



**TÁMOP-4.1.1.C-12/1/KONV-2012-0010**

**Gépészeti mechatronikai hálózati kutatás és képzési együttműködés projekt**

**Vállalati szolgáltatások alprojekt**

**5.3.1. Vállalkozási szolgáltatási igények és követelményjegyzék, illetve  
szolgáltatási kézikönyvek kidolgozása**

Alprojektvezető: Dr. Törőcsik Mária PTE KTK egyetemi tanár

**Munkahelyi lelki egészségvédelem – mentális egészség,  
stresszkezelés, változások elfogadásának segítése**

Szolgáltatási kézikönyv vállalatoknak

Készítette:

Barcsi Tamás

Juhász Éva

Karamánné Pakai Annamária

Szabó József

Pécs, 2014

ISBN 978-963-642-676-7

## Tartalomjegyzék

1. A mentálhigiéné fogalma, története, elméleti alapjai .....	3
1.1. A mentálhigiéné fogalma .....	3
1.2. A mentálhigiéné története .....	5
2. Munkahelyi mentálhigiéné .....	7
3. A stressz, stresszorok fogalma .....	13
3.1. Bevezetés.....	13
3.2. A stressz, stresszorok fogalma .....	13
4. Munkahelyi stresszorok.....	16
4.1. A munkafeladattal kapcsolatos stresszorok.....	16
4.2. A munkahelyi környezettel kapcsolatos stresszorok.....	18
4.3. A szervezetben betöltött szereppel kapcsolatos stresszorok.....	18
5. A stressz állapot testi és lelki jelei, következményei .....	18
6. A stressz hatása szervezeti szinten .....	20
6.1. Alacsony termelékenység.....	20
6.2. Hiányzás .....	20
6.3. A munkaerő nagymértékű elvándorlása .....	20
6.4. Munkahelyi feszültség.....	20
6.5. A kiégés szindróma (Burnout) .....	21
6.6. Megküzdés .....	21
7. Stresszkezelés.....	22
7.1. Pszichoedukáció .....	22
7.2. Viselkedésterápia.....	22
7.3. Kognitív viselkedésterápia .....	23
7.4. Asszertív (önérvényesítő) tréning.....	23
7.5. Pszicho-fiziológiai (érzelmi-testi) reakciók befolyásolása, levezetése .....	24
8. Alvászavarok, álmatlanság .....	25
8.1. Álmatlanság.....	25
8.1.1. Mi jellemző az álmatlanságtól szenvedő emberre? .....	26
8.1.2. Mit tehetünk a megfelelő mennyiségű és kellően pihentető alvás érdekében? .....	27
9. Szorongásos zavarok, hangulatzavarok.....	30
9.1. A pszichés zavarok felismerése.....	30

9.2. A hangulatzavarok.....	31
9.3. Mit tehetünk, hogy megelőzzük a depresszió és a szorongásos betegségek kialakulását? .....	32
10. Alkoholfogyasztás, alkoholfüggőség .....	32
11. Filozófiai praxis és logoterápia .....	36
11.1. Filozófiai praxis.....	36
11.2. A logoterápia és egzisztenciaanalízis alapjai .....	39
11.3. Logoterápiai krízisintervenció.....	43
Irodalomjegyzék.....	47

## **1. A mentálhigiéné fogalma, története, elméleti alapjai**

Napjaink rohamosan fejlődő és állandó átalakulásban lévő világában rendkívül fontos, hogy az emberek teljesítőképességük, fejlődőképességük és alkalmazkodóképességük érdekében ne csak fizikai, testi erőnlétüket, hanem szellemi és lelki működőképességüket is megőrizzék, szükség szerint korrigálják, és tovább fejlesszék.

A lelki egészség (mentálhigiéné) megőrzése, biztosítása és fejlesztése terén fontos szerepe van a mentálhigiénés szakembereknek, több humán terület dolgozóinak, önkénteseknek és természetesen magának az egyénnek is.

Egyre többen ismerik fel a kérdés fontosságát: nem csak a szakemberek, de a civil szerveződések képviselői, és az egyes érintett személyek is.

Így a lelki egészség védelme széles skálán mozog, kezdve az egyéni mentálhigiénétől egészen a közösségi mentálhigiéné elméleti és gyakorlati kérdésekig, amelyek leginkább a családi, az iskolai és a munkahelyi színtereken jelennek meg.

Meg kell jegyezni azonban, hogy a lelki egészség védelmének sikeressége, eredményessége elsősorban az egyén felelősségén és elhatározásán múlik. E nélkül még a legjobban felkészült mentálhigiénés szakemberek, rokonok, barátok és egyéb segítők sem tudnak tartósan jó eredményt elérni még a legoptimálisabb együttműködés és felkészültség mellett sem.

### **1.1. A mentálhigiéné fogalma**

A mentálhigiéné hosszú, bonyolult fejlődésen ment keresztül évszázados fejlődése során. Ennek megfelelően meghatározására is sok kutató vállalkozott, sokszor az éppen aktuális társadalmi és politikai helyzet által kívánt szempontoknak megfelelően.

Mai felfogás szerint a mentálhigiéné a lelki egészség megőrzésének és elősegítésének tudománya. Magában foglal ismereteket és szükséges intézkedéseket is, amelyekre azért van szükség, hogy megelőzzék a lelki rendellenességeket és javítsák az egyén pszichoszociológiai beilleszkedését a társadalomba, és képessé tegyék arra, hogy tudjon harmonikus szociális kapcsolatokat kialakítani.

A lelki egészség mibenléte, minősége nagyon sok tényező függvénye. Nagymértékben függ attól a kultúrától, amiben az egyén felnő és aktuálisan él. Szociális kapcsolatait és szociális környezete közvetítenek neki egyfajta kultúrát, amit ő maga is elfogad. Amennyiben az egyén sikeresen tud alkalmazkodni a környezete által elfogadott normákhoz, akkor egy

viszonylagosan kiegyensúlyozott testi-lelki állapot áll fenn. Amennyiben ez az alkalmazkodni tudás részben vagy teljességében sikertelen, akkor feszültség jön létre, és különféle mentálhigiénés zavarok keletkezhetnek, amelyeket az egyén megkísérel valami módon kompenzálni, extrém esetekben akár alkohollal vagy drogokkal is. A helyzet azért is komolyan veendő, mivel a kompenzációs technikák kezdetben átmeneti „sikereket” ígérnek, mint például öröm, feszültség oldódása, gyötrő gondolatok elmúlása vagy csökkenése. A rossz megoldás választásának felismerése, felismertetése, és az alkalmas alternatíva megtalálása, megtaláltatása és működtetése úgy az egyén, mint környezetének a feladata kell, hogy legyen. Ehhez van szükség mindkét oldalon a mentálhigiénés ismeretekre, és azok alapján a megfelelő intézkedések megtételére.

Napjaink modern társadalmában a mentális egészség nagyon szoros kapcsolatban áll az életstílussal és a (sokszor nem is tervezett, esetleg váratlan) életmódváltozással. Emiatt az egyes személyek és közösségek fokozott igénybevételnek, megterhelésnek vannak kitéve, ami fokozott és gyakoribb stresszhelyzetek folyamatos megoldani tudását teszi elengedhetetlenné.

Amennyiben felborul a szervezet egyensúlyi állapota, és az egyén már nem tudja kellőképpen kezelni a túlzott stressz által teremtett helyzeteket, zavart szenved mentális egészsége, magatartászavarok, pszichoszomatikus betegségek jelennek meg.

A lelki egészség fogalmának meghatározása napjainkban nagyon bonyolult kérdés. Mivel a mentálhigiéné erősen kultúrafüggő, előfordul, hogy különböző meghatározásokkal is találkozunk. Így különböző jellemzőket kiemelve megtapasztalhatjuk a kérdés összetettségét.

Maslow szükségletpiramisát tekintve megállapíthatjuk, hogy ha az egyes szinteken lévő szükségleteinket többé-kevésbé folyamatosan ki tudjuk elégíteni, akkor lelki életünk is rendben van (Maslow, 2003). Természetesen különböző szintű és különböző minőségű szükségletekről van szó. Pontosan ebből ered a meghatározás sokfélesége is. Hiszen elmondhatjuk, hogy lelki életünk rendben van, ha rendelkezünk az alapvető szükségletek kielégítésének a lehetőségével: van tető felettünk, nem kell éhezünk, békében, biztonságban élhetünk. De beletartozik a fogalomba az is, hogy van megfelelő szociális támogatottságunk, szeretet, tisztelet, megbecsülés övez bennünket, de rendelkezünk az önbecsülés lehetőségével és képességével is.

Amennyiben rendben van lelki egészségünk, akkor képesek vagyunk a változásokhoz adekvátan alkalmazkodni, helyesen tudunk reagálni bármilyen pozitív és negatív érzelmekre, képesek vagyunk megváltoztathatatlan helyzeteket elfogadni, értékelni és értelmezni anélkül, hogy lelki egészségünk tartósan vagy véglegesen kárt szenvedne.

Tehát a mentálhigiéné meglehetősen összetett fogalom, amit nehéz meghatározni, mert egyidejűleg vonatkoztatható ismeretek összességére, célokra, módszerekre, szemléletre és konkrét cselekvésekre és cselekvési programokra. Mindent magában foglalhat, ami a lelki egészség megteremtését, szinten tartását és javítását jelenti. Továbbá, sok szereplő aktív közreműködését is feltételezi, akik között – az érintett egyéneken túl – lehetnek kutatók, orvosok, elméleti szakemberek, humán szakmák, szociális hálózatok képviselői, de önkéntes segítők is. A tevékenység széles területet érint, kezdve a normák kialakításától, az ismeretek megszerzésétől egészen a nehéz élethelyzetek leküzdéséig, stresszhelyzetek megoldásáig.

A közösségi lelki egészségvédelem feladatában – a munkahelyen is – a súly leginkább a prevencióra helyeződik, de feladata a már kialakult károsodások oldása, orvoslása is.

## 1.2. A mentálhigiéné története

A mentálhigiéné fogalmának megjelenését egy amerikai üzletember, Clifford Beers 1908-ban megjelent könyvéhez kötik, amelyben kétéves, elmebetegekben töltött tapasztalatait írja le (Beers 1908). Célja az volt, hogy lehetőség nyíljon arra, hogy minél kevesebb ember betegedjen meg elmebetegségben, és ne kelljen ilyen betegséggel kórházba kerülniük. Könyve nyomán kialakult Amerikában egy mentálhigiéné mozgalom. Közülük egy ilyen volt a *józanági* mozgalom, amely az alkoholizmus és a drogfogyasztás ellen küzdött. Az *erkölcsi tisztaság és az egészséges közösségek* mozgalma a nemi úton terjedő betegségekkel szemben vette fel a harcot (ugyanis az elmebetegekbe felvett betegek többsége szifiliszben szenvedett, aminek késői szakasza komoly elmebetegségek tüneteit mutatta).

A mentálhigiéné mozgalom 1911-ben tartotta első kongresszusát. A mozgalom a két világháború között nagyon eredményes volt Európában, ahol leginkább a mélylélektani irányzatok terjedtek (pszichoanalízis, individuálpszichológia), még az ötvenes évek közepéig is. A harmincas években gyógyíthatóvá vált a szifilisz, és az elmebetegek halálozási adatai is javultak. Ezután elkezdtek intenzívebben foglalkozni a skizofréniával és a depresszióval, amely betegségeket ekkor még elsősorban örökletesnek tartották.

Ezt az elméletet használta fel a betegség átörökítésének megakadályozására – prevenció szándékkal – a náci Németország 1940-41-ben, ahol az elmebetegeket és fogyatékosokat kezdetben sterilizálták, majd később szervezeten kiirtották (E-Aktion, Aktion T4, euthanázia, eugenika, kb. 400 ezer áldozat). A mentálhigiéné ilyen jellegű értelmezése miatt megszűnt a mozgalom.

