:

Egyetért azzal, hogy a szerelem alapvetően szellemi viszonyulást jelent?

Milyen veszélyei lehetnek a pusztán szexualitásra alapozott kapcsolatnak?

Mennyire érzi úgy, hogy az aktuális szépségkultusz hatása alatt áll (a párválasztást tekintve)?

Mekkora szerepe van Ön szerint a fizikai szépségnek a szerelemben?

Ön úgy érzi, hogy partnerét szellemi személyként szereti, fizikai és pszichikai tulajdonságain keresztül őrá magára lát rá?

Mit gondol, a birtoklásvágy ténylegesen nem fér össze a valódi szerelemmel?

LOGOTERÁPIAI KRÍZISINTERVENCIÓ

Barcsi Tamás

Bevezető gondolatok

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. A következőkben az érték-konfliktusok feloldásáról, a krízishelyzetben alkalmazott beállítódás-modulációról, illetve a neurózisok kezeléséről lesz szó. Az előző fejezetben leírt logoterápiai alapú személyiségfejlesztés esetében is fontos lenne, hogy képzett logoterapeuta alkalmazza azt, a krízisintervenciós beavatkozásoknál ez elengedhetetlen.

Az értékkonfliktusok feloldása

Problémafelvetés

Az ember sok esetben azért kerül krízishelyzetbe, mert *nem tud választani értékek között*, képtelen feloldani valamilyen érték-konfliktust. A morális és az etikai értékek általános értelem-univerzálék, amelyek közül – hiszen az életelvek ellentmondásban is állhatnak egymással –, egy konkrét helyzetben választanunk kell, az adott helyzet kívánalmainak megfelelően, ezt lelkiismeretünkre tekintettel kell megtennünk. A logoterápia felfogása szerint egy adott szituációban egy adott egyén számára egy valódi értelem van, amit az egyén megtalálhat. Ez azonban nem mindig könnyű feladat, mert a lelkiismeretet (a Frankl által leírt értelemben) számos más „belső hang” összezavarhatja.

Ajánlott módszerek

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 az egyén 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 játszódtott 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. Az értékkonfliktusok feloldására az ún. *logoterápiai teamorientált módszerek különböző változatai* sikeresen alkalmazhatók (ezeket az előző fejezetben bemutattuk).

A beállítódás megváltoztatása traumatikus életesemény és a halállal való szembesülés esetén

Problémafelvetés

Súlyos trauma (pl. közeli hozzátartozó halála, egy súlyos betegség)esetén fontos, hogy az egyén megfelelő beállítódást alakítson ki *a szenvedéssel kapcsolatban*: a szenvedés megváltoztathatatlan kiváltó okára úgy kell tekintenie, mint amely új életfeladatokat jelent a számára. Az, hogy *miként fogja fel az adott szituációt*, az ő *szabad szellemi állásfoglalásán* múlik.

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*. Az ember *szabadon alakíthatja ki a beállítódását*, pl. valamilyen testi fogyatékossgával 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 egzisztenciaanalízis a szenvedésben értelemlehetőséget lát: ha megfelelő beállítódást alakít ki a személy a szenvedéssel kapcsolatban, akkor értéket valósít meg és ezzel értelmet teljesít be. 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.

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 értelemlehetőséget szalasztjuk el. Márpedig az élet passiójellegével szembe kell néznünk: az emberre ne csupán mint *homo sapiens*re vagy *homo faber*re tekintsünk, hanem mint *homo patiens*re 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*.

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 bűnbánatot gyakoroljon

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.

A *megbánásnak* és a *gyásznak* is megvan a maga értelme. A megbánásnak az, hogy egy külső történést a belső történésben meg nem törtéنتé 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).

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*” nem csorbítja az élet értelmét. Az emberi élet végessége, időbelisége tehát értelme szempontjából konstitutív.

Ajánlott módszerek

A terapeuta ismerteti a logoterápia felfogását a szenvedésről és a halálról, megmagyarázza a főbb fogalmakat és összefüggéseket (a szenvedéssel szembeni szabad szellemi állásfoglalás, a szenvedés mint áldozathozatal, a végesség értelem konstituáló szerepe) ezt követően értelmező beszélgetés következhet. Érdeemes elolvasatni Frankl *...mégis mondj igent az életre!* című művét és azután megbeszélni az olvasottakat. A koncentrációs táborok világáról szóló könyv ráébreszti az olvasót arra, hogy az ember szellemi szabadságából adódóan értelmesen alakíthatja életét minden helyzetben, még a legborzalmasabbban is.

Orientáló kérdések:

Miért fontos megkülönböztetni a szükségszerű és a nem szükségszerű szenvedést?