A korábbi szocialista országokban a mentálhigiéné szinte tiltott fogalommá vált, burzsoá áltudománynak tartották. Ehelyett a gyógyító, kuratív orvoslás került előtérbe. A pszichiátriai betegeket főként elektrosokkal kezelték, majd az 50-es években megjelentek a nyugtatók és az antidepresszív gyógyszerek, amelyeket sikeresen is alkalmaztak. Ennek következtében háttérbe szorult a megelőzés kérdése, de még a pszichoterápia is megtorpant a fejlődésben.

A *pszichiátria* és a *mentálhigiéné* fogalma Magyarországon még a II. világháború után sem nyert teret. A pszichiátriát a neurológia és az ideggyógyászat részeként kezelték. Csak 1980-ban alakulhatott meg az önálló pszichiátriai társaság. A 70-es években indultak el a közösségi terápiák, közösségfejlesztő módszerek, a családterápiás módszerek. A Társadalmi beilleszkedési zavarok című kutatás feltárta, hogy az országban nagymértékben növekszik a deviancia, aminek okát a megromlott lelki egészségügyi rendszerben látták. A felmérés nyomán ajánlott intézkedéseknek köszönhetően vált ismertté Magyarországon a mentálhigiéné fogalma.

A rendszerváltás után lendületes fejlődés tapasztalható:

- mentálhigiéné képzés indult, főként posztgraduális formában;
- a legkülönbözőbb szakmák képviselői részt vesznek benne;
- mentálhigiéné programok, projektek indultak;
- sokféle civil szerveződés is bekapcsolódott a munkába;
- a mentálhigiéné pozitív felfogása érvényesül;

Kiemelésre érdemes jelenség, hogy amíg külföldön létezett a *mentálhigiéné* fogalom, elnevezés (igaz többféle felfogásban), addig az hazánkban ismeretlen volt. Most viszont napjainkra, mire nálunk is meghonosodott, addig más országok nyelvéből kiveszett, és a mi fogalmaink szerinti mentálhigiéné fogalmát többnyire „lelki egészség” kifejezéssel adják vissza.

A mentálhigiéné fejlődését tanulmányozva komoly paradigmaváltásnak lehetünk tanúi. Míg a klasszikus felfogás szerint kizárólag az egészségügy felelős a beteg gyógyulásáért, addig a pozitív, nem (csupán) orvosi szempontból értelmezett helyzet megoldó kulcsa nagymértékben az érintett személy kezében van. A két felfogás szerinti különbségeket az alábbiakban, az 1. táblán szemléltetjük.

1. tábla: A klasszikus, medicinális és a nonmedikális felfogás különbségei

A klasszikus, medicinális felfogás szerint (pszichiátriai)	A nonmedikális felfogás szerint (pozitív mentálhigiéné)
egészség ↔ betegség	egészség ↔ betegség
<b>A célszemély</b>	
a páciens, a beteg	a kliens, a problémahordozó
<b>Értelmezés</b>	
ok-okozati megközelítés	holisztikus megközelítés
<b>Kezelendő</b>	
a betegség, a diagnózis (megbélyezés)	a probléma, az állapot (nincs megbélyezés)
<b>Tevékenység</b>	
terápia, kezelés, egyoldalú szakértés	konzultáció, intervenció, kölcsönös szakértés
<b>A közreműködő</b>	
orvos, terapeuta, szakértő	segítő, konzultáns, facilitátor, probléma-fogadó
Hiányosság-központú felfogás, a páciens „nem tehet róla” alárendelő kapcsolat, elszenvető helyzet.	A meglévő értékekre épít, a kliens felelős a helyzetért, egyenrangú felek kapcsolata.
Egészségügyön belüli (szervezeti, intézményi) elkülönítő, szeparáló „ <u>kusztodiális</u> ” (megőrző) elv.	Egészségügyön kívüli, non medikális „ <u>extramurális</u> ” (intézmény falain kívül) elv (színterek: járóbetegellátás, nappali kórházak, gondozók). A kliens családjának és tágabb szociális környezetének bevonása az ellátásba: „közösségi pszichiátria”

Forrás: Bagdy Emőke 1996

A mai, pozitív megközelítés szerinti mentálhigiéné működésének sikeressége sokban múlik az érintett személy együttműködési hajlandóságán és a segítők munkájának összehangoltságán.

## 2. Munkahelyi mentálhigiéné

A mentálhigiéné meghatározásába beletartozik az adekvát ismeretek, képességek megszerzése, a *megelőzés* is.

A munkahelyi mentálhigiéné a közösségi mentálhigiéné színtere lehet, oly módon, hogy az egyéni mentálhigiéné sem zárható ki belőle teljességgel.

A munkahelyi mentálhigiéné elsődleges feladata a prevenció, abból is a primer prevenció.



Az általánosan ismert felosztása alapján az elsődleges (primer) prevenció az, ami a kóros folyamatok kialakulását akadályozza vagy szünteti meg. A másodlagos (szekunder) prevenció a már elindult kóros folyamatokat állítja meg (pl. korai kezelésbevétel, kockázati tényezők kezelése). A harmadlagos (tercier) prevenció a már kialakult kóros folyamat kezelését, gondozását és rehabilitációját jelenti, amivel megállítható a szövődmények kialakulása, helyreállítható a funkcióképesség, javítható az életminőség és megelőzhető a visszaesés.

A munkahelyi mentálhigiénia feladata az, hogy felderítse a dolgozók lelki egészségére leselkedő veszélyeket, megelőzze a lelki egészség romlását, a lelki betegség kialakulását.

Mindezt leginkább az önismeret fejlesztésével, stresszhelyzetekkel való helyes megküzdési stratégiák kialakításával kívánja elérni.

A dolgozók munkavégzésük során gyakran kerülnek stresszhelyzetbe. Ezek az események általában befolyásolhatatlanok (vagy annak tűnnek), nem vártak, képességeink határait súrolják (úgy tűnik, kudarcot vallunk, és ez rontja énképünket is).

A legtöbb ember számára stresszt okozó tényezők:

- a túlterhelés vagy alulterhelés,
- a nem megfelelő munkafeltételek,
- a (gyakori) változások a munkában,
- a gyors technológiai változással való lépéstartás.

Szereppel kapcsolatos stresszt kiváltó okok:

- a szerep kétértelműsége,
- a szerepkonfliktus,
- a túl sok vagy a túl kevés felelősség másokért,
- az autonómia hiánya a munkavégzésben,
- a karrierfejlődés ritmusa (túl gyors vagy lassú),
- a végzettség alatti/fölötti foglalkoztatás.

A csoport szintjén jelentkező tényezők:

- az összetartás hiánya,
- a csoporton belüli konfliktus (mobbing),
- a felettséssel/beosztottal való problémás kapcsolat.

Szervezeti szinten jelentkező stresszt kiváltó okok:

- a rossz szervezeti légkör,

- az alkalmatlan vezetési stílusok,
- az ellenőrzési rendszerek alkalmatlansága,
- az elavult vagy alkalmatlan technológia,
- a túl alacsony fizetés,
- az állás bizonytalansága.

Szervezetén kívüli okok, amelyek kihatnak a munkahelyi teljesítményre:

- családi problémák (betegség, válás, stb.),
- anyagi problémák,
- társadalmi problémák,
- gyakori költözés,
- megterhelő munkába járás,
- életkörülmények.

Mindezekon kívül rendkívül hosszú még a sora azoknak a problémáknak, amelyek időnként meghatározott csoportokat érintenek. Pl. munkahelyi szexuális zaklatás, munka és család összeegyeztetése, vezetők-beosztottak, fizikai-szellemi dolgozók konfliktusai.

Évtizedekkel ezelőtt a közösségi mentálhigiéné leginkább a családokat és az iskolát részesítette előnyben, de napjainkban egyre nagyobb figyelem fordul a munkahelyi mentálhigiéné felé, úgy az elméleti, mint a gyakorlati témákat illetően.

Az emberek felnőtt életüknek nagyobbik részét munkahelyükön töltik, ami egyrészt azt jelenti, hogy munkaidejükben egy többé-kevésbé állandó, de mégis dinamikusan fejlődő és átalakuló szervezet és egyben emberi közösség tagjaként dolgoznak és együttműködnek, valamint megteremtik az egzisztenciájuk alapját biztosító anyagi bázisukat. A munkahelyi státus általában szoros korrelációban van a társadalmi státusszal. Minden munkahely nagyon komoly hatást gyakorol az egyénre, és nem szabad elfelejtenünk, hogy ezek a munkahelyi hatások más egyéb területről származó hatásokkal együtt akár módosulva, vagy azokat felerősítve bonyolult hatásmechanizmusokat működtetnek.

Napjaink állandóan változó világa gyakran készíti a munkahelyeket arra, hogy maguk is változzanak. Ebből eredően nem ritka üzemrészek, üzemek megszüntetése, összevonása, átszervezése. A munkanélkülivé válás tényét vagy annak fenyegető veszélyét, a munkaórák csökkentését, a munka mennyiségének növekedését sokan megélik nap mint nap, így a súlyos, esetleg folyamatos vagy ismétlődő lelki megterhelés sokaknál okozza a lelki egészség

megrendülését. Egyre több embernek jelent komoly kihívást a stresszhelyzetekkel való értelmes megküzdés, a lelki egészség egyensúlyának megtartása.

Általában a munkahelyek számára is problémát okoz, ha a dolgozó valamilyen lelki betegség miatt kerül betegállományba, ugyanis ezek a betegségek tartós távollétet eredményeznek. A munkaadó ilyen esetben vagy megosztja a munkát a többi munkatárs között, ami újabb feszültséghez vezethet, vagy újabb munkatársat vesz fel, akinek a kiképzése, betanítása időbe és pénzbe kerül, így anyagi hátrányt szenved a munkahely.

Előfordul az is, hogy maga a munkahely hozza frusztrált helyzetbe a dolgozót, akitől meg akar szabadulni – pl. értelmetlen vagy teljesíthetetlen munkával, esetleg nehezen értelmezhető feladatokkal gyakorlatilag kiprovokálva azt, hogy maga a dolgozó mondjon fel, és ne kelljen neki végkielégítést fizetni.

Ha viszont gyakoriak vagy sokasodnak az ilyen esetek, ha bármilyen okból is nagy a fluktuáció, akkor az a vállalat külső megítélését rontja, továbbá bizonytalanná teszi az állandó személyváltozások miatt a belső működést, a termelékenységet, ami további problémák megjelenéséhez vezethet.

A dolgozók közti jó együttműködés, a kreativitás, az adaptációs készség, a hatékony problémamegoldás csak olyan munkatársaktól várható el, akiknek stabil nem csak a testi, de a lelki egészsége is.

Tehát a mentálhigiéné kérdése mind a munkavállaló, mind a munkaadó szempontjából fontos kérdés. Ha a dolgozók lelki egészsége rendben van, akkor nagy valószínűség szerint a munkahely is jól működik. És igaz ez megfordítva is: ha jól működik a szervezet, akkor azt nagy valószínűséggel jó lelki egészséggel rendelkező dolgozók működtetik.

A munkahelyi mentálhigiéné a helyszín szempontjából is előnyös, mivel biztosan tudható, hogy ott adott időben együtt van az olyan emberek csoportja, akiknek vélhetően azonos problémáik és érdekeik vannak, vagy ezek egymással összefüggenek. Különösen azok számára fontos ez a lehetőség, akiknek más befogadó csoportjaik nem léteznek, vagy azok valamilyen okból nem megfelelően működnek.

A munkahelyi mentálhigiéné kérdése első sorban a szervezet különféle szinteken dolgozó vezetőinek a felelőssége. Ez azt jelenti, hogy egy vezetőnek önmagának is részt kell vennie különböző tréningeken, hogy saját maga is tudja a beosztottjai tréningjeit szervezni, irányítani vagy esetleg akár vezetni is.

Munkájukra igényes vezetők ma már megértik, hogy a szervezet eredményessége, sikeressége érdekében időről időre, előzetes tervek és szervezés szerint szükséges a dolgozóknak önismereti, kommunikációs valamint konfliktuskezelő és problémamegoldó tréningeken részt venni. Ez mindkét fél érdekeit közösen szolgálja. Erre szakosodott cégek ma már komplett, az adott szervezetre szabott tréningprogramokat kínálnak.