Egyetért azzal, hogy a szenvedés mint áldozathozatal teljesítményt és növekedést jelent?

Egyetért azzal, hogy a halál nem fosztja meg az életet értelmességétől, sőt konstituálja azt?

Ha egy súlyos betegségben szenvedünk, szenvedésünket miképpen lehet áldozathozatallá alakítani?

Mit jelent az, hogy a halállal való szembesülés arra kényszerít bennünket, hogy kihasználjuk életidőnket?

A mások halálával való szembesülés tehát kiváltja a saját halálunkkal és ezáltal az életünkkel való szembenézést, amely lehetőséget jelent a halállal és az élettel kapcsolatos eddigi beállítódásunk átállítására. A logoterápia ugyanakkor kifejezetten a haldoklók számára is segítséget nyújthat. (Az utolsó segélyről lásd: FRANKL 1997: 235-237., LUKAS 2008: 37-55., BREITBART – APPLEBAUM: 2011.)

A neurózisok kiegészítő kezelése

Problémafelvetés

A Frankl által bevezetett *noogén neurózis*, az egzisztenciális frusztrációból alakulhat ki, az embert ilyenkor *átható értelmetlenség-érzés* hatja át, noogén depresszió jellemzi.

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.

Kényszerneurózis esetén az egyén 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.

A *szexuálneurózis* esetekben (potencia- és orgazmuszavarok) Frankl leírása szerint az egyén 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 úgy látja, hogy a hiperintenció háttérében a szexualitás teljesítményjellege áll: a páciens úgy tekint a szexuális aktusra, mint egyfajta teljesítményre, amit elvárnak tőle.

Ajánlott módszerek

A terapeuta noogén neurózis esetén filozófiai beszélgetést folytat a pácienssel az élet értelméről és megpróbálja hozzásegíteni ahhoz, hogy megtalálja azokat az értelemlehetőségeket, amelyeket neki kell realizálnia. Nem szabad tehát önsajnálathoz feledkezni, hanem *valamilyen érték megvalósítására kell irányulni*, amelyre minden helyzetben lehetőség van. Az alkotói értékek realizálásának van prioritása, de érték megvalósításnak tekinthető az is, ha az ember élményeknek adja át magát. Bizonyos esetekben a *szenvédésváltja ki a noogén neurózist*, ekkor azt kell hangsúlyozni, 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.

A szorongásos, kényszer- és szexuálneurózis eseteiben a terapeuta vázolja a neurózis kialakulásának okát, a paradox intenció módszerével megpróbálja megszakítani a reakcióminta ördögi körét, a dereflexió módszerével pedig a saját életfeladataira való irányuláshoz, vagy a másik embernek való önátadáshoz segíti a páciens.

Szorongásos neurózis esetén *aparadox intenció* módszere kínálkozik megoldásnak, amely az ember öneltvárolódási képességén alapul: a problémával küzdő egyént 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 tekintszen 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.

A *kényszerneurózis* kezelésében is a leírt reakcióminta ördögi körének megszüntetése és a páciens saját életfeladatára irányulásának elősegítése a logoterápia célja. 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.

Szexuálneurózis esetében a terapeutának arra kell biztatni a páciens, hogy ne programszerűen tervezze el a szexuális aktust. 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.

IRODALOMJEGYZÉK

- Aaron T. Beck – A. John Rush – Brian F. Shaw – Gary Emery: A depresszió kognitív terápiaja. 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.
- Ariès, Philippe 1987: *Gyermek, család, halál*. Gondolat, Bp.
- 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.
- Babbie F (2003): *A társadalomtudományi kutatás módszertana*. Balassi Kiadó, Budapest.
- 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.
- Bánkyné Perjés B. Tánc történet dióhéjban. <http://www.tancolo.pte.hu/files/tinyömce/tancoloőeloadas.pdf>(2014.03.25.)
- Barcsi Tamás 2012: *A kivonulás mint lázadás*. Publikon, Pécs.
- Barcsi Tamás 2014: *A pozitív pszichológia és a jó élet filozófiája*. XVII. Apáczai Nap – tanulmánykötet, Győr, megjelenés alatt.
- 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.
- Bíró M. (2011) *Uszodai sportok.* Dialóg Campus Kiadó-Nordex Kft.
- Bitó László 2005: *Boldogabb élet – jó halál. Eutelia – eutanázia.* Athenaeum 2000 Kiadó, Bp.
- Bodrogi, A. (2006): Az addikciók kognitív viselkedésterápiája. In: Mórotz, K. – Perczel Forintos, D. (szerk.): *Kognitív viselkedésterápia.* Medicina, Budapest. 583-609.
- Boros Sz.(2014) Kocogás és futás hatása a szervezetre-A sportorvos véleménye. www.webbeteg.hu (2014.05.01.)
- 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, B. (2011): *Az elme gyógyítása.* Budapest. Háttér Kiadó. 286-296. old.
- 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.
- Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. (1983): A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour,* 24: 385–396.
- 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.
- Cox T. London: Health and Safety Executive; 1993. *(Stress Research and Stress Management: Putting Theory to work, CRR61.*
- Cox T. Sudbury: Health and Safety Executive; 1995. *Health and Safety Executive, Stress at Work: A Guide for Employers.*