#### *A munkahelyi kommunikáció mentálhigiénés vonatkozásai*

Minden sikeres és eredményes szervezet működése a megfelelő munkahelyi kommunikációra épül, legyen szó akár verbális vagy nonverbális, szóbeli vagy írásbeli kommunikációról.

A munkahelyi kommunikáció már az álláspályázatra való jelentkezéssel, majd az állásinterjúval kezdődik. Még a legapróbb részlet is számít, mint például az öltözködés, a testbeszéd, a tájékozottság, az érdeklődés mértéke, a határozottság stb. Mindezen tulajdonságok, szándékok és üzenetek a kommunikáció útján jutnak el a beszédpartnerhez.

Minden szervezet életében folyamatosan valósulnak meg az egyirányú és a kétirányú kommunikációs formák. Az egyirányú kommunikációban az egyik kommunikációs partner informálja a másikat valamilyen tényről. Egy szervezet életében ez nagyon gyakori: pl. utasítások adása, feladatok kijelölése, események, eredmények kihirdetése (pl. üzemi faliújságon, üzemi lapban, belső levelezési rendszerben). A kétirányú kommunikációra is bőven találunk példákat, pl. projektmegbeszélés, munkaértekezlet, médiának adott interjú stb.

Minden kommunikációs szándék valamilyen célt kíván elérni. Ezért nagyon fontos, hogy az üzenet pontosan fogalmazott legyen, adott helyen, adott célközönséget célozzon meg, időben adekvát keretek között folyjon (az egyszerű, mindenki számára érthető üzenet gyors és célratörő legyen, a pontos tisztázást igénylő témák esetén hallgattassék meg minden vélemény).

Egy szervezeten belül – különösen, ha nagyobb szervezetről van szó – több szinten folyik a kommunikáció. Eszerint megkülönböztetünk vertikális irányú (felettes-beosztott) és horizontális irányú (azonos rangú, hasonló munkakörű dolgozók közötti) kommunikációt. Az első esetben a vezetői stílus nagymértékben befolyásolja a kommunikáció folyamatát, stílusát és kimenetelét.

A munkahelyi kommunikáció minősége azon túl, hogy meghatározza a szervezet működésének sikerességét, feltétlenül befolyásolja a dolgozók elégedettségét és a munkahely jó vagy rossz munkahelyi klímáját is.

A tapasztalat és számos felmérés tanúsítja, hogy minden munkahelyen adódnak olyan problémák, amelyek a (néha szándékolt) helytelen kommunikációból származnak.

A *mobbing* jelensége (pszichoterror a munkahelyen), ma már hazánkban is beszéd- és kutatási témává vált. Itt arra irányul egy csoport zaklató tevékenysége, hogy egy kiválasztott személyt kiutáljanak a közösségből. Míg gyermekközösségekben a kipécézett személy mindig a leggyengébb láncszem, aki valamiben eltér a többségtől (a dagi, a lusta, a szemüveges, a stréber stb.), addig a felnőttek társadalmában ez a személy gyakorlatilag bárki lehet, akár vezető, akár beosztott is. A mobbing úgy vertikális, mint horizontális irányban megvalósulhat. A jelenség legnagyobb veszélye, hogy a célszemélyt környezete teljességgel ellehetetleníti, kiközösíti, lelki betegségbe kergeti, ami nem ritkán a vállalatból való kilépéshez, komoly betegséghez, de akár öngyilkossághoz is vezethet.

A kommunikáció szintjén a mobbing a legváltozatosabb formában valósulhat meg: nem beszélnek az illetővel, ha belép a helyiségbe, mindenki elhallgat, fontos információkat tartanak vissza, de akár ennek az ellentettje is megvalósulhat: megjegyzéseket tesznek rá, szidalmaznak, ugratják, valótlan híreket terjesztenek róla (ma már nem ritkán akár az interneten is), sértő képeket posztolnak róla stb.

Egy jó munkahelyi klímában az ilyen eseteknek nem szabadna előfordulni. Ha a szándék fenn is áll, azt már csírájában el kell fojtani. Ennek megfelelő szakirodalma és szakértői vannak. Nem könnyű a probléma orvoslása, mivel a jelenség általában huzamosabb ideig láthatatlan marad (titokban történik). Legfontosabb feladat ez ügyben az, hogy a dolgozókat felvértezzük olyan ismeretekkel, amelyekkel képesek az ilyen helyzetekkel megbirkózni. Legfontosabb a célszemély részéről, hogy felismerje a helyzetet és már az első ilyen jellegű kísérletre ellenszegüljön, visszavágjon, ne hagyja magát. Továbbá, tudjon alkalmas segítséget kérni, tudja, hogy kihez fordulhat segítségért és azt meg is tegye.

A témában ma már a szakirodalmon kívül tréningek is rendelkezésre állnak.

A megfelelő munkahelyi kommunikáció fontos feltétele az *asszertív* magatartás is, ami az önérvényesítés képességét jelenti mások érdekeinek figyelembevétele mellett. Az asszertív viselkedés tulajdonképpen az arany középút a behódoló, alárendelt magatartásforma és a fenyegető, agresszív magatartásforma között. Az asszertív személyiség tudja, hogy mit akar elérni, és tisztában van a másik igényeivel is. Kellő önbizalommal rendelkezik, magabiztos a fellépése, képes nemet mondani a vállalhatatlan feladatokra. A véleménynyilvánításában konstruktív, mások gondolataira figyel. Ha nem ért valamit, akkor kérdez.

Az asszertív kommunikációs képesség elsajátítására is rendelkezésre állnak tréningek és szakirodalom is.

A jó munkahelyi légkör megteremtése és a dolgozói elégedettség szempontjából – ami alapfeltétele a jó szervezeti teljesítésnek, sikerességnek – feltétlenül fontos a belső kommunikáció folyamatos figyelemmel kísérése, annak javítása.

### **3. A stressz, stresszorok fogalma**

#### **3.1. Bevezetés**

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

#### **3.2. A stressz, stresszorok fogalma**

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

A stressz fogalma Dr. Selye János (1907-1982) magyar származású, Kanadában élő kutató professzor által vált ismerté az 1930-as években. Ő maga a következőképpen határozta meg a stressz fogalmát: „*A stressz a szervezet nem specifikus válasza bármilyen igénybevételre, olyan állapot, mely tartós alkalmazkodás és megterhelés esetén testi károsodáshoz vezet*”... (Selye 1955, Selye 1956, Selye 1965, Selye 1983)

Selye János munkássága során kétféle stresszt különböztetett meg a stresszorok által kifejtett hatás természete szerint, az egyik a pozitív (eustressz), a másik a negatív (distressz). Az *eustressz* az önbeteljesülés stressze, amellyel kapcsolatban pozitív élmények kerülnek előtérbe. Ezek az életesemények stimulálnak, erőt adnak ahhoz, hogy a későbbiekben az

egyén hasonló kihívásokkal is könnyedén szembenézzen. Az ilyen stresszorok hosszú távon mindenképpen építő jellegűek. *Distresszt* azok a felmerülő problémák okoznak, amelyekkel szemben az egyén tehetetlenséget, gátoltságot, félelmeket, és ezekből fakadóan cselekvésképtelenséget érez. Jelenlétük különböző testi és érzelmi tüneteket eredményezhet, melyek jelzik, hogy az adott szituációt nem megfelelően kezeli, s a megoldásba fektetett energia túl nagy igénybevételt jelent számára, amelyet nehezen pihen ki. A testnek ezért hosszú időre van szüksége ahhoz, hogy egyensúlyi állapotát visszanyerje. A feszült állapot hatására túlterheltnek érzi magát, és a továbbiakban az események túlélésére – és nem a megoldására – törekszik.

A mindennapi életünk során, munkavégzés közben számos olyan tényezővel is találkozhatunk, melyek stresszkeltőek lehetnek. *Stresszoroknak* a szervezetre ható külső erőket, körülményeket, vagyis mindazokat az ingereket nevezzük, amelyek a szervezetet alkalmazkodásra készítik.

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

*Traumatikus események* közé soroljuk a természeti (földrengés, szökőár, árvíz), vagy az ember által okozott katasztrófális hatású helyzeteket (2001. szeptember 11), a végzetes szerencsétlenségeket (autóbaleset), a testi épséget veszélyeztető magatartást (nemi erőszak, szándékos emberölés) és a fizikai támadásokat. Ezek azok az események, amelyekre nincsenek minták, mert szerencsére ritkán fordul elő az ember életében. Ilyen váratlan esemény hatására a túlélők különbözőképpen reagálnak az őket ért traumára, megfigyelhető egy általános viselkedési minta, amit katasztrófa-szindrómának neveznek. A katasztrófa-szindróma három szakasza különíthető el. A traumát elszenvedőkre először kábultság és zavarodottság

jellemző. A következő szakaszban passzivitást mutatnak, az utasítást bár követik, azonban önálló gondolkodásra képtelenek. Végül a harmadik szakaszban szorongani kezdenek.

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

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

Az életünk során vannak olyan események, amelyek azért tekinthetők stresszornak, mert olyan jelentős dolgokhoz kapcsolódnak, amely az élet egyes szakaszát, egész életünket vagy énképünket befolyásolja. *Az énképet negatívan befolyásolhatja*, ha az egyén úgy érzi, hogy egy feladat teljesítése meghaladja a képességeit, a rendelkezésre álló erőforrásait. Ebből következik, hogy nagyobb az esély a kudarcra, ami pedig negatívan befolyásolhatja az önmagáról kialakított énképet. Ezek az események bejósolhatók és befolyásolhatók, de a kimenetel nem mindig látható előre. Jellegzetes helyzet lehet egy álláskeresés és állásinterjú. Ilyen helyzetekben is mindenki számol az elutasítással, azonban mégis negatívan éli meg a legudvariasabb elutasítást is.

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

- *Függetlenség vagy függőség*



Stresszhelyzetben sokszor szeretnénk, ha gyermekkorunkhoz hasonlóan valaki gondoskodna rólunk és megoldaná problémáinkat, miközben az autonómiát keressük.

- *Magány vagy bensőséges (intim) kapcsolat*

A párkapcsolat hiánya, vagy épp a párkapcsolati problémák miatt kialakuló belső feszültség.

- *Együttműködés vagy versengés*

A közösségből való kiemelkedés vagy a közösségbe való beilleszkedés vágyának be nem teljesülése az alapja a belső konfliktusnak.

- *Az impulzusok kifejezése vagy az etikai normák betartása*

Az elfojtott érzelmek, gondolatok, vágyak okozta belső feszültség.

## 4. Munkahelyi stresszorok

Az elkövetkezendő évtizedben népegészségügyi szempontból is kiemelkedő jelentőségű probléma lehet a munkahelyi stressz. A munkahelyeken tartósan jelenlévő stresszorok következménye lehet a hiányzások számának növekedése, a munkavállaló motivációjának csökkenése és a teljesítményromlás.

### 4.1. A munkafeladattal kapcsolatos stresszorok

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

– *Mennyiségi vagy minőségi túl- vagy alulterhelés.*

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

A *minőségi alulterhelés* összefüggésben van a monotóniával. Olyan munkafolyamatok végzése során alakulhat ki, ahol azonos, egyszerű, ismétlődő, rutinmozdulatokból álló feladatokat kell a dolgozónak elvégezni. A monotónia olyan veszélyeket rejt

magában, mint például csökkenti az éberséget, a gyors és hatékony reagálás lehetőségét, ennek hiánya pedig növeli a baleseti kockázatok számát.

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

– *Munkafeltételek.*

A hatékony, gyors, biztonságos munkavégzéshez elengedhetetlen feltétel a megfelelően kiépített munkavégzési háttér (pl. eszközök). Jelentős stressz forrás, ha a munkafeltételek a dolgozó számára nem biztosítottak. A lehetőségekhez mérten az is fontos lenne, ha a munkavállaló véleményét nyilváníthatna abban, hogy milyen eszközökkel, milyen ütemezéssel végezze a munkáját, ezáltal a munkavállaló is jobban magáénak érzi a feladat elvégzését. Míg ez az egyik oldalon a motiváció növekedésével jár együtt, s így akár az egyén munkájának hatékonyságának növelését is eredményezi, addig a másik oldalon súlyos stressz forrásként is felléphet. Ha egy dolgozó folyamatos elutasításra talál a munkaterületén, akkor az hosszú távon nem csak a munka elvégzésével kapcsolatos motivációját csökkenti, de nem is érzi magát kellően megbecsültnek, s ez hosszú távon súlyos önértékelési problémákat okozhat.

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

– *Változások a munkában.*

Stresszt jelenthet az is, ha a mindennapos munkavégzés tekintetében gyakoriak a változások a kiadott munkafeladat, értékelés, feltételek, eszközök tekintetében, ami a munkavállaló saját szakértelmében, képességében okozhat bizonytalanságot.

– *Lépést tartani a gyors technológiai változással.*

A napjainkra gyors ütemű technikai fejlődés jellemző, aminek hatására modernebb technikai eszközök, eszközparkok kerülnek bevezetésre. Az új eszközök az egyéntől állandó tanulást és alkalmazkodást kívánnak, ami újabb feszültségforrást eredményezhet.

A mindennapos feladatok elvégzése során a fent jelzett stresszorok mellett számos egyéb tényezőt is vizsgálhatnának még, mint például határidők, a fizikai igénybevételből eredő fáradtság, a hibázás (pénzbeli és karrier szempontú költségek).

#### **4.2. A munkahelyi környezettel kapcsolatos stresszorok**

Stresszorok lehetnek a fizikai környezetből érkező ingerek, mint például a zaj, a hőmérséklet, a nem megfelelő megvilágítás, a kellemetlen szagok, a szennyezett levegő, a személyes tér hiánya, a túlszűfoaltság, az elvonulási lehetőség hiánya. Az egyén toleranciája jelentősen meghatározza, hogy ki mennyire tudja elviselni ezeket a kellemetlen, zavaró környezeti ingereket.

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

A betöltött szereppel kapcsolatos stresszorok három - egyéni, csoportos és szervezeti - szinten taglalhatók. *Egyéni szinten* a szerep kétértelműség, a szerepkonfliktus, a túl sok vagy túl kevés felelősség más dolgozókért, az autonómia hiánya, vagy éppen a túlzott autonómia, a karrierfejlődés, előléptetés kérdése okozhat problémákat. *Csoport szinten* a probléma háttere lehet az összetartás hiánya, a jó munkatársi kapcsolatok hiánya, csoporton belüli konfliktusok, felettséggel vagy beosztottal való nem megfelelő viszony. *Szervezeti szinten* a dolgozók körében a stressz teljesítménycsökkenéshez vezethet.

### **5. A stressz állapot testi és lelki jelei, következményei**

Az életben maradás alapvető feltétele, hogy az egyén azonnal felismerje a veszélyt és eldöntse: harcol vagy menekül. Veszélyhelyzetekben az ideg- és hormonrendszer azonnal adrenalint és mellékvese-kéreg hormonokat (kortizolt) mozgósít, s minden szerv működését a küzdés vagy menekülés szolgálatába állítja. A stressz testi, érzelmi, mentális és viselkedésbeli tüneteit a 2. tábla foglalja össze.

2. tábla: A stressz testi, érzelmi, mentális és viselkedésbeli tünetei

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

Forrás: Puff B, 2012

### *Pszichoszomatikus tünetek előfordulása a stressz hatására*

Pszichoszomatikus megbetegedések során a test (görögül szóma) és a lélek (görögül psziché) között megbomlik az egyensúly. A tünetek kialakulásáért felelős oki tényező valamilyen megoldatlan lelki vagy szociális probléma, mely az egyénnél stresszt, szorongást eredményezhet. A panaszok tartós fennállása esetén először szakorvossal kell ellenőriztetni, nincs-e szervi ok a háttérben. Amennyiben tényleg pszichoszomatikus tünetről van szó, a szorongás megszűnésével a probléma automatikusan rendeződik. Leggyakrabban előforduló pszichoszomatikus tünetek a kardiovaszkuláris betegségek közül a magas vérnyomás és a szívinfarktus, a gyomor-bélrendszert érintő gyomor- és nyombél fekély, irritábilis colon szindróma és a colitis ulcerosa, a légzőrendszer betegégeinél az asthma bronchiale és torokszorítás, a különböző típusú fejfájások (tensiós fejfájás, migrén), a menstruációval összefüggő premenstruális distressz tünetcsoport, a bőrgyógyászati betegégeknél az ekcéma és a pikkelysömör (psoriasis).

## **6. A stressz hatása szervezeti szinten**

### **6.1. Alacsony termelékenység**

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

### **6.2. Hiányzás**

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

### **6.3. A munkaerő nagymértékű elvándorlása**

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

### **6.4. Munkahelyi feszültség**

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

## 6.5. A kiégés szindróma (Burnout)

A kiégési szindróma tünetegyüttes fogalma Herbert Freudenberger (1974) pszichoanalitikus nevéhez fűződik. A fogalmat a szakmai viselkedés leírására alkalmazta, amely szerint az egyén fizikai és lelki erőforrásának kiapadásáról van szó. *„Ez a szindróma krónikus, emocionális megterhelések, stresszek nyomán fellépő fizikai, emocionális, mentális kimerülés állapota, amely a reménytelenség és inkompetencia érzésével, célok és ideálok elvesztésével jár, s amelyet a saját személyre, munkára, illetve másokra vonatkozó negatív attitűdök jellemeznek”* (Fekete 1991). A fogalom szerint tartós érzelmi megterhelés, stressz hatására a személy fizikai, lelki és érzelmi kimerülés állapotába kerül, és ezt a szokásos módon nem tudja megoldani.

A munkahelyi kiégés olyan pszichológiai tünetcsoport, amely tartós, személyek közötti stresszkeltő tényezőkre adott válaszként értelmezhető, melyből kiderül, hogy a munkahelyi kapcsolatokban rejlő stressz tényezők alapján ragadják meg a jelenséget. A fogalom meghatározásában az individuális és környezeti meghatározottság egyaránt megjelenik.

A kiégés ciklikusan ismétlődő folyamat. *Edelwich* és *Brodsky* felosztása alapján négy szakasza különíthető el (Edelwich, Brodsky 1997). Az első fázis a kezdeti nagy lelkesedés, idealizmus, amelynek vezető jellegzetessége, hogy az irreális elvárások rendszere mellett az egyén sok energiával, felfokozott segítési szándékkal végzi a tevékenységét. Ezt a stagnálás, kiábrándulás - második fázis - követi. Az egyén megtorpan, fáradtság jelentkezik nála, a teljesítőképessége csökken. A harmadik frusztráció időszak alatt egyre idegesítőbbek a munkával kapcsolatos terhek. Az egyén a munkájának értékével és hatékonyságával kapcsolatban elbizonytalanodik. Végül a negyedik fázis az apátia (közönyösség), amikor a szakmai munka rutinszerűvé válik, az egyén elkerüli a kihívásokat.

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

## 6.6. Megküzdés

Miután áttekintettük az egyénre és a szervezetre nézve a stresszorok rövid és hosszú távú hatásait, e fejezetben azzal is foglalkozunk, hogyan lehet ezekkel a károsító faktorokkal megküzdni, azokat megelőzni, csökkenteni.

Stone és Neale (1984) szerint megküzdésnek tekinthető minden olyan cselekvés vagy kognitív művelet, amelyet az egyén tudatosan alkalmaz egy stresszteli szituáció kezelésére, vagy az anticipált fenyegetés hatására keletkező feszültség feldolgozására (Stone és Neale 1984). A *megküzdési képességek*, a *coping* stratégiák azt mutatják meg, hogyan tud a személy a nehéz, stresszkeltő élethelyzetekkel megbirkózni. Minél többféle megküzdési stratégiát ismer és alkalmaz az egyén, annál nagyobb az esélye az adott stresszhelyzetben testi-lelki-szociális egyensúlyának megőrzésére, helyreállítására.

## 7. Stresszkezelés

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

### 7.1. Pszichoedukáció

A hatékony programok során fontos, hogy az egyén megértse az összefüggéseket a külső tényezők, saját pszichés reakciói és viselkedése, valamint az egészségkárosító szokásai, tünetei között, mert csak ez által lesz képes elfogadni a változás szükségességét. A pszichoedukáció célja nemcsak az egyén (illetve hozzátartozóik) tájékoztatása a fennálló betegségről, pszichés problémákról, tünetekről, de magában 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).

### 7.2. Viselkedésterápia

Azok a terápiás módszerek sorolhatók ide, 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 tanulásméletekre épül. Minden viselkedésünk tanult, vagyis az életünk folyamán kialakult különböző

viselkedésformák (a nemkívánatos, káros viselkedés) kialakulásában is jelentős szerepe van az átélt tapasztalatoknak és a tanulásnak. A terápia - a nem hatékony viselkedés helyett - egy eredményesebb viselkedés megtanulására fókuszál. A kliens megtanul megküzdni a nehéz helyzetekkel. Új, adaptívabb viselkedéseket tanul meg, miközben elsajátítja a nem kívánt cselekvés feletti uralmat is. A tanulási folyamat során megváltozik a külvilágról alkotott belső képe, ezáltal nem észlel veszélyeket ott ahol nincs (pl.: vizsga).

### **7.3. Kognitív viselkedésterápia**

A kognitív terápia elősegíti, hogy az egyén felismerje és azonosítsa azokat a hibás, káros, torz gondolkodási mintázatokat, stresszkeltő eseményeket, amelyek a fiziológiai tüneteket okozzák. A kliens megfigyeli a különböző szituációkban 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, szomatiform zavarok, kapcsolati zavarok, krízis, pánikbetegség, depresszió kezelésére.

### **7.4. Asszertív (önérvényesítő) tréning**

Az assertivity angol kifejezés, magyar megfelelője az önérvényesítés. Az asszertív viselkedés egy olyan készség, mely bármikor megtanulható, fejleszthető. Elsajátítása elősegíti és megkönnyíti a reális önértékelést, a konfliktushelyzetek feszültség-mentesebb megoldását, önmagunk és mások elfogadását és tiszteletét. A tréning célja a hatékony önérvényesítés kifejezése, egyben 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 nonverbális kommunikáció elemeit (testbeszéd, stb.), képessé válik kifejezni a pozitív és negatív érzéseit, elmondani a személyes véleményét és ellenvéleményét, megtanul „nemet” mondani és hatékonyan képviselni az érdekeit.



## 7.5. Pszicho-fiziológiai (érzelmi-testi) reakciók befolyásolása, levezetése

A testi-lelki reakciók tünetei 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.

A testi feszültség csökkentésének leghatékonyabb módja a relaxáció. 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, a vérnyomás, mérsékeli az izzadást és a légzésszámot.

Emellett a légzésgyakorlatok hatékonyan enyhítik a szorongásos panaszokat is, a depresszió tüneteit, az ingerültséget, a feszültséget, a fejfájást, a kimerültséget. A légzésgyakorlatokat kiválóan lehet alkalmazni különböző stresszhelyzetekben is. 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.

A testedzés, sportolás, fizikai mozgás, mint a mentális egészség önálló védőfaktora, ami egyben hozzájárul a stressz csökkentéséhez is. Rövidtávú hatásként kiemelhető a szorongás oldása és a 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.

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 nem csak reggel, hanem a nap közepén is jelentkezhetnek. Az egyén a fáradtság mellett, szédülésről, koncentráció-zavarról és ingerültségről számol be. Ezért nagyon fontos mindent megtenni a pihentető alvás érdekében.