- Cox T. Sudbury: Health and Safety Executive; 1998. Health and Safety Executive, 5 Steps to Risk Assessment, INDG163 (rev)
- Cox T. Sudbury: Health and Safety Executive; 2000. Health and Safety Executive, Work-Related Factors and Ill Health: The Whitehall II Study, CRR266.
- Cox T. Sudbury: Health and Safety Executive; 2001. Health and Safety Executive, Tackling Work-Related Stress: A Manager's Guide to Improving and Maintaining Employee Health and Well-being.
- Csejtei Dezső 2002: *Filozófiai metszetek a halálról*. Pallas Stúdió-Attraktor, Bp.
- Cserné Adermann G (1999). A tanulás- és kutatómódszertan alapjai. Janus Pannonius Tudományegyetem Felnőttképzési és Emberi Erőforrás Fejlesztési Intézet, Pécs
- Csíkszentmihályi Mihály 2009a: *A fejlődés útjai. A harmadik évezred pszichológiája*. Fordította: Buda Júlia, Nyitott Könyvműhely, 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.
- Dosztojevszkij, Fjodor Mihajlovics 1993: *Bűn és bűnhődés*. Fordította: Görög Imre és G. Beke Margit, Európa, Bp.
- Dosztojevszkij, Fjodor Mihajlovics 2002: *A félkegyelmű*. Fordította: Makai Imre, Jelenkor Kiadó, Pécs
- Dosztojevszkij, Fjodor Mihajlovics 2004: *A Kamarazov testvérek I-II.*, fordította: Makai Imre, Jelenkor Kiadó, Pécs
- Elias, Norbert 2000: *A haldoklók magányossága*. Fordította: Glavina Zsuzsa, Helikon Kiadó, Bp.
- Elméleti és gyakorlati kézikönyv a munkahelyi stresszkezelés helyes gyakorlatának kialakításához.
http://www.ommf.gov.hu/index.html?akt_menu=507 (2014.04.03.)

- Erdőfi-Szabó A. (2009) A stressz hatása az egészségre. Azaz, miként befolyásolják a környezeti ingerek a sejtek működését, magát az életet? www.biolbor.org
- Frankl, Viktor E. 1973: *Psychotherapy and Existentialism. Selected Papers on Logotherapy*. Penguin Books, Harmondsworth, Middlesex, England)
- Fodor, M. (2005): Addiktológia és drogkönyv. 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. 1997: *Orvosi lélekgondozás*. Fordította: Jakabffy Imre, Jakabffy Éva. UR Kiadó, Bp.
- Frankl, Viktor E. 1997: *Orvosi lélekgondozás*. Fordította: Jakabffy Imre, Jakabffy 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. 2012: *A szenvedő ember. Patodicea-kísérlet*. Fordította: Buncsák István, Kalocsai Varga Éva. JEL Kiadó, Bp.
- Frankl, Viktor E. 2012: *A szenvedő 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..
- George M. Mark, Andrew P. Smith: *Stress Models. A Review and suggested new direction*. 2008.
- Gere, I. – Szellő, J. (2007): Foglalkozási rehabilitáció. Fogyatékos Személyek esélyegyenlőségéért 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 függőségek pszichoterápiája. In: Szőnyi, G. – Füredi, J. (szerk.) (2000): A pszichoterápia tankönyve. Medicina. Budapest 2000. 486-500. old.
- Gerevich, J., Bácskai, E., Kő, N., Rózsa, S. (2001) Az Addikció Súlyossági Index (ASI) magyarországi reliabilitás és validitás vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 16:292-307.
- Giga SI ET AL(2003)The UK PERSPECTIVE :A REVIEW OF RESEARCH ON ORGANISATIONAL STRESS MANAGEMENT INTERVENTIONS. *Australian Psychologist*, 38, 158-164
- 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.
- Hadinger, Boglarka 2013: *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.
- 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 2001: *Lét és idő*. Fordította: Vajda Mihály, Angyalosi Gergely, Bacsó Béla, Kardos András, Orosz István. Osiris Kiadó, Bp.
- Joshi B.K. New Delhi: Pointer Publication; 2007. Stress Management.