## 8. Alvászavarok, álmatlanság

### 8.1. Álmatlanság

Európában és általában a nyugati világban, főként a városokban jellemző, hogy egyre több ember küzd alvási nehézségekkel. Ennek okai főként abban keresendők, hogy mindennapi életünk szempontjából egyre kevesebb a különbség az éjszaka és a nappal között. A non-stop üzletek, az éjszaka is elérhető szolgáltatások, a reggelig nyitva tartó szórakozóhelyek az igénybe vevők számára okozhatják a napszakok keveredését, miként azok a munkahelyek is, ahol több műszakos, folyamatos termelést folytatnak. Ezek a munkahelyeken - az állandó egészségügyi szolgáltatókhoz hasonlóan - a dolgozók is kihívások előtt állnak. 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 hosszan tartó álmatlanság a legújabb kutatások szerint, önmagában is okozhat számos krónikus testi betegséget, de egyben következménye is lehet azok némelyikének. Leginkább azok veszélyeztetettek, akik változó munkarendben dolgoznak, mivel ezek az emberek gyakran a munkájuk következtében nem képesek kontrollált napirendet fenntartani. Sokszor arra kényszerülnek, hogy napközben lehúzott redőnyök mellett aludjanak, és éjszaka tevékenykedjenek 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 az egyén 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.

### 8.1.1. Mi jellemző az álmatlanságtól szenvedő emberre?

Az álmatlanság hosszabb távú fennállásának következtében kialakuló állapot erőteljes szenvedéssel jár (örökös fáradtság, álmoság, koncentrációs nehézségek, memóriaromlás, ingerlékenység), ami gyakran kórházi orvoshoz fordulásra az érintetteket. (Sajnos nem mindig, hiszen a munkahely elvesztésétől való félelem gyakran akadály lehet.) Napjaink általánosan elterjedt gyakorlata, hogy a háziorvos ilyenkor 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 (hozzászokás), ami az adag növelését vonja maga után, gyakran így sem biztosítva a megfelelő mennyiségű és minőségű alvást. Az inszomnia fennállásának egyszerű, szinte biztos megállapítási módja lehet a nemzetközi gyakorlatban elterjedt, bevált önkítöltős teszt, az Athén Inszomnia Skála, amivel bárki, önmaga is felmérheti állapotát. Ha valaki legalább 10 pontot elér, akkor nagy valószínűséggel fennáll az inszomnia diagnózisa, de ha 8-9 pontot ér el valaki, akkor is érdemes némi figyelmet szentelni alvási szokásaira, a későbbi problémák kialakulásának elkerülése céljából. Ez az önkítöltős 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 szerint az adott probléma súlyosságát.

#### *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
- 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

Forrás: Soldatos et al, 2000

### **8.1.2. Mit tehetünk a megfelelő mennyiségű és kellően pihentető alvás érdekében?**

Az alvási és alváskörüli szokásokban és az alvási környezetben megtehető egyszerű, apró változtatások gyakran jól szolgálják alvásunkat. Ezeket a változásokat, változtatásokat 11 téma köré csoportosíthatjuk:

1. Tartson szigorú *napirendet!* Lehetőleg minden nap azonos időben keljen fel és fekdjön 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 (tisztá levegőjű, csendes, sötét szoba, szükség esetén füldugó, megfelelő páratartalom, megfelelő mennyiségű matrac és párna, természetes anyagokból készült ágynemű, hálóruha)!
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!

Fontos tudnivaló, hogy aki ezzel a módszerrel próbálja alvását jobbitani, ne legyen türelmetlen, még ha nagyon szenved is a kialvatlanságtól. A 11 szabályt felmenő rendszerben kell bevezetni. 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.

#### *Egyéb lehetőségek*

Ha valaki saját magán az inszomnia tüneteit tapasztalja, minden további nélkül alkalmazhatja önmagán a fenti szabályok bevezetését. Fontos tudni azonban, hogy az inszomnia nagyon ritkán jár önmagában, legtöbbször más testi, lelki betegségek, vagy súlyosabb alvászavarok kísérő tünetegyütteseként jelenik meg. Éppen ezért az általunk javasolt

„öngyógyító” módszer mellett okvetlenül fontos, hogy orvoshoz forduljon az alváshiánytól szenvedő személy, hogy az esetleges problémák feltárásra és kezelésre, vagy éppen kizárásra kerüljenek.

Súlyosabb problémák fennállása esetén alváslaboratóriumokhoz, alváscentrumokhoz fordulhatunk segítségért. Magyarországon több 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, összetettebb problémával állunk szemben.

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 melatonin termelésre, 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 jelenti, 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, jógyakorlatok.

## 9. Szorongásos zavarok, hangulatzavarok

Napjainkban világszerte megfigyelhető tendencia, hogy egyre több ember küzd olyan pszichés zavarokkal, amelyek hosszabb távon súlyosan károsíthatják munkaképességét és közvetve testi egészségét is. 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 (Wadell 2011). Komoly probléma még az is, hogy ezekhez a betegségekhez gyakran súlyos társadalmi előítéletek tapadnak, emiatt az érintettek gyakran végsőkig titkolják szenvedésüket. A kezelés késői megkezdése pedig nagyban rontja felépülési esélyeiket.

### 9.1. A pszichés zavarok felismerése

Általánosságban véve megállapítható, hogy a pszichés rendellenességek az alábbi négy fontos jellemzővel rendelkeznek:

1. Deviánsok (társadalmi értékektől, normáktól elhajlók, eltérők)
2. Szervedést okoznak
3. Diszfunkcionálisak (felborítja a mindennapi életet, társas kapcsolati, munkavégzési képtelenséggel jár)
4. Veszélyeztető (veszélyt jelent önmagára, vagy másra vonatkozóan)

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, de az adaptív, a saját túlélésünket, épségünket biztosító funkció rejlik mögötte, amelynek az evolúció során igenjelentős szerepe is volt. A félelemhez hasonló, ám konkrét környezeti ingerhez, tudatosult fenyegető veszélyhez nem tartozó megjelenése ennek az érzelmi 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*.

## 9.2. A hangulatzavarok

Az emberi hangulat rendkívül változékony, az élet eseményei által nagyban befolyásolt, meghatározott állapot. Hangulatzavarokról általában akkor beszélünk, ha ez az eseményekhez kötött változékonyság eltűnni látszik, és az egyén a vele történő dolgoktól függetlenül hosszú ideig marad ugyanabban az általában szélsőséges hangulati állapotban. Két fő megjelenési formája a depresszió és a mánia. Az első egy igen reménytelen, szomorú, sivár, nyomasztó állapot, míg a mánia annak éppen ellenkezője, egy eufórikus, tettekre kész, energiagazdag állapot. A depressziótól szenvedő emberek nagy része soha nem él át 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 a 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 életeseeményeinek hatására alakul ki.

Hogyan deríthetjük ki, hogy depressziósak vagyunk-e, vagy túlzott mértékben szorongunk?

Ha saját magunk akarunk meggyőződni róla, hogy depressziósak vagyunk-e, vagy aktuális lelkiállapotunk nem több némi „normális” mértékű elkeseredettségénél, akkor erre a célra használhatunk olyan önkítöltős kérdőíveket, mint a Beck Depresszió Skála (Beck et al, 1961), vagy a Zung-teszt (Zung, 1965). A szorongás mértékének tesztelésére a Beck Szorongás Leltárt javasoljuk (Beck et al, 1988).



### 9.3. Mit tehetünk, hogy megelőzzük a depresszió és a szorongásos betegségek kialakulását?

A depresszió és a szorongásos zavarok többsége egyaránt megelőzhető megküzdési stratégiáink, önismeretünk fejlesztésével, sok és jó minőségű emberi kapcsolattal, aktív társas élettel, megfelelő mennyiségű pihenés biztosításával és rendszeres aktív testmozgással.

Mit tegyünk, ha depressziótól vagy szorongásos betegségtől szenvedünk?

A legfontosabb tudnivaló, hogy a gyógyulás mindenképpen megfelelően képzett szakember (pszichiáter, pszichológus, pszichoterapeuta) segítségének igénybevételét követeli meg. A bizonyítottan hatékony, és emiatt legelterjedtebb gyógymódok a következők, amiket részben már az álmatlanság kezelésére is javasoltuk:

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 melatonin termelésre, így kedvezően hat az alvásra és a hangulatra. Az inszomnia mellett így elsősorban a szezonális depresszió kezelésében bizonyult hatékonynak. A kezelést napi rendszerességgel kell végezni, lehetőleg a reggeli, vagy kora délelőtti órákban.
2. *Alvásmegvonás:* a depresszió egyik legrégebbi, nem gyógyszeres kezelési módja, amelynek során szakember által irányított módon és ellenőrzött körülmények között egyhetes ciklusban két éjszaka során a beteget nem engedik aludni. Nehézsége miatt ma már ritkán alkalmazzuk.
3. *Kognitív viselkedésterápia:* a pszichoterápiának az az irányzata, amelyik a panaszok hátterében negatív, nyugtalanító gondolatokat feltételez. Ezek feltárása, átstrukturálása, hatástalanítása eredményezi a terápiás hatást. Szorongásos vagy hangulati betegség meglétekor azokra célzottan is alkalmazható.
4. *Gyógyszeres terápia:* Szorongásoldó szerek és antidepresszánsok adását jelenti.
5. *Relaxációs technikák:* Szorongásos zavarok kezelésére alkalmas: progresszív relaxáció, autogén tréning, imaginációs technikák, jógyakorlatok.

## 10. Alkoholfogyasztás, alkoholfüggőség

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. Ennek háttérében álló egyik legfontosabb probléma az, hogy az alkoholfogyasztók - de nagy általánosságban az emberek - nincsenek tisztában az alkoholfogyasztás kockázataival, azokat általában alulértékelik, figyelmük inkább a fogyasztás kedvező hatásaira fókuszál. A következőkben szeretnénk útmutatást adni arra vonatkozóan, hogy mindenki tesztelhesse vele saját alkoholfogyasztását és ennek megfelelően egy reális helyzetértékelést állíthasson fel önmagáról, saját fogyasztási szokásairól. Az esetleges már kockázatos fogyasztás mérséklésére is készítettünk útmutatást, de fontos tudni, hogy ez a módszer az alkoholfüggőség kezelésére nem alkalmas, az mindenképpen szakember felkeresését teszi szükségessé. A probléma feltárása az - egyébként átfogó munkahelyi szűrések elvégzésére is alkalmas - AUDIT szűrőteszttel történik. A teszt használatához tisztában kell lenni az „egy standard ital” fogalmával, amelyet az 1. ábrán mutatunk be.

1. ábra: Az egy standard ital fogalma

**1 standard ital =**



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

vagy



1 kupica töményesz (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.*

Forrás: Babor- Higgins-Biddle, 2006

**AUDIT szűrőteszt**

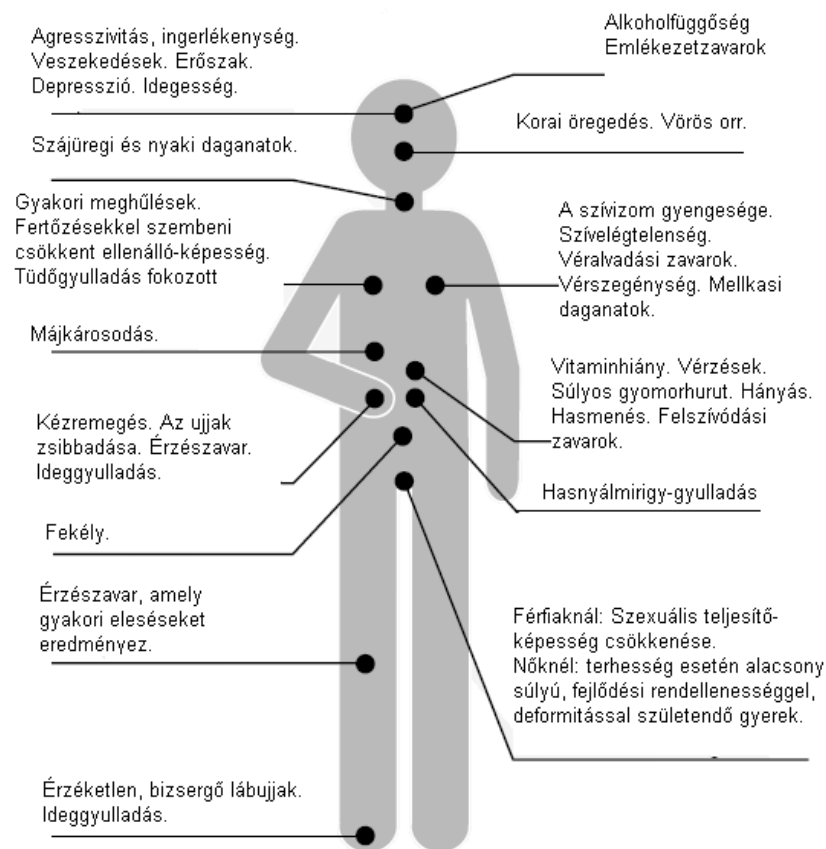
<i>Karikázza be a megadott válaszok közül az Önre leginkább jellemzőt!</i>				
Név:		Dátum:		
Iskolai végzettség:		Kor:		
1. Milyen gyakran fogyaszt alkoholtartalmú italokat?				
Soha	Havonta egyszer, vagy ritkábban	Havi 2-4 alkalommal	Hetente 2-3 alkalommal	Hetente négyszer, vagy többször
2. Azokon 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
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Össz. pont: .....				

Forrás: Babor- Higgins-Biddle, 2006

Ha az AUDIT tesztben több mint 20 pontot ér el bárki, javasoljuk, hogy forduljon pszichiáter, vagy addiktológus szakorvoshoz, pszichológushoz, esetleg addiktológiai konzultánshoz. Ha ennél kevesebb, de legalább 8 pontot elér, akkor néhány apró változtatást szükséges beiktatni alkoholfogyasztási szokásokba, a nagyobb problémák hosszú távú elkerülése érdekében. Ezeket a lehetséges későbbi problémákat a következő, 2. ábrán szemléltetjük:

2. ábra:

### 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.

Forrás: Babor- Higgins-Biddle, 2006

Az esetlegesen szükséges változtatások kivitelezéséhez segítséget kaphat addiktológiai szakrendeléseken, konzultációs központokban, vagy önsegítő közösségekben is. Ha esetleg egyedül, vagy családi, baráti segítséggel vinné véghez ezeket a változtatásokat, akkor segítséget jelenthet Babor, T. F. és John C. Higgins-Biddle *Rövid intervenció a kockázatos és az ártalmas ivás kezelésében* című kézikönyvének Önsegítő füzet elnevezésű melléklete, amely ingyenesen letölthető a [www.konzultacio.hu](http://www.konzultacio.hu) weboldalról.



## 11. Filozófiai praxis és logoterápia

### 11.1. Filozófiai praxis

A napjainkban nagy népszerűségnek örvendő pozitív pszichológia a jó élet, a boldogság kérdéseit vizsgálja. Az irányzat talán két legnagyobb hatású képviselője Csíkszentmihályi Mihály és Martin Seligman. Csíkszentmihályi szerint a boldogsághoz elengedhetetlen a flow, tehát az áramlatélmény, a tökéletes élmény, amelynek átélésekor teljesen *együvé válunk azzal a (fizikai vagy szellemi) tevékenységgel, amit végzünk* (Csíkszentmihályi 2010). Ez a rendezetlen tudattal ellentétes állapot, ekkor a pszichikus energia erőfeszítés nélkül áramlik bennünk. Nagyon fontos továbbá, hogy *értelmet adjunk az éltünknek*, egy „keretet”, amelyben megélhetjük a flow élményeket. Martin Seligman újabb elméletében nem a boldogság, hanem a jól-lét fogalmát használja (Seligman 2011). Ezt olyan összetett állapotként írja le, amelynek öt eleme van: a *pozitív érzelem*, a *flow*, az *értelem*, a *pozitív kapcsolatok* és a *teljesítmény*. Seligman megkülönböztet huszonnégy karaktererősséget: a karaktererősség-teszt hozzásegít bennünket ahhoz, hogy felmérjük elsőrendű erősségeinket, amelyek alkalmazása a jól-lét öt elemét támogatja.

Ahogy láttuk, Csíkszentmihályi és Seligman is hangsúlyozza az *értelem* szerepét a jó élet vonatkozásában, ugyanakkor e szerzők és általában a pszichológiai boldogság (jól-lét) modellek kevésbé érvényesítik a *filozófiai szempontokat*, pedig, hogy mit jelent a jó élet, mint értelmes élet, abban a filozófia igencsak illetékes.

A jól-lét keretelméletét akár a következőképpen is leírhatjuk. A boldogság (jól-lét) *összetevőit* három csoportba soroljuk: a *fizikai jól-lét*, a *pszichológiai-társadalmi jól-lét* és a *szellemi jól-*

*lét* (értelmes élet) csoportjába. A *növekedést*, a *flow-t* és a *pozitív érzéseket* a jól-lét *alapelemeinek* tekintjük, amelyek minden jól-lét összetevő-csoporthoz kapcsolódhatnak.

*A fizikai jól-lét.* A fiziológiai szükségletek, a fizikai biztonság szükségletének kielégítése, a fizikai jól-léthez kapcsolódó értékek realizálása, fejlesztése.

*A pszicho-szociális jól-lét.* Az önmagunkhoz és más emberekhez fűződő pozitív viszony kialakítása: tartalmas emberi kapcsolatok megléte, az egyén személyiségéhez illő társadalmi szerepvállalás, szociális integráció, megbecsülés, önellfogadás.

*A szellemi jól-lét (az autonóm, értelmes élet) főbb összetevői:*

- A morális értékek (mindenkitől elvárt együttélési normák) betartásán túl saját etikai értékek választása.
- Tanulás, megismerés, esztétikai élmények befogadása, mint szellemi élményértékek megvalósítása.
- Vallási, spirituális élmények átélése, mint szellemi élményértékek megvalósítása.
- Az önmegvalósítás, mint szellemi alkotói értékek megvalósítása (kreativitás).
- Az elkerülhetetlen szenvedéshez kapcsolódó beállítódás kialakítása.

Fontos hangsúlyozni, hogy a fenti jól-lét összetevők *szoros összefüggésben* állnak egymással. Például a szellemi jól-lét a pszicho-szociális egészségmegőrzéshez járul hozzá, hiszen ha életünket értelmes életként éljük meg, az elősegíti a pozitív önértékelésünket, illetve a másokkal kapcsolatos harmonikus viszony kialakítását. Számos kutató bizonyította azt is, hogy az értelmes élet jelentősen hozzájárul a fizikai egészség fenntartásához. Martin Seligman rámutat, hogy az optimizmus szoros kapcsolatban áll a szív- és érrendszeri egészséggel, a pesszimizmus a szív- és érrendszeri betegséggel, a nagyon optimista embereknél kisebb valószínűséggel alakul ki a rákbetegség. Az optimizmus összefügg az élet értelmességével: az olyan ember, aki úgy érzi, hogy értelmes életet él, akinek vannak értelmes életcéljai, jobban bízik önmagában, a jövőben.

Kiemelendő, hogy a filozófiával való foglalkozás elősegítheti a szellemi jól-lét növelését, és ezáltal a boldogabb élet megvalósítását. Mindenkinek egyéni döntést kell hoznia arról, hogy *számára mit jelent az értelmes élet, és ezt milyen etikai értékek figyelembevételével valósítja meg*: milyen célok elérésére törekszik, miként fogja fel az egyes jól-lét összetevőket, melyik összetevőknek ad inkább prioritást, miben keresi az önmegvalósítását. Mindehhez a jó életről folytatott beszélgetések, viták, tehát a *filozófiai-etikai diskurzusok* segíthetnek hozzá. Teljesen eltérő elképzelések szerint lehet felfogni erkölcsileg a pozitív és a negatív tulajdonságokat,

cselekedeteket (a morális konszenzuson túl, pl. az emberi méltóság tisztelete mindenkitől elvárható), tehát, hogy mi is irányadó az egyes jól-lét összetevők értelmezése, esetleges összeütközésük feloldása során. A (szűkebb értelemben vett) szeretet-kapcsolatokon túli emberi viszonyaink értelmezésében irányadó lehet számunkra valamiféle korrektség-etika, de akár a felebaráti szeretet keresztény elve is. Az igazságosságot is nagyon sokféleképpen foghatjuk fel. Az első összetevő-csoport vonatkozásában fogalmazza meg Arisztotelész a mértékletesség erényét, amely a keresztény etikában is fontos, de elképzelhető, hogy ezeket az értelmezéseket elveti az, akinek szimpatikusabb egy hedonistább életfelfogás. Mivel itt alapvetően filozófiai kérdésekről van szó, sokat segíthetnek a megfelelő egyéni életelvek megtalálásában a jó élet filozófiái: ezek, mint „ajánlások” figyelembe vehetők.

A filozófiával való foglalkozás tehát *terápiás szerepet* is betölthet, amennyiben a filozófiai felismerések előmozdítják a jobb, értelmesebb életet. A filozófia terápiás használata szempontjából az etikának és az életfilozófiának van elődleges, de nem kizárólagos jelentősége. Az ókori görögöknél a filozófiának kifejezetten „terápius” jellege volt. Pierre Hadot filozófiatörténész rámutat, hogy az ókoriak a filozófiát elsősorban *életmódnak* tekintették: *a bölcsesség szeretete átalakítja az életet*, lelki fejlődéshez, új világlátáshoz vezet (Hadot 2010). A filozofálás olyan *lelkigyakorlatokat* jelent, amelyek révén kialakíthatjuk a kozmikus tudatot, a lélek nyugalmát megvalósítva megszabadulhatunk a szorongásoktól, szert tehetünk a belső szabadságra. Kiemelendő Szókratész és a *szókratikus dialógusok* meghatározó szerepe: az athéni filozófus beszélgetőtársait rávette arra, hogy kérdéssé tegyék önmagukat, végezzenek lelkiismeret-vizsgálatot, értékeljék újra a világhoz és önmagukhoz való viszonyukat. Az egyes ókori görög filozófiai iskolák, irányzatok a jó élet valamilyen sajátos szemléletét képviselik. A *kereszténység* első századaiban is vannak folytatói ennek a hagyománynak, de a középkori skolasztikában a filozófiának már az lesz a feladata, hogy *elméleti tudással* lássa el a teológiát, tehát annak „szolgálóként” értelmezik. A középkori egyetemeken ez a szemlélet uralkodik. A modern filozófia ugyan önállóvá válik az újkorban, de *teljesen teoretikus jellegű marad*, nem életmódként fogják fel. Kivételek persze vannak: az akadémikus rendszer-filozófiával szemben a 19. században nagy jelentőségűvé válnak az „életfilozófiák” (pl. Kierkegaard, Schopenhauer, Nietzsche). Edmund Husserl, a fenomenológiai módszer kidolgozója azt állította, hogy a fenomenológia transzcendentális önismerethez vezet (Husserl, 1993). A fenomenológiához különböző módon kapcsolódó filozófusok, pl. Martin Heidegger, Max Scheler, Jean-Paul Sartre elméleteit kifejezetten terápiás célból is felhasználták, továbbgondolták (illetve Sartre maga teszi ezt meg). Heidegger filozófiájára épül a Daseinanalízis (Heidegger 2001), Scheler elmélete pedig

a logoterápiára hatott, az utóbbiról részletesebben értekezünk a következőkben (Scheler, 1975).

A fenomenológiai módszeren alapuló filozófiai lélekgondozási módszerek a filozófia praxisszerű felhasználásának csupán csak egy irányát képviselik, de egyre több ilyen kezdeményezés van. Gerd B. Achenbach német filozófus az 1980-as évek elején *egyéni filozófiai tanácsadást* indított. Achenbach elutasította a filozófiát kizárólag akadémiai tudományként tételező felfogást, ugyanakkor nem tartotta a filozófiai praxist terápiának. A filozófiai praxis megvalósulási formái közül ki kell emelni az egyéni filozófiai tanácsadáson túl a *csoporthilozófia* különböző formáit: itt is lehet szó *csoportos tanácsadásról*, de ide sorolhatók többek között az egyre népszerűbb *filozófiai kávéházak* is (amelyeket persze nem feltétlenül kávéházakban valósítanak meg). A csoportos tanácsadást, illetve a filozófiai kávéház bizonyos változatait olykor már az egészségügyi intézményrendszer keretein belül kifejezetten gyógyászati célokra is használják (Achenbach, 1984).