- Juhász, Á. (2002): Munkahelyi stressz, munkahelyi egészségfejlesztés. Oktatási segédanyag, Munka- és Szervezet-pszichológiai Szakképzés, Budapest.
- Karamánné Pakai A. (2014.) A stressz szűrés mérési lehetőségek in. Barcsi T., Juhász É, Karamánné Pakai A., Szabó J. Munkahelyi lelki egészségvédelem Képzési és tanácsadási kézikönyv
- Karasek, R. A. (1979): Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, pp. 285-308.
- Karasek, R. és Theorell, T. (1990): *Healthy work. Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. Basic Books, New York.
- Kierkegaard, Søren 1994: *Vagy-vagy*. Fordította: Dani Tivadar, Osiris-Századvég, Bp.
- Klaw, E.- Humpreys, K. (2000): Life stories of Moderation Management mutual help group members. *Contemporary Drug Problems*. 27/winter
- Konkony Thege Barna 2005: *Az élet értelmessége és az egészségmagatartás*. In: *Az értelemkérdés sodrában*. Szerkesztette: Sárkány Péter. Bp., JEL Kiadó.
- Kopp Mária – Berghammer Rita (szerk.): *Orvosi pszichológia*. Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest. 2009. 451.-472. old.
- Kopp, M. (Ed.) (2008): *Magyar lelkiállapot 2008*. Semmelweis Kiadó, Budapest.
- KOVÁCS József 1999: *A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába*. Medicina, Bp.
- 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 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.

- Lamontagne A, D.: A Systematic Review of the Job- stress Intervention Evaluation Literature. 1990-2005. In: Journal for Occupation Environment Health, 2007. 13. 268-280.
- Lampek, K., Kívés, Zs.: Kutatásmódszertani és biostatistikai ismeretek. In: Oláh, A (szerk.) Az ápolástudomány tankönyve. Medicina Könyvkiadó, Budapest
- Längle, Alfried 2004: *Értelmesen 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.
- László K, Ádám Sz (2008) Munkahelyi stresszkezelő programok bevezetéséről. In: Kopp, M. (Ed.): Magyar lelkiállapot 2008. Semmelweis Kiadó, Budapest. 288-297.
- Lawrence R. Murphy, Joseph J. Hurrell: Accident reduction through stress management. In: Journal of Business and Psychology, Volume 1. Nr1, 1986.
- Liberman, R. P. (2010): Felépülés a betegségből. A pszichiátriai rehabilitáció gyakorlati kézikönyve. Oriold és Társai Kiadó. Budapest 2010. 37-88. old.
- Lukás, Elisabeth 2008: *Beteljesülés – értelemkeresés időskorban*. Fordította: Kalocsai Varga Éva. JEL Kiadó, Bp.
- Márkus Attila: Neurológia pszichológia szakos hallgatóknak. Akadémiai Kiadó. Budapest. 2006. 241. old.; 273.-276. old.
- Martos Tamás – Konkony 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.
- Montaigne, Michel de 2013: *Esszék I-II-III*. Fordította: Csordás Gábor, Jelenkor Kiadó, Pécs
- 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.
- 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.
- Müller A.(szerk)(2011) *Aerobik és fitnesz irányzatok*. Dialóg Campus Kiadó-Nordex Kft.
- Németh, A. (2000): A viselkedési addikciók jellegzetességei. in: Németh, A. – Gerevich, J.(2000): *Addikciók*. Medicina Könyvkiadó. Budapest. 2000
- Nietzsche Friedrich 2007: *Az Antikrisztus. Átok a kereszténységre*. Fordította: Csejtei Dezső, Attraktor, Máriabesnyő-Gödöllő.
- Nietzsche Friedrich 2010: *Jón és gonoszon túl. Egy jövőbeli filozófia előjátéka*. Fordította: Óvári Csaba, Attraktor, Máriabesnyő-Gödöllő
- Nietzsche, Friedrich 2001: *Így szólott Zarathustra*. Fordította: Kurdi Imre, Osiris, Bp.
- 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.
- Novák, M. – Vizi, J. (1999): *Az inszomnia jelentősége, diagnosztikája és terápiás megközelítése* HIPPOCRATES (BP) 1: 29-36.
- Ozsváth K. (szerk)(2011) *Pszichiátriai lexikon*. Oriold és Társai Kiadó.
- Pakai, A. – Kívés, Zs. (2013): *Kutatásról ápolóknak* 2. rész: *Mintavétel és adatgyűjtési módszerek az egészségtudományi kutatásokban*. *Nővér*. 2013. 26(3): 20-43. old.
- Pakai, A., Kívés, Zs. (2013) *Kutatásról ápolóknak*. *Mintavétel és adatgyűjtési módszerek az egészségtudományi kutatásokban*. *Nővér*, 26,3, 20-43.
- Péntes M(2004)*Egészséget támogató munkahely*. Módszertani füzetek I. http://www.emegy.hu/files/18/egeszseget_tamogato_munkahely.1307231159.pdf (2014.05.20)