## 11.2. A logoterápia és egzisztenciaanalízis alapjai

A logoterápiát és egzisztenciaanalízist nevezik a harmadik bécsi pszichoterápiás irányzatnak is (a freudi pszichoanalízis és az adleri individuálpszichológia után jött létre). Az iskola megalapítója Viktor Emil Frankl (1905-1997) neurológus és pszichiáter volt, aki filozófiai problémákkal is foglalkozott: a logoterápia, mint szellemi megközelítésű pszichoterápia a filozófiát is a gyógyítás szolgálatába állítja, hiszen a szellemi gyökerű problémákkal a hagyományos pszichoterápiák nem tudnak mit kezdeni, sok esetben csak rontanak a helyzeten. Frankl ugyanakkor kiemelte, hogy a logoterápia nem helyettesít más pszichoterápiákat, viszont fontos lenne azokat kiegészíteni a logoterápia módszereivel (Frankl 1997).

A logoterápia kiindulópontja, hogy az ember nem csak fiziológiai és pszichológiai dimenzióval rendelkezik, hanem egy sajátos emberi dimenzióval, a *szellemivel* is, illetve, hogy az ember a sokféleség ellenére *egységet* alkot. Az ember szellemi dimenziójából következik, hogy *nyitott a világra*, jellemzője az *öntranszcendencia*, azaz önmaga meghaladására törekszik, valami vagy valaki felé irányul. A magasabb dimenzió egy átfogóbb dimenzió, amely magában foglalja az alacsonyabb dimenziókat. Ha egy embert valamelyik alacsonyabb szinten vizsgálunk, sosem érthetjük meg lényegi sajátosságait. A logoterápiás szemlélet tehát elutasítja azokat az emberfelfogásokat, amelyek az embert kizárólag



fiziológiai-biológiai, pszichikai vagy szociális meghatározottságai alapján értelmezik. Az nem tagadható, hogy vannak (biológiai, pszichológiai, szociológiai) meghatározottságok az ember életében, de a teljes mértékű determináció tétele nem fogadható el: az ember *szabad*. Ez azt jelenti, hogy mindig állást foglalhat önmagával, saját meghatározottságaival kapcsolatban, jellemzője az *öneltávolodás* képessége.

Az embert nem a gyönyör akarása és nem is a hatalom akarása jellemzi elsősorban, hanem az *értelem akarása*. Az *emberi egzisztencia mindig egy betöltendő értelemre (logoszra) irányul, valamire, vagy valakire*: az emberi lét akkor tekinthető emberinek, ha egy dolog szolgálatában, vagy egy másik személy iránti szeretetben nyilvánul meg. Erre mindig van lehetőség a szabadságból adódóan.

A legtöbb pszichoterápia – mivel az ember szellemi dimenzióját nem veszik figyelembe – nem tud mit kezdeni a „szellemi ínség” állapotával, amikor a páciens azért fordul szakemberhez, mert nem talál értelmet az életében. 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. Ez 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 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. A hagyományos pszichiátria nem használja ezt a fogalmat, az általános pszichiátriai kategóriák közül a noogén neurózis a reaktív depresszióval és a nárcisztikus zavarral mutat hasonlóságot, az ilyen neurózisban szenvedő ember lehangolt, csökken a teljesítménye, az aktivitása, elbizonytalanodik, megkérdőjelezi önmaga értékes voltát. Fontos rámutatni továbbá, hogy az egzisztenciális frusztráció táptalaja lehet más jellegű, pszichogén neurózisoknak is (szorongásos neurózis, kényszerneurózis, szexuális neurózis). A logoterápia, mint szellemi megközelítésű pszichoterápia segítséget nyújthat az egzisztenciális frusztrációt átélőknek, noogén neurózis esetén pedig a legmegfelelőbb kezelési mód. A *paradox intenció* és a *dereflexió*, mint logoterápiái módszerek eredményesen felhasználhatók a pszichogén neurózisokban szenvedők esetében, továbbá a pszichózisoknál (pl. skizofrénia) kiegészítő kezeléseként alkalmazható a logoterápia.

Nézzük meg az ún. általános egzisztenciaanalízis fontosabb megállapításait, amelyekre a terápia során építhetünk. Frankl szerint, ha általánosan tesszük fel az élet értelmének kérdését (mi az élet értelme általában), akkor erre nem tudunk, mert nem is lehet válaszolni. Az ilyen kérdés mindig csak *konkrét* lehet: csak egy meghatározott személyhez, és egy adott szituációhoz (*ad personam és ad situationem*) kötöten tehető fel. Minden egyes személyes helyzetnek saját értelembeteljesítés felel meg. Frankl hangsúlyozza, hogy az élet értelmének kérdését akkor tudjuk jól megválaszolni, ha arra figyelünk, hogy az élet milyen kérdéseket tesz fel nekünk, *amelyre válaszolnunk, felelnünk kell*, felelőssé kell alakítani az életünket. Akkor tudom tehát megtalálni az életem értelmét, ha arra figyelek, én miért, milyen értelem beteljesítéséért (azaz értékek megvalósításáért, lásd erről bővebben lent) vagyok felelős az adott helyzetben. Frankl *értelemkeresésről* és *értelemtalálásról* beszél, tehát *feltételezi, hogy a világban van értelem* (nem mi visszük bele azt a világba), ez egy meghatározott ember számára egy meghatározott szituációban megtalálható. Minden kérdésre egy helyes válasz van, *minden élethelyzetben egy adott ember számára egy igazi értelem van*: ezt nem kitaláljuk (adjuk), hanem megtaláljuk. Mi segíti ebben az embert? A *lelkiismeret*, mint sajátosan emberi jelenség, amelyet Frankl az „*értelem szerveként*” ír le: olyan (a tudattalanban gyökerező) *intuitív képesség*, amely a minden helyzetben benne rejlő egyszeri és egyedi értelem felkutatásához segít hozzá. A logoterápia az egyént a lelkiismeretének megfelelő döntések meghozatalában támogatja.

A fentiek alapján az élet értelmére irányuló kérdés mindig csak egy adott személy és adott szituáció vonatkozásában tehető fel, de az ember hajlamos rákérdezni *az értelem alapjára is*: értelmes-e a világ, ha igen, miért az? Frankl szerint az Egésznek nem értelme, hanem *felettes értelme* (Übersinn) van, amely értelmén túli, *az emberi értelem számára megragadhatatlan*. Mivel a felettes értelem bizonyíthatatlan, ezért csupán *hihetünk benne*, ha máshogy nem, valamiféle határfogalomként, a vallásos ember a felettes értelmet Istenként határozza meg.

A logoterápia egzisztencia-analízisként a *felelős létet* próbálja tudatosítani az emberben. A felelősség valamilyen *értelemmel szembeni* felelősség, illetve mivel az értelem beteljesítése értékek megvalósítása révén történik, ezért *értékek realizálásáért* viselt felelősség. Az emberben ugyanakkor vannak olyan ellenerők, amelyek a saját felelősség vállalásának elutasítása irányába hatnak. A felelősségben van valami félelmetes: rajtam a döntés terhe, hogy megragadom-e az adott pillanatban lévő lehetőséget, vagy elszalasztom örök időkre. Frankl *három alapvető érték kategóriát* különböztet meg. A három érték kategória közül az első az *alkotói értékek* csoportja: ilyen értékeket valósítunk meg, ha valamiképpen alakítjuk a

világot, létrehozunk egy alkotást, véghezviszünk egy teljesítményt. A második érték kategória az *élményértékek* 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, élményértékeket ettől még realizálhatunk. Ha már erre sincs lehetőségünk a megfelelő beállítódás kialakításával továbbra is lehetőség van az élet-értelem beteljesítésére.

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 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. Frankl azért is írhat hitelesen a szenvedésről, mert életének egy szakaszában borzalmas szenvedéseket élt át: 1942 és 1945 között náci koncentrációs táborok foglya volt. Erről az időszakról, annak értelmezéséről külön kötetet publikált *...mégis mondj igent az életre!* címmel (Frankl 2013). A tábort azok élték túl – írja Frankl –, akiknek volt céljuk, jövő-képük, valamiért, valakiért szenvedtek: azért, hogy újra találkozzanak a szeretteikkel, vagy, hogy egy alkotást létrehozzanak. Az a fogoly, aki elvesztette a jövőbe vetett hitét, hamarosan megbetegedett: a szellemi beállítódás megváltozásának következményeképpen a szervezete is feladta a küzdelmet.

Ha különleges körülmények nem állnak fenn, 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, amit nem szívesen végeznek. Nem a munka milyenségén van pedig 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 hozzátehetjük: folyamatosan olyan munkalehetőséget kell keresni, amelyben az egyén minél inkább ki tud teljesedni. Frankl kétfajta neurózist is leír (ezeket noogén neurózisoknak tekinthetjük) a munkával összefüggésben. A *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 kínálkozik (művészetekkel való foglalkozás, stb.). Az ún. *vasárnapi neurózis* pedig azokra az emberekre vonatkozik, akiknek 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 szerelmet az *élményértékekkel* hozza összefüggésbe az egzisztenciaanalízis: a szerelem során a másik ember egyediségének és egyszerűségének átéléséről van szó. A valóban szerelmes ember tehát nem a másik valamelyik testi, vagy lelki jellemzőjét szereti, hanem *őt magát*, fizikai és pszichikai tulajdonságain keresztül őrá magára lát rá. 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 logoterápiát a filozófiai terápia egy változatának tekinthetjük, amely a Frankl által kidolgozott filozófiai antropológián, egzisztencia-filozófián alapul. A szókratészi párbeszéd során ebben az esetben a terapeuta a frankli „filozófia”, egzisztencia-értelmezés alapján próbálja ráébreszteni a páciens az egyéni élet-értelem megvalósításáért viselt felelősségére, és hozzásegíteni ahhoz, hogy megtalálja a saját életében azokat az értékeket, amelyekre irányulnia kell.

### **11.3. Logoterápiai krízisintervenció**

A logoterápia szellemi krízishelyzetekben nyújt fontos támogatást, de pszichofizikai problémák egzisztenciális okainak feltárásában, ezek megszüntetésében is hatásos kezelést jelent, bár ilyenkor általában más pszichoterápia alkalmazására is szükség van. Mindenfajta krízis, így a szellemi alapú személyes krízis is, válságot, fordulópontot jelent, ami legrosszabb

esetben a személyiség összeomlását is eredményezheti, ugyanakkor a krízis megfelelő feldolgozása a személyiség érettebbé válásához, fejlődéséhez vezethet.

A logoterápia egyik fő célkitűzése a páciens *beállítódásának megváltoztatása*, hogy úgy szemlélje az életét, mint amit értelmesen kell élnie: erre minden helyzetben lehetősége van, hiszen nincs olyan szituáció, amikor ne lehetne értékeket megvalósítani. Ha valakit valamilyen *súlyos trauma* ért (pl. közeli hozzátartozó halála, egy súlyos betegség) fontos, hogy a terapeuta megfelelő beállítódást alakítson ki *a szenvedéssel kapcsolatban*: a páciensnek a szenvedés megváltoztathatatlan kiváltó okára úgy kell tekintenie, mint amely új élet-feladatokat jelent a számára. Az, hogy *miként fogja fel az adott szituációt*, az ő *szabad szellemi állásfoglalásán* múlik. A páciens feladata alkotói értékek és élményértékek megvalósítási lehetőségeinek keresése. Amikor valaki élete utolsó időszakát éli, sok esetben már csak beállítódási értékeket képes realizálni. A terapeuta feladata az, hogy a *haldoklóban* tudatosítsa, ebben az állapotban is képes értékeket megvalósítani, ha pl. úgy viseli szenvedését, hogy azzal a legkevesebb terhet rója másokra, ezzel áldozatot hoz. Fontos annak tudatosítása is a betegben, hogy milyen sok *pozitívum* volt az életében, hiszen ha a haldokló csak a negatívumokra gondol, akkor az életét és így a haldoklását is értelmetlennek fogja találni. Az életünkkel kapcsolatos *szellemi állásfoglalás az utolsó pillanatig adott*, az idős ember, vagy éppen a haldokló is változtathat az életén.

A beállítódás-megváltoztatásnak nagy szerepe van a *szenvedélybetegek* kezelése során. A kutatások szerint az értelmetlenség-érzés elősegíti a függőségek kialakulását: az egzisztenciális frusztráció mélysége és a drog- és alkoholproblémák súlyossága között pozitív kapcsolatot tártak fel a vizsgálatok. Elisabeth Lukas, Frankl tanítványa rámutat, hogy ilyen problémák esetén először intézményi keretekben végzett méregtelenítésre és elvonókúrára van szükség (Lukas 2008). Ezt követheti ambuláns kezelésként *a szuggesztív akarat-tréninggel összekötött lazító tréning*, a cél az akaraterő megerősítése. Ezután kerülhet sor *logoterápiára*, az értelem megtalálására irányuló beszélgetésekre, amelyek során a terapeuta segítséget nyújt ahhoz, hogy a páciens felismerje az értelemlehetőségeket az életében, ezek beteljesítése érdekében megfelelő döntéseket hozzon és ki is tartson e döntések mellett.

Az ember sok esetben azért kerül krízishelyzetbe, mert nem tud választani értékek között, képtelen feloldani valamilyen *érték-konfliktust*. A logoterápia az ilyen esetekben fontos segítséget nyújthat, főként, ha az ún. *logoterápiai team-orientált eljárást* alkalmazzuk (az elnevezés Wolfram Kurz logoterapeutától származik). Ezt a módszert nem Frankl fejlesztette ki, újabb, de napjaink logoterapeutái által gyakran használt eljárásnak tekinthetjük, amelynek

több változata is létezik. Itt lényegében a Schulz von Thun által leírt „belső team” modell logoterápiai felhasználásáról van szó (Schulz 2007). Minden döntést igénylő helyzetben *belső párbeszéd*ek lefolytatására kerül sor, belső színpadunkon különböző, egymásnak *ellentmondó szándékokat képviselő hangok* szólalnak meg. Hangokként értelmezhetjük a hangulatainkat, gondolatainkat, érzéseinket, akár testünk jelzéseit is. Vannak hangosabb hangok és halkabbak. A fontos az lenne, hogy *mi magunk legyünk* a belső színpadunkon *a rendezők*: a belső hangok meghallgatása után döntenünk kell a „szereposztásról”, erős irányítóként egységet kell teremtenünk. Mindennek logoterápiai felhasználása során – emeli ki Wolfram Kurz –, arra kell tekintettel lennünk, hogy *a különböző hangok különféle értékeket reprezentálnak* (Kurz 2013). Miután a páciens elmondta a problémáját, a terapeuta ráébreszti őt, hogy több szempont, érdek jelenik meg az adott szituációhoz való viszonyában, ezeket úgy is felfoghatjuk, mint a belső színpadon megszólaló (különböző hangerejű) hangokat. A páciens ezt követően *beazonosítja a hangokat*, különböző – a lényegüket kifejező – *neveket* ad nekik. Engedjük a hangokat szóhoz jutni, illetve azt, hogy „beszédbe elegyedjenek” egymással. Mivel a páciens minden hangra figyel, ezért a félig tudatos és a tudattalan is tudatossá válhat. Minden hang valamilyen értéket képvisel: a következő feladat, *a hangokhoz értékeket kapcsolni*. A cél az, hogy *olyan módon rendezzük el a hangokat* belső színpadunkon, hogy az elrendezés létrehozza az önmagunkkal és a külső helyzettel kapcsolatos *összhangot*. Renate Mrusek logoterapeuta a „belső team” modell logoterápiai alkalmazását oly módon fejlesztette tovább, hogy a belső színpadot alkotó hangok ábrázolására *fából faragott figurákat* alkalmaz a terápia során (Mrusek 2013). Mintegy húsz különböző méretű és alakú, testtel és fejjel rendelkező (de arcnélküli) figurát használ, amelyeket a páciens igénybe vehet a belső hangok és a köztük lévő viszony illusztrálására, egy tényleges színpadképet kialakítva, nem csak gondolatban, hanem ténylegesen átélve a helyzetet.

Súlyos krízist jelent a Frankl által bevezetett *noogén neurózis*, amely az egzisztenciális frusztrációból alakulhat ki, az embert ilyenkor *átható értelmetlenség-érzés* hatja át, noogén depresszió jellemzi. Ilyen esetben a logoterapeutának rá kell mutatnia: a páciens úgy szabadulhat az értelmetlenség-érzéstől, hogy megtalálja, őt most milyen feladatok elé állítja az élet. Minden embernek minden helyzetben *megvannak a feladatai*, amelyek teljesítésével értelmet tud beteljesíteni. Nem szabad tehát önsajnálamba feledkezni, hanem *valamilyen érték megvalósítására kell irányulni*, amelyre minden helyzetben lehetőség van. Az alkotói értékek realizálásának van prioritása, de értékmegvalósításnak tekinthető az is, ha az ember élményeknek adja át magát.

A logoterápia segítséget tud adni szorongásos neurózisban, kényszerneurózisban, vagy szexuálneurózisban szenvedő betegeknek is, ezek közül az első két probléma kezeléséről lesz szó röviden. A *szorongásos neurózis* reakciómintája a következőképpen írható le: a páciens egy szimptomára (tünetre) várakozási félelemmel reagál, attól fél, hogy az ismét felléphet, ez pedig azt eredményezi, hogy a szimptóma valóban megismétlődik, amely a páciens félelmét tovább erősíti. A beteggel a logoterápia során először *meg kell értetni az előbb leírt mechanizmust*, hogy a várakozási félelemre ne sorsszerű dologként tekintsen. Ezt követően távolságot kell létrehozni a beteg és a félelem között, ezzel tulajdonképpen tárgyiasítjuk a tünetet. A *paradox intenció* módszere kínálkozik megoldásnak, amely az ember öneltávolodási képességén alapul: a páciens arra kell biztatni, hogy azt tegye, amitől szorong, keresse az olyan helyzeteket, amelyekben szorongást szokott átélni. Ha a páciens a szorongást maga mögött hagyva cselekszik, a szorongás fokozatosan csökkenni fog. A paradox intencióval megszakítjuk a patogén reakciómintát. 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.

*Kényszerneurózis* esetén a páciens folyton kényszerképzetek nyomása alatt áll, ezeket megpróbálja elnyomni, de ez az ellennyomás az eredeti nyomást csak növeli. Az ilyen páciens nem a félelemtől fél (mint a szorongásos beteg), hanem önmagától: attól tart, hogy kárt tesz valakiben, vagy éppen önmagában. A kényszerneurózis kezelésében is a leírt reakcióminta ördögi körének megszüntetése (a paradox intenció módszerével: a terapeuta feladata, hogy a beteget arra biztassa, tegye azt, amitől fél) és a páciens saját életfeladatra irányulásának elősegítése (dereflexió) a logoterápia célja.

Fontos rámutatni végül, hogy a logoterápia nem csak kríziseket átélő, lelki problémákkal küzdő, valamilyen betegségben szenvedő embereknek nyújthat segítséget: alapelvei, módszerei *általános személyiségfejlesztés* céljából is alkalmazhatók.

## Irodalomjegyzék

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.

Bagdy Emőke (1996): A mentálhigiéné főbb irányzatai és a hazai Mentálhigiénés Program, in: Mentálhigiéné,elmélet, gyakorlat, képzés, kutatás, Animula, Budapest, 1999

Beck, AT, Epstein, N, Brown, G, Steer, RA (1988): An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. J Cons Clin Psychology, 56 (6): 893-897.

Beck, AT, Ward CH, Mendelsohn, M, Mock, J, Erbaugh, J, (1961): An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiat, 4: 561-71.

Clifford Whittingham Beers (1908): A Mind That Found Itself, An Autobiographie, Longman, Green, and Co, New York

Csíkszentmihályi Mihály (2010): *Flow. Az áramlat. A tökéletes élmény pszichológiája.* Fordította: Legéndyné Szabó Edit, Akadémiai Kiadó, Bp.

Edelwich J, Brodsky A. (1997): A kiégés fogalma. In: Szilágyi K, Váry A (eds.). A pszichés terhelés és a munkaközvetítés. A burn-out jelenség. Gödöllő: Gödöllői Agrártudományi Egyetem; pp. 9-25.

Fekete S. (1991): Segítő foglalkozások kockázatai. Helfer szindóma és burnout jelenség. Psychiatria Hungarica, 1:17-29.

Frankl, Viktor E. (1997): *Orvosi lélegzondozás.* Fordította: Jakabffy Imre, Jakabffy Éva. UR Kiadó, Bp.

Frankl, Viktor E. (2013): *...mégis mondj igent az életre!* Fordította: Kalocsai Varga Éva. JEL Kiadó, Bp.

Gerd B. Achenbach: *Philosophische Praxis. Vorträge und Aufsätze.* Dinter, Köln 1984 ISBN 3-924794-00-6 (ital. 2004)



Hadot, Pierre (2010): *A lélek iskolája. Lelkigyakorlatok és ókori filozófia*. Fordította: Cseke Ákos. Kairosz Kiadó, Bp.

Heidegger, Martin (2001): *Lét és idő*. Fordította: Vajda Mihály, Angyalosi Gergely, Bacsó Béla, Kardos András, Orosz István. Osiris Kiadó, Bp.

Husserl: "Fantázia, képtudat, emlékezet", in: *Athenaeum* 1993/4, 3-25 és Bacsó Béla szerk.: *Kép, fenomén, valóság*, Kijárat, 1997, 9-47. (németül: *Husserliana XXIII*, 498-524. ill. 170-192, 486-497, 571-593.)

Kurz, Wolfram (2013): *Értelemkeresés*. In: Boglarka Hadinger – Wolfram Kurz – Renate Mrusek: *Értelemkeresés és személyiségfejlesztés*. Fordította: Kalocsai Varga Éva. Szerkesztette: Sárkány Péter, Vik János. JEL Kiadó, Bp.

Lukas, Elisabeth (2008): *Beteljesülés – értelemkeresés időskorban*. Fordította: Kalocsai Varga Éva. JEL Kiadó, Bp.

Maslow, Abraham H. (2003): *A lét pszichológiája felé*. Fordította: Turóczi Attila. Ursus Libris, Bp.

Max Scheler: *A formalizmus az etikában és a materiális értéketika* Budapest. Gondolat. 1975.

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.

Puff Brigitta(szerző)Upstairs Consulting Oktatási, Tréner és Tanácsadó Kft(2012):Elméleti és gyakorlati kézikönyv a munkahelyi stresszkezelés helyes gyakorlatának kialakításához. Budapest, Upstairs Consulting Oktatási, Tréner és Tanácsadó Kft. [http://www.ommf.gov.hu/letoltes.php?d\\_id=5580](http://www.ommf.gov.hu/letoltes.php?d_id=5580).(2014.04.08)

Schulz von Thun, F. (2007): *Miteinander Reden*, 3 kötet,. 45. kiadás (2007) Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag (Német)

Seligman, Martin (2011): *Flourish – élj boldogan! A boldogság és a jól-lét radikálisan új értelmezése*. Fordította: Bozai Ágota. Akadémiai Kiadó, Bp.

Selye H. (1955): *Stress and disease*, Science, 122: 625-631

Selye H. (1956): *The Stress of life*, McGraw-Hill, New York

Selye H.(1936) A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138(3479, July 4):32.

Selye J. (1965) *Életünk és a stressz*. Akadémiai Kiadó, Budapest,76-97.

Selye J. (1983): *Stressz distressz nélkül*, Akadémiai Kiadó, Budapest, 23-64.

Soldatos, CR, Dikeos, DG, Pappargopoulos, TJ (2000): Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *J Psychosom Res* 48 (69): 555-60.

Stone, A.A, Neale, J.M(1984) A new measure of daily coping:Development and preliminary results. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46,892-906.

Wadell, T. (szerk.) (2011): *World Health Statistics*. WHO. Geneva. Switzerland. 113-126.

Zung, WK (1965): A Self-Rating Depression Scale. *Arch Gen Psychiat*. 12: 63-70.