- Perczel Forintos Dóra, Ajtay Gyöngyi, Barna Csilla, Kiss Zsófia, Komlósi Sarolta (szerk.) (2012): *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Budapest. Semmelweis Kiadó. 2012.
- Pestonjee D.M. New Delhi: Sage publication; 1999. *Stress and coping the Indian experience*
- Platón 1983: *Phaidón*. Fordította: Kerényi Grácia. In: *Platón válogatott művei*, Európa Könyvkiadó, Bp.
- 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.
- 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.
- Ram U. Pune: Deep Publication; 1998. *Suffering and Stress Management: West versus east*.
- Reisman, David 1996: *A magányos tömeg*. Fordította: Szelényi Iván, Polgár Kiadó, Bp.
- Ronald J. Comer: A lélek betegségei. *Pszichopatológia*. Osiris kiadó. Budapest. 2000. 51. 87. old. 149.- 1269. old.
- 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.
- Salavetcz Gy.(2008) A munkával kapcsolatos védő és veszélyeztető tényezők, az esélyteremtés lehetőségei. In: Kopp, M. (Ed.): *Magyar lelkiállapot 2008*. Semmelweis Kiadó, Budapest. 288-297.
- Salavetcz Gy.(2011): A munkahelyi stressz és az egészség összefüggései hazai és nemzetközi viszonylatban. Budapest, Doktori értekezés
- Seligman, Martin 2011: *Flourish – élj boldogan! A boldogság és a jól-lét radikálisan új értelmezése*. Fordította: Bozai Ágota, Akadémiai Kiadó, Bp.

- Siegrist, J. (1996): Adverse health effects of high -effort/low-reward conditions. In: Journal of Occupational Health Psychology, 1(1), pp. 27-41.
- Soldatos, C. R. – Dikeos, D. G. – Paparrigopoulos, T. J. (2000): Athens Insomnia Scale: validation o fan 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.
- Staunder 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.
- Staunder 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.
- Subhash S. SharmaModel of organizational stress for use within an occupational health education/promotion or well-being of members of the organization. Ind Psychiatry J. 2009 Jul-Dec; 18(2): 135–136. doi: 10.4103/0972-6748.6227
- 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 lakossági egészségfelmérés alapján. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 3: 247-255.
- Szabó, L. (1993): Szociális esetmunka Budapest. Szociális Munka Alapítvány. 38.-108. old.
- Szilas R, Csillag S(2008)Stressz a munkahelyen. HR és Szervezetfejlesztés.52(3)15-25.

- Szilasi RF.(2011) Munkahelyi stressz és szervezeti igazságosság. Budapest. Doktori értekezés.
- 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
- Tepper, B. J., Duffy, M. K., Shaw, J. D. (2001). Personality moderators of the relationship between abusive supervision and subordinates' resistance. *Journal of Applied Psychology*, 86, 974-983.
- Tölgyes, T. (2000): Viselkedés- és kognitív terápiák. In: Szőnyi, G. – Füredi, J. (2000): A pszichoterápia tankönyve. Medicina könyvkiadó Rt. Budapest. 2000. 306.-328.
- 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.
- Upstairs Consulting: Útmutató a munkahelyi stressz kezeléséhez a munkáltatók, felelős vezetők részére. http://www.ommf.gov.hu/index.html?akt_menu=507 (2014.04.03.)
- Upstairs Consulting: Útmutató a munkahelyi stressz kezelésére foglalkozás-egészségügyi szakemberek részére. http://www.ommf.gov.hu/index.html?akt_menu=507 (2014.04.03.)
- 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.
- Williams S, Cooper C. L.: Measuring Occupational Stress: Development of the Pressure Management Indicator. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1998, Vol. 3, No. 4, 306-321

- Zoller Rezső: Horkolás, légzéskimaradás – alvási apnoe? Springmed Kiadó. Budapest. 2012. 15.-28. old.

Internet:

- A fizikai munkakörnyezet helyes kialakításának jelentősége.
<http://erg.bme.hu/emia/2002/BesenyeiG/munkak.htm> (2014.03.26.)